

การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก

ปีงบประมาณ 2557

(Performance Assessment of District Health System in Tak Province)

ปราโมทย์ เลิศขามป้อม

มโน มณีฉาย

ธีระ วรรณรัตน์

โครงการพัฒนานักวิจัยเขตสุขภาพประจำปี 2557

สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก ปี 2557 ครั้งนี้ สำเร็จลงด้วยดีด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจากภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอทุกภาคส่วน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ คณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน และผู้แทนองค์กรต่างๆ ที่ร่วมกันเสนอแนะและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาวิจัย

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา) ทีมผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ที่ช่วยเหลือและให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก ครั้งนี้ ที่สำคัญคือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านเป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ผู้วิจัย

มิถุนายน 2558

การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก (Performance Assessment of District Health System in Tak Province)

ปราโมทย์ เลิศขามป้อม*, มโน มณีฉาย**, ชีระ วรธนรัตน์***

บทคัดย่อ

การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อประเมินความสอดคล้องและเหมาะสมด้านบริบท (Context Evaluation) ประเมินความเหมาะสมและเพียงพอด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation), ประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และ ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Product Evaluation) ซึ่งพื้นที่เป้าหมายการประเมินทั้ง 9 อำเภอ ในจังหวัดตาก โดยใช้โมเดล CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) ด้วยกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าบริบทแต่ละพื้นที่ที่มีการบูรณาการใช้เทคนิคกระบวนการพัฒนางานในพื้นที่อยู่แล้วได้แก่การประเมินตนเอง ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ การใช้รูปแบบการทำแผนชุมชน ด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการรวมทั้งการพัฒนาระบบคุณภาพตามแนวทาง PCA มาตรฐาน HA และมีการใช้กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาเครือข่ายบริการด้วยกระบวนการจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง ด้านกระบวนการ ประเด็นการประเมิน คือขั้นตอนการดำเนินงาน การติดตามนิเทศและประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง ด้านผลผลิต พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องระดับมาก ด้านผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องระดับมาก องค์ประกอบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก การแบ่งปันและการพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก การทำงานจนเกิดคุณค่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง

คำสำคัญ : เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ, การประเมินผล

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

** นักศึกษาปริญญาเอก

*** ภาควิชาเวชศาสตร์สังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

Performance Assessment of District Health System in Tak Province. The aims of this study were to assess of the provincial and district committee level, in 9 district of Tak province.), which will assess the compliance of the project in the context ,input, process, output and outcome .Using the model CIPP Model of Stoughton Waffle Beam. (Stufflebeam's CIPP Model) Data were collected and analyzed by quantitative method with descriptive statistics.

The results showed that the context of each area with the integration of technical development in areas already include self-assessment. The district health system Using a model planned community with quality development, including the development of quality guidelines HA PCA standard and are used for process-driven application development, network management services, process know-how. The knowledge from routine to research. The input policy, budget, personnel, equipment showed that. Commented that there is a consistent level. The process Issue Rating Is the process of implementation Tracking supervision and evaluation The samples of the opinion that there is consistency in the level of output of the sample is of the opinion that there is a consistent level of results, the sample is of the opinion that there is a consistent level. The development of district health network. The collaboration at the district level were moderate consensus. Providing essential health The samples of the opinion that there is a consistent level. The sharing and development groups. Commented that there is a consistent level. The involvement of community groups. Commented that there is a consistent level. And the value of work Sample Commented that there is a consistent level.

Keywords: District Health System, assessment.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	34
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
บทที่ 4 ผลการวิจัย	41
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	84
สรุปผลการวิจัย	84
อภิปรายผล	95
ข้อเสนอแนะ	102
บรรณานุกรม	103
ภาคผนวก	
ประวัติย่อผู้วิจัย	

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเพศ	33
2 แสดงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามอายุ	34
3 แสดงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามระยะเวลาปฏิบัติงาน.....	34
4 แสดงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามบทบาท.....	35
5 แสดงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามหน่วยงานที่สังกัด.....	35
6 แสดงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเครือข่ายอำเภอ.....	36
7 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อความสอดคล้องของโครงการกับบริบทของพื้นที่.....	37
8 การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้าเบื้องต้นด้านนโยบาย.....	39
9 การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้าเบื้องต้นด้านบุคลากร.....	40
10 การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้าเบื้องต้นด้านงบประมาณ.....	41
11 การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้าเบื้องต้นด้านวัสดุอุปกรณ์.....	42
12 การประเมินด้านกระบวนการขั้นตอนการดำเนินงาน.....	43
13 การประเมินด้านกระบวนการขั้นตอนการนิเทศติดตามกำกับและประเมินผล.....	44
14 การประเมินด้านผลผลิต.....	45
15 การประเมินด้านผลลัพธ์.....	47
16 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity).....	48
17 การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care).....	50
18 การแบ่งปันทรัพยากร(resource sharing).....	51

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตาราง	หน้า
19 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน(community participation).....	53
20 การพัฒนาบุคลากร(Human development).....	55
21 ผลการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ(DHS)จังหวัดตาก (งวด ตุลาคม ๒๕๕๗).....	56

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพที่เน้นการดูแลสุขภาพพื้นฐานแบบพอเพียงและพึ่งตนเอง เป็นการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งในระยะยาวจะส่งผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืน โดยมีปัจจัยสนับสนุน คือ รัฐธรรมนูญ ฉบับปีพุทธศักราช 2550 มาตรา 80 (2) ที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย(ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2553 หน้า 23)ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้พัฒนาเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี โดยมีสถานีนอมาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศและมีโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ ทั้งนี้ในระยะห้าปีที่ผ่านมาความต้องการบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพ และกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกเพื่อ “สร้างสุขภาพ” และบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ประชาชนจำนวนมากยังคงเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลในเขตเมือง ทำให้เกิดความแออัดในการให้บริการรักษาพยาบาล และเป็นภาระอย่างมากต่อประชาชนทั้งค่าเดินทางและเวลาที่สูญเสียไปในการเดินทาง ทั้งที่ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ ส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, 2552 หน้า 3) ปัญหาการขาดบุคลากรที่ทวิความรุนแรงขึ้นนี้ ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับระบบการแพทย์ที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนั้นการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลกลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ จนทำให้แพทย์ที่มีอยู่ในระบบบริการทางการแพทย์มีสัดส่วนเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 77.7 ในขณะที่ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระดับชุมชนและครอบครัวกลับได้รับการส่งเสริมแล้วเป็นที่ยอมรับอย่างจำกัด การสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่ให้บริการผสมผสานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ให้บริการอย่างทั่วถึงใกล้บ้าน

จะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ระยะยาว (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาติป กะทา, 2550 หน้า 45)

ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีระบบการประสานงานในระดับอำเภออยู่ก่อนแล้ว เรียกว่า “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือ คปสอ.” โดยมีบทบาทหน้าที่ในการติดตามและการประสานงานหรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรซึ่งมีไม่มากนัก หลังการปฏิรูประบบสุขภาพ หน่วยคู่สัญญาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ก็องค์กรบริหารจัดการด้านสุขภาพระดับพื้นที่(ส่วนใหญ่คือระดับอำเภอ)นับเป็นองค์กรบริหารจัดการรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเนื่องจากระบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร ดังนั้น CUP จึงเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่รับจัดบริการตามพันธะสัญญาที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)กำหนดไว้ในเงื่อนไขของการขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิเมื่อระบบงานของ CUP ได้กลายมาเป็นองค์กรในการจัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณและครุภัณฑ์ ภายใต้การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มโอกาสการมีสุขภาพดีของประชาชน กลไกหนึ่งที่สำคัญคือการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจและพัฒนาศักยภาพของการบริการด่านแรกที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA) จึงได้เกิดขึ้นและทดลองนำร่องตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา ต่อมาในปี 2553 นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดขึ้นมาภายใต้หลักการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการลงทุนด้านนี้น้อย ทั้งๆที่ต้นทุนต่ำกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วยและแนวโน้มการเกิดโรคที่เป็นภาระต่อสังคมและประเทศชาติ เปลี่ยนเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและสามารถป้องกันได้ เช่น เบาหวานความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และมะเร็ง ดังนั้นการยกระดับสถานีนอมนัยที่มีกว่า 9 พันแห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)จึงเป็นจุดเปลี่ยนระบบสาธารณสุขครั้งสำคัญที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ในปี 2555 รัฐบาลได้กำหนดนโยบาย โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคโฉมใหม่ปี 2555 ที่เน้นในเรื่อง 1. มีหมอใกล้บ้านใกล้ใจ 2.มียาดีใช้เพียงพอ 3. ไม่ต้องรอรักษานาน และ 4.จัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นเรื่องที่ประชาชนส่วนใหญ่อยากได้จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามเป้าหมายการพัฒนารัฐนี้ ประชาชนจะมีหมอประจำครอบครัวดูแลสุขภาพถึงบ้านครบทุกครัวเรือนทั่วประเทศที่มีประมาณ 20 ล้านครัวเรือนภายในปี 2557ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมด้วยอิทธิพลต่างๆ อาทิ การปฏิรูปการเมือง การปฏิรูประบบราชการ รวมถึงการปฏิรูประบบสุขภาพ พบว่าต่างมีจุดยืนของความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการตรงกันคือความมีประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และความสามารถในการพึ่งตนเองได้ของประชาชน รวมถึงความโปร่งใสของการจัดการในระบบต่างๆ ในทุกสังคมของประเทศ และนั่นย่อมหมายถึงสังคมสาธารณสุข ในปี 2556 ทิศทางการปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุข มี

แนวนโยบายที่สำคัญคือการพัฒนาาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ (District Health System :DHS) ภายใต้หลักการ “ในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยให้สำเร็จ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีจะต้องอาศัยกลไกทางการเงินการคลังควบคู่กับการบริหารจัดการ ทั้งเรื่องกำลังคน การปรับโครงสร้างการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ สามารถนำสิ่งที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้” มีการกำหนดนโยบายใช้ Service plan 10 สาขา เป็นทิศทางและเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยให้การสนับสนุนระบบบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอหรือ District health system เป็นกลไกการบริหารจัดการให้มีความเข้มแข็ง เพื่อให้เป้าหมายของ District health system คือประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชนโดยปรับกลไกการทำงาน และมีการแบ่งเป็น 12 เขตบริการสุขภาพ และให้แต่ละเขตบริการจัดทำแผนพัฒนาบริการ(Service Plan) เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการประชาชนที่รับผิดชอบร่วมกัน ตั้งแต่ระดับเขต คือหลายๆจังหวัดใช้ร่วมกัน ระดับจังหวัดซึ่งใช้บริการร่วมกันของอำเภอในพื้นที่ และระดับอำเภอเชื่อมโยงลงไปถึง ตำบล หมู่บ้าน ชุมชนต่างๆ เชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน ซึ่งจะเกิดเป็นระบบที่ยั่งยืนต่อไป

ระบบบริการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(DHS) จัดอยู่ในยุทธศาสตร์ที่2ตัวชี้วัดที่ 26 : พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานโดยกระทรวงสาธารณสุขหวังจะเป็นการขับเคลื่อนระบบสุขภาพครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย จะเป็นตัวขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาสุขภาพทั้งระบบ โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นจุดเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ระหว่างงานรักษาพยาบาลกับงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในอนาคต ประชาชนทุกคนจะได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพมาตรฐานเหมือนกันทุกที่

จังหวัดตากมีบริบทของพื้นที่เป็นภูมิประเทศแบบภูเขาสูงและที่ราบโดยแบ่งลักษณะการปกครองตามภูมิประเทศเป็นสองด้านคือ ด้านตะวันตกที่มี 5 อำเภอชายแดนติดกับประเทศเมียนมาและด้านตะวันออกอีก 4 อำเภอ ด้วยความแตกต่างทางภูมิศาสตร์และสภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวิถีชีวิต ความเชื่อ มีผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพเป็นอย่างมาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก จึงได้นำนโยบายเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ มาดำเนินโครงการพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ ในปีงบประมาณ 2556 คือ อำเภอเมืองตาก อำเภอแม่ระมาด และอำเภอวังเจ้า โดยมี 6 อำเภอที่เหลือได้เริ่มเรียนรู้ไปพร้อมๆกัน และขยายพื้นที่เป้าหมายครบ ทั้ง 9 อำเภอในปี 2557 โดยมีการประเมินผลการดำเนินงาน โดยใช้แบบประเมินตนเอง พบว่ามีความสำเร็จตามบันได 5 ขั้นอยู่ในระดับขั้นที่1และ 2เป็นส่วนใหญ่ของการพัฒนาตาม บันได 5 ขั้นของการประเมิน

จากสภาพดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงจัดทำการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ในจังหวัดตาก สำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุง หรือประกอบการตัดสินใจในการจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพบริบทและความต้องการของชุมชนต่อไป

2.2 วัตถุประสงค์

2.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

2.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินความสอดคล้องและเหมาะสมด้านบริบท (Context Evaluation) ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมและเพียงพอด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก
3. เพื่อประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) ดำเนินการจัดกิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก
4. เพื่อประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Product Evaluation) ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก ในประเด็นการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการและวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรมและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

2.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 2.3.1 ทราบความสอดคล้องและเหมาะสมด้านบริบท (Context Evaluation) ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก
- 2.3.2 ทราบความเหมาะสมและเพียงพอด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก
- 2.3.3 ทราบกระบวนการ (Process Evaluation) ดำเนินการจัดกิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก
- 2.3.4 ทราบผลลัพธ์การดำเนินงาน (Product Evaluation) ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก
- 2.3.5 ทราบปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ของจังหวัดตาก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(DHS)จังหวัดตาก ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอสาระที่ได้จากการศึกษาจำแนกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. ความหมายและรูปแบบของการประเมินผล
2. ความหมายและแนวทางการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(DHS)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายและรูปแบบของการประเมินผล

1.1 ความหมายของการติดตามประเมินผล

การติดตามงานและการประเมินผลมักถูกนำมากล่าวพร้อมกันเป็น “การติดตามและประเมินผล” แต่โดยแท้จริงแล้วคำทั้ง 2 มีความหมายที่แตกต่างกันแต่ก็มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน

การติดตามงาน (Monitoring) คือ ระบบการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนมากที่สุด ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าที่สุด ซึ่งจะมีการติดตามเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มดำเนินการโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการ เพื่อการทบทวนการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม ในประเด็นสำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรก การใช้ทรัพยากรของโครงการ เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ เป็นไปตามเวลาที่กำหนดหรือไม่ มีคุณภาพเป็นอย่างไร ในประการที่ 2 การพิจารณากระบวนการ วิธีการทำงานว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ (2529) ได้ให้ความหมายของการติดตาม (Monitoring) หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ นำมาวิเคราะห์ว่าเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร เพื่อนำสารสนเทศที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้ผลงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (2532) ได้ให้ความหมายของการติดตาม (Monitoring) ว่าหมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้เพื่อตัดสินใจแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติให้ผลงานเป็นไปตามแผนอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมุ่งที่จะตอบคำถามหลักว่าในการดำเนินงานนั้นได้รับทรัพยากรครบถ้วนหรือไม่ ได้ปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดหรือไม่ ได้ผลตรงตามที่กำหนดหรือไม่

พงกะพรรณ ตะกมทอง (2548) ได้ให้ความหมายของการติดตาม (Monitoring) ไว้ว่า หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานตามแผนงานที่กำหนดไว้เพื่อตัดสินใจแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ ให้ผลงานเป็นไปตามแผนงานอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ข้อมูลจากการติดตามจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อการเร่งรัดให้งาน/โครงการดำเนินไปตรงตามเป้าหมายของแผนงาน และแล้วเสร็จภายในกำหนดเวลา การติดตามผลจึงต้องดำเนินการอย่างสม่ำเสมอในหน่วยงาน เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับให้ตนเอง ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น ผู้บังคับบัญชาระดับสูง ตลอดจนผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการทุกระดับ เพื่อให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ไข อำนวยความสะดวก ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการบรรลุ เป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

นิศา ชูโต (2550) กล่าวในบทความว่า การติดตามงาน (Monitoring) เป็นกระบวนการประจำที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารงาน ก็คือเป็นการควบคุมเฝ้าระวังดูแลกำกับของฝ่ายจัดการ เพื่อตรวจสอบ เป็นระยะๆ ว่ามีการปฏิบัติงานจริง กิจกรรมต่างๆ ที่จัดเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ตรงกลุ่มเป้าหมาย ตรงตามเวลาที่วางไว้ในแผนงานหรือไม่ประการหนึ่ง อีกประการหนึ่งการติดตามงานเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ จัดการให้งานมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ จัดการให้เกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ (ได้ผลงานมากแต่เสีย ค่าใช้จ่ายน้อย งานมีคุณภาพดี ราคาขอมเยา) ได้ประโยชน์คุ้มทุน คุ้มค่า ฯลฯ การติดตามงานก็เพื่อแก้ไข ปัญหาในขณะปฏิบัติงานได้ทันทั่วทั้งนั่นเอง

กล่าวโดยสรุป การติดตาม (Monitoring) หมายถึง การตรวจติดตามงาน หรือการปฏิบัติงาน เพื่อ ลดปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน การติดตามงานเป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการควบคุมการ ดำเนินงาน เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานให้เป็นไปด้วยดีในทันทีที่เกิด ปัญหาอุปสรรค

การประเมินผล (Evaluation) ถือเป็นกระบวนการการบริหารที่นับว่าสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง กระบวนการหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานว่าบรรลุเป้าหมายมาก น้อยเพียงใด การประเมินผลเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ทราบผลการบริหารงานหรือการปฏิบัติงานตาม โครงการใดๆ ว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ โดยเปรียบเทียบจากผลงานที่ได้รับกับมาตรฐานที่กำหนดหรือผลที่ คาดหมายหรือปรารถนาจะให้เกิด ทั้งที่มองเห็นด้วยตาและไม่อาจมองเห็นด้วยตาได้ ผลแห่งการประเมิน จะมีประโยชน์ในการที่จะบอกให้ทราบถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลว ซึ่งจะเป็นบทเรียนและใช้เป็นแนว ทางแก้ไขทั้งในปัจจุบันและอนาคต

การประเมินผล (Evaluation) ความหมายในมุมมองของงานพัฒนาชุมชนหมายถึง การศึกษาว่า การดำเนินโครงการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ ภายใต้เงื่อนไขปัจจัยใด หากจะ ดำเนินการต่อไปน่าจะอย่างไรบ้าง การประเมินผลจึงมุ่งเน้นเพื่อให้เห็นว่าโครงการพัฒนาได้ดำเนินการ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ และการแสดงให้เห็นคุณภาพของโครงการ เช่น โครงการมี วัตถุประสงค์เพื่อเสริมความเข้มแข็งของกลุ่ม/เครือข่ายในการดำเนินงานโครงการได้เกิดกลุ่มองค์กรที่มี โครงสร้าง บทบาทหน้าที่องค์กร รวมทั้งมีกฎระเบียบและแผนงานที่ชัดเจน มีการบริหารจัดการองค์กรที่

โปร่งใส และได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน สมาชิกขององค์กรและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม กลุ่มมีกองทุนและการระดมทุน เป็นต้น

สุรพลกาญจนจิตร (2527) ให้ความหมาย การประเมินผล หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานว่า โครงการที่ดำเนินนั้นได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายหรือไม่เพียงใด เพราะวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในโครงการจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่าโครงการนั้นเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ และใช้ผลการประเมินเป็นข้อมูลย้อนกลับเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานของโครงการต่างๆ ต่อไป

สุชุม มูลเมือง (2535) ให้ความหมาย การประเมินผล หมายถึง การกำหนดคุณค่า (Value) และประสิทธิผลของโครงการหรือการทำงานของคน หรือกลุ่มบุคคลในองค์กร ผลจากการประเมินจะออกมาในรูปของการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผลที่เกิดขึ้นจริงกับผลที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า คือจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการประเมินโครงการ คือ การจัดเตรียมข้อมูล การจัดทำสารสนเทศ เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างผลที่เกิดขึ้นกับผลที่คาดหวังไว้ อันจะเป็นแนวทางให้ผู้บริหารโครงการนำไปใช้ในการพัฒนาเพื่อตัดสินใจในโครงการ

ประทุม รอดประเสริฐ (2533) กล่าวว่าไว้ว่า การประเมินผล ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Evaluation หมายถึง กระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจดำเนินการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และยังเกี่ยวเนื่องกับคำอื่นๆ เช่น การวิจัย (Research) การวัดผล (Measurement) การตรวจสอบรายงาน (Appraisal) และการควบคุมดูแล (Monitoring) การประเมินผลจึงเป็นการประมาณค่าหรือประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลที่เก็บรวบรวมด้วยวิธีการสอบถาม ทดสอบ สังเกต และวิธีการอื่นๆ แล้วทำการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจว่างานนั้นมีคุณค่าหรือบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด

นิศา ชูโต (2550) กล่าวในบทความว่า การประเมินผล (Evaluation) หมายถึง การให้คำตัดสินอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการทั้งทางตรง (Direct effect) และทางอ้อม (Indirect effect) ทั้งที่ตั้งใจ (Intended effect) และโดยไม่ตั้งใจ (Unintended effect) เปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในโครงการว่าเกิดจริงหรือไม่ มีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ เกิดกับคนกลุ่มไหน มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง เปรียบเทียบกับก่อนและหลังมีโครงการตลอดจนผลงานที่เกิดมีคุณภาพคุ้มค่ากับต้นทุน

จากการให้ความหมาย การประเมินผล (Evaluation) หมายถึง การตรวจสอบผลการดำเนินงานในระหว่างที่กำลังดำเนินการ (On-going Evaluation) หรือภายหลังที่การดำเนินการสำเร็จเสร็จสิ้นไปแล้ว (Ex-post Evaluation) พอจะสรุปได้ว่าการประเมินผล เป็นกระบวนการอย่างมีระบบเพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม

1.2 แนวคิดด้านการติดตามประเมินผล

การติดตามและประเมินผล เป็นกระบวนการที่สำคัญกระบวนการหนึ่งของกระบวนการจัดการองค์กร ซึ่ง วิลเลียม เอ ชโรด (William A. Shrode) และแดน วอยซ์ จูเนียร์ (Dan Voich, Jr.) (อ้างถึงใน อุทัย เลาหวิเชียร, 2544) ได้ให้คำนิยามว่า การจัดการคือ กิจกรรมหรือกระบวนการสำหรับการประสาน

และบูรณาการการใช้ทรัพยากรเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรด้วยการใช้คนซึ่งคนจะใช้เทคนิคและข่าวสารในโครงสร้างขององค์กร ซึ่งจากคำจำกัดความนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการหมายถึงการปฏิบัติ ซึ่งอาศัยองค์ความรู้ของทฤษฎีองค์การมาใช้ให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร ซึ่งอาจจะเป็นผลผลิต บริการ หรือความพึงพอใจ ซึ่งกระบวนการจัดการดังกล่าวประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) การเป็นผู้นำ (Leading) และการประเมินผล (Evaluation)

สำหรับกระบวนการติดตามและประเมินผลในปัจจุบันนั้น ตามแนวคิดของ Robert S. Kaplan และ David P. Norton ได้เสนอแนวคิด Balanced Scorecard เพื่อใช้ในการวัดผลของกิจการที่จะทำให้ผู้บริหารระดับสูงเห็นภาพรวมขององค์กรได้ชัดเจนขึ้นให้ได้ภาพรวมขององค์กรอย่างสมดุลขึ้น โดยการวัดผลนอกจากการวัดทางด้านการเงินที่เป็นผลของการดำเนินงานที่เกิดขึ้นมาแล้ว ต้องมีการวัดผลด้านกระบวนการบริหารงาน การสร้างความพอใจให้แก่ลูกค้า ตลอดจนสร้างนวัตกรรมและการเรียนรู้ให้แก่องค์กรเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและการสร้างอนาคตให้แก่องค์กรด้วย ด้วยแนวคิดนี้ผู้บริหารสามารถประเมินโดยรวมขององค์กรและความสามารถในการแข่งขันและอนาคตขององค์กรนั้นๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยขอบเขตหรือองค์ประกอบในการวัดผลตามแนวคิดของ Balanced Scorecard ภายใต้มุมมองแต่ละด้านนั้นจะประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ (objective) เพื่อเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละมุมมองที่ต้องการจะชี้วัด 2) ตัวชี้วัด (Performance Indication) คือ ตัวชี้วัดนั้นจะแสดงให้เห็นว่าองค์กรได้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ในแต่ละด้านหรือไม่ 3) เป้าหมาย (Target) คือ เป้าหมายหรือค่าตัวเลขที่ตั้งไว้ เพื่อให้องค์กรบรรลุถึงค่านั้นๆ 4) แผนงานโครงการที่ตั้งใจ (Initiatives) คือ แผนการปฏิบัติงานที่มีการลำดับเป็นขั้นๆ ในการจัดทำกิจกรรม

กระบวนการในการบริหารจัดการองค์กรโดยจะเริ่มตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) อันประกอบด้วยความต้องการหรือข้อเรียกร้อง (Demand) และแรงสนับสนุน (Support) ที่เป็นเสมือนแรงผลักดันหรือแรงกระตุ้นให้องค์กรเริ่มกระบวนการในการบริหารจัดการเพื่อก่อให้เกิดผลผลิต (Output) หรือผลลัพธ์ (Outcome) ที่สามารถสนองตอบต่อความต้องการหรือการสนับสนุนต่างๆ ซึ่งผลผลิตหรือผลลัพธ์จะเป็นผลสะท้อน (Feedback) กลับมาเป็นปัจจัยนำเข้าอีกครั้งหนึ่ง โดยมีกระบวนการควบคุมและประเมินผลเป็นอีกปัจจัยในการช่วยสะท้อนผลการดำเนินงาน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของผลลัพธ์และผลผลิต กลับไปสู่กระบวนการบริหารจัดการ เพื่อปรับปรุงกลยุทธ์ พัฒนาระบบการปรับปรุง หรือขยายผลการดำเนินการต่อไป

ในด้านการควบคุม ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานนั้น เกณฑ์ในการวัดความสำเร็จในผลิตภาพทั้งในด้านการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการมิได้มีเพียงแค่ประสิทธิผล และประสิทธิภาพเท่านั้น ยังมีหลักการ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอีก ดังต่อไปนี้

ชัยสิทธิ์ เถлимมีประเสริฐ (2546) ได้มีแนวคิดในการควบคุมและประเมินผลแผนกลยุทธ์ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การติดตามผลการดำเนินการ (Track Status) เป็นเครื่องมือสำคัญของผู้บริหารที่จะสร้างความมั่นใจได้ว่า การปฏิบัติงานขององค์กรเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องและสามารถสร้าง

ผลงานที่สอดคล้องตามเป้าประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่วางเอาไว้ การติดตามผลการดำเนินงานจะช่วยให้ผู้บริหารทราบข้อมูลที่เป็นตัวบ่งชี้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นข้อมูลแก่ผู้บริหารในการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การติดตามผลการดำเนินงานนี้ หมายความว่ารวมถึงการรวบรวมผลการดำเนินงานในแต่ละช่วงเวลาของกิจกรรม งาน โครงการต่างๆ สอดคล้องกับตัวชี้วัด ผลสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละระดับที่ได้กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติงานประจำปี 2) การรายงานความก้าวหน้า (Communicate Process) เป็นกระบวนการหลังจากที่ได้มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ภายใต้กรอบของตัวชี้วัดผลสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละช่วงเวลาแล้วเป็นหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ในการกำกับติดตามผลที่จะต้องจัดทำรายงานสรุปเสนอต่อผู้บริหารให้ได้รับทราบความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานเป็นระยะ รวมทั้งควรส่งข้อมูลย้อนกลับให้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้ผู้รับผิดชอบแต่ละระดับ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแนวทางที่เหมาะสม 3) การวัดผลและประเมินผล (Measurement and Evaluation) จะประกอบด้วยกระบวนการย่อย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และประเมินผลข้อมูล และการนำเสนอผลการประเมิน การวัดผลและประเมินผลจะเป็นการประเมินผลสำเร็จของการปฏิบัติงานตามแผนในแต่ละรอบเวลาที่กำหนด ซึ่งผลที่ได้จากการประเมินจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกลยุทธ์รอบต่อไปขององค์กร

เสนาะ ดิยาว (2543) ได้มีแนวคิดและหลักการในด้านการควบคุมและติดตามผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ กระบวนการในการควบคุมและติดตามผล แยกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดมาตรฐานที่ใช้วัด (Establishing Standard) ทุกองค์กรจะมีวัตถุประสงค์ขององค์กร ดังนั้นมาตรฐานที่กำหนดนโยบายจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์นั้น มาตรฐานโดยทั่วไปแยกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ มาตรฐานผลผลิต (Output Standard) ซึ่งวัดด้วยปริมาณ คุณภาพ ต้นทุน และเวลาที่ใช้ จำนวนเงินที่ใช้เปรียบเทียบกับงบประมาณ จำนวนหน่วยผลิต และขนาดของบริการที่ใช้ในระยะเวลาที่กำหนด และมาตรฐานปัจจัยที่ใช้ในการผลิต (Input Standard) จะวัดด้วยความพยายามที่ให้กับงาน (Work Effort) เช่น การวัดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร เป็นต้น 2) การวัดผลงานที่ทำได้จริง (Measuring Actual Performance) ได้แก่ การวัดผลงานที่เกิดขึ้นจริงเป็นหน่วยการผลิตจริง หรือความพยายามที่ให้กับงานจริง หน่วยวัดที่ใช้จะต้องเป็นอย่างเดียวกันกับมาตรฐานที่กำหนดขึ้นมา เช่น จำนวนที่ผลิต จำนวนวันที่ขาดงาน จำนวนเพิ่ม จำนวนรายได้ที่เกิดขึ้น ซึ่งผลงานเหล่านี้ได้มาจากการรายงาน การสังเกต และสถิติตัวเลขต่างๆ 3) การเปรียบเทียบผลงานที่ทำได้จริงกับมาตรฐาน (Comparing Actual Performance with Standard) เป็นการเปรียบเทียบเนื้อหาความแตกต่างที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยงานที่ทำให้จริงกับมาตรฐาน และ 4) การแก้ไขให้ถูกต้อง (Taking Corrective Active) ได้แก่ การดำเนินการทางด้านการบริหาร เมื่อพบความแตกต่างระหว่างผลงานที่เกิดขึ้นจริงกับมาตรฐานเพื่อปรับการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนที่ต้องการ

2. เทคนิคในการควบคุมและติดตามผล ชงชัย สันติวงศ์ (2531) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) การควบคุมด้านคุณภาพ หมายถึง เทคนิคต่างๆ ที่นำมาใช้เพื่อวัดว่าสินค้าและบริการที่ผลิตได้นั้นตรงต่อความต้องการของลูกค้า 2) การควบคุมด้านปริมาณ คือ การควบคุมที่มีการใช้ตัวเลขต่างๆ เพื่อ

นำมาใช้วัดผลในทางปริมาณ เช่น การวัดจำนวนผลผลิตว่าเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้หรือไม่ 3) การควบคุมด้านค่าใช้จ่าย โดยการใช้ระบบงบประมาณเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญและนิยมใช้มากที่สุด โดยการให้หน่วยงานจัดทำงบประมาณการใช้จ่ายทุกๆ ด้านไว้ล่วงหน้า เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ ผู้บริหารก็จะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยวัดผลการใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับงบประมาณที่ตั้งเอาไว้ 4) การควบคุมด้านเวลา คือ การควบคุมให้งานต่างๆ ดำเนินไปได้โดยสามารถจัดทำเสร็จตามกำหนดเวลาที่วางเอาไว้

3. การควบคุมและติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) ความถูกต้อง (Accuracy) ระบบการควบคุมและติดตามผลที่ถูกต้องจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ และนำไปใช้ได้ผลตามที่ต้องการ หากการควบคุมเกิดจากข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ฝ่ายบริหารแก้ไขไม่ตรงจุด โดยไม่อาจทราบได้ว่าควรแก้ไขอย่างไร หรือควรดำเนินการต่อไปอย่างไร 2) ความทันเวลา (Timeliness) ระบบการควบคุมและติดตามผลที่ดีจะต้องสามารถกระตุ้นให้ผู้บริหารสนใจและเอาใจใส่ได้ทันเวลา เพื่อการแก้ไขหรือป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น โดยข้อมูลจากการควบคุมและติดตามผลอาจไม่มีความหมายเลยหากได้รับมาช้ากว่าเวลาอันควร ดังนั้นระบบการควบคุมและติดตามผลที่ดีจะต้องสามารถนำมาใช้แก้ปัญหาได้อย่างทันเวลา 3) ความประหยัด (Economy) ระบบการควบคุมและติดตามผลจะต้องสามารถทำให้เกิดประโยชน์ที่คุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยจะต้องใช้ระดับของการควบคุมให้น้อยที่สุด ประหยัดที่สุด แต่เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด 4) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ระบบการควบคุมและติดตามผลที่ดีจะต้องมีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและการเกิดขึ้นใหม่ของสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งระบบการควบคุมควรปรับตัวตามเวลาและสภาพแวดล้อม 5) การสามารถเข้าใจได้ (Understandability) ระบบการควบคุมและติดตามผลควรมีความซับซ้อนน้อยที่สุด เพื่อความสะดวกในการใช้และคนที่เกี่ยวข้องกับระบบการควบคุมสามารถเข้าใจได้ง่าย 6) การมีมาตรฐานที่สมเหตุสมผล (Reasonable Criteria) การกำหนดมาตรฐานของการควบคุมและติดตามผลจะต้องสมเหตุสมผล และสามารถทำได้จริงจึงจะสามารถจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามได้ 7) การจัดระบบอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic Placement) ผู้บริหารจะต้องจัดวางระบบการควบคุมและติดตามผลอย่างมีกลยุทธ์ อันจะทำให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ในการควบคุมได้ ซึ่งระบบการควบคุมและติดตามผลควรครอบคลุมกิจกรรม เหตุการณ์ และการดำเนินงานทุกอย่างภายในองค์กร ซึ่งถ้าหากองค์กรนำระบบการควบคุมและติดตามผลมาใช้โดยขาดกลยุทธ์ที่เหมาะสม ก็จะไม่สามารถบรรลุผลตามต้องการได้ 8) การเน้นกฎแห่งข้อยกเว้น (Emphasis on The Exception) ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารไม่สามารถจะควบคุมและติดตามผลทุกอย่างได้ จึงต้องเน้นเฉพาะเรื่องที่สำคัญหรือควบคุมติดตามเฉพาะในหลักใหญ่ที่เป็นสาระสำคัญ การเข้าไปตรวจสอบควบคุมในทุกรายการจะส่งผลต่อการใช้อำนาจในการบริหารจัดการ อีกทั้งส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัว 9) การใช้มาตรการหลายๆ อย่าง (Multiple Criteria) การควบคุมและติดตามที่เน้นจุดใดจุดหนึ่ง หรือมาตรฐานใดมาตรฐานหนึ่งจะทำให้มองปัญหาไม่ครอบคลุม เพราะงานแต่ละงานย่อมมีมาตรฐานที่แตกต่างกัน ดังนั้นมาตรฐานในการควบคุมและติดตามผลจึงควรกำหนดให้เหมาะสมสำหรับกิจกรรมแต่ละประเภท 10) การแก้ไขให้

ถูกต้อง (Corrective Action) การควบคุมและติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เพียงแต่เป็นการแจ้งให้รู้ว่ามีข้อบกพร่องผิดพลาดอะไรเกิดขึ้นเท่านั้น แต่จะต้องเสนอแนะด้วยว่าควรจะดำเนินการแก้ไขอย่างไรเพื่อให้เกิดความถูกต้องและสามารถดำเนินการต่อไปได้อย่างราบรื่นและประสบผลสำเร็จ

4. คุณลักษณะของการควบคุมและติดตามผลที่ดี ได้แก่ 1)ต้องประหยัด ระบบการควบคุมและติดตามผลที่ดีนอกจากจะต้องช่วยให้เกิดความมั่นใจว่าองค์กรจะสามารถทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งเอาไว้แล้ว ในเวลาเดียวกันการควบคุมและติดตามผลจะต้องคุ้มค่างับต้นทุนในการดำเนินการด้วย ระบบการควบคุมและติดตามผลที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น มีวิธีการหรือเทคนิคที่ยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ย่อมทำให้เกิดความเสียมากกว่าผลดี ผู้บริหารจึงควรคำนึงถึงต้นทุนทั้งในแง่ของระยะเวลา และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการควบคุมและติดตามผลด้วย 2)รายงานผลต้องรวดเร็ว การควบคุมและติดตามผลจะต้องสามารถรายงานผลความแตกต่างระหว่างเป้าหมายที่พึงได้รับกับผลงานที่เกิดขึ้นจริงได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้บริหารสามารถดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วถึง 3)เน้นส่วนสำคัญของผลงาน การควบคุมและติดตามผลจะต้องเน้นถึงส่วนสำคัญของผลงานอันจะส่งผลต่อความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ การวัดในรายละเอียดปลีกย่อยที่ไม่ใช่ส่วนสำคัญของความสำเร็จของงานตามวัตถุประสงค์ย่อมไม่เกิดประโยชน์เพราะจะไม่ช่วยชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปที่แท้จริงซึ่งจะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร 4)สามารถเข้าใจได้ง่าย การควบคุมและติดตามผลจะต้องเข้าใจง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน เพราะหากกระบวนการมีความยุ่งยากซับซ้อนหรือเลื่อนลอยจนยากที่จะเข้าใจก็ย่อมไม่เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามและไม่อาจก่อให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติได้ 5)เป็นที่ยอมรับ การควบคุมและติดตามผลควรมีการชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติเล็งเห็นถึงประโยชน์และเหตุผลประกอบ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความยอมรับและทุ่มเทในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

5. ประโยชน์ของการควบคุมและติดตามผล มีดังต่อไปนี้ คือ 1)ทำให้งานต่างๆ มีความสอดคล้องกันไม่ว่าจะเป็นงานของแต่ละคนหรืองานของแต่ละกลุ่ม รวมถึงงานของแต่ละหน่วยงาน สอดคล้องกัน นอกจากนั้นงานตามแผนระยะสั้นและแผนระยะยาวของทั้งองค์กรสอดคล้องกันอีกด้วย 2)ทำให้เป้าหมายขององค์กรสำเร็จสมบูรณ์ทั้งเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองเกิดขึ้นอย่างสอดคล้องเหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ หรือด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำสุด 3)ทำให้วิธีการปฏิบัติงานนโยบายและกฎเกณฑ์ข้อบังคับต่างๆ ขององค์กรดำเนินไปในแนวทางเดียวกัน ตลอดทั้งระบบ 4)ช่วยป้องกันมิให้ทรัพยากรต่างๆ ของหน่วยงานถูกใช้ไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพหรือต้องสูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ 5)ช่วยรักษาคุณภาพของงานให้ตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ และช่วยให้สามารถผลิตสินค้าและบริการได้ตรงตามความต้องการของลูกค้าและผู้มาใช้บริการ 6)ทำให้สามารถกำหนดมาตรการในการปรับปรุงแก้ไข และป้องกันความผิดพลาดในระหว่างกระบวนการปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นแนวทางที่ดีกว่าการแก้ไขเมื่อการปฏิบัติงานสิ้นสุดลงแล้ว

ชัยสิทธิ์ เถлимมีประเสริฐ (2546) มีแนวคิดและหลักการในด้านประเมินผลโครงการ ได้แก่ 1) แนวคิดด้านการประเมินผลแผนงาน/โครงการอย่างเป็นระบบ D.Stufflebeam ได้เสนอตัวแบบ (Model)

ไว้ เรียกชื่อย่อว่า “CIPP Model” ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่ 1 การประเมินผลบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation) เป็นการประเมินผลแผนงาน/โครงการในภาพกว้างเป็นรูปแบบพื้นฐานของการประเมินผลโดยทั่วไป เพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยจะเน้นในด้านความสัมพันธ์ของแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การบริหาร เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศ ฯลฯ องค์ประกอบที่ 2 การประเมินผลปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) เป็นการประเมินผลเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การประเมินในด้านอัตรากำลัง งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ วิธีการจัดการ เวลา ฯลฯ ว่ามีเพียงพอหรือไม่ การประเมินผลปัจจัยเบื้องต้นจะช่วยให้ได้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจว่าควรปรับวัตถุประสงค์เชิงปฏิบัติอย่างไร ใช้อัตรากำลังเท่าใด วางแผนและดำเนินการอย่างไร ซึ่งจะแตกต่างจากการประเมินสภาวะแวดล้อมในแง่ที่ว่า การประเมินปัจจัยเบื้องต้นเป็นการกระทำเฉพาะกรณีนั้นๆ และวิเคราะห์ภายในแผนงาน/โครงการเท่านั้น องค์ประกอบที่ 3 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินผลเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินงานตามขั้นตอนของแผนงาน/โครงการที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นข้อมูลสารสนเทศสำหรับนักประเมินผล ตลอดจนเป็นการบันทึกสะสมข้อมูลระหว่างการปฏิบัติงาน จะพบว่าการประเมินผลกระบวนการเป็นการค้นหาคำตอบที่ว่าระบบการทำงาน กลไก ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรบุคคล วิธีการติดต่อสื่อสาร ฯลฯ มีประสิทธิภาพเพียงพอหรือไม่ มากน้อยเพียงใด จะมีแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร องค์ประกอบที่ 4 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดผลและแปลความหมายของผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ โดยทั่วไปการประเมินผลผลิตเป็นการเปรียบเทียบผลงานที่ทำได้กับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแผนงาน/โครงการ หากผลงานที่ได้สูงกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์ แสดงว่าแผนงาน/โครงการประสบผลสำเร็จ โดยผู้ประเมินผลจะต้องอธิบายถึงสาเหตุ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยอาจใช้รายงานการประเมินผลสภาวะแวดล้อม การประเมินผลปัจจัยเบื้องต้น และการประเมินผลกระบวนการประกอบในการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคด้วย

2. รูปแบบและประเด็นการประเมินผลโครงการ ประกอบด้วย

1)การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) หรือการประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency Evaluation) จะเน้นการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโครงการ โดยศึกษากระบวนการจัดทำกิจกรรมต่างๆ ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดที่จะส่งผลให้เกิดผลงาน (Outputs) ของโครงการ 2)การประเมินผลที่ได้รับของโครงการ (Project Evaluation) หรือการประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) จะเน้นการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการโดยศึกษาว่าผลงาน (Outputs) ของโครงการสามารถนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้หรือไม่ เพียงใด 3)การประเมินผลกระทบของโครงการ (Impact Evaluation) จะเน้นการวิเคราะห์ผลที่ได้รับต่อเนื่องจากประสิทธิผลของโครงการ โดยศึกษาว่าผลที่ได้รับจากวัตถุประสงค์ของโครงการจะไปช่วยสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายแผนงานได้มากน้อยเพียงใด

1.3 ความสำคัญความจำเป็นและประโยชน์ของการติดตามประเมินผล

ความสำคัญความจำเป็นและประโยชน์ของการติดตามประเมินผลของ UNDP (2002) คือ ให้ได้สารสนเทศ (Information) เพื่อ 1) ประกอบการตัดสินใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในโครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม 2) ใช้ศึกษาเรียนรู้ความสำเร็จ อุปสรรค และความล้มเหลวของโครงการ ตัวอย่างของการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศ เช่น ติดตามการใช้ทรัพยากรและงบประมาณเพื่อปรับปรุงการจัดสรรและกระจายทรัพยากรให้โครงการสามารถดำเนินไปได้ตามเป้าหมายและตามกรอบงบประมาณที่กำหนด ศึกษาปัญหาและสาเหตุของปัญหาอุปสรรคเพื่อดำเนินการแก้ไขได้ตรงจุดตรงเวลา ติดตามความครอบคลุมและประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายพึงได้รับอย่างทั่วถึง ไม่กระจุกตัวอยู่ที่กลุ่มใดหรือพื้นที่ใดเป็นพิเศษ ตรวจสอบว่าประชากรกลุ่มเป้าหมายให้การยอมรับและใช้ประโยชน์จากโครงการมากน้อยเพียงใด ประเมินผลกระทบระยะยาวที่เกิดขึ้นกับประชาชน โดยเฉพาะการยกระดับคุณภาพชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องรายได้ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และความเข้มแข็งของประชาชน และแสดงความรับผิดชอบของผู้จัดทำโครงการที่จะต้องรายงานผลงานผลเงินให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรับทราบ

สาคร สุขศรีวงศ์ (2550) ได้สรุปความสำคัญและประโยชน์ของการติดตามประเมินผลได้ 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้คือ 1) ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริง สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการพัฒนา 2) ทำให้วางแผนได้ตรงเป้า แก้ปัญหาได้ถูกจุดและพัฒนาได้ตรงตามนโยบาย 3) ช่วยให้ดำเนินการตามแผนได้ราบรื่น สามารถปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างได้ผลหรือปรับแผนให้เหมาะสมมากขึ้น และ 4) ทำให้ทราบผลการดำเนินงานตามแผนและโครงการอย่างชัดเจน อะไรประสบผลสำเร็จแล้ว สิ่งใดยังต้องทำต่อไป จำนวนเท่าไร อันจะเป็นข้อมูลไปสู่การตัดสินใจไปสู่สภาพปัจจุบัน ปัญหาความต้องการซึ่งเป็นการวนครบวงจรดังนั้น ถ้ามีการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ย่อมทำให้ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริง การวางแผนสามารถทำได้ตรงตามเป้าหมายหรือสามารถปรับปรุงแก้ไขหรือปรับแผนให้เหมาะสมมากขึ้น ทราบผลการดำเนินงานของงาน/โครงการ เมื่อเริ่มวางแผนอีกก็จะมามีข้อมูลที่ชัดเจน เทียบตรงและเป็นปัจจุบัน วงจรของแผนก็จะครบสมบูรณ์ สามารถเป็นเครื่องมือในการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 หลักการประเมินโครงการรูปแบบการประเมินแบบชีพพีโมเดล

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2524 : 66 – 67) ได้สรุปรูปแบบการประเมินแบบชีพพีโมเดลไว้ดังนี้

1. การประเมินสภาวะแวดล้อม(Context evaluation) เป็นการประเมินความต้องการของสังคม ปัญหาอุปสรรคตลอดจนศึกษาปรัชญาทั้งในและนอกระบบสังคมปัจจุบันอันจะนำไปสู่การตั้งจุดมุ่งหมายที่เหมาะสมของโครงการประชุมการประเมินเกี่ยวกับคุณค่าที่คาดหวังหรือปรัชญาที่อยู่นอกระบบความเชื่อเดิมอาจนำไปสู่การค้นพบคุณค่า หรือแนวคิดใหม่ให้กับสังคมปัจจุบันได้

2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้น(Input evaluation) เป็นการตรวจสอบความพร้อมของปัจจัยเบื้องต้นต่าง ๆ เช่นบุคลากร อาคารสถานที่ งบประมาณและอื่น ๆ อันจะนำไปสู่แผนการจัดโครงการประชุมหรือ

โปรแกรมที่เหมาะสมที่สุดซึ่งหมายถึงเป็นแนวทางหรือยุทธวิธีที่เป็นไปได้กับทรัพยากรที่มีอยู่ และมีโอกาสที่จะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้มากที่สุด

3. การประเมินกระบวนการ(Process evaluation) เป็นการประเมินเพื่อระบุหาจุดเด่นและจุดด้อยของแนวทางที่เลือกใช้โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการบริหาร โครงการ และกระบวนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ หลังจากการนำแผนการไปปฏิบัติจริงเพื่อจะได้ปรับปรุงแก้ไขวิธีการต่าง ๆ ให้เหมาะสมได้ทันทั่วทั้งที่ ขณะที่โครงการหรือโปรแกรมนั้นกำลังดำเนินอยู่ในกรณีโครงการระยะสั้นผลประเมินอาจนำไปปรับปรุงการดำเนินโครงการต่อมา

4. การประเมินผลิตผล(Product evaluation) เป็นการตัดสินคุณค่าผลิตผลของโครงการทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพอันจะบ่งชี้ว่าในการดำเนินโครงการหรือโปรแกรมครั้งนี้ได้บรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใดอีกทั้งยังช่วยให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจได้ว่าควรจะคงไว้ปรับปรุงหรือล้มเลิกโครงการนี้

ทวีป ศิริธรรม (2544 : 127 – 128) ได้กล่าวถึงการประเมินแบบชีพฟ์โมเดลว่า

การประเมินบริบท (Context evaluation) เป็นการประเมินสภาพแวดล้อมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับโครงการเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ของโครงการกับนโยบายของหน่วยเหนือหรือขององค์การความจำเป็นของโครงการและความเป็นไปได้ ในการนำโครงการไปสู่การปฏิบัติซึ่งโดยทั่วไปแล้วนิยามศึกษาใน 6 ประเด็นหลักคือด้านเศรษฐกิจด้านสังคมด้านการเมืองด้านการบริหารด้านเทคโนโลยีและด้านสิ่งแวดล้อมสารสนเทศที่ได้จากการประเมินบริบทจะนำไปใช้เพื่อเลือกหรือปรับตัววัตถุประสงค์ของโครงการให้สอดคล้อง กับนโยบายที่เกี่ยวข้องและปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมายหรือสังคมตามบทบาทภารกิจที่องค์กรผู้ดำเนินโครงการนั้นรับผิดชอบ ซึ่งเป็นการประเมินก่อนเริ่มโครงการ (Pre-implementation evaluation)

2. การประเมินปัจจัยป้อนหรือปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินความพร้อมทั้งในแง่ของความเหมาะสมและความพอเพียงของทรัพยากรต่าง ๆ ที่นำมาใช้เพื่อช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของโครงการ รวมทั้งแนวทางการจัดการหรือกิจกรรมที่กำหนดไว้ใน การดำเนินโครงการ สารสนเทศที่ได้จากการประเมินในส่วนนี้จะนำไปใช้เพื่อการเลือกหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยป้อนทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรวมทั้งแนวทางหรือกิจกรรมดำเนินโครงการที่เหมาะสมซึ่งคาดว่าจะช่วยให้โครงการบรรลุเป้าหมายหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้มากยิ่งขึ้นซึ่งเป็นการประเมินก่อนเริ่มโครงการ (Pre-implementation) เช่นเดียวกัน

3. การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินโครงการปฏิบัติงานตามนโยบายแผนงาน หรือโครงการว่าเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่มีปัญหาอุปสรรคใด ๆหรือไม่อย่างไร มีความถูกต้อง เหมาะสมเพียงใด

การประเมินกระบวนการได้รวมเอาสารสนเทศจากการกำกับติดตามหรือ กำกับดูแล (Monitoring) มาใช้เพื่อการประเมินด้วย การกำกับดูแลจึงเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินกระบวนการซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารงานของโครงการที่พึงกระทำเป็นประจำและต่อเนื่องเพื่อตรวจสอบเป็น

ระยะ ๆ ว่ามีการปฏิบัติจริงหรือไม่ปัจจัยนำเข้าสามารถนำไปใช้ได้ทันทีหรือไม่กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่การให้บริการตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใดและตรงตามตารางเวลาที่ไดวางไว้ในแผนงานหรือไม่โดยการกำกับดูแลนั้นต้องให้ความสนใจต่อการแปรรูปปัจจัยนำเข้าให้เป็นผลลัพธ์และสามารถแก้ปัญหาในขณะปฏิบัติงานได้ทันทีเพื่อช่วยให้เกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่าหรือคุ้มค่าต่อการประเมินกระบวนการ จึงมักใช้วิธีการกำกับดูแลเพื่อช่วยให้การดำเนินงานในการจัดระบบสารสนเทศของโครงการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและต่อเนื่อง (การกำกับดูแลเน้นที่การติดตามเพื่อตรวจสอบกระบวนการเป็นหลักส่วนการประเมินจะเน้นที่การตรวจสอบผลลัพธ์หรือผลกระทบของโครงการว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่เป็นหลัก)

สารสนเทศที่ได้จากการประเมินกระบวนการจะนำไปใช้เพื่อปรับปรุงแผนงานหรือกระบวนการทำงานของแผนงานหรือโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไปหรือใช้ประกอบการตัดสินใจระหว่างดำเนินงานโครงการ (Formative or On-going evaluation)

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงานโครงการว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่และประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด (ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ) รวมทั้งมีผลข้างเคียง (Side Effect) อะไรเกิดขึ้นบ้างหรือไม่อย่างไรโดยอาศัยสารสนเทศที่ได้จากการประเมินบริบทการประเมินปัจจัยป้อนและการประเมินกระบวนการมาร่วมพิจารณาด้วยสารสนเทศที่ได้จากการประเมินผลผลิตจะนำไปใช้เพื่อการตัดสินใจในการปรับปรุงขยาย ล้มเลิก หรือ ยุติโครงการซึ่งเป็นการประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ (Summative or Post Evaluation)

2. ความหมาย และแนวทางการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)

2.1 ความเป็นมา นิยาม ความหมายของ DHS

ก่อนที่จะมีการนำนโยบาย DHS มาใช้ ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสุขภาพผ่านมาหลายยุคหลายสมัย ซึ่งรวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์จากประเทศต่างๆ ที่มีประสบการณ์การปฏิรูปทั้งประสบความสำเร็จ และล้มเหลว เช่น **ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์** (2544) ได้ศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย พบว่าใน ค.ศ. 1997 ประเทศอังกฤษได้ประกาศนโยบายที่สำคัญ White Paper ที่ชื่อว่า The New NHS : Modern, Dependable ให้มีการยกเลิก GP Fundholding และส่งเสริมให้ GPs รวมตัวกันก่อตั้ง Primary Care Groups สนับสนุนให้หน่วยต่างๆ ของ NHS ร่วมมือกันแทนที่จะแข่งขันกันเช่นแต่ก่อน เน้นเรื่องคุณภาพของการให้บริการ แต่อย่างไรก็ตามรัฐบาลยังเห็นว่า ระบบตลาดที่ให้มีการแข่งขันภายในภายใต้การจัดการยังมีประสิทธิภาพอยู่ จึงให้คงระบบแบ่งแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการทางสุขภาพไว้บทบาทของผู้บริโภคขณะนี้พบว่าผู้บริโภคในอังกฤษมีบทบาทมากขึ้น โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น มีช่องทางในการแสดงบทบาทและการร้องเรียนมากขึ้น กล่าวโดยสรุปคือมีอำนาจต่อรองเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่า การที่ผู้บริโภคมีอำนาจมากขึ้นจะทำให้แพทย์มีอำนาจลดลง สมการหาเป็นเช่นนั้นไม่ กระบวนการตรวจสอบแพทย์ด้วยตนเองโดยวิธีประกันคุณภาพต่างๆ ยังคงเป็นวิธีการเพิ่มอำนาจผู้บริโภคทางอ้อม และ

ลดอำนาจแพทย์โดยตรงการผลิตและพัฒนากำลังคนอังกฤษยังมีปัญหาในด้านการวางแผนและพัฒนา
กำลังคน เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่ได้คิดมาตั้งแต่ต้นเมื่อก่อตั้ง NHS เพิ่งเริ่มคิดและวางแผนอย่างจริงจังในช่วง
20 ปีที่ผ่านมาเท่านั้น คงจะต้องเป็นบทเรียนที่สำคัญสำหรับประเทศไทยด้วยการควบคุมและกำกับการใช้
เทคโนโลยีเป็นที่น่าสนใจกว่าอังกฤษไม่มีกฎหมายควบคุมและกำกับเทคโนโลยี แต่ใช้วิธีทางด้าน
งบประมาณและประเมินความจำเป็นและการกระจายของเทคโนโลยีโดยหลายองค์กร ซึ่งส่งผลให้มีแรง
กดดันให้มีการควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีทางอ้อมบทเรียนสำหรับประเทศไทยสิ่งที่เราได้เรียนรู้
จากประวัติศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศอังกฤษคือการปฏิรูปคงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้
เนื่องจากสถานการณ์ต่างๆ รอบด้านผลักดันให้เกิดการปฏิรูปขึ้นเองโดยธรรมชาติ โดยอาศัยการเคลื่อนไหว
กลไกต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมการปฏิรูปเกิดขึ้นได้เร็วถ้าใช้การเมืองนำดำเนินนโยบายและออกกฎหมายตาม การ
ปฏิรูปมิได้ทำให้ทุกอย่างดีขึ้นอย่างที่คาดหวัง แต่ถ้ามองอย่างเป็นธรรม มันก็ไม่ได้ทำให้ทุกอย่างเลวลงสิ่งที่
น่าสนใจคือ ทำไมประเทศอังกฤษจึงใช้ระบบภาษีทั่วไปในการสนับสนุนระบบสุขภาพ ในการปฏิรูปทุกครั้ง
ไม่มีความคิดเห็นนอกเหนือจากการใช้ระบบภาษีรวมทั่วไปในการสนับสนุนระบบสุขภาพ ทั้งๆ ที่
ประเทศอังกฤษอยู่ในยุโรป ซึ่งประเทศในทวีปยุโรปส่วนใหญ่จะใช้ระบบประกันสังคม จึงเกิดคำถามที่
น่าสนใจว่า ระบบภาษีรวมนั้นน่าจะมีข้อดีในการทำให้ระบบสุขภาพของอังกฤษมีประสิทธิภาพและ
ประสิทธิผลจะต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบในเรื่องของการเตรียมกำลังคนสำหรับระบบสุขภาพใน
อนาคต จะต้องมีการควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ราคาแพงจากส่วนกลาง ทั้งนี้โดยคำนึงถึง
ผลการประเมินประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าจะต้องส่งเสริมให้ผู้บริโภคและประชาชนมี
บทบาทมากขึ้น โดยผ่านองค์กรอิสระต่างๆ รวมทั้งการให้การศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้ผู้บริโภค
มีอำนาจมากขึ้นจะต้องมีกระบวนการร้องเรียนที่เป็นระบบที่สาธารณะทั่วไปรับรู้และเข้าถึงได้ข้อเสนอแนะ
ศึกษาประวัติศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยอย่างละเอียด ลดอำนาจแพทย์ให้ได้ มีกระบวนการ
ตรวจสอบแพทย์ที่เข้มแข็งขึ้น จะต้องเพิ่มอำนาจของผู้บริโภคโดยการเพิ่มความรู้และข้อมูลจะต้องให้
การเมืองและการเงินกำกับการปฏิรูปให้เป็นธรรมปลูกจิตสำนึกเรื่องการปฏิรูปสุขภาพให้เกิดเป็นวาระ
แห่งชาติ ผลักดันให้ออกกฎหมายปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้สำเร็จวิจัยเรื่องการเงินการคลังของระบบ
สุขภาพให้ลึกซึ้งจัดตั้งองค์กรกลางที่มีอำนาจร่วมกับรัฐในการปฏิรูประบบสุขภาพผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป
จะต้องทำให้ได้อย่างที่พูด

ลัมมูทรี ศรีธำรงค์สวัสดิ์(2543) ได้ศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐ
เยอรมันที่เป็นประเทศแรก que ประสบความสำเร็จในการจัดหลักประกันด้านสังคมและสุขภาพให้แก่
ประชาชนด้วยระบบประกันสังคมหรือประกันภาคบังคับ ปรัชญาและหลักการพื้นฐานสำคัญของระบบ
การเมืองเยอรมันคือ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคม (Solidarity) การกระจายอำนาจและ
บทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานรัฐ (ส่วนกลาง ภูมิภาค) และเอกชน (Subsidiarity) เป็นพื้นฐานการพัฒนา
องค์กรทางสังคมจากล่างขึ้นบน กระจายอำนาจในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้กับหน่วยงานท้องถิ่น
หรือภาคเอกชนในการดำเนินการ และแนวคิดหลักที่สามคือ การมีองค์กรร่วม (Corporatist organization ที่

จะมีตัวแทนทั้งสองประเภทคือทั้งจากตัวแทนวิชาชีพ และตัวแทนที่มาจากการเลือกตั้ง ในระบบสุขภาพเอง ก็ตั้งอยู่บนพื้นฐานดังกล่าว ระบบบริการสุขภาพของเยอรมันนั้น ภาครัฐมีบทบาทหลักในการสร้างกรอบกฎหมายในการควบคุมกำกับ ในขณะที่การดำเนินงานนั้นกระจายให้องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเป็นผู้ดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด ไม่ว่าจะเป็นกองทุนการเจ็บป่วย และการจัดบริการ ทั้งนี้จะมีการกำกับกันและปฏิสัมพันธ์กันผ่านทางองค์กรที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม เช่น สมาคมกองทุนการเจ็บป่วย (Association of Sickness funds) สมาคมแพทย์ (Association of Panel Doctors) ฯลฯ การปฏิรูปในเยอรมันนั้นมุ่งเน้นการให้ประโยชน์กับประชาชนและสังคมโดยรวมเป็นที่ตั้ง การกำหนดให้มีกฎหมายประกันสุขภาพทำให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้รับหลักประกันด้านสุขภาพแบบถ้วนหน้า ในขณะที่การกำหนดความสัมพันธ์ขององค์กรต่างๆ ในสังคมก็เพื่อเป็นการคานอำนาจและการตรวจสอบซึ่งกันและกัน ทำให้ระบบโปร่งใสขึ้น การปฏิรูปช่วงหลังที่มุ่งเน้นการควบคุมรายจ่ายนั้นก็เป็นความพยายามในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการและโรงพยาบาลเป็นหลัก เพื่อควบคุมไม่ให้รายจ่ายด้านสุขภาพนั้นเพิ่มมากกว่ารายได้ของประชาชน กล่าวโดยสรุปความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพของเยอรมันนั้นเกิดจาก ปรัชญาและหลักการพื้นฐานของสังคม เป็นหลัก ในขณะที่บริบทด้านการเมือง ภาวะเศรษฐกิจ อิทธิพลของกลุ่มต่างๆ และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนั้นเป็นแรงผลักดันสำคัญของการปฏิรูป

สวอน นิตยารัมภ์พงศ์(2544) ได้ศึกษาบทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์ เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย การปฏิรูประบบสุขภาพในนิวซีแลนด์นำโดยพรรครัฐบาลที่เป็นพรรคแรงงาน หลักการสำคัญของการปฏิรูปทั้งระบบสุขภาพ การศึกษา และอื่นๆ ของรัฐบาลในช่วงนี้ คือ การกระจายอำนาจ ลักษณะที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพได้แก่การลดขนาดองค์กรในภาครัฐ โดยเฉพาะในส่วนกลางด้วยการแยกองค์กรที่เคยเดิมทำทั้งด้านนโยบายและการปฏิบัติงานให้เป็นองค์กรที่รับผิดชอบด้านนโยบาย และเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่การปฏิบัติงานแยกผู้ซื้อบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพออกจากกันอย่างชัดเจน ทั้งสองฝ่ายทำธุรกรรมกันภายใต้ข้อตกลงหรือสัญญา สนับสนุนให้เกิดการแข่งขันในกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของนิวซีแลนด์เริ่มใช้อย่างจริงจังตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ปี 2536 โดยมี Regional Health Authorities (RHA) และ Health Financing Authorities ทำหน้าที่บริหารจัดการและควบคุม ขณะที่ผู้ให้บริการทำสัญญาการให้บริการกับ RHA เพื่อให้บริการแก่ผู้ประกันตน การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยดังนี้ การปฏิรูปควรอยู่บนหลักการกระจายอำนาจ เพื่อสนับสนุนการเข้ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจจากหลายฝ่ายรวมทั้งภาคประชาชนควรส่งเสริมงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นหลักควรแยกผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการออกจากกันอย่างชัดเจนควรสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันในกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ

จากการศึกษาประสบการณ์ของต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น ประเทศไทยได้นำจุดเด่น และมุมมองต่างๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของไทยมาปรับใช้ โดยบูรณาการหลายรูปแบบทั้งนี้พบว่ามีความสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกที่สรุปแนวทางการ

พัฒนาระบบสุขภาพที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ(Six Building Blocks)ประกอบไปด้วย การให้บริการ บุคลากร ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพที่ดีจะส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน โดยมีกลไกการคลังที่เข้มแข็ง มีบุคลากรดี มีความพร้อมในจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และมีระบบสารสนเทศที่ครอบคลุมและใช้เป็นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ ธรรมชาติของระบบสุขภาพนั้น มีความหลากหลาย มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การตรวจสอบ กำกับ ควบคุม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ จนถึง ผลลัพธ์ของการดำเนินการในระบบสุขภาพทั้งหมด จึงเป็นเรื่องยากและท้าทายเป็นอย่างมาก การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของระบบสุขภาพจึงต้องมีการเชื่อมผสานองค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้งหมด ซึ่งแต่ละประเทศก็มีบริบทที่แตกต่างกันไป คำจำกัดที่ต่างกัน ทำให้ที่มาของตัวชี้วัดแตกต่างกัน เปรียบเทียบผลลัพธ์กันไม่ได้

1. งานบริการสุขภาพ

งานให้บริการสุขภาพเป็นงานสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจมีรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่มีองค์ประกอบหลักๆ ที่สำคัญได้แก่ การมีเครือข่ายที่ให้บริการครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งรวมถึงงานป้องกัน งานรักษา งานฟื้นฟูสภาพ และงานสร้างเสริมสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ มีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน ระบบบริการสุขภาพนี้ต้องมีการกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษา ข้ามเครือข่ายเขตพื้นที่บริการได้ แยกบริการรักษาขั้นสูงเป็นระดับความซับซ้อน และยังครอบคลุมไปทุกกลุ่มอายุ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานงานกัน ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการ ซึ่งมีการจัดการที่ดี เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดีไปพร้อมกัน และที่สำคัญต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ไม่ใช่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการและการประเมินผลด้วย จะได้เข้าใจถึงแหล่งที่มาของกองทุน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการ ร่วมกันรับผิดชอบปลูกฝังให้ประชาชนดูแลสุขภาพก่อนที่จะป่วย

2. กำลังคนด้านสุขภาพ

ความสามารถของประเทศที่จะบริหารจัดการทรัพยากรคน-เงิน-ของ ที่มีอยู่ทั้งหมด ให้บรรลุเป้าหมายให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีนั้น ประเด็นเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพก็ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจและรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพ นอกจากนั้น จำนวนของบุคลากรที่เหมาะสมก็มีส่วนที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้เช่นกัน บุคลากรด้านสุขภาพหมายถึง บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้งที่ทำงานภาครัฐและภาคเอกชน เต็มเวลาหรือทำงานกึ่งเวลา ทำงานเดี่ยวหรือควบ

หลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ตาม นอกจากนี้ ยังรวมกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้านการศึกษา ในวิชาชีพสุขภาพ งานวิจัยและงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ การมองภาพรวมของทั้งประเทศและภูมิภาค เท่าที่เป็นอยู่ยังมีความขัดแย้งที่ยังมองภาคเอกชนดังคนไปจากภาครัฐ อนาคตทั้งภาครัฐและเอกชนก็อาจถูกดึงไปยังภูมิภาคอาเซียนหรือภูมิภาคอื่นก็ได้ การวิเคราะห์จึงต้องเห็นข้อมูลความต้องการของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและทุกภาคส่วนทั้งหมด มาร่วมมือกันผลิตให้เพียงพอกับความต้องการ ในอดีตภาคบริการอยาก ให้ภาควิชาการในมหาวิทยาลัยเร่งผลิต เมื่อได้รับการปฏิเสธภาคบริการก็ผลิตเสียเอง ผ่านมา 10-20 ปี ภาคบริการเลยต้องแบกภาระงานสอนไปด้วย ส่วนภาควิชาการงบประมาณไม่พอ ก็เพิ่มงานบริการขึ้นอีกแทนที่จะเพิ่มงานสอนหรืองานวิจัยที่สร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นในการพัฒนางานบริการของประเทศ ปัจจุบันบุคลากร ทั้งส่วนบริการและวิชาการจึงทำงานเหมือนกัน ต่างคนต่างทำ และทำงานหนักทั้งสองส่วนนอกจากปัญหา การผลิตบัณฑิตสาขาสุขภาพแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องร้องเรื่องค่าตอบแทนตามภาระงาน (Pay for performance; P4P) ที่ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม บทบาทขององค์กรวิชาชีพ ในสาขาต่างๆ ต้องมีส่วนร่วม ชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาการรวมของประเทศและของภูมิภาค การ คิดแก้ไขปัญหาแบบแยกเป็นส่วนๆ หรือคิดเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะเป็นคราวๆ ไป นอกจากไม่ทำให้ระบบ สุขภาพมั่นคงแข็งแรงแล้ว ยังซ้ำเติมให้เกิดปัญหาที่เรื้อรังมากขึ้น

3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้พื้นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 6 เสาหลักของระบบ สุขภาพ และยังมีบทบาทในการนำเอานโยบายระบบสุขภาพไปปรับใช้ ควบคุม ดำเนินการทําวิจัยเพื่อพัฒนา แก้ไข ในประเด็นปัญหาต่างๆ อาทิเช่น งานให้บริการ กำลังคน และกลไกการคลังด้านสุขภาพ ระบบ สารสนเทศยังใช้ติดตามและประเมินผล จัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษา วิเคราะห์แผน สร้างโจทย์ งานวิจัย สื่อสารข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ฯลฯ ในการบริหารระบบสุขภาพให้มีความ เข้มแข็งและเจริญได้อย่างยั่งยืนนั้น ผู้บริหารนโยบายต้องการข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ปัจจัยทั้งหมดที่นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ ผลผลิตของระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความพร้อม การ เข้าถึง คุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ อันได้แก่ อัตราตายและอัตราการเกิด ทุพพลภาพ สุขภาวะ ความพิการ รวมไปถึงการไม่ได้รับความธรรมจากการรับบริการ อาทิเช่น ขอบเขตการ คุ้มครอง ผลลัพธ์จากการรักษาเปรียบเทียบจากวิธีที่ต่างกัน ต้นทุนการดำเนินการ ต้นทุนของการให้บริการ ของแต่ละกลุ่มโรค เป็นต้น

4. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการทำงาน ที่ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชน เข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น ซึ่งต้องมีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคา อาจกำหนดเป็นบัญชียา และเวชภัณฑ์ แนวทางปฏิบัติ หรือเป็นมาตรฐานในระดับชาติ แสดงขั้นตอนและวิธีการกำหนดราคา สถานภาพการต่อรองราคา กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ที่เข้าสู่ตลาดภายในประเทศ

ระเบียบการจัดซื้อ การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้น ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งต้องเน้นมาตรการ “การใช้จ่ายอย่างเหมาะสม” เพื่อเป็นการลดอุบัติเหตุการฉ้อโกง เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และฝึกอบรมบุคลากร

5. กลไกการคลังด้านสุขภาพ

การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันไปให้กิจการบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากร หรือเอาไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน เพื่อทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการ ประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสถานที่ สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือ ปราศจากการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย ดังนั้น กลไกการคลังสุขภาพจึงมิได้หมายถึงแค่มีกองทุนเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อและระบบการให้บริการด้านสุขภาพ โดยทั่วไป ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละประเทศด้วยการเทียบสัดส่วนกับผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products; GDP) และตัวชี้วัดที่ระบุถึงภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือนคือ สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (out-of-pocket payment) ต่อรายได้ทั้งหมด

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

ธรรมาภิบาลเป็นเรื่องสำคัญมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาคส่วน ให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น ให้ระบบนี้เกิดความสมดุลและยั่งยืนของประเทศ ดังนั้น ลำพังตัวชี้วัดด้านธรรมาภิบาลของผู้นำมิได้สัมพันธ์กับความสำเร็จของระบบสุขภาพที่ดีได้เลย

ระบบสุขภาพระดับอำเภอเกือบร้อยละ 6 ประการของระบบ สุขภาพ องค์ประกอบ 6 ประการของระบบสุขภาพเริ่มใช้ครั้งแรกโดย องค์การอนามัยโลกในปี 2007 ทั้งนี้มักเรียกทับศัพท์ว่า “Six Building Blocks” ของระบบสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับระบบสุขภาพ โดยทั่วไปรวมถึง “ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System)²” โดยที่ ทั้งระบบสุขภาพอำเภอ และ Six building block มีสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care)^{3,4} เป็นฐานร่วมของพัฒนาการ⁵ โดยที่องค์ประกอบ ทั้ง 6 ประการ มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และมีการพัฒนาไปด้วยกัน ตาม คุณลักษณะของปฏิกิริยาลูกโซ่ (Chain reactions) ที่มีต่อกัน ทั้งนี้ ความหมายของแต่ละองค์ประกอบในการทำให้ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกัน นำไป สู่การทำให้ระบบสุขภาพอำเภอมีความเข้มแข็ง (DHS Strengthening) การสร้างและการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย

DHS ระบบบริการปฐมภูมิ(District health system) เป็นนโยบายที่มีความสำคัญอันหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่ประเทศไทยนำมาเป็นนโยบายสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในปัจจุบัน

ความหมายของ District ในที่นี้คือ ไม่ใช่มีความหมายเท่ากับอำเภอ แต่คือขอบเขตพื้นที่หนึ่งๆซึ่งในพื้นที่นั้น มีคนในชุมชน และหน่วยงานต่างๆ มีภาคีภาคส่วนต่างๆ รวมกับภาคส่วนด้านสาธารณสุข โดยจะต้องมี หน่วยบริการของสาธารณสุข คือโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. และ สสข.) และหน่วยงานด้านบริหารของสาธารณสุข (สสอ.) ในบางพื้นที่อำเภอที่มีขนาดใหญ่ อาจจะมีแยกเป็นหลายๆ District ภายในหนึ่งอำเภอเดียวกันได้ และ District health system ก็ไม่ใช่ คป.สอ. เนื่องจาก คป.สอ. เป็นเพียงคณะทำงานบริหารงานเพียงภาคส่วนสาธารณสุขอย่างเดียว การจะเป็น District health system ที่ดีนั้นจะต้องมีปฏิสัมพันธ์การทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในเรื่องของสุขภาพ

ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลไกการประสานงานในระดับอำเภอมีเป็นระบบอยู่ก่อนแล้วเรียกว่า “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือ คป.สอ.” โดยเนื้อหาการประชุมเพื่อประสานงานนั้นจะเป็นเรื่องการติดตามงานและการประสานงานหรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอมีเรื่องการจัดสรรทรัพยากรบ้างไม่มากนัก เมื่อปฏิรูประบบสุขภาพ หน่วยคู่สัญญาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) คือองค์กรบริหารจัดการด้านสุขภาพระดับพื้นที่ (ส่วนใหญ่คือระดับอำเภอ) นับเป็นองค์กรบริหารจัดการรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งนี้เนื่องจากระบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กลไกวิธีการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร ดังนั้น CUP จึงเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่รับจัดบริการตามพันธะสัญญาที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดไว้ในเงื่อนไขของการขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิเมื่อระบบงานของ CUP ได้กลายมาเป็นองค์กรในการจัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณและครุภัณฑ์ ภายใต้การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มโอกาสการมีสุขภาพดีของประชาชน กลไกหนึ่งที่สำคัญคือการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจและพัฒนาศักยภาพของการบริการด้านแรกที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA) จึงได้เกิดขึ้นและทดลองนำร่องตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา ต่อมาในปี 2553 นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดขึ้นมาภายใต้หลักการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกละเลยการลงทุนด้านนี้น้อยทั้งๆที่ต้นทุนต่ำกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วยและแนวโน้มการเกิดโรคที่เป็นภาระต่อสังคมและประเทศชาติเปลี่ยนเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและสามารถป้องกันได้ เช่น เบาหวานความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และมะเร็ง การยกระดับสถานีนอมนัยที่มีกว่า 9 พันแห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)จึงเป็นจุดเปลี่ยนระบบสาธารณสุขครั้งสำคัญที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ในปี 2555 นโยบาย “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคโฉมใหม่ปี 2555” เน้นในเรื่อง 1. มีหมอใกล้บ้านใกล้ใจ 2.มียาดีใช้เพียงพอ 3.ไม่ต้องรอ

รักษานาน และ 4.จัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นเรื่องที่ประชาชนส่วนใหญ่อยากได้จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามเป้าหมายการพัฒนารั้งนี้ ประชาชนจะมีหมอประจำครอบครัวดูแลสุขภาพถึงบ้านครบทุกครัวเรือนทั่วประเทศที่มีประมาณ 20 ล้านครัวเรือนภายในปี 2557

ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมด้วยอิทธิพลต่างๆ อาทิ การปฏิรูปการเมือง การปฏิรูประบบราชการ รวมถึงการปฏิรูประบบสุขภาพ พบว่าต่างมีจุดยืนของความคิด เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการตรงกันคือความมีประสิทธิภาพ ความเสมอภาคและความสามารถในการพึ่งตนเองได้ของประชาชน รวมถึงความโปร่งใสของการจัดการในระบบต่างๆ ในทุกสังคมของประเทศและนั่นย่อมหมายถึงรวมถึงสังคมสาธารณสุข ในปี 2556 ทิศทางการปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุข มีแนวนโยบายที่สำคัญคือ พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ (District Health System :DHS) ภายใต้หลักการ “ในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยให้สำเร็จ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีจะต้องอาศัยกลไกทางการเงินการคลังควบคู่กับการบริหารจัดการ ทั้งเรื่องกำลังคน การปรับโครงสร้างการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ สามารถนำสิ่งที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้” โดยปรับกลไกการทำงาน โดยแบ่งเป็น 12 เขตบริการสุขภาพ และให้แต่ละเขตบริการจัดทำแผนพัฒนาบริการ(Service Plan) เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการประชาชนที่รับผิดชอบร่วมกัน ตั้งแต่ระดับเขต คือหลายๆจังหวัดใช้ร่วมกัน ระดับจังหวัดซึ่งใช้บริการร่วมกันของอำเภอในพื้นที่ และระดับอำเภอเชื่อมโยงลงไปถึง ตำบล หมู่บ้าน ชุมชนต่างๆ เชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน ซึ่งจะเกิดเป็นระบบที่ยั่งยืนต่อไป

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้กำหนดเป็นบันได 5 ขั้น ได้แก่ 1.การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2.การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 3.การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร 4.การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น และ5.การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน โดยได้มอบนโยบายให้เจ้าหน้าที่ร่วมกันทบทวนและปรับบทบาทของสถานีนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล(รพ.สต.) รวมทั้งบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนและวิธีการทำงานอย่างที่เหมาะสม ให้ปรับระบบการรายงานข้อมูลต่างๆ ให้กระชับยิ่งขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีเวลาออกไปดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่แบบเชิงรุก สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลที่เน้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันการเกิดโรคดีกว่ามารักษาเมื่อป่วยแล้ว ระบบบริการสุขภาพอำเภอ จะเป็นตัวขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาสุขภาพทั้งระบบ โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นจุดเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ระหว่างงานรักษาพยาบาลกับงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในอนาคต โดยจะมี 3 ส่วน คือ1. ด้านผู้ซื้อบริการซึ่งเป็นเรื่องระบบการเงินของ 4 กองทุนสุขภาพภาครัฐ 2.ด้านการจัดบริการ และ3. การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ไทย ซึ่ง 2 ประการหลังนี้เป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ประชาชนทุกคนจะได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพมาตรฐานเหมือนกันทุกที่

องค์ประกอบ ของ DHS

องค์ประกอบ ของ DHS มี 5 องค์ประกอบที่ควรจะมี

1. Unity District Health Team
- 2.Appreciation : การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง
- 3.Resource sharing and human development
- 4.Essential care : การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น
- 5.Community participation

องค์ประกอบที่ 1 Unity District Health Team ทีมจะต้องมีพื้นฐานความเข้าใจร่วมกัน

1. คณะกรรมการกำหนดทิศทาง DHS ที่จะคอยตัดสินใจทิศทางการทำงานของ District และควรมีส่วนรวมจากทุกภาคส่วนเป็นคณะกรรมการเพื่อที่จะได้มองได้รอบด้าน และไม่มุ่งไปทำเพียงแต่เรื่องใดเรื่องหนึ่ง(วิเคราะห์ข้อมูล คอยชี้เป้า และประเด็นที่เป็นปัญหา และแนวทางออกของการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่)

2. ทีมส่วนปฏิบัติ มีหน้าที่ไปทำสิ่งที่กำหนดมาจากส่วนที่คิด ให้เกิดกระจ่าง และทำในส่วนรายละเอียดจากข้อเสนอแนะจากที่ได้จากภาคีภาคส่วนอื่นๆในพื้นที่ District

3. การทำงานเป็นทีมแนวระนาบ ที่จะต้องลงลึกในแนวราบ (ทีมทำงาน ในระดับพื้นที่) จะต้องทำงานในส่วนที่ทุกคนรู้สึกชื่นชมและยินดี ไม่ใช่รู้สึกว่าการไปเพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ จะต้องทำให้คนทั้งมวลนั้นมีคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจและจะได้มีพลังในการทำงานนั้นๆ มีความรู้สึกเป็นเหมือนครอบครัวเดียวกัน การแสดงความชื่นชมยินดีเมื่อผลงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัด

องค์ประกอบที่ 2 Appreciation

การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเองจะต้องทำงานในส่วนที่ทุกคนรู้สึกชื่นชมยินดี ไม่ใช่รู้สึกว่าการไปเพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ จะต้องทำให้คนทั้งมวลนั้นมีคุณค่า และเกิดความภาคภูมิใจและจะได้มีพลังในการทำงานนั้นๆ

องค์ประกอบที่ 3 Resource sharing and human development

คือการใช้ทรัพยากรร่วมกัน (เงิน วัสดุ บุคลากร) โดยจะต้องมีหลักในการดำเนินการดังนี้

1. การกระจาย และแบ่งปันทรัพยากรลงไป ตามความจำเป็น ไม่ใช่กระจายไปตามความต้องการที่อยากได้ จะรู้ได้จะต้องมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน

2. การบูรณาการทรัพยากรทั้งหมดร่วมกัน (เงิน คน สิ่งของ) ว่าแต่ละหน่วยงานมีทรัพยากร อะไรเท่าไร โดยข้อเสียที่ผ่านมาเวลาเราจะทำแผนงาน เรามักจะนำเอาเฉพาะทรัพยากรของหน่วยงานสาธารณสุขด้านเดียวมาใช้ โดยไม่ได้นำในส่วนของภาคส่วนหน่วยงานอื่นๆ มาร่วมคิดจัดทำแผนด้วย

3. การกำหนดความจำเป็นพื้นฐานที่ จะให้หน่วยงานดำเนินงานได้

4. การเพิ่มมูลค่าและเพิ่มขีดความสามารถของคน หรือการใช้เงินที่ประหยัด เราก็จะได้มูลค่าที่มากขึ้น หรือการเรียนรู้ที่จะใช้งานเครื่องมือต่างๆ อย่างเต็มประสิทธิภาพ หรือการกำหนดว่าคนในหน่วยงานเราควรที่จะมีความต้องการการพัฒนาด้านใดเพิ่มมากขึ้น ควรเป็นสิ่งที่เขาขาดและตรงกับความต้องการของเขา และไม่ใช่เฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ควรรวมถึง อสม. ชาวบ้าน และหน่วยงาน อปท. เมื่อไรที่ใช้

ทรัพยากรเราจะต้องตอบให้ได้ว่าใช้ทรัพยากรไปทำอะไร เพื่อให้เกิดอะไร แล้วดูว่าใช้ทรัพยากรเหมาะสมหรือไม่ ในโลกนี้มีอะไรฟรีทุกอย่างต้องใช้ทรัพยากรทั้งสิ้น อย่างน้อยที่สุดก็ต้องใช้เวลาไปในการทำงาน ค่าเสียโอกาสต่างๆ

องค์ประกอบที่4 Essential care

การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นซึ่งไม่มีใครจะตอบได้และรู้ดีเท่ากับคนในอำเภอ หรือ District นั้นๆ อาจจะใช้กรอบการวิเคราะห์โดยมองตามกลุ่มอายุ และอาจจะต้องดูรวมถึงกลุ่มที่ต้องพึ่งพาคนอื่น ผู้ขาดโอกาสกลุ่มนี้จะขาดการเดินเข้ามาหาเราเอง จะต้องอาศัยเครือข่ายในชุมชนในการให้ข้อมูล เช่นการขึ้นทะเบียนผู้พิการ และ หน่วยงาน อปท.จะสนับสนุนค่ายังชีพสำหรับผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส จะต้องช่วยกันมองในหลายๆมุมมอง การป้องกันโรคติดต่อในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การส่งต่อในระดับสถานบริการ และ การส่งต่อไปยัง Districtอื่นข้างเคียง และควรมีเพิ่มเติมในเรื่องของการแพทย์ฉุกเฉินโดยให้หน่วยงาน อปท.ดำเนินการ เพียงแต่เราจะต้องช่วยให้ความรู้ และช่วยประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน

องค์ประกอบที่5 Community participation

การที่ชุมชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยการเสริมพลังอำนาจ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ใช่ให้ประชาชนเสียดการได้รับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่ จะต้องคอยส่งเสริมบริการในส่วน ที่ประชาชนไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง เช่นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นต้น การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง

ความหมาย One District One Product

One District One Product (ODOP) คือ ตัวอย่างโครงการที่ดำเนินการสำเร็จ ที่ได้ทำตามจากองค์ประกอบ 5ด้านอย่างครบถ้วน มีความสำเร็จแสดงผลได้ จะต้องมีการรองรับในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ เกิดจากความร่วมไม้ร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ จะต้องมีการแสดงผลการสำเร็จตามวัตถุประสงค์และตัวชี้วัด

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วินัย ลิสมิทธิและคณะ (2554) .การวิจัยและพัฒนาการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับบริบทประเทศไทย โดยกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะไว้ 4 ประการ คือ (1) เพื่อศึกษาแนวคิดและความเข้าใจเรื่องเขต สุขภาพที่ถูกต้อง (2) หารูปแบบการอภิบาลระบบเขตสุขภาพที่เหมาะสมในประเด็นโครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่คณะกรรมการเขตสุขภาพและเขตสุขภาพ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจขององค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง การกำกับติดตามประเมินผล ความเป็นอิสระในการดำเนินงาน และการจัดการที่ดีเพื่อนำไปสู่ธรรมาภิบาล (3) ศึกษาแบบแผนการจัดบริการในเขตสุขภาพ ระบบการส่งต่อ และการบูรณาการ

แบบมี ส่วนร่วม และ (4) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและล้มเหลวของการพัฒนาเขตสุขภาพ ซึ่ง ผล การศึกษาวิจัยจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาเขตสุขภาพประเทศไทย วิธีการศึกษาประกอบด้วย 2 วิธีคือ การทบทวนวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและในประเทศกรณีประสบการณ์การซื้อบริการของ สปสช. สาขากทม. และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การทบทวนวรรณกรรมศึกษา ประสบการณ์จาก 6 ประเทศประกอบด้วยอังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา นอร์เวย์และสวีเดน โดยใช้หลักเกณฑ์การ เลือกประเทศดังกล่าวเพราะคุณลักษณะคล้ายระบบสุขภาพประเทศไทย 4 ประการ คือ มีระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นแบบรัฐสวัสดิการ แหล่งเงินสุขภาพมาจากภาษีประชาชน ใช้กลไกตลาดแยกผู้ซื้อ และจัดบริการออกจากกัน และมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การศึกษาใช้ การสืบค้นจากฐานข้อมูล อินเทอร์เน็ตและเอกสารวิชาการ จากนั้นนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์เพื่อวาง กรอบการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้งสัมภาษณ์เดี่ยวและกลุ่มซึ่ง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้บริหาร สปสช. ทั้งส่วนกลางและเขตพื้นที่, เจ้าหน้าที่ สปสช., ผู้บริหารและ บุคลากรระดับเขตกระทรวงสาธารณสุขและตัวแทนองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) ที่มีส่วนร่วมใน การจัดตั้งพัฒนาเขตสุขภาพ พื้นที่ศึกษาประกอบด้วยพื้นที่หลักคือ สปสช.เขตนครชัยรินทร์และ กทม. พื้นที่เสริม คือ สปสช.เขตอุดรธานี สงขลาและพิษณุโลก เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่ครอบคลุม การบันทึกข้อมูลใช้ การอัดเสียงและถอดเสียงวิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำเสนอเชิง พรรณนาประกอบตารางและภาพที่เกี่ยวข้อง

เรื่องศักดิ์ โกรบุตร และคณะ (2549) ทำวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิตามเกณฑ์มาตรฐานในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบ ของการจัดบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการตามมาตรฐานระบบงานและประเมินความพึง พอใจของผู้ใช้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบที่พร้อมจะพัฒนาของ CUP เมืองสกลนคร จำนวน 5 แห่ง และได้มีการประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีต่องานบริการ ของเครือข่าย CUP เมือง ทั้งหมดจำนวน 25 แห่ง เพื่อประมวลข้อคิดเห็นปัญหาและข้อเสนอแนะต่อการจัด ระบบงานของ CUP เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 แบบ เพื่อเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ การ วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพจะนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ตามเนื้อหาและข้อมูลเชิง ปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความถี่ ผลการศึกษาพบว่า เป็นปัญหาสำคัญสำหรับ ศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบทั้ง 5 แห่ง เนื่องจากการจัดทีมสุขภาพลงพื้นที่ไม่ครบทุกวิชาชีพ และสัดส่วนของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากร ยังมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 2 เท่า (ตามเกณฑ์ 1 : 1,250) ด้านรูปแบบ การให้บริการตามกระบวนการหลักของ PCU พบว่ามีการให้บริการตาม 4 มิติ โดยใน PCU จะจัดการ ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (Extend OPD) มีการจัดจุดให้บริการตามมาตรฐานระบบงานได้เพียง 3 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนขมิ้น ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าแร่ และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสกลนคร 2 ซึ่งมีความ ชัดเจนและสามารถจัดได้ตามมาตรฐานระบบงาน ส่วนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแมดและศูนย์สุขภาพชุมชนนา คำจูด ในการให้บริการไม่มีการจัดระบบและบริหารบุคคลที่ดี ส่วนอุปกรณ์เครื่องมือครบตามมาตรฐานงาน บริการเชิงรุกและการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งพบว่างานนอกพื้นที่

การทำประชาคมหมู่บ้าน งานควบคุมโรคจะเป็นบทบาทหน้าที่สาธารณสุข ส่วนงานเยี่ยมบ้านในครอบครัวพบว่าพยาบาลทำบทบาทได้ดี แต่อย่างไรก็พบว่า ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการดูแลครอบครัวและความครอบคลุมในการจัดทำแฟ้มครอบครัว (Family Folder) ที่สมบูรณ์ และเป็นจุดอ่อนของงานเยี่ยมบ้านหรือเวชปฏิบัติครอบครัว คือ การมีจุดศูนย์ Home Health Care ในระดับ CUP ที่ไม่มีผู้รับผิดชอบดำเนินการ ทำให้ขาดการเชื่อมประสานการส่งต่อระหว่าง CUP ไปสู่ CUP ส่วนเวลาการจัดกิจกรรมการให้บริการ จะมีการเขียนและติดป้ายแสดงการให้บริการที่ชัดเจน ส่วนระบบการส่งต่อ การจัดการข้อมูลและเวชภัณฑ์ ดำเนินการเหมือนกันตามที่ CUP วางระบบไว้ผลสัมฤทธิ์ด้านความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะว่า การที่เลือกใช้บริการเพราะเดินทางสะดวก ใกล้บ้าน ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรทอง 30 บาท และเลือกที่จะกลับมาใช้บริการและนำครอบครัวมาใช้บริการด้วย ส่วนความพึงพอใจในภาพรวมมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 90 ในทุกประเด็น เช่น ในด้านความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบว่า มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลางและที่พึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านเพื่อนร่วมงาน รองลงมาคือ ความเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานและประเด็นที่ไม่พอใจมากที่สุดคือ ด้านรายได้ ส่วนการประเมินความคิดเห็นจากผลการวิจัย พบว่าผู้ให้บริการจะยังปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ แต่ต้องการให้บุคลากรมาเพิ่มในการปฏิบัติงานที่มีภาระงานเพิ่มมากขึ้นตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพและต้องการค่าตอบแทนที่เหมาะสม

มาลีวัลย์ ศรีวิสัย (2555) ทำวิจัยเรื่อง แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดเชียงราย พ.ศ.2555-2559 มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในทุกกระดับ ให้เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานมีทิศทางในการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองการเข้าถึงบริการ และความต้องการของประชาชน บทสรุป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เป็นหน่วยงานบริหารราชการในส่วนภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ในการนำนโยบายจากส่วนกลางสู่การปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดเชียงราย และสนับสนุนสถานบริการในสังกัดให้มีบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยจัดระบบบริการสุขภาพตั้งแต่บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับตติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้เข้าถึงระบบบริการตามสิทธิ์ และได้รับบริการที่มีคุณภาพ เกิดความปลอดภัยและมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จึงได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (แผนระยะ 5 ปี) ทั้งในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ ตติยภูมิ ที่มีความสอดคล้องเชื่อมโยงในทุกกระดับและมีความสมดุลระหว่างแผนพัฒนาโครงสร้างและรูปแบบบริการ (Health Infrastructure and Service Delivery Plan) แผนสนับสนุนทรัพยากรหรือแผนจัดการทรัพยากร (Resources Management Or Asset Management Plan) และแผนพัฒนาคุณภาพบริการ (Quality Management Plan)

รักใจ บุญระดมและคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานนโยบายสร้างสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี :
 โครงการเมืองจันทน์สุขภาพดี(2552) โดยการศึกษาภาคตัดขวางใช้โมเดลของสเติก (Stake's model)
 ประกอบด้วย การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้า ด้านปัจจัยปฏิบัติการและด้านผลลัพธ์ ผลการวิจัยสรุปได้
 ดังนี้ 1) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าโครงการเมืองจันทน์สุขภาพดีเป็นยุทธศาสตร์หลักของการสร้างสุขภาพ ที่
 ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ตามแผนพัฒนาจังหวัดจันทบุรี ที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยประเมิน
 ความสำเร็จจากตัวชี้วัดหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านสุขภาพดี ตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินตำบล
 สุขภาพดี โดยยุทธศาสตร์นี้ได้ถูกบรรจุไว้ในคำรับรองการปฏิบัติราชการของจังหวัดจันทบุรี กับสำนักงาน
 คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ในปี 2552 และได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการ
 ดำเนินงานจากงบประมาณจังหวัด จำนวน 4,760,000 บาท 2) ด้านปัจจัยปฏิบัติการ พบว่าการแปลงนโยบายสู่
 การปฏิบัติดำเนินการภายใต้แนวคิดและหลักการ “ใช้พื้นที่เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการ
 เรียนรู้ สู่วิถีชุมชน” และเน้นการบริหารจัดการเพื่อประสานความร่วมมือในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
 6 อ. กำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงาน 5 กลยุทธ์ ได้แก่ สร้างแกนนำและถ่ายทอดความรู้ในการปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรมสุขภาพ เสริมศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย พัฒนา
 ระบบและเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการและคุณภาพ
 บริการด้านสุขภาพ และพัฒนากลไกการบริหารจัดการ ระบบข้อมูล การนิเทศ ควบคุม กำกับ และ
 ประเมินผล 3) ด้านผลลัพธ์ ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2552 พบว่ามีหมู่บ้านสุขภาพดีร้อยละ 100
 ตำบลสุขภาพดีร้อยละ 98.68 ซึ่งใกล้เคียงกับที่เป้าหมายกำหนดไว้ตามคำรับรองฯ ร้อยละ 100 มีตำบล
 ต้นแบบสุขภาพดี 10 ตำบล ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดจันทบุรี ผลการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มเป้าหมาย
 แกนนำสุขภาพ 6 อ. จากผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตำบลต้นแบบสุขภาพดี พบว่าปัจจัย
 แห่งความสำเร็จได้แก่ การได้รับแรงผลักดันในเชิงนโยบายการได้รับความรู้อย่างสม่ำเสมอ การได้รับการ
 สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 หน่วยงานภาคี และชุมชน ซึ่งหากขาดปัจจัยในเชิงนโยบายและงบประมาณ อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อ
 การดำเนินงานได้ผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรมของโครงการเมืองจันทน์สุขภาพดี พบว่าประชาชนมีความตื่นตัว
 และใส่ใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น มีชมรมออกกำลังกายครอบคลุมทุกตำบล ซึ่งเป็นกลไกสนับสนุนให้
 ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้น ประชาชนได้บริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย
 ร้านอาหารและ แผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานมากขึ้น เด็กและเยาวชนเป็นแกนสำคัญในการต่อต้าน
 ยาเสพติด มีชมรม To Be No 1 ชมรมผู้สูงอายุในทุกตำบล และผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นพลัง
 ภาคประชาชนที่สามารถพึ่งพาตนเองได้

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดเชียงราย พ.ศ.2555-2559 มีวัตถุประสงค์เพื่อ
 ปรับภารกิจและยกระดับการให้บริการสุขภาพของสถานีนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นโรงพยาบาล
 ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานได้อย่างสะดวก
 และมีประสิทธิภาพ สามารถลดความแออัดของสถานบริการในระดับทุติยภูมิได้ โดยยกระดับสถานีนามัย

212 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) 3 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครเชียงราย 2 แห่ง ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (P2) จำนวน 213 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (P1) จำนวน 4 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) จำนวน 2 แห่ง แนวทางการพัฒนาประกอบด้วย 1) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและรูปแบบบริการ 2) การจัดสรรและพัฒนาบุคลากร 3) สร้างการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) พัฒนากลไกและระบบบริหารจัดการ 5) การพัฒนาคุณภาพบริการ

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ จังหวัดเชียงราย พ.ศ.2555-2559 มุ่งเน้นการพัฒนาเป็น 6 ระดับการพัฒนา คือ 1) กำหนดการก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนแห่งใหม่ ในอำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ คืออำเภอคอยหลวง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F3) จำนวน 1 แห่ง 2) โรงพยาบาลขนาดกลาง (ระดับ F2) มุ่งเน้นพัฒนาความร่วมมือในการรับ-ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลข้างเคียงขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 4 แห่ง 3) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) ที่สามารถพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้นทั้งการขยายขนาดของเตียงและการพัฒนาเฉพาะด้าน จำนวน 4 แห่ง 4) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (ระดับ F1) ที่สามารถพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้นทั้งการขยายขนาดของเตียงและการพัฒนาเฉพาะด้านจำนวน 4 แห่ง 5) โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ M2) ที่สามารถพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้นทั้งการขยายขนาดของเตียงและการพัฒนาเฉพาะด้าน จำนวน 1 แห่ง 6) โรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพสามารถเชื่อมโยงบริการและลดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ ได้จำนวน 3 แห่ง จำแนกเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ M2) จำนวน 1 แห่ง โดยต้องใช้งบประมาณด้านครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง จำนวน 1,014,347,105 บาท ต้องการบุคลากรในการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้งหมด 467 คน สำหรับการพัฒนากุณภาพบริการ สถานบริการส่วนใหญ่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA), Public Health Service Standard (PHSS), Health Promoting Hospital (HPH) และมุ่งการพัฒนาสู่ระบบ Thailand Quality Award (TQA) และ Hospital Network Quality Audit (HNQA)

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ จังหวัดเชียงราย พ.ศ.2555-2559 มุ่งเน้นการพัฒนาเพื่อลดการส่ง-ต่อผู้ป่วยไปรับการรักษานอกเขตจังหวัดและรองรับปัญหาสุขภาพที่สำคัญภายในจังหวัดโดยโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ ขนาด 756 เตียงระดับ A (Advance-level Referral Hospital) และเป็นศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง 4 สาขา ดังนี้ 1) ทารกแรกเกิดระดับ 22) โรคมะเร็ง ระดับ 2 3) อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระดับ 1 4) โรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับ 2 โดยต้องใช้งบประมาณด้านครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง จำนวน 1,211,809,250 บาท ต้องการบุคลากรในการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้งหมด 368 คน สำหรับการพัฒนากุณภาพบริการ ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA), Public Health Service Standard (PHSS), Health Promoting Hospital (HPH) และมุ่งการพัฒนาสู่ระบบ Thailand Quality Award (TQA), Hospital Care Quality Audit (HCQA) และ Public Sector Management Quality Award (PMQA)

B.T. Shaikh¹ and F. Rabbani¹(2004)ศึกษาระบบสุขภาพ อำเภอ : ความท้าทายที่ยังคงอยู่เมืองการาจีประเทศปากีสถาน พบว่าระบบการดูแลสุขภาพ ในปากีสถาน ได้รับการท้าทายจาก ปัญหา ของความไม่เสมอภาค ขาดแคลน ทรัพยากร ทรัพยากรมนุษย์ ไม่มีประสิทธิภาพและ ไม่ได้รับได้รับการฝึกอบรม และการพัฒนาองค์ความรู้ ของโครงสร้าง กับ ภาวะสุขภาพของประชาชน และมีตัวชี้วัด ที่ดี ของภาวะสุขภาพที่เกิดจากปฏิรูประบบสุขภาพของรัฐบาลในปี2001 อย่างไรก็ตามยังมี ความท้าทายและข้อจำกัดอีก มากมายในระบบ สุขภาพในอนาคต ของประเทศ ซึ่งขึ้นอยู่กับ การกระจายอำนาจ ที่จะสนับสนุนระบบสุขภาพให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้น เหมาะสมคือระบบสุขภาพระดับอำเภอ

Robert Soeters,^a Christian Habineza,^b & Peter Bob Peerenboom^c(2006)ศึกษาระบบกองทุนการเงินในประเทศยากจน(กำลังพัฒนา) ประเทศ รัสเซีย พบว่า การจัดการกองทุนการเงินที่เปลี่ยนแปลงไปจากระบบเดิม โดยแยกกองทุนที่มีผู้ซื้อ ระบบสุขภาพ และผู้จัดการกองทุน ที่เป็นอิสระต่อกันโดยสิ้นเชิง ทำให้การบริหารจัดการด้านสุขภาพในระดับอำเภอมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส และเป็นความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ จากการดำเนินระบบกองทุนสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งได้รับการยืนยันจากองค์การอนามัยโลก ในผลการศึกษาดังกล่าว

Tarimo, Eleuther(1991)อำเภอสุขภาพ: การจัดระเบียบและการจัดการระบบสุขภาพอำเภอขึ้นอยู่กับกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นปฏิบัติคำแนะนำวิธีการที่การวางแผนที่ดีและการจัดการสามารถใช้ในการปรับปรุงการให้บริการของระบบสุขภาพอำเภอ ฝังรากหยั่งลึกในประสบการณ์จริงวิธีการแก้ปัญหาที่มุ่งเน้นแผนและการกระทำที่ตอบสนองต่อปัญหาในชีวิตโดยทีมสุขภาพอำเภอ วิธีการประเมินระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีอยู่ระบุจุดแข็งและจุดอ่อนของมันสร้างความสำคัญและกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการ เน้นการใช้คำถามง่ายๆและเครื่องมือง่ายๆที่จะทำให้ปัญหาที่ซับซ้อนเข้าใจได้ง่ายมากขึ้นและการจัดการ บทที่ครอบคลุมมากที่สุดมีสมาธิในการดำเนินการสรุปมาตรการที่สามารถนำมาใช้เพื่อปรับปรุงการให้บริการสุขภาพที่สนับสนุนให้ดำเนินการร่วมกับชุมชนและภาคบริการอื่น ๆ

Liza lopes khane, F Pearl MagwevaEliousMpofu(199).การทบทวนวรรณกรรมของระบบสุขภาพในอำเภอภาคตะวันออกและภาคใต้ของทวีปแอฟริกา: โอกาสและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพจากการรื้อฟื้น พบว่าบทบาทของเครือข่ายสุขภาพ ใน ภูมิภาคตะวันออก และทางตอนใต้ของ ทวีปแอฟริกา (EQUINET) ด้วยการสนับสนุน จาก IDRC เรื่องCHESSORETARSC , โดยการตรวจสอบเอกสาร และวิเคราะห์ หลักฐานพบว่า บทบาทและ การมีส่วนร่วมในระดับอำเภอมีความสำคัญมากในการพัฒนาและการสนับสนุนในระดับอำเภอเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ของประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในแอฟริกาได้เช่น : บอตสวานา , เลโซโท , นามิเบีย, รวันดา , สวาซิแลนด์ และประเทศแทนซาเนีย

โดยสรุปจากการศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพในต่างประเทศพบว่า การจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมคือการจัดระบบสุขภาพในระดับอำเภอ(District Health System) ที่มีความเหมาะสมในด้านของประชากร งบประมาณ ที่สำคัญ ในด้านงบประมาณ ต้องมีการแยกกองทุนด้านสุขภาพที่เป็นผู้ซื้อ และ

ผู้จัดการกองทุน ให้เป็นอิสระต่อกัน เพื่อความสะดวก มีประสิทธิภาพและโปร่งใสในการบริหารจัดการ ทั้งนี้ต้องมีการกระจายอำนาจให้พื้นที่บริหารจัดการตนเองเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เข้ามาเป็นเจ้าของสุขภาพร่วมกัน ภายใต้การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ชดากร ศิริคุณและคณะ ที่ศึกษาประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ พื้นที่จังหวัดสกลนคร(2557)พบว่า **1 การประเมินผลด้านบริบท (Context Evaluation)**

วิวัฒนาการด้านรูปแบบดำเนินการสนับสนุนของจังหวัด และการดำเนินงานระดับอำเภอ ก่อนมีนโยบาย DHS ทุกพื้นที่มีทุนเดิมจากการทำงานในฐานะหน่วยงานสนับสนุน หน่วยปฏิบัติการ ประกอบกับการริเริ่มสร้างสรรคงานใหม่ๆ ที่ปรับเปลี่ยนหมุนเวียนเป็นพลวัตร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายในแต่ละยุคแต่ละสมัย สรุปสังเคราะห์เกี่ยวกับต้นทุนและบริบทพื้นที่**2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)**

ภาพรวมของการสนับสนุนปัจจัยนำเข้าสู่ระบบจากทุกพื้นที่ สามารถสรุปประมวลผลเป็นองค์ประกอบสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุนงาน DHS ในลักษณะการเสริมแรงแบบ **SPRS** ดังนี้**1) การมีโครงสร้าง (Structure)** และบทบาทหน้าที่ (Function) ของกรรมการหรือผู้เกี่ยวข้อง**2) การรับรู้ (Perception)** การเสริมสร้างการรับรู้ต่อนโยบายของบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานตาม DHS **3) การตอบสนอง (Responsiveness)** เป็นการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการเร่งรัดดำเนินการตามนโยบาย **4) การสนับสนุน (Supporting)** ทุกพื้นที่จังหวัด อำเภอ มีการสนับสนุนปัจจัยด้านการบริหารเข้าสู่ระบบการขับเคลื่อนนโยบาย DHS ในลักษณะและความเข้มข้นแตกต่างกัน คือ 1) การสนับสนุนด้านงบประมาณ 2) การสนับสนุนด้านบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ 3) การสนับสนุนด้านวิชาการ และเทคโนโลยี

3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกระบวนการขับเคลื่อน DHS ให้สามารถดำเนินไปสู่จุดมุ่งหมายได้นั้นคณะผู้วิจัยสรุปสังเคราะห์เป็นกระบวนการใหม่ที่เรียกว่า **PILAC** โดยมีประเด็นข้อค้นพบในแต่ละกระบวนการดังนี้**1) Participatory** การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม เริ่มจากการรวมทีมแบบมีส่วนร่วม (Unity of District Health Team) กับบุคลากรในและนอกสำนักงานในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team) **2) Interaction** การมีปฏิสัมพันธ์ในการประสานงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยกลวิธีที่เรียบง่าย ผ่านกระบวนการทำงานร่วมอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement) ทั้งที่ไม่เป็นทางการ และเป็นทางการ เกิดการทำงานแบบไร้รอยต่อ

3) Learning & sharing พื้นที่มีกระบวนการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่เด่นชัดด้วยการจัดการความรู้ (KM) **4) Action & Development** การลงมือปฏิบัติจริงจนเกิดการหยั่งรู้ สู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง **5) Checking** กระบวนการตรวจสอบ **4 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation)**ผลผลิตของการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (DHS) พิจารณาได้จาก One District One Project (ODOP) เป็นโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มาจากการสืบค้นปัญหาชุมชน แล้วหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอ จังหวัดร่วมสนับสนุน จนเกิดเป็นองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ สามารถสรุปได้ดังนี้

1) แนวทางการคัดเลือก ODOP มีหลายช่องทาง คือ (1) ODOP ที่เกิดจากระดับพื้นที่ชุมชนด้วยกระบวนการ PCA, MBA, SRM เป็นกิจกรรมเด่นที่ทำมาก่อนแล้วอย่างต่อเนื่องในระดับตำบล OTOP และยกระดับเป็น ODOP ในระดับอำเภอ มีบางพื้นที่จังหวัดที่ยกเป็นโครงการเด่น หรือเป็นวาระของจังหวัด กลายเป็น OPOP (2) ODOP ที่มาจากมติของสภาสุขภาพอำเภอ หรือคณะกรรมการระดับอำเภอ จึงมีหลายกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการไปพร้อมๆ กัน ดังนั้น จึงพบว่า ODOP ตั้งแต่ 1 ถึง 6 โครงการ (3) ODOP ที่เลือกจากประเด็นปัญหาหลักของจังหวัด หรือกรอบที่กระทรวงกำหนดเป็นนโยบายสำคัญที่ต้องเร่งรัด ฉะนั้น โครงการที่เกิดขึ้นจึงเป็นกิจกรรมที่ตอบสนองต่อนโยบายเป็นสำคัญ

2) ประเด็นปัญหาสุขภาพที่แก้ไขด้วยกิจกรรม ODOP ส่วนมากเป็นปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เป็นประเด็นสุขภาพร่วมระดับอำเภอมากอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 78.3 รองลงมาเป็นโรคไข้เลือดออก หนองพยาธิ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัญหาสิ่งแวดล้อม และ งานอนามัยแม่และเด็ก ประเภทย่อย ร้อยละ 4.3 ข้อค้นพบสำคัญคือ ผลจากการทำ ODOP ก่อเกิดการขยายผลไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่น เช่น เริ่มจากแก้ไขปัญหาหมีเห้งท่อน้ำดี ขยายไปสู่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เริ่มจากการแก้ไขปัญหาเบาหวาน ขยายไปสู่การแก้ไขปัญหาสารเคมี เป็นต้น

3) เกิดรูปแบบใหม่ในการพัฒนา ODOP ที่เป็นภาพลักษณ์เดียวกันแบบ **UNIQUE** กล่าวคือ **Understanding:** พื้นที่สร้างการรับรู้ สร้างความเข้าใจในการร่วมกันทำงานแก้ไขปัญหาสุขภาพ จากการพูดคุยแบบกันเอง สร้างปฏิสัมพันธ์กันในแนวราบ มากกว่าแนวดิ่งในลักษณะการประชุมแบบเป็นทางการหรือการสั่งการให้ทำ ความพึงพอใจผลของการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิ พบว่าเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบาย DHS จังหวัดหนองคาย กลุ่มบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับดี เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าพื้นที่จังหวัดอื่น (ร้อยละ 92.96) รองลงมาคือจังหวัดอุดรธานี (ร้อยละ 87.13) แต่เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว พบว่า กลุ่มบุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน DHS จากทั้ง 23 อำเภอ 7 จังหวัด พบว่าสัดส่วนความพึงพอใจต่อผลของการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก สูงกว่าระดับน้อยในสัดส่วน ร้อยละ 85.43: 14.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.026$)

3. งานบริการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข PPA บทสรุปจากการศึกษาข้อมูลในพื้นที่เกี่ยวกับการจัดสรรเงินสนับสนุนบริการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับจังหวัด (งบ PPA) พบว่าทุกจังหวัด ได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการงบ PPA ตามที่ สปสช. กำหนดไว้เกี่ยวกับการมุ่งเน้นให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล และครอบคลุมสำหรับประชากรไทยทุก ทั้งที่เป็นปัญหาความสำคัญระดับประเทศ/เขต/จังหวัด/หน่วยบริการ/ชุมชน และนโยบายที่เน้นหนักของรัฐบาล ทั้งนี้มีเป้าประสงค์เพื่อลดอัตราป่วย อัตราตายและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพตามมาตรฐานบริการอย่างเท่าเทียมในแต่ละกลุ่มเมื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการ และการสนับสนุนเงินลงสู่พื้นที่แล้ว จะเห็นความแตกต่างและมีข้อสังเกตสำคัญหลายประเด็น คือ 1) การใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นแนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ เช่น 8 Flagship Project หรือสนับสนุนตามแผนกิจกรรมการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น

ที่รู้จักกันในชื่อ **WECANDO** เป็นต้น เพื่อกระจายให้พื้นที่อำเภอ และกระจายให้กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องตาม ลักษณะของกิจกรรมหลัก 2) การจัดสรรแบบบูรณาการ กล่าวคือ จังหวัดได้บูรณาการงบประมาณทั้งในส่วน ที่ได้รับจากสำนักงานปลัดกระทรวง และงบประมาณจาก สปสช. ในภาพรวมของจังหวัด เพื่อนำมาบูรณา การเป็นเม็ดเงินก้อนใหญ่ในการสนับสนุนเรื่องสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด ตามที่ ได้จัดทำแผนไว้แล้ว3) การจัดสรรแบบจ่ายตรงและแบบแลกเปลี่ยน (Direct and Indirect Payment) กล่าวคือ การโอนเงินบางส่วนให้กับอำเภอโดยตรงจาก สปสช. ไม่ผ่านจังหวัด ในส่วนนี้มีข้อดีคือรวดเร็ว ข้อด้อยคือ มีความสับสนในด้านการบริหารจัดการและการบัญชีของพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่ไวต่อระบบข้อมูล ต้องเสียเวลาในการค้นหาที่มาของแหล่งเงินและข้อกำหนดในการใช้เงิน สำหรับกรณีการจ่ายในลักษณะ แลกเปลี่ยน (ตั้งชื่อโดยทีมวิจัย) นั้น มีแนวทางการจัดสรรคือ ปี 2556 จังหวัดมีแผนผังการจัดสรรค่าบริการ P&P ให้แต่ละฝ่ายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำแผนงานที่เกี่ยวข้องของง่าย แล้วประสานงานลงไป ในพื้นที่อำเภอ 4) การจัดสรรแบบตอบโจทย์แต่ไร้จุดร่วม ข้อสังเกตเกี่ยวกับการบริหารงบ PPA พบว่า ใน หลายพื้นที่จังหวัดมีการจัดสรรงบประมาณให้กับอำเภอ โดยส่วนมากจะดำเนินการจัดสรรโดยยึดแผน ยุทธศาสตร์ หรือนโยบายเร่งด่วนจากส่วนกลางเป็นหลัก แต่ไม่ได้มุ่งเป้าหมายให้เกิดการบูรณาการเพื่อให้มี จุดร่วมในการขับเคลื่อนให้แนวปฏิบัติตามนโยบายใหม่ที่ลงสู่พื้นที่รวมเป็นหนึ่งเดียวและเกิดผลเด่นชัดเชิง ประจักษ์ เช่น ไม่ได้จัดสรรเงินเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนางาน DHS โดยเฉพาะ5) ความพึงพอใจงานบริการ สร้างสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ PPA พบว่าจังหวัดหนองคาย กลุ่มบุคลากรมี ความพึงพอใจในระดับดี เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าพื้นที่จังหวัดอื่น (ร้อยละ 83.10) รองลงมาคือจังหวัด หนองบัวลำภู (ร้อยละ 81.32) แต่เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว พบว่า กลุ่มบุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน PPA จากทั้ง 7 พื้นที่จังหวัด 23 อำเภอ มีสัดส่วนความพึงพอใจต่องานบริการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ (PPA) อยู่ในระดับมาก สูงกว่าระดับน้อยในสัดส่วน ร้อยละ 77.35: 22.64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.025$)

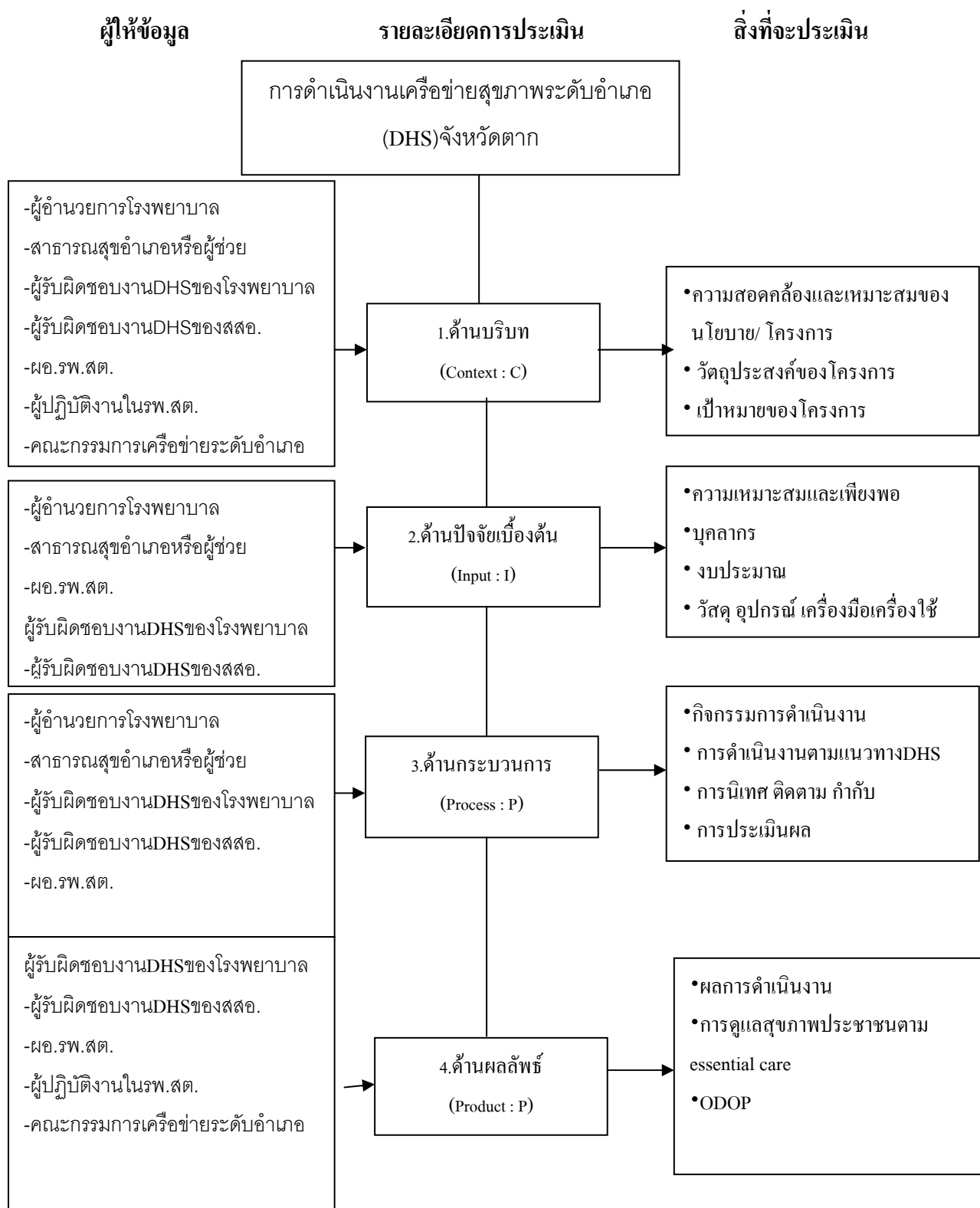
จากการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปกรอบแนวคิดของการประเมินในครั้งนี้ ตามหลักแนวคิดของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ซึ่งหมายถึงการทำงานสุขภาพโดยใช้ อำเภอเป็นหลักฐาน มองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อหาเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นสาธารณสุข ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคี ประชาชน โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนทั้ง อำเภอ ผสมผสานทั้งงาน ส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู เข้าด้วยกัน ระบบสุขภาพ อำเภอจึงเป็นการมอง สุขภาพในมุมที่กว้าง และเน้นการทำงานร่วมกันทั้งภาคีในเครือข่าย และนอกเครือข่ายสาธารณสุข โดยปรับ บบาทของสาธารณสุขเดิมนั้นจะเป็นบทบาทของผู้บริหาร หรืออาจจะเป็นผู้ประสานงานบ้างในบางครั้ง แต่ ในระบบสุขภาพระดับอำเภอนั้นคาดหวังถึงความร่วมมือของทุกภาคส่วน โรงพยาบาลชุมชนเป็นเสมือนพี่ ใหญ่ที่ต้องเกิดความรู้สึกรับผิดชอบเครือข่ายทั้งหมด และรับผิดชอบภาวะสุขภาพของประชากรทั้งอำเภอ มิใช่เพียงรับผิดชอบการจัดบริการในโรงพยาบาลและเขตตำบลรอบโรงพยาบาลเท่านั้น หากแต่ต้อง สนับสนุน รพ.สต.ในด้านต่างๆ ที่จำเป็นให้มากที่สุด เพื่อยกระดับสภาวะสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ

รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานหน่วยงานต่างๆ ในระดับอำเภอเพื่อสร้างความเชื่อมโยงประสานกันสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นเสมือน conductor ของสาธารณสุข ที่ต้องการเป็นผู้เชื่อมประสาน ระหว่าง โรงพยาบาล(รพ.) , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) และภาคส่วนอื่นๆ ในอำเภอ ให้เกิดการขับเคลื่อนของสาธารณสุขทั้งอำเภอ รพ.สต. เป็นทีมพื้นที่ ที่ต้องการมีกระบวนการเรียนรู้ปัญหาในพื้นที่ สามารถจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ของตนเองได้ รวมถึงสามารถสร้างเสริมส่วนศักยภาพของชุมชน ครอบครัว และสังคมได้ โดยการประเมินครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินที่เรียกว่า CIPP Model ของ Danial L. Stufflebeam ประกอบด้วย การประเมินบริบท (Context Evaluation: C) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) และ การประเมินผลผลิต (Output Evaluation: P) ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการประเมิน ได้ดังนี้

4 กรอบแนวคิดในการประเมิน

แบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้าน ตามลำดับ คือ ด้านบริบท (Context : C) ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input : I) ด้านกระบวนการ (Process : P) และ ด้านผลลัพธ์ (Product : P) ซึ่งมีรายละเอียดของการประเมินแต่ละด้าน ดังภาพ(1)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



2.4 หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์

- 1) กระทรวงสาธารณสุข
- 2) พื้นที่เขตสุขภาพ
- 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(DHS)จังหวัดตาก ผู้วิจัยนำเสนอวิธีดำเนินงานวิจัยในกรอบแนวคิดการประเมินมีรายละเอียดดังนี้

3.1 รูปแบบการประเมินโครงการ

การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)ใช้รูปแบบการประเมิน โครงการ CIPP MODELของสตัฟเฟิลบีม (D.L. Stufflebeam, 1997 ,P. 261-265)

3.2 ขอบเขตการประเมิน

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากที่มุ่งประเมินให้ครอบคลุมองค์ประกอบทุกด้านของการดำเนินงานอย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินที่เรียกว่า CIPP Model ของ Danial L. Stufflebeam (1971) ประกอบด้วยการประเมินบริบท (Context Evaluation: C) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) และ การประเมินผลผลิต (Output Evaluation: P) ดังนี้

1. การประเมินบริบท (Context Evaluation: C) เป็นการประเมินเพื่อมุ่งศึกษาองค์ประกอบของแต่ละพื้นที่ที่มีผลต่อการดำเนินงานหรือต่อปัจจัยอื่นของโครงการแม้แต่ต่อระดับของผลผลิตที่จะเกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยประเมินบริบทของการดำเนินงาน 3 ด้าน ประกอบด้วย

- 1) ลักษณะโดยปกติของพื้นที่ ความสามารถของประชาชนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ก่อนมี ODOP
- 2) ประวัติการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ คปสอ. และ
- 3) เป็นส่วนของการสนับสนุนในระดับจังหวัด การสนับสนุนเครือข่ายปฐมภูมิที่มีมาแต่เดิม

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) เป็นการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ ว่ามีอะไรบ้าง เป็นไปตามแนวทางของ DHS หรือไม่ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินปัจจัยนำเข้า 4 ด้าน ประกอบด้วย

- 1) ด้านบุคลากร ได้แก่ โครงสร้างของคณะกรรมการ DHS การรับรู้ความเข้าใจ และ

ทัศนคติ ต่อการดำเนินงาน DHS ความเป็นหนึ่งเดียวกันของทีม

2) ด้านงบประมาณ ได้แก่ แหล่งที่มาของงบประมาณ ความเพียงพอ และการร่วมแบ่งปัน เพื่อพัฒนาเป็น ODOP

3) ด้านทรัพยากร ได้แก่ วัสดุ/อุปกรณ์/เวชภัณฑ์ จำนวน ความเพียงพอ และการร่วมแบ่งปัน

4) ด้านเทคโนโลยี ได้แก่ แนวทางการดำเนินงาน (คู่มือ) ระบบฐานข้อมูล และคุณภาพของระบบฐานข้อมูล

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) เป็นการประเมินการดำเนินงานตามโครงการ เพื่อหาข้อดีข้อบกพร่องของการดำเนินงานตามขั้นตอนต่างๆ ที่กำหนดไว้ เพื่อพิจารณาว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ กิจกรรมใดทำได้หรือทำไม่ได้เพราะเหตุใด มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง มีการแก้ไขปัญหาอย่างไรและโดยรวมแล้วการดำเนินงานอยู่ในทิศทางที่ควรจะเป็นหรือไม่ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยประเมินกระบวนการดำเนินงาน 4 ด้าน ประกอบด้วย

1) ด้านการถ่ายทอดนโยบาย DHS เพื่อการรับรู้ร่วมกันภายในทีมและสู่ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ

2) ด้านการดำเนินงานของคณะกรรมการ ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการ การจัดทำแผนกระบวนการกำกับติดตาม การประสานงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อใช้ร่วมกัน

3) ด้านการบริหารทรัพยากร ได้แก่ การจัดสรร/แบ่งปันบุคลากร การพัฒนาบุคลากร การจัดสรร/แบ่งปันงบประมาณ การจัดสรร/แบ่งปันวัสดุ-อุปกรณ์-เวชภัณฑ์

4) ด้านกิจกรรมการดำเนินงาน DHS เข้มข้น ได้แก่ การสร้างเอกภาพของทีม การให้บริการสุขภาพพื้นฐาน (ODOP) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. การประเมินผลผลิต (Output Evaluation: P) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการ หรือเมื่อโครงการดำเนินไปแล้วระยะที่พอจะเกิดผลงานให้เห็นเป็นรูปธรรมแล้ว เพื่อพิจารณาว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ หรือตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินสภาวะแวดล้อม ปัจจัยเบื้องต้น และกระบวนการร่วมด้วย เพื่อตรวจสอบว่าเกิดผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ คุณภาพและผลลัพธ์เป็นอย่างไร เกิดผลกระทบหรือผลข้างเคียงอื่นใดหรือไม่ เป็นต้นในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยประเมินผลผลิตของโครงการ 5 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย

1.) ระดับความสำเร็จของโครงการ ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ตามประเด็น ODOP และสถานะสุขภาพ (ตามประเด็น ODOP)

2.) ความเข้มแข็งของทีมสุขภาพอำเภอ มีความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ มีการประสานส่งต่อทั้ง Formal และ Informal เกิดฐานข้อมูลที่ใช้ร่วมกัน

3.) มีนวัตกรรมสุขภาพ

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของจังหวัดตาก จำนวน 9 เครือข่าย ที่มีการดำเนินงานและจัดตั้งคณะกรรมการ และดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่ดำเนินการในปี 2556 จำนวน 3 เครือข่ายอำเภอคือ อำเภอเมือ วังเจ้า และอำเภอแม่ระมาด เครือข่ายสุขภาพอำเภอที่ดำเนินการในปี 2557 อีก 6 อำเภอคืออำเภอบ้านตาก พบพระ สามเงา ท่าสองยาง อุ้มผาง และ อำเภอแม่สอด

1.1 ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล	จำนวน 9 คน
1.2 สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ	จำนวน 9 คน
1.3 ผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของโรงพยาบาล	จำนวน 9 คน
1.4 ผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของ สสอ.	จำนวน 9 คน
1.5 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน 115 คน
1.6 ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน 243 คน
1.7 คณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	จำนวน 167 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ผู้บริหาร บุคลากรที่รับผิดชอบงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตาก รวม 418 คนประกอบด้วย

2.1 ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล	จำนวน 9 คน
2.2 สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ	จำนวน 9 คน
2.3 ผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของโรงพยาบาล	จำนวน 9 คน
2.4 ผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของสสอ.	จำนวน 9 คน
2.5 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน 115 คน
2.6 ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน 152 คน
2.7 คณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	จำนวน 115 คน

3. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรตารางการสุ่มตัวอย่างของ(Yamane,1973:1088)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

N=ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความเชื่อมั่น95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

3.4เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม และแบบโครงสร้างคำถามในการทำประชุมเชิงปฏิบัติการ(work shop)ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสร้างโดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

- 1.ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถาม แบบโครงสร้างคำถามและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
- 2.ศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา สภาพปัญหาและความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
- 3.สร้างแบบสอบถาม แบบประเมิน ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และขอบเขตของการวิจัย
- 4.นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
- 5.ปรับปรุงข้อคำถามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
- 6.นำเครื่องมือไปทดลองใช้
- 7.นำผลการทดลองใช้มาปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 8.จัดพิมพ์เครื่องมือวิจัยฉบับสมบูรณ์

เครื่องมือแต่ละแบบได้กำหนดประเด็นเพื่อรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนคือ
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
 - ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วย ความสอดคล้องและเหมาะสมของนโยบาย/ โครงการวัตถุประสงค์ของโครงการ เป้าหมายของโครงการ
 - ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วย ความเหมาะสมและเพียงพอบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้
 - ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วยกิจกรรมการดำเนินงานตามแนวทางDHSการนิเทศ ติดตาม กำกับ การประเมินผล
 - ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วยผลการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพประชาชนตาม essential care และการพัฒนา ODOP

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เมื่อได้แบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Face validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน(สสจ.สุโขทัย) นายโอฬาร รัศมี(สนง.สปสข.เขต 2 จ.พิษณุโลก)และ ดร.สรณี กันจน์นิล(ผอ.ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช)ได้มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

แบบสอบถามได้มีการทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดสอบบุคลากรของจังหวัดสุโขทัย ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก และหน่วยงานสถานบริการจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะของการรวบรวมหลักฐานเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การสอบถาม และการสังเกต ดังนี้

- 4.1 รวบรวมหลักฐานเอกสารต่าง ๆ ของผู้วิจัย ดำเนินการรวบรวมข้อมูล สภาพปัญหา ความต้องการ
- 4.2 การทำ Work shop ในคณะกรรมการเครือข่ายอำเภอ 9 อำเภอ อำเภอละ 1 ครั้ง จำนวน 9 ครั้ง
- 4.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะเดินทางไปเก็บข้อมูลในพื้นที่
- 4.4 ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ประเมินโครงการนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด มาจัดกระทำข้อมูลแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป ดำเนินการวิเคราะห์ตามขั้นตอนดังนี้

- 1) จัดหมวดหมู่ตามลักษณะของตัวแปร
- 2) วิเคราะห์ระดับความเห็นในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(DHS) ของจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2557 โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความถี่ร้อยละ
- 3) การนำเสนอ นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย มีเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

- | | | |
|----------------|-------------|--------------------------------|
| ค่าคะแนนเฉลี่ย | 1.00 - 1.50 | หมายความว่า เห็นด้วยน้อยที่สุด |
| ค่าคะแนนเฉลี่ย | 1.51 - 2.50 | หมายความว่า เห็นด้วยน้อย |
| ค่าคะแนนเฉลี่ย | 2.51 - 3.50 | หมายความว่า เห็นด้วยปานกลาง |
| ค่าคะแนนเฉลี่ย | 3.51 - 4.50 | หมายความว่า เห็นด้วยมาก |
| ค่าคะแนนเฉลี่ย | 4.51 - 5.00 | หมายความว่า เห็นด้วยมากที่สุด |

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน ผู้ประเมินได้ใช้สถิติดังนี้

1. ค่าเฉลี่ย($\bar{X}$)
2. ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)
3. การวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้ความถี่ร้อยละ

6.ระยะเวลาในการดำเนินงาน

เดือนเมษายน 2557 – มกราคม 2558

7.สถานที่ทำการวิจัย

เลือกพื้นที่ทั้ง 9 เครือข่ายสุขภาพพระดัตถ์อำเภอในจังหวัดตาก คืออำเภอเมืองตาก บ้านตาก สามเงา วังเจ้า แม่สอด พบพระ แม่ระมาด ท่าสองยาง และอำเภออุ้มผาง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สำหรับการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพพระดัมอำเภอ จังหวัดตาก ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างและการทำประชุมเชิงปฏิบัติการ(workshop)มาวิเคราะห์และนำเสนอการวิเคราะห์ทางสถิติและการบรรยายประกอบตารางจำนวน 5 ตอนได้แก่

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์การประเมินบริบท (Context Evaluation)

การวิเคราะห์การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation)

การวิเคราะห์การประเมินกระบวนการ(Process Evaluation)

การวิเคราะห์การประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

โดยมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่(Frequency) และ ร้อยละ (Percentage)ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพพระดัมอำเภอ และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพพระดัมอำเภอ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าความถี่ (Frequency)และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

แบบสอบถาม จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	154	38.80
หญิง	248	61.70
รวม	402	100

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมาก เป็นเพศหญิง จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 61.70 และ เพศชาย จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 38.80

ตารางที่ 2 แสดงค่าความถี่ (Frequency)และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า30 ปี	96	23.90
30-39 ปี	95	23.60
40-49 ปี	141	35.10
50 ปีขึ้นไป	70	17.40
รวม	402	100

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมาก อายุ 40-49 ปี จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 35.10 รองลงมาอายุ ต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 23.90 และน้อยสุดอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 17.40

ตารางที่ 3 แสดงค่าความถี่ (Frequency)และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
1 - 9 ปี	139	34.60
10-19 ปี	101	25.10
20-29 ปี	116	28.90
30- 39 ปี	42	10.40
40 ปีขึ้นไป	4	1.00
รวม	402	100

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากมีระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง1-9 ปี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 34.60 รองลงมาระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 28.90 และน้อยสุดระยะเวลา 40 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.00

ตารางที่ 4 แสดงค่าความถี่ (Frequency)และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามบทบาท

บทบาท	จำนวน	ร้อยละ
ผู้บริหาร	28	7.00
คณะกรรมการฯ	89	22.10
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	285	70.90
รวม	402	100

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมาก เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 70.90 รองลงมาเป็นคณะกรรมการเครือข่าย จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.10 และผู้บริหาร จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.00

ตารางที่ 5 แสดงค่าความถี่ (Frequency)และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามหน่วยงานที่สังกัด

หน่วยงาน	จำนวน	ร้อยละ
สสจ.	1	0.20
สสอ.	44	10.90
รพท./รพช.	47	11.70
รพ.สต.	290	72.10
ศสช.	8	2.00
อื่นๆ	12	3.00
รวม	402	100

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมาก สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) จำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 72.10 รองลงมาสังกัดโรงพยาบาล จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 11.70 และน้อยสุดสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.20

ตารางที่ 6 แสดงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเครือข่ายอำเภอ

เครือข่ายอำเภอ	จำนวน	ร้อยละ
เมืองตาก	86	21.40
บ้านตาก	35	8.70
สามเงา	46	11.40
วังเจ้า	23	5.70
แม่สอด	52	12.90
แม่ระมาด	39	9.70
พบพระ	45	11.20
ท่าสองยาง	43	10.70
อุ้มผาง	33	8.20
รวม	402	100

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมาก อยู่ในเครือข่ายอำเภอเมืองตาก จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 21.40 รองลงมาอยู่ในเครือข่ายอำเภอแม่สอด จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 12.90 และน้อยสุดอยู่ในเครือข่ายอำเภออุ้มผาง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 8.20

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ต่อความสอดคล้องของโครงการกับบริบทของพื้นที่

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ความสอดคล้องของงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอกับสภาพการณ์ทางการเมืองในปัจจุบัน	3.57	1.03	3.47	0.91	3.48	0.78
2. ความสอดคล้องของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอกับปัญหาระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบัน	3.71	0.89	3.60	0.88	3.57	0.73
3. ความเหมาะสมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอกับการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่	4.07	0.90	3.70	0.83	3.59	0.75
4. นโยบายการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นนโยบายที่สามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้	3.82	0.98	3.73	0.83	3.59	0.78
5. นโยบายดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถทำให้เกิดการทำงานเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคได้	3.79	0.78	3.76	0.79	3.56	0.76
6. แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	3.96	0.79	3.90	0.70	3.58	0.72
7. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างองค์รวมมากขึ้น	4.00	0.86	3.74	0.79	3.57	0.74
รวม	3.84	0.69	3.70	0.63	3.56	0.62

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นถึงผลการประเมินในด้านบริบท(Context Evaluation) ได้ดังนี้

1. ความสอดคล้องของงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอกับสภาพการณ์ทางการเมืองในปัจจุบันพบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการเครือข่ายฯคิดว่ามี ความสอดคล้องมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 และ 3.47 ตามลำดับ

2. ความสอดคล้องของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอกับปัญหา ระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบัน พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71คณะกรรมการฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามี ความสอดคล้องมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 และ 3.57 ตามลำดับ

3. ความเหมาะสมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอกับการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 คณะกรรมการฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 และ 3.59 ตามลำดับ

4. นโยบายการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นนโยบายที่สามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 คณะกรรมการฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 และ 3.59 ตามลำดับ

5. นโยบายดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถทำให้เกิดการทำงานเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคได้พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 คณะกรรมการฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 และ 3.56 ตามลำดับ

6. แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 คณะกรรมการฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 และ 3.58 ตามลำดับ

7. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างองค์รวมมากขึ้นพบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 คณะกรรมการฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 และ 3.57 ตามลำดับ

การวิเคราะห์การประเมินปัจจัยนำเข้าเบื้องต้น (Input Evaluation)

การวิเคราะห์การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย (Best 1981: 179-187) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 8 การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้าเบื้องต้น

ด้านนโยบาย

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. มีการกำหนดนโยบายชัดเจนจากทุกระดับ	3.64	0.82	3.62	0.88	3.49	0.75
2. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	3.75	0.84	3.76	0.89	3.58	0.74
3. มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	3.32	0.98	3.40	0.83	3.38	0.73
4. มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	3.54	0.79	3.63	0.78	3.47	0.75
รวม	3.24	0.69	3.34	0.64	3.37	0.60

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นถึงผลการประเมินปัจจัยเบื้องต้น ด้านนโยบาย ได้ดังนี้

1. มีการกำหนดนโยบายชัดเจนจากทุกระดับพบว่า ผู้บริหารคณะกรรมการเครือข่ายฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64, 3.62 และ 3.49 ตามลำดับ
2. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ, ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 , 3.75 และ 3.58 ตามลำดับ
3. มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่พบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 , 3.38 และ 3.32 ตามลำดับ
4. มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ, ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 , 3.54 และ 3.47 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้าเบื้องต้น

ด้านบุคลากร

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. มีจำนวนบุคลากรเพียงพอทุกสาขาวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	3.07	0.94	3.16	0.96	3.24	0.86
2. มีการจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม	3.21	0.78	3.28	0.73	3.30	0.80
3. บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	3.18	0.86	3.42	0.72	3.42	0.73
4. ผู้บริหารให้ความสนใจและให้การสนับสนุนโครงการนี้มากน้อยเพียงใด	3.50	1.00	3.54	0.78	3.54	0.77
รวม	3.26	0.66	3.39	0.63	3.37	0.67

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นถึงผลการประเมินปัจจัยเบื้องต้น ด้านบุคลากร ได้ดังนี้

1. มีจำนวนบุคลากรเพียงพอทุกสาขาวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24, 3.16 และ 3.07 ตามลำดับ
2. มีการจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ, ผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30, 3.28 และ 3.21 ตามลำดับ
3. บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42, 3.42 และ 3.18 ตามลำดับ
4. ผู้บริหารให้ความสนใจและให้การสนับสนุนโครงการนี้มากน้อยเพียงใดพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ, ผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54, 3.54 และ 3.50 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้าเบื้องต้น

ด้านงบประมาณ

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. มีการสนับสนุนงบประมาณจาก กระทรวง กรม กอง และเขตบริการสุขภาพ	2.75	0.88	3.19	0.85	3.24	0.77
2. มีการสนับสนุนงบประมาณ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.04	0.96	3.12	0.93	3.36	0.79
3. มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	3.07	0.76	3.15	0.84	3.39	0.75
รวม	3.25	0.74	3.44	0.64	3.43	0.65

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นถึงผลการประเมินปัจจัยเบื้องต้น ด้านงบประมาณ ได้ดังนี้

1. มีการสนับสนุนงบประมาณจาก กระทรวง กรม กอง และเขตบริการสุขภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24,3.19 และ 2.75 ตามลำดับ
2. มีการสนับสนุนงบประมาณ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ,ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 ,3.12 และ 3.04 ตามลำดับ
- 3.มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯ,ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 ,3.15 และ 3.07 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้าเบื้องต้น

ด้านวัสดุอุปกรณ์

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. มีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	3.29	0.81	3.18	0.77	3.29	0.78
2. มีวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ	3.18	0.86	3.26	0.80	3.35	0.71
3. มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	3.04	0.99	3.26	0.87	3.34	0.75
4. มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ	3.11	0.83	3.17	0.78	3.25	0.77
รวม	3.62	0.66	3.56	0.79	3.42	0.68

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นถึงผลการประเมินปัจจัยเบื้องต้น ด้านวัสดุอุปกรณ์ ได้ดังนี้

1. มีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า ผู้บริหาร , เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29,3.29 และ 3.18 ตามลำดับ

2. มีวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 ,3.26 และ 3.18 ตามลำดับ

3.มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 ,3.26 และ 3.04 ตามลำดับ

4.มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 ,3.17 และ 3.11 ตามลำดับ

การวิเคราะห์การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)

การวิเคราะห์การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย (Best 1981: 179-187) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 12 การประเมินในด้านกระบวนการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. มีการประชุมชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานตามโครงการมากน้อยเพียงใด	3.21	0.83	3.47	0.74	3.42	0.75
2. มีการซักซ้อมและทำความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติก่อนการปฏิบัติ	3.25	0.92	3.37	0.77	3.38	0.77
3. มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องรับทราบ	3.29	0.76	3.35	0.75	3.34	0.73
4. ปฏิบัติและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนการปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	3.04	0.79	3.31	0.76	3.38	0.74
รวม						

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นถึงผลการประเมินกระบวนการ ด้านการดำเนินงานได้ดังนี้

1. มีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า ผู้บริหาร , เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีคุณสมบัติอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29, 3.29 และ 3.18 ตามลำดับ

2. มีวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีคุณสมบัติอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 , 3.26 และ 3.18 ตามลำดับ

3. มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีคุณสมบัติอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 , 3.26 และ 3.04 ตามลำดับ

4. มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีคุณสมบัติอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 , 3.17 และ 3.11 ตามลำดับ

ตารางที่ :13การประเมินในด้านกระบวนการ

การนิเทศ ติดตาม กำกับและประเมินผล

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. มีการนิเทศ ติดตาม จากผู้รับผิดชอบงานและผู้บริหารอย่างเหมาะสม	3.29	0.71	3.46	0.67	3.36	0.74
2. มีเครื่องมือและเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จของโครงการ	3.14	0.65	3.37	0.68	3.36	0.73
3. มีการบูรณาการ การวางแผนนิเทศ ติดตามงานเครือข่ายสุขภาพอย่างเหมาะสม	3.46	0.74	3.45	0.73	3.37	0.74
4. มีการสรุปผลการประเมิน และนำผลไปพัฒนาปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสม	3.43	0.69	3.37	0.71	3.36	0.74
รวม						

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นถึงผลการประเมินกระบวนการ ด้านการติดตามประเมินผล ได้ดังนี้

1. มีการนิเทศ ติดตาม จากผู้รับผิดชอบงานและผู้บริหารอย่างเหมาะสมพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.46 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ผู้บริหาร ให้ ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 และ 3.29 ตามลำดับ

2. มีเครื่องมือและเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จของโครงการพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.37 ,3.26 และ 3.14 ตามลำดับ

3.มีการบูรณาการ การวางแผนนิเทศ ติดตามงานเครือข่ายสุขภาพอย่างเหมาะสมพบว่า ผู้บริหารและ คณะกรรมการเครือข่ายฯ มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.46 และ 3.45 ในส่วนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37

4.มีการสรุปผลการประเมิน และนำผลไปพัฒนาปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสมพบว่า ผู้บริหารมี ความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.43 คณะกรรมการเครือข่ายฯและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 และ 3.36 ตามลำดับ

การวิเคราะห์การประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

การวิเคราะห์การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย (Best 1981: 179-187) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 14 การประเมินในด้านผลผลิต

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. มีแผนการพัฒนาสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ (5 กลุ่มวัย)	3.50	0.88	3.72	0.70	3.58	0.72
2. อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรมีความเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานทุกสาขาวิชาชีพ	3.29	0.81	3.24	0.79	3.36	0.78
3. สถานบริการทุกระดับมีการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากล	3.11	0.95	3.45	0.81	3.41	0.76
4. มีและใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพในการวิเคราะห์และวางแผนระบบสุขภาพ	3.21	0.87	3.46	0.79	3.46	0.71
5. บุคลากรได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพ	3.36	0.82	3.40	0.73	3.41	0.70
6. บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	3.04	0.83	3.40	0.77	3.41	0.75
รวม						

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นถึงผลผลิต ได้ดังนี้

1. มีแผนการพัฒนาสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ(5 กลุ่มวัย)พบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72,3.58 และ 3.50 ตามลำดับ

2. อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรมีความเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานทุกสาขาวิชาชีพพบว่า ผู้บริหาร,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 ,3.29 และ 3.24 ตามลำดับ

3.สถานบริการทุกระดับมีการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากลพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.45 และ 3.41ส่วนผู้บริหารให้ ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11

4.บุคลากรได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯมีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.46และ3.46ส่วนผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21

5.บุคลากรได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯมีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.41 และ3.40 ส่วนผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36

6.บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯมีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.41 และ3.40 ส่วนผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04

การวิเคราะห์การประเมินผลลัพธ์(Outcome Evaluation)

การวิเคราะห์การประเมินผลผลิต (outcome Evaluation)ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย (Best 1981: 179-187) ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 15 การประเมินในด้านผลลัพธ์

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้	3.71	0.71	3.56	0.78	3.46	0.72
2. ระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้	3.64	0.78	3.62	0.81	3.49	0.71
3. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มอายุ	3.57	0.69	3.62	0.84	3.43	0.73
4. มีการพัฒนาประเด็นสุขภาพ(ODOP) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนได้จริง	3.54	0.69	3.55	0.87	3.41	0.76
5. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น	3.64	0.87	3.49	0.93	3.33	0.84

รวม

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ ได้ดังนี้

1. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้พบว่า ผู้บริหาร ,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71,3.56และ 3.46 ตามลำดับ

2. ระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้พบว่า ผู้บริหาร,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ,3.62 และ 3.49 ตามลำดับ

3.การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มอายุพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.57,3.62 และ 3.43 ตามลำดับ

4.มีการพัฒนาประเด็นสุขภาพ(ODOP) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนได้จริงพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายและผู้บริหาร ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.55,3.54 ส่วน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 3.41

5.การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นพบว่า ผู้บริหารและ คณะกรรมการเครือข่าย ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.64 และ 3.49 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 3.33

การวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ต่อผลการดำเนินการตามองค์ประกอบพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ
ระดับอำเภอ

ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย (Best 1981: 179-187) ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 16การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity)

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	0.96	0.18	0.94	0.23	0.95	0.21
2. ประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง	0.50	0.50	0.72	0.47	0.84	0.36
3. คณะกรรมการใช้ข้อมูลในการวางแผน ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ	0.75	0.44	0.84	0.36	0.91	0.28
4. คณะกรรมการฯสามารถดำเนินการได้อย่างเป็น รูปธรรมมีโครงการรองรับและมีผลงานชัดเจน	0.64	0.48	0.83	0.37	0.88	0.32
5. คณะกรรมการฯมีการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนา อย่างต่อเนื่อง	0.61	0.49	0.83	0.37	0.87	0.33
รวม	0.69	0.31	0.82	0.26	0.88	0.25

จากตารางที่ 16 แสดงการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ได้ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน พบว่าผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96,0.95และ 0.94 ตามลำดับ

2. ประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่องพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84 ,0.72ส่วนผู้บริหารมีความเป็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย0.50

3.คณะกรรมการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการเครือข่ายและ ผู้บริหาร มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.910.84และ 0.75ตามลำดับ

4.คณะกรรมการฯสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมมีโครงการรองรับและมีผลงานชัดเจนพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการเครือข่าย มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.88,0.83 ส่วนผู้บริหาร มีความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 0.64

5.คณะกรรมการฯมีการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่องพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการเครือข่าย มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.87,0.83 ส่วนผู้บริหาร มีความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 0.61

ตารางที่17การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น(Essential care)

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาสุขภาพของพื้นที่	1.00	0.00	0.94	0.23	0.96	0.18
2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่หรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน	0.96	0.18	0.93	0.25	0.94	0.23
3. มีการพัฒนาและแก้ปัญหาตามบริบทหรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน	1.00	0.00	0.92	0.27	0.91	0.28
4. มีการติดตามประเมินผลการพัฒนาและการแก้ปัญหา	0.82	0.39	0.90	0.30	0.89	0.30
5. มีการขยายผลประเด็นสุขภาพอื่น หรือสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี	0.68	0.47	0.84	0.36	0.86	0.34
รวม	0.89	0.17	0.90	0.22	0.91	0.23

จากตารางที่ 17 แสดงการให้บริการที่จำเป็น ได้ดังนี้

1. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาสุขภาพของพื้นที่พบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00,0.96 และ 0.94 ตามลำดับ

2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่หรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนพบว่าผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96,0.94 และ 0.93 ตามลำดับ

3.มีการพัฒนาและแก้ปัญหาตามบริบทหรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนพบว่าผู้บริหาร , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00,0.92 และ 0.91 ตามลำดับ

4.มีการติดตามประเมินผลการพัฒนาและการแก้ปัญหาพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.90 ,0.89และ 0.82 ตามลำดับ

5.มีการขยายผลประเด็นสุขภาพอื่น หรือสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.86 ,0.84 และ 0.68 ตามลำดับ

ตารางที่ 18การแบ่งปันทรัพยากร(resource sharing)

รายการ	ผู้บริหาร		คณะกรรมการ		เจ้าหน้าที่	
	(28)		เครือข่ายฯ(89)		(285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. มีการสนับสนุนบุคลากรในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลในเครือข่าย	0.86	0.35	0.87	0.34	1.06	0.23
2. มีการสนับสนุนเครื่องอุปกรณ์ในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลเครือข่าย	0.86	0.35	0.90	0.30	0.93	0.26
3. มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลระหว่างหน่วยบริการ	0.89	0.31	0.88	0.33	0.91	0.28
4. มีการสนับสนุนและบริหารจัดการร่วมกันในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกัน	0.86	0.35	0.90	0.30	0.93	0.25
5. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันในเครือข่าย	0.82	0.39	0.89	0.31	0.91	0.28
รวม	0.85	0.38	0.88	0.37	0.92	0.09

จากตารางที่ 18 แสดงการแบ่งปันทรัพยากรได้ดังนี้

1. มีการสนับสนุนบุคลากรในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลในเครือข่ายพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.06 ,0.87และ 0.86 ตามลำดับ

2. มีการสนับสนุนเครื่องอุปกรณ์ในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลเครือข่ายพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.90และ 0.86 ตามลำดับ

3.มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลระหว่างหน่วยบริการพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข , ผู้บริหาร และคณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 , 0.89และ 0.88 ตามลำดับ

4.มีการสนับสนุนและบริหารจัดการร่วมกันในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.90และ 0.86 ตามลำดับ

5.มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันในเครือข่ายพบว่าเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลคล่องในระดับมาก โดยมี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 ,0.89 และ 0.82 ตามลำดับ

ตารางที่ 19 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (community participation)

รายการ	ผู้บริหาร (28)		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ (89)		เจ้าหน้าที่ (285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ	0.96	0.18	0.97	0.18	0.95	0.22
2. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพและอปท.ชุมชนสนับสนุนงบประมาณ	0.96	0.18	0.94	0.23	0.91	0.29
3. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการคิดวางแผนจัดการระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันและมีผลลัพธ์เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม	0.89	0.31	0.92	0.27	0.88	0.32
4. ชุมชนและเครือข่ายมีแผนการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ร่วมตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	0.79	0.41	0.87	0.34	0.89	0.30
5. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ	0.68	0.47	0.84	0.36	0.89	0.30
รวม	0.85	0.21	0.90	0.21	0.90	0.23

จากตารางที่ 19 แสดงการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนได้ดังนี้

1. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพพบว่าคณะกรรมการเครือข่ายฯ , ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข , ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.97 , 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ

2. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพและอปท.ชุมชนสนับสนุนงบประมาณพบว่าผู้บริหาร, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 , 0.94 และ 0.91 ตามลำดับ

3. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน จัดการระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันและมีผลลัพธ์เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมพบว่าคณะกรรมการเครือข่ายฯ, ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92, 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ

4. ชุมชนและเครือข่ายมีแผนการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ร่วมตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 , 0.87 และ 0.79 ตามลำดับ

5.ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,
คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
0.89 ,0.84และ 0.68 ตามลำดับ

ตารางที่ 20 การพัฒนาบุคลากร(Human development)

รายการ	ผู้บริหาร		คณะกรรมการ เครือข่ายฯ(89)		เจ้าหน้าที่	
	(28)		(89)		(285)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. มีการพัฒนาพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงานส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง	0.86	0.35	0.98	0.14	0.93	0.25
2. มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะ	0.82	0.39	0.92	0.27	0.93	0.64
3. มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ	0.75	0.44	0.91	0.28	0.93	0.25
4. มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม	0.68	0.47	0.90	0.30	0.92	0.26
5. มีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ	0.68	0.47	0.91	0.28	0.92	0.27
รวม	0.75	0.35	0.92	0.21	0.92	0.23

จากตารางที่ 20 แสดงการพัฒนาบุคลากรได้ดังนี้

1. มีการพัฒนาพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงานส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวงพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.98 ,0.93และ 0.86 ตามลำดับ

2. มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.92และ 0.82 ตามลำดับ

3.มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.91และ 0.75 ตามลำดับ

4.มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรมพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 ,0.90และ 0.68 ตามลำดับ

5.มีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย จิตใจและจิตวิญญาณพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 , 0.91และ 0.68 ตามลำดับ

ตารางที่ 21 ผลการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ(DHS)จังหวัดตาก (งวด ตุลาคม ๒๕๕๗)

ที่-	อำเภอ	หัวข้อและระดับการพัฒนา				
		๑.การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ	๒.การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับ ผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง	๓.การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนา บุคลากร	๔.การให้บริการสุขภาพตามบริบท ที่จำเป็น	๕.การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและ ชุมชน
1	เมืองตาก	3	3	3	3	3
2	แม่ระมาด	3	3	3	3	3
3	วังเจ้า	3	3	3	3	3
4	บ้านตาก	3	2	3	2	2
5	สามเงา	3	2	3	2	2
6	แม่สอด	3	2	3	3	2
7	พบพระ	3	2	2	3	3
8	ท่าสองยาง	3	2	3	2	2
9	อุ้มผาง	3	2	3	3	3

จากตารางที่ 21 พบว่าประเด็นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ทั้ง 9 อำเภอ ประเด็นการทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเองผ่านเกณฑ์ประเมิน 3 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ประเด็นการแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร มีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 จำนวน 8 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 88.8 ประเด็นการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นมีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 จำนวน 6 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 66.6 และประเด็นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนมีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 จำนวน 5 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 55.5

ส่วนที่ 2 ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(DHS) จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(DHS)ของจังหวัดตาก โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ แยกรายอำเภอ เพื่อวิเคราะห์และแยกแยะปัญหา ตลอดจนการระดมสมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holder) ของแต่ละเครือข่ายอำเภอ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน ,สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการเครือข่ายอำเภอ,นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานปฐมนุติ ผู้นำชุมชน(ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และกลุ่มตัวแทนต่างๆ ร่วมประชุมวิเคราะห์สภาพปัญหา ด้านสุขภาพของแต่ละเครือข่ายอำเภอ สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ แยกตามองค์ประกอบของการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ได้ดังนี้

1. การทำงานร่วมกัน (Unity District Health Team)

การทำงานร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ โดยคณะกรรมการกำหนดทิศทาง DHS ที่จะคอยตัดสินใจทิศทางการทำงานของ District และควรมีส่วนรวมจากทุกภาคส่วนเป็นคณะกรรมการเพื่อที่จะได้มองได้รอบด้าน และไม่มุ่งไปทำเพียงแต่เรื่องใดเรื่องหนึ่ง(วิเคราะห์ข้อมูล คอยชี้เป้า และประเด็นที่เป็นปัญหา และแนวทางออกของการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่)ทีมส่วนปฏิบัติ มีหน้าที่ไปทำสิ่งที่กำหนดมาจากส่วนที่คิด ให้เกิดกระจ่างและทำในส่วนรายละเอียดจากข้อเสนอแนะจากที่ได้จากภาคีภาคส่วนอื่นๆในพื้นที่ District และ การทำงานเป็นทีมแนวระนาบ ที่จะต้องลงลึกในแนวราบ (ทีมทำงาน ในระดับพื้นที่) จะต้องทำงานในส่วนที่ทุกคนรู้สึกชื่นชมและยินดี ไม่ใช่รู้สึกกลัวทำไปเพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ จะต้องทำให้คนทั้งมวลนั้นมีคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจและจะได้มีพลังในการทำงานนั้นๆ มีความรู้สึกเป็นเหมือนครอบครัวเดียวกัน การแสดงความชื่นชมยินดีเมื่อผลงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัด

1.1 อำเภอเมืองตาก

อำเภอเมืองตาก เป็น 1 ใน 9 อำเภอของจังหวัดตาก ประกอบด้วย 10 ตำบลนอกเขตเทศบาล เมือง 10 แห่ง และเทศบาลเมือง 1 แห่ง มีภูมิหลังและประวัติศาสตร์ของเมืองมายาวนาน เป็นเมืองที่อยู่ริมแม่น้ำปิง ซึ่งเป็นแม่น้ำสายหลักของประเทศสายหนึ่ง เป็นเมืองที่เติบโตค่อนข้างช้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเหมือนแห่งอื่น มีประชากรรวมทั้งสิ้น 99,233 คน มีหน่วยบริการสาธารณสุขดังนี้ โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลค่ายวชิระปราการ 1 แห่ง สถานีกาชาดเพชรรัตน์ 1 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขเทศบาล 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 21 แห่ง สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอเมืองตาก มีภารกิจในงานทุกด้านของกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นหน่วยงานที่ควบคุมกำกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 21 แห่ง และมีคณะกรรมการ (คปสอ.) ร่วมกับโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานด้านต่างๆ ในอำเภอเมืองตากให้บรรลุตาม วัตถุประสงค์

1.2 อำเภอบ้านตาก

เริ่มแรกได้ประชุม เพื่อทราบถึงวิธีการดำเนินงาน โดยจัดประชุมระหว่างสำนักงานสาธารณสุข อำเภอบ้านตาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านตาก โรงพยาบาลบ้านตาก โดยจัดการประชุมในนามคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตากเป็น ประธาน มีสาธารณสุขอำเภอบ้านตากเป็นรองประธาน ซึ่งการประชุม คปสอ.จะมีการประชุมโดย กำหนดการประชุมไว้ทุกเดือน ในการประชุม คปสอ.บ้านตาก ได้แต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ในอำเภอบ้านตากมีการทำงานร่วมกันเป็นคณะกรรมการบริหารและประสานงานสาธารณสุข อำเภอบ้านตาก (คป.สอ.บ้านตาก) มีผอ.รพ.บ้านตาก (แพทย์หญิงหทัยรัตน์ สุจริตจันทร์) เป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอบ้านตาก (นายมานัส ต๊ะชมพู) เป็นรองประธาน หัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ ในรพ. และผอ.รพ. สต. ร่วมเป็นกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพในอำเภอบ้านตาก

1.3 อำเภอสามเงา

การร่วมใจเป็นหนึ่ง หรือการทำงานแบบมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน ในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุข แล้ว อาจกล่าวได้ว่ามีการทำงานสอดคล้อง และไปในแนวทางเดียวกัน และในการดำเนินงานในรูปแบบของ เครือข่ายสุขภาพอำเภอแล้ว ในช่วงระยะต้น ๆ นี้ อาจพออนุมานได้ว่าการดำเนินงานและมุ่งจุดหมาย เดียวกัน แต่ยังไม่ได้เป็นไปตามหลักการในการมองสุขภาพส่วนรวมของทั้งระบบ อาจต้องมีการปรับปรุง ต่อไป

1.4 อำเภอวังเจ้า

อำเภอวังเจ้าได้ศึกษาบริบท ความต้องการและปัญหาในพื้นที่วังเจ้าที่มีสุขภาพลงพื้นที่ ศึกษาวิถีชีวิต บริบทชุมชนและรับฟังปัญหาความต้องการของประชาชน 28 หมู่บ้านในพื้นที่ อ.วังเจ้า สรุปวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและความต้องการของประชาชนในการดูแลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ ประชาชนพึงประสงค์จัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอประชุมทบทวนการดำเนินงานเยี่ยม บ้าน โดยสะท้อนปัญหาและความต้องการของประชาชน ปัญหาอุปสรรคในการเยี่ยมบ้าน และร่วมระดม สมองกำหนด การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านระดับอำเภอ โดยสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายอาสาสมัครเยี่ยมบ้านให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพในชุมชน และสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพและจัดเก็บชุดความรู้สำคัญในการพัฒนางานเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

1.5 อำเภอแม่สวด

มีโครงสร้างการสั่งการที่ชัดเจนมีคำสั่งมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษรและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนทั้งระยะก่อน ระหว่างและหลังคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพมีการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่องมีสรุปผลการดำเนินงานราย 3 เดือน และมีการนำผลงานมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมาย และวางแผน/ปรับกลยุทธ์ในการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมคิด/ร่วมวางแผน/ร่วมประเมิน

1.6 อำเภอแม่ระมาด

สำหรับอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ได้มีการดำเนินการพัฒนาเครือข่าย DHS โดยได้ดำเนินการ เริ่มตั้งแต่การร่วมประชุม แต่งตั้งคณะกรรมการตั้งแต่ระดับอำเภอแม่ระมาด คป.สอ. และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่ง เป็นคณะร่วมทำงานในระดับพื้นที่ ในส่วนของแต่ละรพ.สต. ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานในระดับพื้นที่รับผิดชอบของตัวเอง

สำหรับการดำเนินงานของคณะกรรมการ ได้มีการจัดประชุม ทุก ๑ เดือน พร้อมทั้งนำปัญหาและข้อเสนอแนะปรึกษาหารือกันในการทำงาน และมีการติดตามงานกันเป็นประจำทุก 1 เดือนในการประชุม บูรณาการร่วมกับการประชุมประจำเดือน

1.7 อำเภอพบพระ

เนื่องด้วยอำเภอพบพระ จังหวัดตากเป็นพื้นที่ชายแดน เป็นพื้นที่สูง และมีลักษณะภูมิประเทศที่ร้อนชื้น มีฝนตกชุก และมีอากาศหนาวเย็นในบางฤดูกาล ประชาชนส่วนใหญ่เป็น ชนเผ่า ชาวไทยภูเขาหลากหลายเชื้อชาติ เช่น กระเหรี่ยง ม้ง เย้า มูเซอร์ เป็นต้น และยังมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่ค่อนข้างกว้าง มีช่องทางเข้าออกหลายทาง จึงมีประชากรต่างด้าวเข้าออกในพื้นที่ค่อนข้างมาก เพื่อเข้ามาทำงานด้านภาคเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอำเภอพบพระ ได้นำเอา หลัก เป้าหมายในการไปให้ถึงบริการปฐมภูมิ 1A4C และ แนวคิด District Health System มาประยุกต์ใช้

ในหน่วยปฐมภูมิ ในพื้นที่อำเภอพบพระ มีการกระจายไปตามพื้นที่ และเน้นการเข้าถึงบริการ แม้ในพื้นที่ห่างไกล โดยมี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 4 แห่ง และสุสาน 1 แห่ง รวมทั้งมีการจัดตั้ง Health post(ให้บริการส่งเสริมสุขภาพชุมชนต่างด้าว)และ MP(ให้บริการตรวจค้นหาเชื้อมาลาเรีย)โดยอาศัยความร่วมมือ และงบประมาณ จาก NGO ในการดำเนินงาน ทำ

ให้ประชาชนในพื้นที่ ทั้งคนไทย และต่างด้าวผู้ไม่มีสิทธิบัตรสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหน่วยบริการได้รับการประเมินมาตรฐานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกๆ ปี

1.8 อำเภอท่าสองยาง

ในด้านการจัดตั้ง Unity District Health Team ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน DHS ในระดับอำเภอ แล้วโดยมีท่านนายอำเภอท่าสองยาง เป็นประธาน และมีนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ร่วมเป็น คณะทำงาน ร่วมกันกับเครือข่ายด้านสาธารณสุขในอำเภอ แต่ยังมีปัญหาว่าในชุดคณะทำงานยังไม่ค่อยมีความเข้าใจเกี่ยวกับ Concept ในการดำเนินงาน DHS ภายในอำเภอเท่าที่ควร และในการดำเนินงานยังขาด ในส่วนของในเรื่องของการคืนข้อมูลด้านสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ให้กับทางหน่วยงาน อปท. ให้ได้รับทราบข้อมูลปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบ และตัวผู้รับผิดชอบงาน DHS ใน ระดับอำเภอก็ยังคงขาดความเข้าใจในเรื่องของการดำเนินงาน ตลอดจนปัญหาเรื่องการขาดทิศทางการ ดำเนินงาน DHS ในอำเภอที่ชัดเจน เนื่องจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าสองยาง ได้ติดลาไปศึกษาต่อที่ ต่างประเทศเป็นระยะเวลา 1 ปี จึงทำให้การพัฒนางานด้าน DHS ภายในอำเภอท่าสองยาง ขาดการพัฒนาที่ ต่อเนื่อง และทีมงานในระดับที่ปฏิบัติการร่วมกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ก็ยังไม่ได้มีการประชุมอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

1.9 อำเภออุ้มผาง

ความเป็น Unity ของทีมในอำเภออุ้มผางคะแนนเต็ม 10 ให้ 6 คะแนน บริบทการเป็นทีมในแนวราบ และผู้ปฏิบัติมีความเข้มแข็งกว่าผู้บริหาร หรืออำนวยการ เพราะการทำงานในพื้นที่ลำบากเกิดความเห็นอก เห็นใจกันผิดกับทีมผู้บริหารในอำเภอมีการโยกย้ายสลับสับเปลี่ยนกันบ่อยมากทำให้ยังขาดความต่อเนื่องมี การประชุมคณะกรรมการ คปสอ.อยู่บ้าง 2 เดือนครั้งแต่ผู้บริหารcup ยังไม่ให้ความสำคัญมากนัก และยัง ขาดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานอื่นๆ เช่น ชุมชนชาวบ้านอปท.เองก็ยังมีผู้บริหารที่เป็นผู้รับเหมาก่อสร้าง อยู่ถึงร้อยละ 90 จึงยังคงเน้นปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานเป็นหลัก ท้องถิ่น 4 แห่ง มีกองสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอยู่ร้อยละ 50 คือ 2 แห่งอีก 2 แห่งไม่มีกองสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามยังขาดสิ่งที่สำคัญที่สุด คือเป้าหมายที่ชัดเจนในการพัฒนาสุขภาพไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของชาวบ้านขาดการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ของทุกฝ่าย แม้จะมีส่วนที่ดีที่มองเห็นคือการช่วยแชร์ คน ของร่วมกัน เช่น อปท.จ้างคนลงทำงานในสุข ศาลาประจำหมู่บ้านห่างไกลที่ยังขาดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ดชด.มีทีม ครูพยาบาลตำรวจ ทำงานใน สุขศาลาพระราชทานใน ร.ร.ตชด. แต่ยังขาดภาพฝันร่วมกัน

สรุปUnity District Health Team

ในประเด็นการจัดตั้ง Unity District Health Team โดยรวมเป็นการดำเนินงานในรูป คปสอ.อยู่แล้ว แต่ก็ต้องทำตามนโยบาย จึงได้มีการแต่งตั้งคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน DHS ในระดับอำเภอแล้วโดยบางอำเภอมีท่านนายอำเภอเป็นประธาน บางอำเภอมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน และมีนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ร่วมเป็นคณะทำงาน ร่วมกันกับเครือข่ายด้านสาธารณสุขในอำเภอ แต่ยังมีปัญหาว่าในชุดคณะทำงานยังไม่ค่อยมีความเข้าใจเกี่ยวกับ Concept ในการดำเนินงาน DHS ภายในอำเภอเท่าที่ควร และในการดำเนินงานยังขาดในส่วนของการเก็บข้อมูลด้านสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ให้กับชุมชนและทางหน่วยงาน อปท. ให้ได้รับทราบข้อมูลปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่พบอีกประเด็น คือตัวผู้รับผิดชอบงาน DHS ในระดับอำเภอก็ยังขาดความเข้าใจในเรื่องของการดำเนินงาน ตลอดจนปัญหาเรื่องการขาดทิศทางในการดำเนินงาน DHS ในอำเภอที่ชัดเจน เนื่องจากปัญหาหลายประเด็น และการถ่ายทอดนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้การพัฒนาทางด้าน DHS ขาดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง และทีมงานในระดับที่ปฏิบัติการร่วมกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ก็ยังไม่ได้มีการประชุมอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

2.องค์ประกอบที่ 2การทำงานจนเกิดคุณค่า Appreciation

การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเองจะต้องทำงานในส่วนที่ทุกคนรู้สึกชื่นชมยินดี ไม่ใช่รู้สึกว่าการทำไปเพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ จะต้องทำให้คนทั้งมวลนั้นมีคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจและจะได้มีพลังในการทำงานนั้นๆ

2.1 อำเภอเมืองตาก

เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (DHS)เมืองตาก มีการจัดกระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วย การสนับสนุนทรัพยากร วิชาการ และองค์ความรู้ รวมทั้งการรับบริการต่อเนื่อง ประสานเชื่อมโยงให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการตามกระบวนการสร้างคุณค่า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้หน่วยงานบริการปฐมภูมิ ประสบความสำเร็จตามพันธกิจและวิสัยทัศน์ ภายใต้การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ

2.2 อำเภอบ้านตาก

ในการทำงานของทีมสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก ตามพันธกิจ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สุขภาพของพี่น้องประชาชนในอำเภอบ้านตากและอำเภอข้างเคียงนั้น เนื่องจากข้าพเจ้าเพิ่งเข้ามารับตำแหน่งผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2556 จึงมีข้อจำกัดที่จะอธิบายได้ละเอียดลึกซึ้ง ฉะนั้นจึงขอเสนอในภาพรวมเท่าที่สังเกตได้ คือทีมสุขภาพอำเภอบ้านตากมีการทำงานร่วมกัน ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร คือผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านตากและสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก และการทำงานของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีการส่งเสริมสนับสนุนการแก้ไขปัญหาตามบริบทของแต่ละพื้นที่ มีการช่วยเหลือกันทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เหมือนกัน เช่น การร่วมออกหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชาวเขาของเจ้าหน้าที่ , การร่วมกันออกหน่วยบริการทันตกรรมของทีมประจําพ.สต. , การร่วมกันออกหน่วยตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

2.3อำเภอสามเงา

การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง ตลอดจนถึงการเป็นที่ยอมรับของสังคมนั้น หากดูจากผลการประชุมแล้วจะเห็นได้ว่า มีการพิจารณาสนับสนุนการพัฒนาในส่วนของโรงพยาบาลสามเงา ทั้งในงบประมาณของกองทุนพัฒนา(เดิม) งบประมาณจากโครงการรอบโรงไฟฟ้าของเขื่อนภูมิพล แม้ว่ายังไม่ตรงประเด็นตามจุดมุ่งหมายของการพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพอำเภอมากนัก แต่พออนุมูลได้ว่า มีการดำเนินงานร่วมกัน ยอมรับในประเด็นการพัฒนางานสาธารณสุขช่วงเบื้องต้นเหมือนกัน ทั้งนี้ คณะกรรมการทุกคนต่างมี key success ในช่วงเบื้องต้นเหมือนกัน คือการสนับสนุนโรงพยาบาลสามเงาให้สามารถบริการประชาชนในเขตอำเภอสามเงาได้อย่างมีมาตรฐานและครบถ้วนในเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพ

2.4อำเภอวังเจ้า

การทำงานจนเกิดคุณค่า ของอำเภอวังเจ้า ได้จัดกิจกรรม การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยจัดเวทีเสวนา“ผสานพลัง สร้างการมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อ”โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยสมาชิกสภาจังหวัด สจ.อำเภอวังเจ้า จนท.เทศบาลตำบลเชิงทอง รองปลัดองค์การบริหารตำบล สมาชิกสภาจังหวัด ผอ.กองสาธารณสุข นักพัฒนาชุมชน อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ตำบลนาโบสถ์ เชิงทองและประดางและทีมสาธารณสุข สสอ.วังเจ้า รพสต. รพ. วังเจ้าโดยใช้กระบวนการ AIC ประกอบด้วย 3ขั้นตอน ดังนี้ขั้นตอนที่๑ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)ทีมสุขภาพถิ่นข้อมูลสะท้อนปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ในกิจกรรม“เหลียวหลังแลหน้า สุขภาพคนวังเจ้า”กลุ่มร่วมทบทวนปัญหาในอดีต ทำความเข้าใจสภาพปัญหาปัจจุบัน ร่วมวิเคราะห์และร่วมเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และใช้การวาดภาพกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน “ภาพที่ปรารถนา การดูแลสุขภาพคนวังเจ้า”

2.5 อำเภอแม่สอด

พัฒนาหน่วยบริการให้น่าเชื่อถือทั้งภาพลักษณ์และศักยภาพ
บริการ คุณภาพบริการรวมถึงการทำงานเชิงรุกในชุมชน เชิดชูผู้ปฏิบัติงาน ใช้ IT สื่อสารส่งต่อข้อมูล มี Guideline การให้บริการที่จำเป็นและพบบ่อย ประเมินผลโดยประชาชนในชุมชน

2.6 อำเภอแม่ระมาด

สำหรับการสร้างคุณค่าในกระบวนการทำงาน อำเภอแม่ระมาด เน้นให้ตัวผู้รับผิดชอบงานได้ดำเนินการอย่างเต็มที่ โดยเน้นที่ความสุขที่ได้ทำงานและความสุขจากการทำงานเพื่อให้ประโยชน์ เกิดแก่คนในชุมชนมากที่สุด และมีการรายงานผลให้กับผู้บังคับบัญชาทราบเป็นระยะ และมีการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานเป็นระยะ เพื่อไม่ให้ตัวผู้รับผิดชอบงาน เข้าใจว่าทำงานอย่างโดดเดี่ยว

2.7 อำเภอพบพระ

การทำงานจนเกิดคุณค่าของอำเภอพบพระการให้บริการอย่างต่อเนื่องในหน่วยปฐมภูมิ ในพื้นที่อำเภอพบพระ มีการประสานเครือข่ายกับทางโรงพยาบาลพบพระ ในการส่งต่อผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ ในเขตรับผิดชอบ การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จในหน่วยปฐมภูมิ ในพื้นที่อำเภอพบพระ ให้บริการ One Stop Service และ การบริการ แบบองค์ รวม กาย จิต สังคม บริการให้คำปรึกษา และติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยเครือข่าย ชมรม อสม. และ บุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่ Coordination การประสานงาน

2.8 อำเภอท่าสองยาง

ยังไม่เกิดผลในเรื่องของการสร้างคุณค่า ให้กับตัวผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ เนื่องจากในการดำเนินงาน DHS อำเภอท่าสองยาง ไม่ได้เป็นอำเภอที่นำร่องในการดำเนินงานของจังหวัดตาก เพียงแต่เพิ่งเริ่มดำเนินการ DHS เข้าสู่วันที่ 1 ซึ่งก็ยังคงขาดในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ปัญหาคือเครือข่ายไม่ค่อยกล้าออกความเห็น และไม่สามารถที่จะตัดสินใจได้ เนื่องจากถ้าไม่มีนายอำเภอท่าสองยาง มานั่งเป็นประธาน ภาคส่วนอื่นหรือหน่วยงานอื่นมักไม่ค่อยให้ความสำคัญ และมักจะส่งตัวแทนมาร่วมประชุมซึ่งจะไม่สามารถตัดสินใจได้ จึงทำให้การประชุมเปล่าประโยชน์ และในการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ก็ยังเป็นมุมมองที่ออกมาเฉพาะส่วนที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ ซึ่งยังมีขาดในเรื่องของมุมมองการแก้ไขปัญหามาจากหน่วยงาน อปท. และภาคส่วนอื่นๆในพื้นที่

2.9 อำเภออุ้มผาง

การทำงานยังไม่ได้สร้างคุณค่าให้กับผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการเลย จากคะแนน 10 ให้ 5 คะแนน เนื่องด้วยธรรมชาติของอำเภออุ้มผางที่มีพื้นที่กันดารห่างไกลทำให้การเข้าถึงบริการยากลำบากมาก ดังนั้นการดำเนินงานในระยะเริ่มแรกยังคงมุ่งเน้นที่การกระจายสถานบริการลงชุมชนให้ชาวบ้านห่างไกลได้เข้าถึงบริการให้ครอบคลุมให้มากที่สุด ยังคงเน้นตั้งรับมากกว่าเชิงรุก และเจ้าหน้าที่ที่เป็นคนพื้นที่ศาสตร์องค์ความรู้เรื่องนสค.ยังไม่ได้รับการพัฒนาด้านนี้ให้มากพอ เมื่อขาดงานเชิงรุกในพื้นที่ทำให้ขาดความเข้าใจ

บริบทของชุมชน สังคม วัฒนธรรมที่มองเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่อยู่ข้างในของทุกคน การมีส่วนร่วมของชาวบ้านผู้รับบริการเองก็เป็นคนพื้นที่ชาวกระเหรี่ยงที่ยังขาดการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเป็นเจ้าของอยู่มาก

สรุป

ในเรื่องของการสร้างคุณค่า ให้กับตัวผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ เนื่องจากการดำเนินงาน DHS อำเภอชายแดน 5 อำเภอคือ ทำสองยาง พบพระ แม่ระมาด แม่สอด และอุ้มผางพื้นที่กันดารห่างไกลทำให้การเข้าถึงบริการยากลำบากมาก ดังนั้นการดำเนินงานในระยะเริ่มแรกยังคงมุ่งเน้นที่การกระจายสถานบริการลงชุมชนให้ชาวบ้านห่างไกลได้เข้าถึงบริการให้ครอบคลุมให้มากที่สุด ยังคงเน้นตั้งรับมากกว่าเชิงรุก และเจ้าหน้าที่ก็เป็นคนพื้นที่ศาสตร์องค์ความรู้เรื่องนศ.ยังไม่ได้รับการพัฒนาด้านนี้ให้มากพอ เมื่อขาดงานเชิงรุกในพื้นที่ทำให้ขาดความเข้าใจบริบทของชุมชน สังคม วัฒนธรรมที่มองเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่อยู่ข้างในของทุกคน การมีส่วนร่วมของชาวบ้านผู้รับบริการเองก็เป็นคนพื้นที่ชาวกระเหรี่ยงที่ยังขาดการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเป็นเจ้าของอยู่มาก และปัญหาการโยกย้าย สับเปลี่ยน ของบุคลากรทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง การดำเนินการ DHS เข้าสู่ในบันไดขั้นที่ 1 ซึ่งก็ยังขาดในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ภาคส่วนอื่นหรือหน่วยงานอื่นมักไม่ค่อยให้ความสำคัญ และมักจะส่งตัวแทนมาร่วมประชุมซึ่งจะไม่สามารถตัดสินใจได้ จึงทำให้การประชุมเปล่าประโยชน์ และในการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ก็ยังเป็นมุมมองที่ออกมาเฉพาะส่วนที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ ซึ่งยังมีส่วนขาดในเรื่องของมุมมองการแก้ไขปัญหาจากหน่วยงาน อปท. และภาคส่วนอื่นๆในพื้นที่

3.องค์ประกอบที่ 3 การแบ่งปันและการพัฒนาบุคลากร Resource sharing and human development

คือการใช้ทรัพยากรร่วมกัน (เงิน วัสดุ บุคลากร) โดยจะต้องมีหลักในการดำเนินการกระจายและแบ่งปันทรัพยากรลงไปตามความจำเป็น ไม่ใช่กระจายไปตามความต้องการที่อยากได้ จะรู้ได้จะต้องมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนการบูรณาการทรัพยากรทั้งหมดร่วมกัน (เงิน คน สิ่งของ) ว่าแต่ละหน่วยงานมีทรัพยากร อะไร เท่าไหร่โดยข้อเสียที่ผ่านมาเวลาเราจะทำแผนงาน เรามักจะนำเอาเฉพาะทรัพยากรของหน่วยงานสาธารณสุขด้านเดียวมาใช้ โดยไม่ได้นำในส่วนของภาคส่วนหน่วยงานอื่นๆ มาร่วมคิดจัดทำแผนด้วยการกำหนดความจำเป็นพื้นฐานที่จะให้หน่วยงานดำเนินงานได้ และการเพิ่มมูลค่าและเพิ่มขีดความสามารถของคน หรือการใช้เงินที่ประหยัดเราก็จะได้มูลค่าที่มากขึ้น หรือการเรียนรู้ที่จะใช้งานเครื่องมือต่างๆอย่างเต็มประสิทธิภาพ หรือการกำหนดว่าคนในหน่วยงานเราควรที่จะต้องมีความต้องการพัฒนาด้านใดเพิ่มมากขึ้น ควรเป็นสิ่งที่เขาขาดและตรงกับความต้องการของเขา และไม่ใช่เฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ควรจะรวมถึงอสม. ชาวบ้าน และหน่วยงาน อปท. เมื่อไรที่ใช้ทรัพยากรเราจะต้อง

ตอบให้ได้ว่าใช้ทรัพยากรไปทำอะไร เพื่อให้เกิดอะไร แล้วดูว่าใช้ทรัพยากรเหมาะสมหรือไม่ ในโลกนี้มีมีอะไรฟรีทุกอย่างต้องใช้ทรัพยากรทั้งสิ้น อย่างน้อยที่สุดก็ต้องใช้เวลาไปในการทำงาน ค่าเสียโอกาสต่างๆ

3.1 อำเภอเมืองตาก

เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (DHS)เมืองตาก มีการจัดกระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วยการสนับสนุนทรัพยากร วิชาการ และองค์ความรู้ รวมทั้งการรับบริการต่อเนื่อง ประสานเชื่อมโยงให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการตามกระบวนการสร้างคุณค่า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้หน่วยงานบริการปฐมภูมิ ประสบความสำเร็จตามพันธกิจและวิสัยทัศน์ ภายใต้การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ

3.2 อำเภอบ้านตาก

เกิดจากการปรับแนวคิดใหม่ เพื่อแบ่งปันทรัพยากร)ผู้บริหารสาธารณสุขในอำเภอบ้านตาก สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่นการสนับสนุนบุคลากรในการบูรณาการงานสาธารณสุขร่วมกัน

3.3 อำเภอสามเงา

ประเด็นการพัฒนาและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ในประเด็นนี้ทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอสามเงา อาจยังทำได้ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร เนื่องจากการทำงานในรูปแบบใหม่ ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการเรียนรู้ร่วมกันของคณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ

3.4 อำเภอวังเจ้า

ประเด็นการพัฒนา โดยใช้ทรัพยากรร่วมกัน วังเจ้าได้พัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านแบบไร้รอยต่อ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งจนท.รพ.วังเจ้าและ ทีมรพสต.5 แห่ง และอสม. ในพื้นที่ 3 ตำบล อำเภอวังเจ้า คัดเลือกอสม.และจิตอาสา ในพื้นที่ 3 ตำบล หมู่บ้านละ 2 คน เป้าหมาย จำนวน 56 คน เข้ารับการอบรมโดยการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสาธิตและฝึกปฏิบัติจริงระยะเวลา 2 อบรมเชิงปฏิบัติการการบรรยายให้ความรู้โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว กระบวนการกลุ่มการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริงฝึกทักษะการทำแผล ขั้นตอนการเยี่ยมบ้านการวัดสัญญาณชีพและการแปลผลการดูแลสุขภาพด้วยแผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการและการใช้อุปกรณ์กายภาพบำบัดลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติจริง เรียนรู้ร่วมกันในการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยเน้นการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดย

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด จนท.แผนไทย รพ.วังเจ้า ร่วมกับ จนท. รพสต. และอสม.

3.5 อำเภอแม่สอด

ผลในเรื่องของการสร้างคุณค่า ให้กับตัวผู้ให้บริการและผู้มารับบริการยังไม่ชัดเจน เนื่องจากการดำเนินงาน DHS อำเภอแม่สอด ไม่ได้เป็นอำเภอที่นำร่องในการดำเนินงานของจังหวัดตาก เพียงแต่เพิ่งเริ่มดำเนินการ DHS เข้าสู่ในบันไดขั้นที่ 1 ซึ่งก็ยังขาดในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ปัญหาคือเครือข่ายไม่ค่อยกล้าออกความเห็น และไม่สามารถที่จะตัดสินใจได้ เนื่องจากถ้าไม่มีนายอำเภอทำสองยาง มานั่งเป็นประธาน ภาคส่วนอื่นหรือหน่วยงานอื่นมักไม่ค่อยให้ความสำคัญ และมักจะส่งตัวแทนมาร่วมประชุมซึ่งจะไม่สามารถตัดสินใจได้ จึงทำให้การประชุมเปล่าประโยชน์ และในการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ก็ยังเป็นมุมมองที่ออกมาเฉพาะส่วนที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ ซึ่งยังมีสวนขาดในเรื่องของมุมมองการแก้ไขปัญหามาจากหน่วยงาน อปท. และภาคส่วนอื่นๆในพื้นที่

3.6 อำเภอแม่ระมาด

การจัดการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาบุคลากรโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยยึดพื้นที่เป็นฐาน (CBL) ในกระบวนการการทำงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการสร้างความเข้มแข็งโดยใช้บริบทของชุมชนเป็นฐาน โดยการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน สามารถ คิดเอง ทำเอง และแก้ไขปัญหาเอง โดยให้ประชาชนเข้ามา มีบทบาทในการกำหนดทิศทางสุขภาพของชุมชนและกลุ่มของตัวเอง โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเวทีของผู้สูงอายุ การสื่อสาร เรียนรู้ผ่าน web สำหรับช่องทางในการสื่อสารการเรียนรู้ ขณะมี web site และเฟสบุ๊ค ที่สามารถนำเสนอกิจกรรม ที่ดำเนินการไปแล้วให้กับเครือข่ายได้ทราบ ได้ใช้ประโยชน์จากการสื่อสาร

3.7 อำเภอพบพระ

อำเภอพบพระมีการจัดบริการที่ใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างเครือข่าย โดยแม่ข่าย(cup)จะสนับสนุน ทีมสหวิชาชีพเพื่อให้บริการที่เพียงพอ และมีคุณภาพ ทั้งนี้ มีการสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

3.8 อำเภอท่าสองยาง

ในด้านการบริหารใช้ทรัพยากรร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานภายในอำเภอท่าสองยาง นั้นในปัจจุบันนี้ ยังเป็นแค่การบูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเฉพาะหน่วยงานที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ถึง

ขั้นที่จะบูรณาการทรัพยากรจากต่างหน่วยงานต่างกระทรวงมาช่วยกันดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ แต่จะมีบ้างก็ในส่วน ofหน่วยงาน opท.ที่มีการสนับสนุนงบประมาณสุขภาพตำบล แต่ส่วนใหญ่ก็จะทำเพียงเรื่องเดียวและซ้ำๆ กันเช่นแก้ไขปัญหาล้างมือออก จัดซื้อทรายและเวชภัณฑ์ให้แก่ทาง รพ.สต. หรือการจ้างลูกจ้างพนักงานสุขภาพชุมชน มาช่วยการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ที่ยังขาดมากก็คือการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในพื้นที่

3.9 อำเภอู้มผาง

ในด้านการบริหารใช้ทรัพยากรร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานภายในอำเภอู้มผาง นั้นในปัจจุบันนี้ยังเป็นแค่การบูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเฉพาะหน่วยงานที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ถึงขั้นที่จะบูรณาการทรัพยากรจากต่างหน่วยงาน ต่างกระทรวงมาช่วยกันดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ แต่จะมีบ้างก็ในส่วน ofหน่วยงาน opท.ที่มีการสนับสนุนงบประมาณสุขภาพตำบล แต่ส่วนใหญ่ก็จะทำเพียงเรื่องเดียวและซ้ำๆ กันเช่นแก้ไขปัญหาล้างมือออก จัดซื้อทรายและเวชภัณฑ์ให้แก่ทาง รพ.สต. หรือการจ้างลูกจ้างพนักงานสุขภาพชุมชน มาช่วยการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ที่ยังขาดมากก็คือการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในพื้นที่

สรุปด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร

ในด้านการบริหารใช้ทรัพยากรร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานได้เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ นั้นในปัจจุบันนี้ยังเป็นแค่การบูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเฉพาะหน่วยงานที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ถึงขั้นที่จะบูรณาการทรัพยากรจากต่างหน่วยงานต่างกระทรวงมาช่วยกันดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ แต่จะมีบ้างก็ในส่วน ofหน่วยงาน opท.ที่มีการสนับสนุนงบประมาณสุขภาพตำบล แต่ที่ยังขาดมากก็คือการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในพื้นที่ในด้านการบริหารใช้ทรัพยากรร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานในปัจจุบันนี้ยังเป็นแค่การบูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเฉพาะหน่วยงานที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ถึงขั้นที่จะบูรณาการทรัพยากรจากต่างหน่วยงาน ต่างกระทรวงมาช่วยกันดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ แต่จะมีบ้างก็ในส่วน ofหน่วยงาน opท.ที่มีการสนับสนุนงบประมาณสุขภาพตำบล แต่ส่วนใหญ่ก็จะทำเพียงเรื่องเดียวและซ้ำๆ กันเช่นแก้ไขปัญหาล้างมือออก จัดซื้อทรายและเวชภัณฑ์ให้แก่ทาง รพ.สต. หรือการจ้างลูกจ้างพนักงานสุขภาพชุมชน มาช่วยการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ที่ยังขาดมากก็คือการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในพื้นที่

4.องค์ประกอบที่ 4 Essential care :การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น

การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นซึ่งไม่มีใครจะตอบได้และรู้ดีเท่ากับคนในอำเภอ หรือ District นั้นๆอาจจะใช้กรอบการวิเคราะห์โดยมองตามกลุ่มอายุ และอาจจะต้องดูรวมถึงกลุ่มที่ต้องพึ่งพาคน

อื่นผู้ขาดโอกาสกลุ่มนี้จะขาดการเดินเข้ามาหาเราเอง จะต้องอาศัยเครือข่ายในชุมชนในการให้ข้อมูล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการ และ หน่วยงานอปท.จะสนับสนุนค่าจ้างชีพสำหรับผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส จะต้องช่วยกันมองในหลายๆมุมมอง การป้องกันโรคติดต่อในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การส่งต่อในระดับสถานบริการ และการส่งต่อไปยัง Districtอื่นข้างเคียง และควรมีเพิ่มเติมในเรื่องของการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้หน่วยงานอปท.ดำเนินการเพียงแต่เราจะต้องช่วยให้ความรู้ และช่วยประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน

4.1 อำเภอเมืองตาก

เครือข่ายปฐมภูมิ(DHS)เมืองตากมีการจัดระบบบริการ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยง ประสานงานตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย การสนับสนุนทีมสหวิชาชีพ ออกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน ศูนย์ประสานรับส่งต่อ การจัดบริการช่องทางพิเศษ การ จัดบริการให้คำปรึกษาโรคเบื้องต้นกับเครือข่าย ถึงชุมชนอย่างบูรณาการบนแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว จนกระทั่งทีมสุขภาพตำบลนำร่องสามารถสัมผัสและเรียนรู้ชีวิตจริงของผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ก่อให้เกิดการบริการด้วยหัวใจอย่างไรร้อยต่อ

4.2 อำเภอบ้านตาก

ในการดูแลสุขภาพประชาชนในอำเภอบ้านตากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก ตามพันธกิจ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู สุขภาพ ได้เน้นให้มีการ จัดบริการตามคุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ คือ

1 จัดระบบบริการให้มีการเข้าถึงบริการที่ดีและง่าย (Accessibility)สถานบริการฯ ใกล้บ้าน ใกล้ใจซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ซึ่งประชาชนให้ความนับถือศรัทธา ถือว่าเป็นจุดเด่น ของ อำเภอบ้านตาก

2 บริการแบบองค์รวม ผสมผสาน และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Holistic / Comprehensive Care) ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized service mind)

3 จัดระบบบริการที่สร้างความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of Care)และมีมาตรฐาน การบริการสุขภาพ ทางคลินิก และทางชุมชนที่ดี(Standard Clinical & community service)ในอำเภอบ้าน ตากมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำรพ.สต. ทั้งสิ้น 15 ท่าน และมีเพียงรพ.สต.หนึ่งแห่งที่ไม่มีพยาบาล วิชาชีพ แต่ก็มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานทดแทนได้อย่างมีประสิทธิภาพประชาชนมีส่วนร่วมและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน (Community empowerment)สืบเนื่องจาก จนท. ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่จึงมีความสัมพันธ์กับชุมชนอย่างแนบแน่น

4 มีระบบการประสานงานเชื่อมโยงที่ดี กับหน่วยบริการสุขภาพในเครือข่าย (Coordination)การเชื่อมโยงกับแม่ข่ายในการให้บริการขอรับคำปรึกษาจากแพทย์ในรพ.บ้านตาก ใช้โปรแกรม Skype แต่ในปัจจุบันขาดผู้ประสานงาน จึงไม่เห็นผลชัดเจน

4.3 อำเภอสามเงา

ในการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ในระบบบริการของเครือข่ายอำเภอสามเงา ค่อนข้างครบถ้วน จึงไม่มีประเด็นการปรึกษาหารือ หรือการดำเนินการร่วมกันในด้านนี้ แต่มีการหยิบยกเรื่องการให้บริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลบ้านนา อำเภอสามเงา ซึ่งเป็นพื้นที่ราบสูง มีอุปสรรคหลายด้าน เช่น ระบบโครงสร้างพื้นฐาน ไฟฟ้า การคมนาคมค่อนข้างลำบาก ในการเดินทางต้องไปทางเรือ การติดต่อสื่อสาร และ จำนวนบุคลากรที่ยังขาดแคลน (ค่าเฉลี่ย জনท: รพ.สต คือ 1 แห่ง : 1 คน) โดยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนผู้บำเพ็ญประโยชน์ของเชื้อนภูมิพล ในการสนับสนุนทุนการศึกษาให้กับนักเรียนทุน “พยาบาล” จำนวน 1 ทุน และมีวัตถุประสงค์คือให้ปฏิบัติงานประจำในพื้นที่เหนือ น้ำ หากพิจารณาแล้ว ยังพออนุโลมได้ว่า เครือข่ายสุขภาพอำเภอสามเงา มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับหลักการ “การบริการพื้นฐานที่จำเป็น” ได้เช่นกัน

4.4 อำเภอวังเจ้า

อำเภอวังเจ้าร่วมกันกำหนดวิธีการ/แนวทางในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิต วัฒนธรรมคนวังเจ้า โดยแบ่งกลุ่มในแต่ละตำบล กำหนดแผนงาน/โครงการ 1 ตำบล 1 โครงการ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 3 ตำบลกำหนดผู้รับผิดชอบโครงการ นำเสนอแผนปฏิบัติงานของชุมชนให้กลุ่มทราบ เพื่อประสานความร่วมมือและขอสนับสนุนทรัพยากรจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและเกิดแผนงาน/โครงการโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอำเภอวังเจ้า ในพื้นที่ 3 ตำบล ดังนี้

- 1) ตำบลเชิงทอง: โครงการชุมชนร่วมใจดูแลสุขภาพตนเองโดยภูมิปัญญาท้องถิ่น
- 2) ตำบลประดาง: โครงการเยี่ยมบ้านผู้พิการติดเตียงในชุมชน
- 3) ตำบลนาโบสถ์: โครงการสานใจ สร้างรอยยิ้ม ดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

4.5 อำเภอแม่สอด

ระบบบริการปฐมภูมิเชื่อมโยงลงสู่ชุมชน นศก. แพทย์ประจำครอบครัว

การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นซึ่งไม่มีใครจะตอบได้และรู้ดีเท่ากับคนในอำเภอ หรือ District นั้นๆอาจจะใช้กรอบการวิเคราะห์โดยมองตามกลุ่มอายุ และอาจจะต้องดูรวมถึงกลุ่มที่ต้องพึ่งพาคนอื่นผู้ขาดโอกาสกลุ่มนี้จะขาดการเดินเข้ามาหาเราเอง จะต้องอาศัยเครือข่ายในชุมชนในการให้ข้อมูล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการ และ หน่วยงานอปท.จะสนับสนุนค่ายังชีพสำหรับผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส จะต้อง

ช่วยกันมองในหลายๆมุมมอง การป้องกันโรคติดต่อในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การส่งต่อในระดับสถานบริการ และการส่งต่อไปยัง District อื่นข้างเคียง และควรมีเพิ่มเติมในเรื่องของการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้หน่วยงาน อปท.ดำเนินการเพียงแต่เราจะต้องช่วยให้ความรู้ และช่วยประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน

4.6 อำเภอแม่ระมาด

สำหรับการบริการที่จำเป็น การดูแลที่เน้น wecando แต่ที่ยังเป็นปัญหา และน่าจะเพิ่มความรุนแรงให้กับ การบริการเบื้องต้น คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เบาหวาน ความดันโลหิต สูงท้ายการบริการที่จำเป็น คือการที่ผู้ป่วยในชุมชน หรือประชาชน ที่มีสุขภาพดี กลุ่มเลี้ยง สามารถดูแลตนเองได้ ป้องกันตัวเองจากภัย ด้านสุขภาพและเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพกับตนเองสามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นกับตนเองได้

4.7 อำเภอพบพระ

อำเภอพบพระให้ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพ และมีการจัดบริการอย่างต่อเนื่องภายในปัญหา สุขภาพ ปัญหาฉับพลัน เช่น อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ปัญหาเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การ ป้องกันโรค เช่นการให้วัคซีน การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ต่อเนื่องระหว่างปัญหาสุขภาพ ต้องมีการสังเคราะห์ปัญหาสุขภาพ ทุกครั้งเมื่อปัญหาสุขภาพ สิ้นสุด เพื่อความพร้อมในการเชื่อมต่อ เมื่อต้องดูแลปัญหาที่พบใหม่ ต่อเนื่องภายในระบบของการบริการ ต่อเนื่องในสถานบริการ จากบ้านสู่สถานบริการ ไม่เสียเวลาชักประวัติอดีตและประวัติครอบครัว มีการ ตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยสามารถปฏิบัติได้เลยที่จุดบริการ นำไปประยุกต์ใช้กับตนเองที่บ้าน หรือ นำไป ประยุกต์ใช้หรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ที่บ้านต่อเนื่องระหว่างระดับของการให้บริการ เพิ่มความ ต่อเนื่อง และลดความซ้ำซ้อน ของการให้บริการ ซึ่งแบ่งออกเป็น การส่งต่อผู้ป่วยพร้อมข้อมูล และการรับ ผู้ป่วยพร้อมข้อมูลกลับการส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.8 อำเภอท่าสองยาง

ในด้านการจัดบริการทางด้านสุขภาพที่จำเป็นในพื้นที่อำเภอท่าสองยาง ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีพื้นที่ที่ยัง เข้าไม่ถึงสถานบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนก็จะมีปัญหาในด้านการถูกตัดขาดจาก ภายนอก เนื่องจากถนนหนทางชำรุดไม่สามารถที่จะออกไปให้บริการได้ในพื้นที่ ทางทีม คป.สอ. ก็จะมีการ จัดกิจกรรมเชิงรุกในการออกเดินเท้าหรือการวานเชิงรุกเข้าไปในพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล โดยเป็นโครงการ โรงพยาบาลพบประชาชน และโครงการอำเภอเยี่ยมซึ่งจะมีการบูรณาการงานในหลายๆหน่วยงานภายใน อำเภอออกไปให้บริการเชิงรุกในชุมชน แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการจัดรูปแบบการให้บริการในพื้นที่ เนื่องจาก การออกหน่วยดังกล่าวจะต้องใช้งบประมาณที่มาก การออกไปดำเนินกิจกรรมก็มีช่วงเวลาจำกัดเช่นออกไป

ให้บริการแค่ 4 ครั้งต่อปี ครั้งละ 2 ถึง 3 วัน ซึ่งก็มีบางจุดที่ตกหล่นไปและ ประชาชนในบางพื้นที่ที่ไม่ได้รับการดูแลในด้านสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ

4.9 อำเภออุ้มผาง

ในการจัดการบริการทางด้านสุขภาพที่จำเป็นในพื้นที่อำเภออุ้มผาง ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีพื้นที่ที่ยังเข้าไม่ถึงสถานบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนก็จะมีปัญหาในการถูกตัดขาดจากภายนอก เนื่องจากถนนหนทางชำรุดไม่สามารถที่จะออกไปให้บริการได้ในพื้นที่ จึงมีการสร้างสุขศาลาประจำหมู่บ้านขึ้นในพื้นที่ แต่ยังเน้นด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ไม่มีศักยภาพที่จะทำงานด้านอื่นๆ ที่จำเป็นในพื้นที่ เช่น ฝากครรภ์กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก เด็กขาดสารอาหาร ไอโอดีน ที่คงเป็นปัญหาพื้นฐานของหมู่บ้านยากจนชนบทอย่างอำเภออุ้มผาง กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชการฆ่าตัวตายที่ยังเป็นปัญหาในหมู่บ้านกระเหรี่ยงท่าโกกัณดาร ยังเป็นปัญหาที่ท้าทายรอคอยการแก้ไขของทีม DHS Unity of Umphangต่อไป

สรุปด้านการจัดการบริการสุขภาพที่จำเป็น

การจัดการบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นของแต่ละอำเภอ มีความหลากหลาย และแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ถึงแม้ไม่มีโครงการ DHS พื้นที่ก็สามารถจัดการบริการสุขภาพ ตอบสนองปัญหาพื้นที่อยู่แล้ว แต่ที่สำคัญ เป็นการจัดการของหน่วยงาน แต่ให้มีการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ตามหลักการของ DHS ยังไม่ป็นรูปธรรมเท่าที่ควร การเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ มีทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน หรือตามนโยบายของผู้บริหารเป็นหลัก การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นซึ่งไม่มีใครจะตอบได้และรู้ดีเท่ากับคนในอำเภอ หรือ District นั้นๆ อาจจะใช้กรอบการวิเคราะห์โดยมองตามกลุ่มอายุ และอาจจะต้องดูรวมถึงกลุ่มที่ต้องพึ่งพาคนอื่นผู้ขาดโอกาสกลุ่มนี้จะขาดการเดินเข้ามาหาเราเอง จะต้องอาศัยเครือข่ายในชุมชนในการให้ข้อมูล เช่นการขึ้นทะเบียนผู้พิการ และหน่วยงานอปท.จะสนับสนุนค้ำยังชีพสำหรับผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส จะต้องช่วยกันมองในหลายๆมุมมอง การป้องกันโรคติดต่อในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การส่งต่อในระดับสถานบริการ และการส่งต่อไปยัง District อื่นข้างเคียง และควรมีเพิ่มเติมในเรื่องของการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้หน่วยงาน อปท. ดำเนินการเพียงแต่เราจะต้องช่วยให้ความรู้ และช่วยประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน

5. องค์ประกอบที่ 5 Community participation

การที่ชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยการเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ใช่ให้ประชาชนเสียดิถิตการได้รับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่จะต้องคอยส่งเสริมบริการในส่วนที่ประชาชนไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง เช่นการสร้างเสริม

ภูมิคุ้มกันโรค การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นต้น การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนมี วัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง

5.1 อำเภอเมืองตาก

เครือข่ายปฐมภูมิ(DHS)เมืองตากใช้แนวทาง PDCA ในการปรับปรุงกระบวนการโดยมีเครื่องมือที่ หลากหลาย ได้แก่ ระบบการอาคารสถานที่และการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ ระบบการบริหารยาและเวชภัณฑ์มีไข้ยา การจัดระบบบริการด้านชั้นสูตรและ การ จัดหา บำรุงรักษา การซ่อมเครื่องมือวัสดุและอุปกรณ์และกิจกรรมทบทวน ในการปรับปรุงกระบวนการ ทำงาน เพื่อบรรลุผลการดำเนินการที่ดีขึ้น ลดความแปรปรวนของกระบวนการ ปรับปรุงการบริการให้ดีขึ้น

5.2 อำเภอบ้านตาก

ชุมชนเข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ จากแผนงาน /โครงการ ของกองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบลมีตัวแทนภาคประชาชนเข้ามาเป็นผู้ดำเนินงานตามโครงการ แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมทั้งอำเภอ

5.3 อำเภอสามเงา

ประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หรือ Stake Holder ต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า อำเภอสามเงามีการ จัดตั้งคณะกรรมการที่ค่อนข้างสมบูรณ์ ซึ่งมีทั้งกรรมการจากส่วนท้องถิ่น กรรมการจากฝ่ายสงฆ์ กรรมการ จากหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ กรรมการจากองค์กรในชุมชน กรรมการจากตัวแทนภาคประชาชน และ ผู้ทรงคุณวุฒิ ต่าง ๆ และเป็นที่น่าสังเกตคือ ไม่มีรายชื่อคณะกรรมการที่มาจากฝ่ายการศึกษา และ ฝ่ายท้องถิ่น ดังนั้น เพื่อให้มีการมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ จึงควรมีการเพิ่มเติมในคณะกรรมการในส่วนที่ขาดหายไป

5.4 อำเภอวังเจ้า

มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและแนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านร่วมกันของเครือข่ายอำเภอวังเจ้า ที่สอดคล้องปัญหาความต้องการของพื้นที่กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม มีแกนนำเครือข่ายอาสาสมัครเยี่ยม บ้านที่มีความรู้และทักษะในการเยี่ยมบ้านเกิดนวัตกรรมเครื่องมือแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านสำหรับอสม. โด ยอสม.และแกนนำเยี่ยมบ้านมีส่วนร่วมในการออกแบบเครื่องมือที่ง่ายสำหรับ อสม.ในการบันทึกการเยี่ยมบ้าน

5.5 อำเภอแม่สอด

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ในพื้นที่ของอำเภอแม่ สอด ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี มีองค์กรเอกชนมากมาย เข้ามาร่วมจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และสภาพทาง

เศรษฐกิจที่กำลังขยายตัว ตลอดจนแต่ก็ยังมีปัญหาด้านการสื่อสารสร้างความเข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชนบ้างเล็กน้อย ซึ่งอาจส่งผลให้เข้าใจไม่ตรงกันโดยชาวบ้านจะคิดว่าเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว

5.6 อำเภอแม่ระมาด

มีการค้นหาเครือข่ายในชุมชน ระดับ Primary care มีเครือข่ายในการทำงานเสริมสร้างคุณค่าในการทำงานร่วมกันและความผูกพันในเครือข่ายมีการประชุมทุกเดือน เพื่อสรุปปัญหา พร้อมแนวทางแก้ไข ปัญหาและสร้างความสัมพันธ์ในทุกโอกาสที่มี

5.7 อำเภอพบพระ

ชุมชนมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของชุมชน เบื้องต้น บนพื้นฐานการยอมรับ ในความแตกต่างทางความคิด และหลักเหตุผลของผู้ให้และผู้รับบริการ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล หลักเหตุผล วิธีคิด ระหว่างวิชาชีพ กับการเป็นชุมชน เกิดความเข้าใจ ซึ่งกันและกัน มีความเห็นตรงกัน มีการนำการตัดสินใจสู่การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ ทำให้เกิดการรับผิดชอบร่วมกัน

5.8 อำเภอท่าสองยาง

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ในพื้นที่ของอำเภอท่าสองยาง ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างน้อย เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง เนื่องจากมีฐานะทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่ดี ตลอดจนปัญหาด้านการสื่อสารสร้างความเข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชนก็น้อย ซึ่งอาจส่งผลให้เข้าใจไม่ตรงกันโดยชาวบ้านจะคิดว่าเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว

แนวทางการพัฒนาด้าน Community participationควรใช้กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ Ottawa Charter มาช่วยในการดำเนินงานในระดับพื้นที่อำเภอท่าสองยางจังหวัดตาก

5.9 อำเภออุ้มผาง

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ในพื้นที่ของอำเภออุ้มผาง ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างน้อย เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง เนื่องจากมีฐานะทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่ดี ตลอดจนปัญหาด้านการสื่อสารสร้างความเข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชนก็น้อย ซึ่งอาจส่งผลให้เข้าใจไม่ตรงกันโดยชาวบ้านจะคิดว่าเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองยังไม่ค่อยเข้าใจวิถีชุมชนมากเท่าที่ควร จะต้องมีการลงชุมชนเชิงรุกที่มีคุณภาพ และเห็นศักยภาพของชุมชนนั้นๆ

สรุปด้านการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของภาคชุมชน ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ยังมีความแตกต่างและหลากหลายรูปแบบ เนื่องจากสภาพบริบทของความแตกต่างของพื้นที่ และวิถีชีวิต สำหรับเขตพื้นที่รอยต่อ ห้า อำเภอชายแดน ที่มีพื้นที่ทุรกันดาร ประชาชนมีวิถีชีวิตในการทำมาหากินตลอดฤดู ทำให้ความสนใจในการมีส่วนร่วมน้อย หรืออาจไม่ค่อยให้ความสนใจเลย เพราะต้องทำมาหากิน ตลอดจนประเพณีและวัฒนธรรมตามชนเผ่าต่าง อาจไม่เอื้อต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐ เพราะเขามักคิดว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐที่จะต้องจัดระบบบริการให้กับประชาชน

สำหรับพื้นที่ราบ ของ 4 อำเภอคือ อำเภอเมืองตาก วังเจ้า บ้านตาก และอำเภอสามเงา เป็นพื้นที่ราบ และการคมนาคมสะดวกสบาย รวมถึงความเจริญต่างๆ ทำให้วิถีชีวิต และวัฒนธรรมความเป็นอยู่แตกต่างจากอำเภอชายแดนโดยสิ้นเชิง การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ และการจัดการทำได้ดีกว่า ตลอดจนมีโอกาสของการพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกัน ระหว่างภาคประชาชนกับภาครัฐ ทั้งนี้ยังไม่ได้บรรลุถึงขนาดที่มีความเป็นเจ้าของสุขภาพเอง แต่ก็ถือได้ว่ามีส่วนร่วมในการระดมความคิด การวิเคราะห์ปัญหาชุมชน จนนำไปสู่การจัดทำแผนแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนต่อไป

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) จังหวัดตาก” มีวัตถุประสงค์ที่ 1) เพื่อประเมินความสอดคล้องและเหมาะสมด้านบริบท (Context Evaluation) ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก โดยมีวัตถุประสงค์ 2) เพื่อประเมินความเหมาะสมและเพียงพอด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก 3) เพื่อประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) ดำเนินการจัดกิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก 4) เพื่อประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Product Evaluation) ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จังหวัดตาก ในประเด็นการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการและวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรมและ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) จังหวัดตาก

โดยมีพื้นที่เป้าหมายการประเมินทั้ง 9 เครือข่ายอำเภอ ในจังหวัดตาก โดยใช้วิธีการเลือกพื้นที่แบบเจาะจง โดยใช้โมเดล CIPP ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) ซึ่งจะประเมินความสอดคล้องของโครงการในด้าน บริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

1. สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในเครือข่ายอำเภอเมืองตาก จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 21.40 รองลงมาอยู่ในเครือข่ายอำเภอแม่สอด จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 12.90 และน้อยสุดอยู่ในเครือข่ายอำเภออุ้มผาง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 8.20 เป็นเพศหญิง จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 61.70 และเพศชาย จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 38.80 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมาก อายุ 40-49 ปี จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 35.10 รองลงมาอายุ ต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 23.90 และน้อยสุดอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 17.40 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่ระหว่าง 1-9 ปี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 34.60 รองลงมา ระหว่าง

20-29 ปี จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 28.90 และน้อยสุดระยะเวลา 40 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.00 บทบาทของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 70.90 รองลงมาเป็นคณะกรรมการเครือข่าย จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.10 และผู้บริหาร จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.00 ,สถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) จำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 72.10 รองลงมาสังกัดโรงพยาบาล จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 11.70 และน้อยสุดสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.20

1.การประเมินบริบท (Context Evaluation)แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของโครงการและการวิเคราะห์จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า 1)ความสอดคล้องของงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอกับสถานการณ์ทางการเมืองในปัจจุบันพบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการเครือข่ายฯคิดว่ามี ความสอดคล้องมาก โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 และ 3.47 ตามลำดับ2)ความสอดคล้องของเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอกับปัญหาระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบัน พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 คณะกรรมการฯและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมากโดย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 และ 3.57 ตามลำดับ 3)ความเหมาะสมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอกับการ แก้ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07คณะกรรมการฯและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมาก โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 และ 3.59 ตามลำดับ4) นโยบายการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นนโยบายที่สามารถช่วยแก้ปัญหา สาธารณสุขในพื้นที่ได้พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82คณะ กรรมการฯและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมาก โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 และ 3.59 ตามลำดับ5)นโยบายดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถทำให้เกิดการทำงานเพื่อการแก้ปัญหา สาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคได้พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องมาก โดยมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.79คณะกรรมการฯและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมาก โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 และ 3.56 ตามลำดับ6) แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถนำไปประยุกต์ใช้ใ นการดำเนินงานได้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องมาก โดยมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96คณะกรรมการฯและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมาก โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 และ 3.58 ตามลำดับ7)การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายได้รับ การดูแลอย่างองค์รวมมากขึ้นพบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 คณะกรรมการฯและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 และ 3.57 ตามลำดับรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามี ความสอดคล้องระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 3.61

2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้น(Input Evaluation)จากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holder)

ด้านนโยบายพบว่า 1.)มีการกำหนดนโยบายชัดเจนจากทุกระดับพบว่า ผู้บริหารคณะกรรมการเครือข่ายฯ และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64,3.62 และ 3.49 ตามลำดับ2.)แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ,ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 ,3.75 และ 3.58 ตามลำดับ3.)มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่พบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 ,3.38 และ 3.32 ตามลำดับ4.)มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ,ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ,3.54 และ 3.47 ตามลำดับ

ด้านบุคลากร พบว่า 1.)มีจำนวนบุคลากรเพียงพอทุกสาขาวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24,3.16 และ 3.07 ตามลำดับ2.)มีการจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯ,ผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 ,3.28 และ 3.21 ตามลำดับ3.)บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 ,3.42 และ 3.18 ตามลำดับ4.)ผู้บริหารให้ความสนใจและให้การสนับสนุนโครงการนี้น้อยเพียงใดพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯ,ผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 ,3.54 และ 3.50 ตามลำดับ

ด้านงบประมาณ พบว่า 1.)มีการสนับสนุนงบประมาณจาก กระทรวง กรม กอง และเขตบริการสุขภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24,3.19 และ 2.75 ตามลำดับ2.)มีการสนับสนุนงบประมาณ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯ,ผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 ,3.12 และ 3.04 ตามลำดับ3.)มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯ,ผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 ,3.15 และ 3.07 ตามลำดับ

ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า 1.)มีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29,3.29 และ 3.18 ตามลำดับ2.)มีวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 ,3.26 และ 3.18

ตามลำดับ3.) มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหารให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34, 3.26 และ3.04 ตามลำดับ 4.)มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 ,3.17 และ 3.11 ตามลำดับ โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามีผลสอดคล้องระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 3.36

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) มีประเด็นการประเมินดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน พบว่า 1.)มีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29,3.29 และ 3.18 ตามลำดับ2.)มีวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 ,3.26 และ 3.18 ตามลำดับ3.)มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 ,3.26 และ 3.04 ตามลำดับ 4.)มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คณะกรรมการเครือข่ายฯและผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 ,3.17 และ 3.11 ตามลำดับ**การติดตามนิเทศและประเมินผล** พบว่า 1.)มีการนิเทศติดตาม จากผู้รับผิดชอบงานและผู้บริหารอย่างเหมาะสมพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.46 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 และ3.29 ตามลำดับ2.)มีเครื่องมือและเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จของโครงการพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 ,3.26 และ 3.14 ตามลำดับ 3.)มีการบูรณาการ การวางแผนนิเทศ ติดตามงานเครือข่ายสุขภาพอย่างเหมาะสมพบว่า ผู้บริหารและ คณะกรรมการเครือข่าย มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.46 และ 3.45 ในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 4.)มีการสรุปผลการประเมิน และนำผลไปพัฒนาปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสมพบว่า ผู้บริหารมีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.43 คณะกรรมการเครือข่ายฯและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 และ 3.36 ตามลำดับรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามีผลสอดคล้องระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 3.37

4.การประเมินผลผลิต (Product Evaluation)พบว่า 1.)มีแผนการพัฒนาสุขภาพประชาชนครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ(5 กลุ่มวัย)พบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72,3.58 และ 3.50 ตามลำดับ2.) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรมีความเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานทุกสาขาวิชาชีพพบว่า ผู้บริหาร, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 ,3.29 และ 3.24 ตามลำดับ3.)สถานบริการทุกระดับมีการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากลพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.45 และ 3.41 ส่วนผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 4.) บุคลากรได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯมีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.46 และ 3.46 ส่วนผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 5.)บุคลากรได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯมีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.41 และ 3.40 ส่วนผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 6.) บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯมีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.41 และ 3.40 ส่วนผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04รวมกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามีผลสอดคล้องระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 3.42

5. การประเมินผลลัพธ์(Outcome Evaluation)พบว่า 1.)การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้พบว่า ผู้บริหาร , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71,3.56 และ 3.46 ตามลำดับ2.)ระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้พบว่า ผู้บริหาร,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ,3.62 และ 3.49 ตามลำดับ3.)การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มอายุพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.57,3.62 และ 3.43 ตามลำดับ 4.)มีการพัฒนาประเด็นสุขภาพ(ODOP) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนได้จริงพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายและผู้บริหาร ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.55,3.54 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย3.41 5.) การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นพบว่า ผู้บริหารและคณะกรรมการเครือข่าย มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.64 และ

3.49 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 3.33 โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามี ความสอดคล้องระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 3.47

การวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามองค์ประกอบพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

1.การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity Health Team) พบว่า 1.)การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนพบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96,0.95 และ 0.94 ตามลำดับ2.) การประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่องพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84 ,0.72 ส่วนผู้บริหารมีความเป็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0.503.) คณะกรรมการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการเครือข่าย และ ผู้บริหาร มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.910.84 และ 0.75 ตามลำดับ 4.)คณะกรรมการฯสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมมีโครงการรองรับและมีผลงานชัดเจนพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการเครือข่าย มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.88,0.83 ส่วนผู้บริหาร มีความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 0.64 5.) คณะกรรมการฯมีการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่องพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการเครือข่าย มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.87,0.83 ส่วนผู้บริหาร มีความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 0.61

2. การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care)พบว่า1.)มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาสุขภาพของพื้นที่พบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00,0.96 และ 0.94 ตามลำดับ2.)มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่หรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนพบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96,0.94 และ 0.93 ตามลำดับ3.)มีการพัฒนาและแก้ปัญหาตามบริบทหรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนพบว่า ผู้บริหาร ,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00,0.92 และ 0.91 ตามลำดับ 4.)มีการติดตามประเมินผลการพัฒนาและการแก้ปัญหาพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.90 ,0.89 และ 0.82 ตามลำดับ 5.)มีการขยายผลประเด็นสุขภาพอื่น หรือสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และ ผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.86 ,0.84 และ 0.68 ตามลำดับ

3. การแบ่งปันทรัพยากร (Resource sharing)พบว่า 1.) มีการสนับสนุนบุคลากรในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลในเครือข่ายพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.06 ,0.87 และ 0.86 ตามลำดับ2.)มีการสนับสนุนเครื่องอุปกรณ์ในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลเครือข่ายพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.90 และ 0.86 ตามลำดับ3.)มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลระหว่างหน่วยบริการพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , ผู้บริหาร และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 , 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ 4.) มีการสนับสนุนและบริหารจัดการร่วมกันในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.90 และ 0.86 ตามลำดับ 5.)มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันในเครือข่ายพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 ,0.89 และ 0.82 ตามลำดับ

4. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน(communitary participation)พบว่า 1.)ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข , ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.97 ,0.96 และ 0.95 ตามลำดับ2.)ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพและอปท.ชุมชนสนับสนุนงบประมาณพบว่า ผู้บริหาร , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 ,0.94 และ 0.91 ตามลำดับ3.)ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน จัดการระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันและมีผลลัพธ์เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 , 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ 4.) ชุมชนและเครือข่ายมีแผนการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ร่วมตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 ,0.87 และ 0.79 ตามลำดับ 5.)ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 ,0.84 และ 0.68 ตามลำดับ

5. การพัฒนาบุคลากร(Human development)พบว่า 1.) มีการพัฒนาพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงานส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวงพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.98 ,0.93 และ 0.86 ตามลำดับ2.)มีแผนพัฒนานุเคราะห์ที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.92 และ 0.82 ตามลำดับ3.) มีแผนพัฒนานุเคราะห์เชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.91 และ 0.75 ตามลำดับ 4.)มีแผนพัฒนานุเคราะห์เชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำปีไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรมพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 ,0.90 และ 0.68 ตามลำดับ 5.) มีการพัฒนานุเคราะห์ให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย จิตใจและจิตวิญญาณพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 , 0.91 และ 0.68 ตามลำดับ

ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ(Workshop)

1. การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ จังหวัดตาก ตั้งอยู่ในภาคเหนือตอนใต้ทางตะวันตกของประเทศไทย ระหว่างเส้นรุ้งที่ 15 องศา 50 ลิปดา 36 ฟลิปดาเหนือ และเส้นแวงที่ 99 องศา 7 ลิปดา 22 ฟลิปดาตะวันออก สูงกว่าระดับน้ำทะเล 116.2 เมตร (ที่ตั้งศาลากลางจังหวัดตาก) ห่างจากกรุงเทพมหานครตามระยะ ทางทางหลวงหมายเลข 1 ถนนพหลโยธิน ประมาณ 426 กม. มีเนื้อที่ประมาณ 16,406.65 ตร.กม. หรือประมาณ 10,324,156.25 ไร่ ใหญ่เป็นอันดับที่ 2 ของภาคเหนือรองจากจังหวัดเชียงใหม่ สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นป่าไม้และภูเขาที่มีทิวเขาถนนธงชัย เป็นตัวแบ่งพื้นที่ออกเป็น 2 ฝั่ง ตากฝั่งตะวันออก คือ อ.เมืองอ.บ้านตากอ.สามเงา อ.วังเจ้า และตากฝั่งตะวันตก คือ อ.แม่สอด อ.แม่ระมาดอ.พบพระ อ.ท่าสองยาง อ.อุ้มผาง แบ่งการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ คืออ.เมือง อ.บ้านตาก อ.สามเงา อ.แม่สอด อ.แม่ระมาด อ.พบพระ อ.ท่าสองยาง อ.อุ้มผางและ อ.วังเจ้าสภาพพื้นที่โดยทั่วไปของจังหวัดตาก ประกอบด้วยป่าไม้ และเทือกเขาสูงมีพื้นที่ราบสำหรับการเกษตรน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางฝั่งตะวันตกของแม่น้ำปิงเป็นทิวเขาถนนธงชัยสูง สลับซับซ้อนจังหวัดตากแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือด้านตะวันออก ประกอบด้วย 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอ เมืองตาก บ้านตาก สามเงา และอำเภอวังเจ้า มีพื้นที่รวมทั้งสิ้น 5,692.68 ตารางกิโลเมตร หรือ 3,557,925 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 34.70 ของพื้นที่ทั้งจังหวัด ลักษณะภูมิภาคนี้นี้ประกอบด้วยภูเขาสูง ประมาณร้อยละ 65 ของพื้นที่ ซึ่งปกคลุมไปด้วยป่าโปร่ง และป่าเบญจพรรณด้านตะวันตกประกอบด้วย 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแม่สอด แม่ระมาด ท่าสองยาง พบพระ และอำเภออุ้มผางมีพื้นที่ทั้งสิ้น 10,713.97 ตารางกิโลเมตร หรือ 6,696,231.25 ไร่ คิดเป็น ร้อยละ 65.30 ของพื้นที่ทั้งจังหวัด ลักษณะภูมิภาคนี้นี้ประกอบด้วยภูเขาสูง ประมาณร้อยละ 80 ของพื้นที่ปกคลุมไปด้วยป่าโปร่ง ป่าดงดิบ และป่าสน

เนื่องจากจังหวัดตากมีสภาพภูมิประเทศแบ่งออกเป็นสองซีก คือ ตะวันออกและตะวันตก โดยมีเทือกเขาถนนธงชัยแบ่งกลาง ทำให้ลักษณะภูมิอากาศของจังหวัดแตกต่างกันไปด้วยเนื่องจากเทือกเขาถนนธงชัยเป็นตัวปะทะมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ที่พัดมาจากมหาสมุทรอินเดียและทะเลอันดามันทำให้ซีกตะวันออกจะได้รับความชื้นจากลมมรสุมไม่เต็มที่ขณะที่ฝั่งตะวันตกจะได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมมากกว่าทำให้ปริมาณฝนตกในซีกตะวันตกโดยเฉพาะในที่ที่อยู่ในเขตภูเขา เช่น อำเภอท่าสองยางอำเภอพบพระ และอำเภออุ้มผาง อากาศจะหนาวเย็นมากกว่าซีกตะวันออกเขตการปกครองจังหวัดตากแบ่งการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 63 ตำบล 559 หมู่บ้าน จำนวนบ้าน 170,990 บ้าน โดยมีอำเภอดังนี้ อำเภอเมืองตาก อำเภอบ้านตาก อำเภอสามเฒ่า อำเภอแม่ระมาด อำเภอท่าสองยาง อำเภอแม่สอด อำเภอพบพระ อำเภออุ้มผาง และอำเภอวังเจ้า การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร 1 แห่ง เทศบาลเมือง 1 แห่ง เทศบาลตำบล 14 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 52 แห่ง ประชากรจำนวนประชากรทั้งสิ้น 519,662 คน เป็นชาย 263,486 คน หญิง 256,176 คน ประชากรชาย คิดเป็นร้อยละ 50.70 ประชากรหญิง ร้อยละ 49.29 ของประชากรทั้งหมด ประชากรที่อาศัยในเขตเทศบาล 122,348 คน คิดเป็นร้อยละ 23.54 ส่วนที่เหลือ 397,314 คนอยู่นอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 76.46

การดำเนินงานระดับอำเภอก่อนมีนโยบาย DHS ทุกพื้นที่มีทุนเดิมจากการทำงานในฐานะหน่วยงานสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการประกอบกับการริเริ่มสร้างสรรค์งานใหม่ๆที่ปรับเปลี่ยนหมุนเวียนเป็นพลวัตรเพื่อตอบสนองต่อนโยบายในแต่ละยุคแต่ละสมัย สรุปการสังเคราะห์เกี่ยวกับบริบทพื้นที่ที่เป็นแบบการทำงานกับประชาชนในพื้นที่ที่เกิดจากกระบวนการ Context Base Learning (CBL) คือทุกพื้นที่อำเภอมีทุนเดิมด้านวิชาการในรูปแบบการจัดการเรียนรู้เช่นในบางพื้นที่มีระบบการเยี่ยมบ้านมีศูนย์การดูแลอย่างต่อเนื่องที่ชัดเจนและร่วมกันทำงานดูแลสุขภาพประชาชนแบบใกล้บ้านใกล้ใจโดยสหวิชาชีพซึ่งเกิดการพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆจากกลุ่ม รพ.สต. จนเกิดเป็นเครือข่ายสหวิชาชีพร่วมการเยี่ยมบ้านที่เข้มแข็งและต่อเนื่องมีระบบเครือข่ายที่ประสานการทำงานอย่างแนบแน่นในพื้นที่คอยเกื้อหนุนกันและกันประกอบด้วยหน่วยงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายอสม. และกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพต่างๆในชุมชนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่จากกิจกรรมเฉพาะกลุ่มเฉพาะด้านแล้วเกิดวิวัฒนาการของทีมทั้งในมิติด้านขนาดของทีมบทบาทและความหลากหลายของกิจกรรมที่มีความเชื่อมโยงกันผลความสำเร็จจากการติดต่อประสานเชื่อมโยงกันของบุคคลหรือทีมงานในพื้นที่เกิดจากการประสานงานกันในแนวราบไม่เป็นการมากกว่าการประสานงานแนวดิ่งที่เป็นทางการจึงเกิดสัมพันธภาพในการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างเข้าใจและมีความต่อเนื่องรองรับการเปลี่ยนแปลงหรือนโยบายใหม่ที่เข้ามาในพื้นที่

ทุกพื้นที่อำเภอมีการบูรณาการใช้เทคนิคกระบวนการพัฒนางานในพื้นที่อยู่แล้วได้แก่การประเมินตนเองของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอการใช้รูปแบบการทำแผนชุมชนด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการรวมทั้งการพัฒนาระบบคุณภาพตามแนวทาง Primary Care Award (PCA) มาตรฐาน HA และมีการใช้กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาเครือข่ายบริการด้วยกระบวนการจัดการความรู้(Knowledge Management: KM) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัยเป็นต้น

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบการทำงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจังหวัดตาก พบว่า

2.1. การทำงานร่วมกัน (Unity District Health Team) ในประเด็นการจัดตั้ง Unity District Health Team โดยรวมเป็นการดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อยู่แล้ว แต่ต้องทำตามนโยบาย จึงได้มีการแต่งตั้งคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน DHS ในระดับอำเภอโดยบางอำเภอมีนายอำเภอเป็นประธาน บางอำเภอมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน และมีนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ร่วมเป็นคณะทำงาน ร่วมกันกับเครือข่ายด้านสาธารณสุขในอำเภอ แต่ยังมีปัญหาว่าในชุดคณะทำงานยังไม่ค่อยมีความเข้าใจเกี่ยวกับ Concept ในการดำเนินงาน DHS ภายในอำเภอเท่าที่ควร และในการดำเนินงานยังขาดในส่วนของการเก็บข้อมูลด้านสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ให้กับชุมชนและทางหน่วยงาน อปท. ให้ได้รับทราบข้อมูลปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่พบอีกประเด็น คือตัวผู้รับผิดชอบงาน DHS ในระดับอำเภอก็อ้างขาดความเข้าใจในเรื่องของการดำเนินงาน ตลอดจนปัญหาเรื่องการขาดทิศทางในการดำเนินงาน DHS ในอำเภอที่ชัดเจน เนื่องจากปัญหาหลายประเด็น และการถ่ายทอดนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้การพัฒนาทางด้าน DHS ขาดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง และทีมงานในระดับที่ปฏิบัติการร่วมกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ก็ยังไม่ได้มีการประชุมอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

2.2. การทำงานจนเกิดคุณค่า Appreciation พบว่า ในเรื่องของการสร้างคุณค่า ให้กับตัวผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ เนื่องจากในการดำเนินงาน DHS อำเภอชายแดน 5 อำเภอคือ ท่าสองยาง พะเยา แม่ระมาด แม่สอ และอุ้มผางพื้นที่กันดารห่างไกลทำให้การเข้าถึงบริการยากลำบากมาก ดังนั้นการดำเนินงานในระยะเริ่มแรกยังคงมุ่งเน้นที่การกระจายสถานบริการลงชุมชนให้ชาวบ้านห่างไกลได้เข้าถึงบริการให้ครอบคลุมให้มากที่สุด ยังคงเน้นตั้งรับมากกว่าเชิงรุก และเจ้าหน้าที่ที่เป็นคนพื้นที่ศาสตร์องค์ความรู้เรื่องสุขภาพครอบครัว(นสค.) ยังไม่ได้รับการพัฒนาด้านนี้ให้มากพอ เมื่อขาดงานเชิงรุกในพื้นที่ทำให้ขาดความเข้าใจบริบทของชุมชน สังคม วัฒนธรรมที่มองเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่อยู่ข้างในของทุกคน การมีส่วนร่วมของชาวบ้านผู้รับบริการเองก็เป็นคนพื้นที่ของชนเผ่าต่างๆที่ยังขาดการร่วมคิด ร่วมทำร่วมเป็นเจ้าของอยู่มาก และปัญหาการโยกย้าย สับเปลี่ยน ของบุคลากรทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง การดำเนินการ DHS เข้าสู่ในบันไดขั้นที่ 1 ซึ่งก็ยังคงขาดในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ภาคส่วนอื่นหรือหน่วยงานอื่นมักไม่ค่อยให้ความสำคัญ และมักจะส่งตัวแทนมาร่วมประชุมซึ่งจะไม่สามารถตัดสินใจได้ จึงทำให้การประชุมเปล่าประโยชน์ และในการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ก็ยังเป็นมุมมองที่ออกมาเฉพาะส่วนที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ ซึ่งยังมีขาดในส่วนในเรื่องของมุมมองการแก้ไขปัญหาจากหน่วยงาน อปท. และภาคส่วนอื่นๆในพื้นที่

2.3.การแบ่งปันและการพัฒนาบุคลากร Resource sharing and human development ในด้าน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานได้เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ นั้นในปัจจุบันนี้ยังเป็นแค่ การบูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเฉพาะหน่วยงานที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ถึงขั้นที่จะ บูรณาการทรัพยากรจากต่างหน่วยงานต่างกระทรวงมาร่วมช่วยกันดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ แต่จะมีบ้างก็ในส่วนของหน่วยงาน อปท.ที่มีการสนับสนุนงบประมาณสุขภาพตำบล แต่ที่ยังขาดมากก็คือการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในพื้นที่ในการบริหารใช้ทรัพยากรร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานในปัจจุบันนี้ ยังเป็นแค่การบูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเฉพาะหน่วยงานที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ถึงขั้นที่จะบูรณาการทรัพยากรจากต่างหน่วยงาน ต่างกระทรวงมาร่วมช่วยกันดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ แต่จะมีบ้างก็ในส่วนของหน่วยงาน อปท.ที่มีการสนับสนุนงบประมาณสุขภาพตำบล แต่ส่วนใหญ่ก็จะทำเพียงเรื่องเดียวและซ้ำๆ กันเช่นแก้ไขปัญหาไข้เลือดออก จัดซื้อทรายและเวชภัณฑ์ให้แก่ทาง รพ.สต. หรือการจ้างลูกจ้างพนักงานสุขภาพชุมชน มาช่วยการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ที่ยังขาดมากก็คือการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในพื้นที่

2.4.การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น Essential Careพบว่าการจัดบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นของแต่ละอำเภอ มีความหลากหลาย และแตกต่างกัน ตามบริบทของพื้นที่ ถึงแม้ไม่มีโครงการ DHS พื้นที่ก็สามารถจัดบริการสุขภาพ ตอบสนองปัญหาพื้นที่อยู่แล้ว แต่ที่สำคัญ เป็นการจัดของหน่วยงาน แต่ให้มีการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ตามหลักการของ DHS ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควรการเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ มีทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน หรือตามนโยบายของผู้บริหารเป็นหลัก การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นซึ่งไม่มีใครจะตอบได้และรู้ดีเท่ากับคนในอำเภอ หรือDistrict นั้นๆอาจจะใช้กรอบการวิเคราะห์โดยมองตามกลุ่มอายุ และอาจจะต้องดูรวมถึงกลุ่มที่ต้องพึ่งพาคนอื่นผู้ขาดโอกาสกลุ่มนี้จะขาดการเดินเข้ามาหาเราเอง จะต้องอาศัยเครือข่ายในชุมชนในการให้ข้อมูล เช่นการขึ้นทะเบียนผู้พิการ และ หน่วยงานอปท.จะสนับสนุนค่างยังชีพสำหรับผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส จะต้องช่วยกันมองในหลายๆมุมมอง การป้องกันโรคติดต่อในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การส่งต่อในระดับสถานบริการ และการส่งต่อไปยัง District อื่นข้างเคียง และควรมีเพิ่มเติมในเรื่องของการแพทย์ฉุกเฉินโดยให้หน่วยงาน อปท.ดำเนินการเพียงแต่เราจะต้องช่วยให้ความรู้ และช่วยประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน

2.5. การมีส่วนร่วมของชุมชนCommunity participationพบว่าการมีส่วนร่วมของภาคชุมชนต่อการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ยังมีความแตกต่างและหลากหลายรูปแบบ เนื่องจากสภาพบริบทของความแตกต่างของพื้นที่ และวิถีชีวิต สำหรับเขตพื้นที่รอยต่อ ห้า อำเภอชายแดน ที่มีพื้นที่ทุรกันดาร ประชาชนมีวิถีชีวิตในการทำมาหากินตลอดฤดู ทำให้ความสนใจในการมีส่วนร่วมน้อย หรืออาจไม่ค่อยให้ความสนใจเลย เพราะต้องทำมาหากิน ตลอดจนประเพณีและวัฒนธรรม ตามชนเผ่าต่าง อาจไม่เอื้อต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐ เพราะเขามักคิดว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐที่จะต้องจัดระบบบริการให้กับประชาชน สำหรับพื้นที่ราบ ของ 4 อำเภอคือ อำเภอเมืองตาก วังเจ้า บ้านตาก และอำเภอสาม

เงา เป็นพื้นที่ราบ และการคมนาคมสะดวกสบาย รวมถึงความเจริญต่างๆ ทำให้วิถีชีวิต และวัฒนธรรมความเป็นอยู่แตกต่างจากอำเภอชายแดนโดยสิ้นเชิง การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ และการจัดการทำได้ดีกว่า ตลอดจนมีโอกาสของการพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกัน ระหว่างภาคประชาชนกับภาครัฐ ทั้งนี้ยังไม่ได้บรรลุถึงขนาดที่มีความเป็นเจ้าของสุขภาพเอง แต่ก็ถือได้ว่ามีส่วนร่วมในการระดมความคิด การวิเคราะห์ปัญหาชุมชน จนนำไปสู่การจัดทำแผนแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนต่อไป

2. อภิปรายผลการวิจัย

จากการสรุปผลการวิจัย สามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การประเมินความสอดคล้องด้านบริบทจังหวัดตากแบ่งออกตามสภาพพื้นที่ได้เป็น 2 ส่วน คือด้านตะวันออก ประกอบด้วย 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอ เมืองตาก บ้านตาก สามเงา และอำเภอวังเจ้า มีพื้นที่รวม คิดเป็นร้อยละ 34.70ของพื้นที่ทั้งจังหวัด ลักษณะภูมิภาคด้านนี้ประกอบด้วยภูเขาสูง ประมาณร้อยละ 65ของพื้นที่ ซึ่งปกคลุมไปด้วยป่าโปร่ง และป่าเบญจพรรณด้านตะวันตกประกอบด้วย 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแม่สอด แม่ระมาด ท่าสองยาง พงพระ และอำเภออุ้มผาง

การดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับอำเภอก่อนมีนโยบาย DHS ทุกพื้นที่มีทุนเดิมจากการทำงานในฐานะหน่วยงานสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการประกอบกับการริเริ่มสร้างสรรคงานใหม่ๆที่ปรับเปลี่ยนหมุนเวียนเป็นพลวัตรเพื่อตอบสนองต่อนโยบายในแต่ละยุคแต่ละสมัยสรุปสังเคราะห์เกี่ยวกับต้นทุนและบริบทพื้นที่เป็นแบบการทำงานกับประชาชนในพื้นที่ที่เกิดจากกระบวนการ Context Base Learning (CBL)ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชดากร ศิริคุณ และคณะ(2557)ที่ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ของจังหวัดสกลนครคือทุกพื้นที่อำเภอมีทุนเดิมด้านวิชาการในรูปแบบการจัดการเรียนรู้เช่นในบางพื้นที่มีระบบการเยี่ยมบ้านมีศูนย์การดูแลอย่างต่อเนื่องที่ชัดเจนและร่วมกันทำงานดูแลสุขภาพประชาชนแบบใกล้บ้านใกล้ใจโดยสหวิชาชีพซึ่งเกิดการพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆจากกลุ่มรพ.สต.จนเกิดเป็นเครือข่ายสหวิชาชีพร่วมการจัดการสุขภาพ และต่อเนื่องมีระบบเครือข่ายที่ประสานการทำงานอย่างแนบแน่นในพื้นที่คอยเกื้อหนุนกันและกันประกอบด้วยหน่วยงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชม. และกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพต่างๆในชุมชนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่จากกิจกรรมเฉพาะกลุ่มเฉพาะด้านแล้วเกิดวิวัฒนาการของทีมทั้งในมิติด้านขนาดของทีมบทบาทและความหลากหลายของกิจกรรมที่มีความเชื่อมโยงกันผลความสำเร็จจากการติดต่อประสานเชื่อมโยงกันของบุคคลหรือทีมงานในพื้นที่เกิดจากกาประสานงานกันในแนวราบไม่เป็นทางการมากกว่าการประสานงานแนวดิ่งที่เป็นทางการจึงเกิดสัมพันธภาพในการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างเข้าใจและมีความต่อเนื่องรองรับการเปลี่ยนแปลงหรือนโยบายใหม่ที่เข้ามาในพื้นที่ทุกพื้นที่อำเภอมีการบูรณาการใช้เทคนิคกระบวนการพัฒนา

งานในพื้นที่อยู่แล้วได้แก่การประเมินตนเองของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอการใช้รูปแบบการทำแผนชุมชนด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการรวมทั้งการพัฒนาระบบคุณภาพตามแนวทาง Primary Care Award (PCA) มาตรฐาน HA และมีการใช้กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาเครือข่ายบริการด้วยกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย เป็นต้น

การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)ด้านนโยบายพบว่าประเด็นมีการกำหนดนโยบายชัดเจนจากทุกระดับ ,การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนพบว่า ,มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ,มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก ด้านบุคลากร พบว่าประเด็นมีจำนวนบุคลากรเพียงพอทุกสาขาวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ,มีการจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม,บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ,ผู้บริหารให้ความสนใจและให้การสนับสนุน โครงการนี้น้อยเพียงใดพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมากด้านงบประมาณ พบว่า ประเด็นมีการสนับสนุนงบประมาณจาก กระทรวง กรม กอง และเขตบริการสุขภาพ,มีการสนับสนุนงบประมาณ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลางด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่าประเด็นมีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ,มีวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ,มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและมีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลางที่ค่าเฉลี่ย 3.36ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชดากร ศิริคุณ และคณะ(2557)ที่ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ของจังหวัดสกลนครที่มี1)โครงสร้างการแต่งตั้งคณะกรรมการรองรับการดำเนินงาน DHS แต่รูปแบบวิธีการจัดตั้งแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน 2) การรับรู้ต่อนโยบาย 3) การตอบสนอง และ 4) การสนับสนุน

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) มีประเด็นการประเมิน คือขั้นตอนการดำเนินงานพบว่า ประเด็นการมีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ,การมีวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ, มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และ มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลางการติดตามนิเทศและประเมินผล พบว่า มีการนิเทศ ติดตาม จากผู้รับผิดชอบงานและผู้บริหารอย่างเหมาะสม,มีเครื่องมือและเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จของโครงการพบว่า ,มีการบูรณาการ การวางแผนนิเทศ ติดตามงานเครือข่ายสุขภาพอย่างเหมาะสมและ มีการสรุปผลการประเมินและนำผลไปพัฒนาปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสมพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องใน

ระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 3.37 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชดากร ศิริคุณ และคณะ(2557)ที่ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ของจังหวัดสกลนคร ที่พบว่า การขับเคลื่อนงาน DHS ไปสู่ความสำเร็จได้นั้นประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วม 2) การมีปฏิสัมพันธ์ในการประสานงาน 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 4) การปฏิบัติจริงจนเกิดการหยั่งรู้ สู่การพัฒนาต่อเนื่อง และ 5) กระบวนการตรวจสอบ

การประเมินผลผลิต (Product Evaluation)พบว่า มีแผนการพัฒนาสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ(5กลุ่มวัย),อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรมีความเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานทุกสาขาวิชาชีพ,สถานบริการทุกระดับมีการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากล,บุคลากรได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพ,บุคลากรได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพ,บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามีผลสอดคล้องระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 3.42

การประเมินผลลัพธ์(Outcome Evaluation)พบว่า ประเด็นการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้,ระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้, การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มอายุ, มีการพัฒนาประเด็นสุขภาพ(ODOP) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนได้จริง, การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามีผลสอดคล้องระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 3.47 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชดากร ศิริคุณ และคณะ(2557)ที่ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ของจังหวัดสกลนคร ที่พบว่าแนวทางการคัดเลือกมาจากกระบวนการ PCA,MBA,SRM เป็นกิจกรรมเด่นที่ชุมชนดำเนินการมาก่อน ประเด็นปัญหาสุขภาพส่วนมากเป็นโรคเรื้อรัง และเกิดรูปแบบการพัฒนา ODOP ที่เป็นภาพลักษณ์เดียวกัน

การวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามองค์ประกอบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

1.การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity Health Team) โดยรวมเป็นการดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)อยู่แล้ว แต่ก็ต้องทำตามนโยบาย จึงได้มีการแต่งตั้งคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน DHS ในระดับอำเภอแล้วโดยบางอำเภอมีท่านนายอำเภอเป็นประธาน บางอำเภอมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน และมีนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ร่วมเป็นคณะทำงาน ร่วมกันกับเครือข่ายด้านสาธารณสุขในอำเภอ แต่ยังมีปัญหาว่าในชุดคณะทำงานยังไม่ค่อยมีความเข้าใจเกี่ยวกับ Concept ในการดำเนินงาน DHS ภายในอำเภอเท่าที่ควร และในการดำเนินงานยังขาดในส่วนของการเก็บข้อมูลด้านสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ให้กับชุมชนและทางหน่วยงาน อปท. ให้ได้รับทราบข้อมูลปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่พบอีกประเด็นคือตัวผู้รับผิดชอบงาน DHS ในระดับอำเภอก็ยังไม่เข้าใจในเรื่องของการดำเนินงาน ตลอดจนปัญหาเรื่องการขาดทิศทางในการดำเนินงาน DHS ในอำเภอที่ชัดเจน เนื่องจากปัญหาหลายประเด็น และการถ่ายทอดนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้การพัฒนางานด้าน DHS ขาดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง และทีมงานใน

ระดับที่ปฏิบัติการร่วมกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ก็ยังไม่ได้มีการประชุมอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน จากการสำรวจความคิดเห็นพบว่าประเด็นการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน, การประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง, คณะกรรมการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ, คณะกรรมการสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมมีโครงการรองรับและมีผลงานชัดเจน, คณะกรรมการมีการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่องกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 0.61

2. การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care) พบว่าการจัดบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นของแต่ละอำเภอ มีความหลากหลาย และแตกต่างกัน ตามบริบทของพื้นที่ ถึงแม้ไม่มีโครงการ DHS พื้นที่ก็สามารถจัดบริการสุขภาพ ตอบสนองปัญหาพื้นที่อยู่แล้ว แต่ที่สำคัญ เป็นการจัดของหน่วยงาน แต่ให้มีการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ตามหลักการของ DHS ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควรการเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ มีทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน หรือตามนโยบายของผู้บริหารเป็นหลัก การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นซึ่งไม่มีใครจะตอบได้และรู้ดีเท่ากับคนในอำเภอ หรือ District นั้นๆอาจจะใช้กรอบการวิเคราะห์โดยมองตามกลุ่มอายุ และอาจจะต้องดูรวมถึงกลุ่มที่ต้องพึ่งพาคนอื่นผู้ขาดโอกาสกลุ่มนี้จะขาดการเดินเข้ามาหาเราเอง จะต้องอาศัยเครือข่ายในชุมชนในการให้ข้อมูล เช่นการขึ้นทะเบียนผู้พิการ และ หน่วยงานอปท.จะสนับสนุนค่ายังชีพสำหรับผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส จะต้องช่วยกันมองในหลายๆมุมมอง การป้องกันโรคติดต่อในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การส่งต่อในระดับสถานบริการ และการส่งต่อไปยัง District อื่นข้างเคียง และควรมีเพิ่มเติมในเรื่องของการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้หน่วยงาน อปท.ดำเนินการเพียงแต่เราจะต้องช่วยให้ความรู้ และช่วยประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน จากการสำรวจความคิดเห็นพบว่า ประเด็นมีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาสุขภาพของพื้นที่, มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่หรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน, มีการพัฒนาและแก้ปัญหาตามบริบทหรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน, มีการติดตามประเมินผลการพัฒนาและการแก้ปัญหา, มีการขยายผลประเด็นสุขภาพอื่น หรือสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84

3. การแบ่งปันและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and human development)

พบว่า ประเด็นมีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงานส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง , มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะ , มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ , มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์และ มีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย จิตใจและจิตวิญญาณกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 ในด้านการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานได้เครือข่ายสุขภาพระดับ

อำเภอ นั้นในปัจจุบันนี้ยังเป็นแค่การบูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเฉพาะหน่วยงานที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ถึงขั้นที่จะบูรณาการทรัพยากรจากต่างหน่วยงานต่างกระทรวงมาช่วยกันดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ แต่จะมีบ้างก็ในส่วน of the ของหน่วยงาน อปท.ที่มีการสนับสนุนงบประมาณสุขภาพตำบล แต่ที่ยังขาดมากก็คือการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในพื้นที่ในการบริหารใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานในปัจจุบันนี้ยังเป็นแค่การบูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเฉพาะหน่วยงานที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ถึงขั้นที่จะบูรณาการทรัพยากรจากต่างหน่วยงาน ต่างกระทรวงมาช่วยกันดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ แต่จะมีบ้างก็ในส่วน of the ของหน่วยงาน อปท.ที่มีการสนับสนุนงบประมาณสุขภาพตำบล แต่ส่วนใหญ่ก็จะทำเพียงเรื่องเดียวและซ้ำๆ กันเช่นแก้ไขปัญหาไข้เลือดออก จัดซื้อทรายและเวชภัณฑ์ให้แก่ทาง รพ.สต. หรือการจ้างลูกจ้างพนักงานสุขภาพชุมชน มาช่วยการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ที่ยังขาดมากก็คือการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในพื้นที่จากการสำรวจความคิดเห็น พบว่า ประเด็นที่มีการสนับสนุนบุคลากรในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลในเครือข่าย, มีการสนับสนุนเครื่องอุปกรณ์ในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลเครือข่าย, มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลระหว่างหน่วยบริการ, มีการสนับสนุนและบริหารจัดการร่วมกันในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกัน, มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันใน กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89

4. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (community participation) การมีส่วนร่วมของภาคชุมชน ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ยังมีความแตกต่างและหลากหลายรูปแบบ เนื่องจากสภาพบริบทของความแตกต่างของพื้นที่ และวิถีชีวิต สำหรับเขตพื้นที่รอยต่อ ห้า อำเภอชายแดน ที่มีพื้นที่ทุรกันดาร ประชาชนมีวิถีชีวิตในการทำมาหากินตลอดฤดู ทำให้ความสนใจในการมีส่วนร่วมน้อย หรืออาจไม่ค่อยให้ความสนใจเลย เพราะต้องทำมาหากิน ตลอดจนประเพณีและวัฒนธรรม ตามชนเผ่าต่าง อาจไม่เอื้อต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐ เพราะเขามักคิดว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐที่จะต้องจัดระบบบริการให้กับประชาชน สำหรับพื้นที่ราบ ของ 4 อำเภอคือ อำเภอเมืองตาก วังเจ้า บ้านตาก และอำเภอสามเงา เป็นพื้นที่ราบ และการคมนาคมสะดวกสบาย รวมถึงความเจริญต่างๆ ทำให้วิถีชีวิต และวัฒนธรรมความเป็นอยู่แตกต่างจากอำเภอชายแดนโดยสิ้นเชิง การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ และการจัดการทำได้ดีกว่า ตลอดจนมีโอกาสของการพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกัน ระหว่างภาคประชาชนกับภาครัฐ ทั้งนี้ยังไม่ได้บรรลุถึงขนาดที่มีความเป็นเจ้าของสุขภาพเอง แต่ก็ถือได้ว่ามีส่วนร่วมในการระดมความคิด การวิเคราะห์ปัญหาชุมชน จนนำไปสู่การจัดทำแผนแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนต่อไป จากการสำรวจความคิดเห็น พบว่า ประเด็นชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ, ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพและอปท. ชุมชนสนับสนุน, ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน จัดการระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันและมีผลลัพธ์เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม, ชุมชนและเครือข่ายมีแผนการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ร่วมตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและชุมชนและ

เครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84

5. การทำงานจนเกิดคุณค่า(Appreciation) พบว่า ในเรื่องของ การสร้างคุณค่า ให้กับตัวผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ เนื่องจากการดำเนินงาน DHS อำเภอชายแดน 5 อำเภอคือ ท่าสองยาง พะเยา แม่ระมาด แม่สอ และอุ้มผางพื้นที่กันดารห่างไกลทำให้การเข้าถึงบริการยากลำบากมาก ดังนั้นการดำเนินงานในระยะเริ่มแรกยังคงมุ่งเน้นที่การกระจายสถานบริการลงชุมชนให้ชาวบ้านห่างไกลได้เข้าถึงบริการให้ครอบคลุมให้มากที่สุด ยังคงเน้นตั้งรับมากกว่าเชิงรุก และเจ้าหน้าที่ที่เป็นคนพื้นที่ศาสตร์องค์ความรู้เรื่องนสค.ยังไม่ได้รับการพัฒนาด้านนี้ให้มากพอ เมื่อขาดงานเชิงรุกในพื้นที่ทำให้ขาดความเข้าใจบริบทของชุมชน สังคม วัฒนธรรมที่มองเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่อยู่ข้างในของทุกคน การมีส่วนร่วมของชาวบ้านผู้รับบริการเองก็เป็นคนพื้นที่ของชนเผ่าต่างๆที่ยังขาดการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเป็นเจ้าของอยู่มาก และปัญหาการโยกย้าย สับเปลี่ยน ของบุคลากรทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง การดำเนินการ DHS เข้าสู่ในบันไดขั้นที่ 1 ซึ่งก็ยังขาดในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ภาคส่วนอื่นหรือหน่วยงานอื่นมักไม่ค่อยให้ความสำคัญ และมักจะส่งตัวแทนมาร่วมประชุมซึ่งจะไม่สามารถตัดสินใจได้ จึงทำให้การประชุมเปล่าประโยชน์ และในการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ก็ยังเป็นมุมมองที่ออกมาเฉพาะส่วนที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ ซึ่งยังมีส่วนขาดในเรื่องของมุมมองการแก้ไขปัญหามาจากหน่วยงาน อปท. และภาคส่วนอื่นๆในพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย0.54

สรุป(Conclusion) ผลการประเมินด้านบริบทก่อนมีนโยบาย DHS ทุกพื้นที่ที่มีทุนเดิมจากการทำงานในฐานะหน่วยงานสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการประกอบกับการริเริ่มสร้างสรรค์งานใหม่ๆที่ปรับเปลี่ยนหมุนเวียนเป็นพลวัตรเพื่อตอบสนองต่อนโยบายในแต่ละยุคแต่ละสมัยสรุปการสังเคราะห์เกี่ยวกับบริบทพื้นที่เป็นแบบการทำงานกับประชาชนในพื้นที่ที่เกิดจากกระบวนการ Context Base Learning (CBL)การใช้รูปแบบการทำแผนชุมชนด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการรวมทั้งการพัฒนาระบบคุณภาพตามแนวทาง Primary Care Award (PCA) มาตรฐาน HA และมีการใช้กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาเครือข่ายบริการด้วยกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)ด้านนโยบายด้านบุคลากรด้านงบประมาณด้านวัสดุอุปกรณ์พบว่ามีความจำเป็นมากในการทำให้นโยบายบรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับชดากร ศิริคุณและคณะ ที่ศึกษาประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ พื้นที่จังหวัดสกลนคร(2557) พบว่าปัจจัยนำเข้าสู่ระบบที่สำคัญคือ การมีโครงสร้างหน้าที่ สร้างการรับรู้ กระตุ้นการตอบสนองนโยบาย และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ประเด็นการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) มีประเด็นการประเมิน คือขั้นตอนการดำเนินงาน การติดตามนิเทศและประเมินผล พบว่า มีความเหมาะสมและสามารถดำเนินการได้ในระดับดีการประเมินผลผลิต (Product Evaluation)พบว่า มี

แผนการพัฒนาสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ(5กลุ่มวัย) และ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามี ความสอดคล้องระดับสูง ส่วน การประเมินผลลัพธ์(Outcome Evaluation)พบว่า ประเด็นการดำเนินงานระบบ สุขภาพระดับอำเภอสามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้และมีแนวทางการคัดเลือกมาจาก กระบวนการ PCA,MBA,SRM เป็นกิจกรรมเด่นที่ชุมชนดำเนินการมาก่อน ประเด็นปัญหาสุขภาพส่วนมาก เป็นโรคเรื้อรัง โรคติดต่อ และ ระบบบริการสุขภาพ จึงเกิดรูปแบบการพัฒนา ODOP ที่มีความหลากหลาย ตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

การวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามองค์ประกอบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ประเด็นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity Health Team)เป็นการดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.)อยู่แล้ว ได้มีการแต่งตั้งคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน DHS ใน ระดับอำเภอแล้ว แต่ยังมีปัญหาในชุดคณะทำงานยังไม่ค่อยมีความเข้าใจเกี่ยวกับ Concept ในการดำเนินงาน DHS ภายในอำเภอเท่าที่ควร การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care)พบว่าการจัดบริการด้านสุขภาพ ที่จำเป็นของแต่ละอำเภอ มีความหลากหลาย และแตกต่างกัน ตามบริบทของพื้นที่ ถึงแม้ไม่มีโครงการ DHS พื้นที่ก็สามารถจัดบริการสุขภาพ ตอบสนองปัญหาพื้นที่อยู่แล้ว แต่ที่สำคัญ เป็นการจัดของหน่วยงาน แต่ให้ มีการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ตามหลักการของ DHS ยังไม่ป็นรูปธรรมเท่าที่ควรการเลือกประเด็นปัญหา สุขภาพ มีทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน หรือตาม นโยบายของผู้บริหารเป็นหลักการแบ่งปันและการพัฒนานุเคราะห์ (resource sharing and human development)พบว่า มีการแบ่งปันและสนับสนุนทรัพยากรร่วมกัน รวมถึงมีแผนพัฒนานุเคราะห์เชื่อมโยง กระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์และ มีการพัฒนานุเคราะห์ให้สามารถดูแล สุขภาพประชาชนอย่างเชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย จิตใจและจิตวิญญาณการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (community participation) การมีส่วนร่วมของภาคชุมชน ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ยังมีความแตกต่าง และหลากหลายรูปแบบ เนื่องจากสภาพบริบทของความแตกต่างของพื้นที่ และวิถีชีวิต สำหรับเขตพื้นที่ ห้า อำเภอชายแดน ที่มีพื้นที่ทุรกันดาร ประชาชนมีวิถีชีวิตในการทำมาหากินตลอดฤดู ทำให้ความสนใจใน การมีส่วนร่วมน้อย หรืออาจไม่ค่อยให้ความสนใจเลย เพราะต้องทำมาหากิน ตลอดจนประเพณีและวัฒนธรรม ตามชนเผ่าต่าง อาจไม่เอื้อต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐ ในส่วนพื้นที่ราบ ของ 4 อำเภอคือ อำเภอเมืองตาก วังเจ้า บ้านตาก และอำเภอสามเงา เป็นพื้นที่ราบ และการคมนาคมสะดวกสบาย รวมถึงความเจริญต่างๆ ทำให้วิถีชีวิต และวัฒนธรรมความเป็นอยู่แตกต่างจากอำเภอชายแดนโดยสิ้นเชิง การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ และการจัดการทำได้ดีกว่า ตลอดจนมีโอกาสของการพัฒนาองค์ความรู้ ร่วมกัน ระหว่างภาคประชาชนกับภาครัฐ ทั้งนี้ยังไม่ได้บรรลุถึงขนาดที่มีความเป็นเจ้าของสุขภาพเองส่วน การทำงานจนเกิดคุณค่า(Appreciation) พบว่า ในเรื่องของการสร้างคุณค่า ให้กับตัวผู้ให้บริการและผู้มารับ บริการ เนื่องจากในการดำเนินงาน DHS อำเภอชายแดน 5 อำเภอที่เป็นพื้นที่กันดารห่างไกลทำให้การเข้าถึง บริการยากลำบากมาก ดังนั้นการดำเนินงานในระยะเริ่มแรกยังคงมุ่งเน้นที่การกระจายสถานบริการลงชุมชน ให้ชาวบ้านห่างไกลได้เข้าถึงบริการให้ครอบคลุมให้มากที่สุด ยังคงเน้นตั้งรับมากกว่าเชิงรุก และปัญหาการ

โยกย้าย สับเปลี่ยน ของบุคลากรทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง การดำเนินการ DHS เข้าสู่วันที่ 1 ซึ่งก็ยังคงในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพภาคส่วนอื่นหรือหน่วยงานอื่นมักไม่ค่อยให้ความสำคัญ

3. ข้อเสนอแนะ

(1) ควรมีการปลูกกระแสและเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์โครงการต่อสาธารณชนผ่านสื่อมวลชนทุกแขนงการจัดศูนย์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรูปแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านเวทีการประชุมสัมมนาวิชาการต่างๆ

(2) ปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จที่จะป้อนเข้าสู่ระบบการดำเนินงาน DHS ประกอบด้วย 1) คำสั่งโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคลองค์กรจากพื้นที่ 2) การมีส่วนร่วมที่แท้จริงของภาคีเครือข่ายในชุมชน 3) การสนับสนุนด้านนโยบาย และ 4) การสนับสนุนด้านคน เงิน วัสดุ เทคโนโลยีวิชาการ

(3) ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบพื้นที่โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบภายในพื้นที่แตกต่างกัน ทั้งในเชิงขนาด และเชิงภูมิศาสตร์

(4) การกำหนดนโยบายใดๆเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายหรือการสุขภาพของหน่วยงานระดับพื้นที่หน่วยงานส่วนกลางหรือระดับชาติควรพิจารณาถึงความสอดคล้องและการส่งเสริมเพื่อสานต่อต้นทุนบริบทในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วยการมีวัฒนธรรมการทำงานในพื้นที่วัฒนธรรมองค์กรที่มีมาก่อนการมีเครือข่ายของทีมงานหรือกลุ่มบุคคลที่ร่วมกันร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่มานานซึ่งมากด้วยประสบการณ์ทำงานที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้

(5) ควรมีการวิจัยเรื่องเครื่องมือในการขับเคลื่อน DHS เพิ่มเติม คือ DHS-DCA , UCARE , UCCARE และถอดบทเรียนขบวนการบริหารจัดการที่ดีในการขับเคลื่อน DHS ระดับเขต , จังหวัด , อำเภอ

บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **มาตรฐานบริการสาธารณสุข.**
- นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **คู่มือพัฒนาระบบงานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ได้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข.** นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์.**
- นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **รายงานการประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552.** นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา. (2550). **สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิจาก ปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่.** นนทบุรี : บริษัทมีดี กราฟฟิค จำกัด.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). **วิถีทางเลือกกับการพึ่งตนเอง.** นนทบุรี : บริษัทมีดี กราฟฟิค จำกัด.
- คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์. (2557). **เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS).** เอกสารบรรยาย, สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/DHS.THAI>.
- ชดากร ศิริคุณ และวุฒิพงษ์ ภักดีกุล (2557). **ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร.วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่" 2 ฉบับที่" 1 (มกราคม – มีนาคม 2557)**
- ชูชัย สุภวงศ์ (2553). **ทางเลือก...ทางรอด ระบบสุขภาพขั้นพื้นฐาน.** นนทบุรี : คิติดีมีดี จำกัด.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2546). **การบริหารสู่ศตวรรษที่ 21.** กรุงเทพฯ : ประชุมช่าง.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์(2544).**การปฏิรูประบบสุขภาพ:กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.**
- ปรีดี เต๋ออาร์กย์และคณะ(2557).**ประเมินผลการพัฒนาDHSเครือข่ายบริการที่ 8 จังหวัดอุดรธานี:การนำเสนอเอกสารรายงานการศึกษางานประจำสำนักงานวิจัย(R2R).**สิงหาคม 2557
- เรืองศักดิ์ ไกรบุตร และคณะ .(2549) . **การศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามเกณฑ์มาตรฐานในศูนย์สุขภาพชุมชน**

วุฒิพงศ์ ภักดีกุล. (2557). การประเมินผล การพัฒนาเครือข่ายบริการ สุข ภา วะ ระดับอำเภอ (District
วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่" 2 ฉบับที่" 1 (มกราคม – มีนาคม
2557)

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์(2544). การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์,สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.

ลัมฤทธิ์ ศรีธีรงค์สวัสดิ์(2543). การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐ
เยอรมัน,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). คู่มือระบบหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ
พื้นที่. ขอนแก่น: หจก. ขอนแก่นการพิมพ์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). การประชุม Core team เขตการพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ
ระดับ อำเภอ (District Health System : DHS). เอกสารบรรยาย, สืบค้นจาก
<https://www.facebook.com/DHS.THAI>.

B.T. Shaikh¹ and F. Rabbani¹.2004. **The district health system: a challenge that remains.**

¹Health Systems Division, Department of Community Health Sciences, Aga Khan
University,Karachi, Pakistan.

Liza lopes khane, F Pearl MagwevaEliousMpofo (199). A literature review of district health
systems in east and southern Africa:Facilitators and barriers to participation in health

Robert Soeters,a Christian Habineza,b& Peter Bob Peerenboomc(2006) Performance based
financing and changing the district health system: experience from Rwanda

ภาคผนวก

ประวัตินักวิจัย

ชื่อ นายปราโมทย์ เลิศขามป้อม

คุณวุฒิ - สาธารณสุขศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วุฒิปรีชาชีวะสถิตินมหาวิทยาลัยขอนแก่น
- รัฐศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

โทร. 055-518 132

โทรสาร 055-518 109

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 79 หมู่ 1 ตำบลสมอโคนอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก 63120

โทรศัพท์มือถือ 081 – 973 3163

E-mail: owenmind@gmail.com

ประสบการณ์ในการวิจัย (ผลงานวิจัย)

1. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่องโรคเอดส์ของประชาชนในอำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ ปี 2541
2. การประเมินผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ปี 2548
3. การศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ปี 2550
4. สารเคมีในเลือดเกษตรกรที่ปลูกกะหล่ำปลี คอยมูเซอ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ปี 2551
5. การจัดการปัญหาเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดตากปี 2553