รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
(ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 53-027)

โดย
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ได้รับทุนสนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พฤศจิกายน ๒๕๕๔

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
(ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 53-027)

โดย
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ได้รับทุนสนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พฤศจิกายน ๒๕๕๔

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สองทศวรรษมาแล้วเป็นอย่างน้อยที่เริ่มมีการพัฒนาระบบบริการระดับตำบล ภายใต้โครงการ "ทศวรรษพัฒนาสถานีอนามัย" สืบเนื่องมาถึงการพัฒนาเครือข่ายบริการครอบคลุมทั้งอำเภอ โดยมีองค์ประกอบหลักในการมุ่งหมายจะพัฒนา ด้านกำลังคน ครุภัณฑ์ อาคารสถานที่ รูปแบบบริการ และระบบสนับสนุน (สารสนเทศ แรงจูงใจ การกำกับติดตามประเมินผล กฎระเบียบ)

กลางปีพ.ศ.2552 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบาย**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)** โดยมีสาระสำคัญทำนองเดียวกัน ซึ่งผลการประเมินรอบแรกของการดำเนินนโยบาย รพ.สต. (สมัยรมต.วิทยา แก้วภราดัย พ.ค. 2552- ก.ย. 2553) ไม่พบหลักฐานบ่งชี้สัมฤทธิผลตามเป้าประสงค์และเป้าหมายของนโยบาย แต่กลับเกิดผลกระทบทางลบในด้านการสร้างความสับสนแก่บุคลากร อปท. และประชาชน

รายงานประเมินผลชิ้นนี้ เป็นการประเมินผลรอบที่สอง นับเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินนโยบาย รพ.สต. เพื่อให้ได้หลักฐานสะท้อนผลแห่งการดำเนินนโยบายอันจะนำไปสู่การปรับสาระนโยบาย (policy contents) และ/หรือ การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ (policy implementation) ให้เกิดประโยชน์สมดังเจตนารมย์มากยิ่งขึ้น

ด้วยกระบวนการรวบรวมหลักฐานจาก 3 แหล่ง อันได้แก่

ก) การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องใน 68 ตำบลที่เลือกอย่างเจาะจง โยงไปถึงผู้เกี่ยวข้องระดับอำเภอและจังหวัด รวม 18 จังหวัด

ข) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยรวบรวมจากหน่วยงานในส่วนกลาง และพื้นที่ตัวอย่างในข้อ ก)

ค) ข้อมูลอีเลคทรอนิค 18 แฟ้มในระบบรายงานของ รพ.สต. 68 แห่ง

แล้ววิเคราะห์ด้วยการจับประเด็น (theme analysis)ในกรณี (ก) และ (ข) ด้วยสถิติเชิงพรรณาและเชิงอนุมานในกรณี (ค)

รายงานประเมินผลนี้ได้ข้อค้นพบโดยสรุปดังนี้

1. การยกระดับขีดความสามารถของ รพ.สต. เป็นทิศทางที่ถูกต้อง เพราะสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิ
2. นโยบาย รพ.สต. ในสมัยรมต.จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ (กลางปี 2553 - กลางปี 2554) มีความชัดเจนและว่องไวมากขึ้นกว่าปี 2552 ในการสนับสนุนทาง ก) กายภาพและเครื่องมือ ข) การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.โดยมีอปท.และคนภายนอกอื่น ๆ เป็นกรรมการร่วมกับบุคลากรของรพ.สต. ค) กลไกประสานในส่วนกลาง และ ง)เกณฑ์ประเมินผล รพ.สต. ที่ชัดเจน ตรงประเด็นและกระชับมากขึ้นแต่วิธีจัดสรรทรัพยากรไม่ยืดหยุ่น และ ไม่สอดคล้องกับความต้องการในพื้นที่
3. ผลจากการถ่ายทอดนโยบายปรากฏดังนี้
    ๑. ด้านการจัดโครงสร้าง รพ.สต.เดี่ยว และรพ.สต.เครือข่าย
        i. ไม่มีการจัดโครงสร้าง รพ.สต. แบบเครือข่ายจริง การแบ่งประเภท รพ.สต.เป็นแบบเครือข่าย หรือ เดี่ยว ในทางปฏิบัติมีความสับสนระหว่างการใช้เกณฑ์ที่กสธ. กำหนด (ตามจำนวนประเภทบุคลากร) กับ ตามเกณฑ์เพื่อให้ได้เงิน ontop ของสปสช. ชัดเจนว่า การจัดการเครือข่ายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปเพื่อรายงานเบื้องบน ส่วนเพื่อให้ได้เงินก็ใช้เกณฑ์ สปสช. แต่ไม่ปรากฏเครือข่าย รพ.สต. ตามเกณฑ์ทั้งสองในลักษณะที่มีการทำงานร่วมกันหรือแบ่งปันทรัพยากรร่วมกันจริง
        ii. ก่อนหน้าปรากฏเกณฑ์เครือข่ายจากส่วนกลางทั้งสองประเภท พบการทำเครือข่าย (โซน) ระหว่าง รพ.สต. ด้วยกันอยู่เดิมแล้ว เพื่อช่วยเหลือและแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลในทีมสหวิชาชีพ
    ๒. คณะกรรมการพัฒนารพ.สต.
        i. มีการแต่งตั้งตามเกณฑ์ของกสธ.กว่าร้อยละ 90 แต่ประชุมเพียง 1/3โดยเกือบทั้งหมดที่ประชุมแล้วมีมติอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น งบประมาณรพ.สต. แผนสุขภาพตำบล งบประมาณตามแผนสุขภาพตำบล เป็นต้น
        ii. ไม่พบการแต่งตั้งคณะกรรมการ รพ.สต. ในลักษณะกรรมการเครือข่าย ที่สะท้อนถึงการบริหารจัดการงานในลักษณะเครือข่าย (ไม่มีการทำงานเป็นเครือข่ายอย่างแท้จริง)
        iii. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เป็นกลุ่มที่มีบทบาทมากที่สุดในคณะกรรรมการ รพ.สต.แสดงว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและอปท.ด้วยกลไกนี้ยังเป็นเรื่องท้าทายอยู่มาก
    ๓. รพ.สต. กว่าร้อยละ 90 ได้รับงบประมาณจากกสธ. และร้อยละ85ที่ได้รับงบประมาณจากกสธ.ก็ได้ดำเนินการแล้วโดยที่ 1/3 เห็นว่าไม่ตรงตามความต้องการ

๔. รพ.สต. ร้อยละ92 ได้รับครุภัณฑ์แล้ว โดย 1/3เห็นว่าไม่ตรงตามความต้องการ
๕. งบประมาณแหล่งอื่นส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งในส่วนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว (UC) หรืองบประมาณจากท้องถิ่นและรวมถึงเงินสนับสนุนจากชุมชน
๖. ค่อนข้างชัดเจนว่า สสจ. มีบทบาทสำคัญในการจัดการกำลังคนในพื้นที่

4. อย่างไรก็ตาม **ไม่ปรากฏ**หลักฐานว่า นโยบายรพ.สต. ในสมัยรมต.จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากแนวโน้มที่เป็นมาในเรื่องต่อไปนี้
๑. บริการที่ดี (5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค)
๒. ระบบประกันคุณภาพยังคงใช้เกณฑ์ HCA, PCA เหมือนเดิม
๓. การเชื่อมโยงบริการ/ข้อมูลคลินิกระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่าย
5. รพ.แม่ข่าย/แพทย์ให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการของ รพ.สต. ในระดับน้อย แม้ว่าบริการส่วนหนึ่งของ รพ.สต. เป็นบริการเชิงรุกด้านการรักษาพยาบาล กิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่จัดโดย รพ.แม่ข่าย ซึ่งเป็นที่น่าพอใจของผอ.รพ.สต.เกือบครึ่งหนึ่ง
6. ปรากฏหลักฐานชัดเจนเฉพาะอำเภอพระนครศรีอยุธยาว่า ปริมาณคนไข้นอก(ยกเว้นการบาดเจ็บ) กระจายออกไปที่รพ.สต. ได้จริง ระยะเวลารอคอยบริการที่รพ.ใหญ่ลดลงจริงและความพึงพอใจของคนไข้นอก ที่ รพ.ใหญ่ก็เพิ่มขึ้น โดยที่เงื่อนไขแห่งความสำเร็จน่าจะได้แก่
๑. รพ.ใหญ่ในฐานะแม่ข่ายร่วมมือกับรพ.สต. โดยมีเป้าหมายที่วัดได้ชัดเจน คือ ลดความแออัด
๒. การร้อยเรียงปัจจัยสนับสนุนอย่างเหมาะสมเพียงพอ ทั้งทางวิชาการ บุคลากร(โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์) เงินดำเนินการ เครื่องมือ สารสนเทศ ช่องทางการสื่อสาร แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย และเวชภัณฑ์
๓. ผู้ประสานงานจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อเอื้ออำนวยให้การร้อยเรียงดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่องจนสามารถมุ่งสู่เป้าหมาย
๔. เงินสนับสนุนจาก สปสช. ตั้งแต่ปีพ.ศ.2549 ภายใต้นโยบายลดความแออัด
7. อุปสรรค และโอกาสพัฒนา
๑. การสื่อสารนโยบาย ในลักษณะสั่งการเร่งรัดได้ประโยชน์จำกัด
๒. การขาดแคลนกำลังคน ยังดำรงอยู่และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตอบสนองนโยบาย
๓. การพัฒนากลไกระดับอำเภอ ยังไม่บรรลุเจตนาให้เกิดทีมงานสุขภาพ
๔. การกำกับติดตามประเมินผล ยังไม่เป็นไปในทิศทางที่ส่งเสริมการเรียนรู้ปรับตัวของพื้นที่ การใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศเพื่อแสดงผลผลิต/ผลลัพธ์ยังมีความเป็นไปได้ต่ำ

ข้อเสนอแนะนโยบาย

การประมวลและวิเคราะห์ข้อค้นพบที่กล่าวมา ช่วยให้พอมองเห็นโอกาสพัฒนาสาระนโยบาย(policy content) และการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ดังต่อไปนี้

1. สำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป สธ) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) โดยที่อุปสรรคสำคัญยิ่งในการถ่ายทอดนโยบายระดับพื้นที่คือ ขีดจำกัดในการปรับตัวตามโครงสร้างแนวดิ่งขององค์กร/หน่วยบริการตั้งแต่ระดับจังหวัดเรื่อยลงไป ดังนั้น การส่งเสริมโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรในระดับพื้นที่ให้เป็นไปในลักษณะปฏิสัมพันธ์แนวราบบนฐานความรู้น่าจะมีความสำคัญอันดับต้น เพื่อให้สามารถระดมศักยภาพด้านต่างๆ ของพื้นที่ได้มากกว่าที่เป็นอยู่ ทางเลือกที่น่าสนใจคือ สป.สธ. และสปสช. ควรร่วมกันผลักดันจัดตั้ง คณะกรรมการเขตสุขภาพรับผิดชอบกำกับดูแล/สนับสนุนระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชนในขอบเขตแน่ชัดอย่างเบ็ดเสร็จทุกระดับ(comprehensive) ไร้รอยต่อ ครบวงจร[1] (full cycle of care) ทั้งนี้ การจัดเครือข่ายหน่วยบริการระดับเขตและจังหวัดให้อาศัยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน และ economy of scale และพร้อมจะปรับตัวตามสถานการณ์จริงที่แปรเปลี่ยนโดยยึดหลักสองประการนี้ คณะกรรมการเขตสุขภาพควรประกอบด้วยหลายภาคีได้แก่ กสธ อปท ประชาสังคม อุดมศึกษา เอกชน เชื่อว่าทางเลือกนี้ไม่เพียงตอบสนองความต้องการระยะยาวในการปรับตัวอย่างยั่งยืนของระบบบริการลักษณะดังกล่าว หากยังช่วยคลี่คลายข้อจำกัดด้านกำลังคนอันเป็นอุปสรรคใหญ่ได้ดีกว่าโครงสร้างแนวดิ่งในปัจจุบัน ดังอภิปรายไว้เกี่ยวกับการทำงานสุขภาพระดับรากหญ้า

2. ผู้ตรวจราชการ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกันพิจารณาระดมและจัดสรรกำลังคนด้วยการเกลี่ยและ/หรือหมุนเวียน ตามแผนการพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ (district health system) ที่มีขอบเขตและเป้าหมายบริการชัดเจน เช่น การควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน/ความดันเลือดสูง ดังตัวอย่างระบบบริการอำเภอมวกเหล็ก สระบุรี หรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า(อ.เมือง นครราชสีมา) และพัฒนากำลังคนควบคู่ไปด้วยทั้งโดยการฝึกอบรมนอกงานและในงาน (in service training)

3. รพ.อำเภอ อปท.และสสอ. ควรร่วมกันวางแผนระดมและสนับสนุนงบประมาณ (จากทุกแหล่ง) โดยมุ่งหมายสนับสนุนทีมสหวิชาชีพและชุมชนให้ทำงานบนฐานความรู้ และเป็นเครือข่ายระหว่างสถานพยาบาลต่างระดับและรวมอสม.หรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ โดยมีเป้าหมายการพัฒนา/ทำงานประจำที่เน้นตอบโจทย์ของพื้นที่เป็นหลักและสอดคล้องกับเป้าหมายใหญ่

[1] ก่อนป่วย ป่วย เกิดโรคแทรก หาย/ทุเลา/ตาย/พิการ

ระดับประเทศเช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บเป็นต้น ทั้งนี้โดยกสธ.มุ่งเน้นการพัฒนาระบบ (กำหนดทิศทาง เป้าหมายใหญ่ มาตรฐาน กฎเกณฑ์ กรอบการลงทุน)

4. สป.สธ. และ สปสช. ควรร่วมกันพัฒนากลไกการกำกับติดตามนโยบาย ในส่วนเพื่อการปรับปรุงนโยบายมหภาค ควรอาศัยระบบสารสนเทศในงานประจำแทนการสร้างระบบแยกเป็นเอกเทศ อันจะเพิ่มภาระแก่หน่วยบริการมากเกินจำเป็นและบดบังความตระหนักที่จะพัฒนาระบบสารสนเทศงานประจำให้ตอบสนองการตัดสินใจระดับหน่วยบริการเป็นหลัก สุดท้าย ก็เลยไม่ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเชื่อถือได้เสียที และขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบก็ไม่พัฒนาเสียที วนเวียนเป็นวัฏจักรถดถอยไม่จบสิ้นในขณะเดียวกัน การกำกับติดตามในทุกระดับควรเป็นไปเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันให้มากที่สุดแทนการไล่ตามตัวเลขดัชนีต่างๆซึ่งไม่เพียงได้ประโยชน์จำกัดยังบั่นทอนการเรียนรู้ ดังเช่นที่เป็นมา

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ บุคคลและผู้เกี่ยวข้องต่อไปนี้ ได้แก่ ผู้ให้สัมภาษณ์ และผู้อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล ในทุกจังหวัด ดร.อัมรินทร์ ทักขิณเสถียร และคณะ หน่วยระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์รพ.รามาธิบดี ที่กรุณาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา คุณสุทธิกานต์ ชุณห์สุทธิวัฒน์ และคณะ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ที่กรุณาประสานงานทีมวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้ทุนสนับสนุน

รายนามคณะผู้วิจัย (เรียงตามตัวอักษร)

คุณ	จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์	โรงพยาบาลสูงเนิน
คุณ	จันทรัศม์ ตั้งรวมทรัพย์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
รศ.	จิราพร สุวรรณธีรางกูร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คุณ	ทัศนีย์ ญาณะ	สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
คุณ	ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นพ.	ธีระ วรธนารัตน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณ	นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ดร.	นิทรา กิจธีระวุฒิพงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.	บังอร เทพเทียน	สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
คุณ	บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
ดร.	ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศ.นพ.	ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
คุณ	ภาสกร สวนเรือง	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
ดร.นพ.	ภูดิท เตชาติวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คุณ	มัลลิกา ลุนจักร์	โรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี
ผศ.ดร.	รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คุณ	ลดาวัลย์ เลนทำมี	โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
พญ.	ลลิตยา กองคำ	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
คุณ	ละเอียด หัสดี	คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา
ทพ.ดร.	วีระศักดิ์ พุทธาศรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
ดร.	ศักดา พรึงลำภู	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.	ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คุณ	สมพร หันชะนา	โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
นพ.	สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
นพ.	สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
คุณ	สิรินาฏ นิภาพร	สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
คุณ	สุธีรดา ฉิมน้อย	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
พญ.	สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
นพ.	สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คุณ พุฑีญา โอชารส คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณ อภิชา บริพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร 2
ที่มา 13
1. บริบทพื้นที่18 จังหวัด 13
2. วัตถุประสงค์ 17
2.1 *วัตถุประสงค์ทั่วไป* 17
2.2*วัตถุประสงค์เฉพาะ* 17
3.วิธีการเลือกรพ.สต..ตัวอย่างและตัวอย่างที่ได้ 18
4. วิธีการเก็บข้อมูล 18
4.1 วิธีการสัมภาษณ์ตัวอย่าง และเครื่องมือ 18
4.2 การรวบรวมเอกสาร และการรวบรวมข้อมูล 12 หรือ 18 แฟ้ม 20
5. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล 20
6. ผลการศึกษา 21
6.1 ผลวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสาร 21
6.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของอยุธยา 29
6.3 พรรณนาปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 37
7. อภิปราย 38
การรับรู้ การแปรนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความคิดเห็น ปัญหา และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานตามนโยบาย รพ.สต. 38
บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติการตามนโยบาย รพ.สต. ตลอดจนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 39
วิธีการจัดบริการและการทำงานของ รพ.สต.ตามนโยบาย รพ.สต. 40
ผลผลิต(outputs) ผลลัพธ์(outcomes) และผลกระทบ(impacts)ต่อประชาชนและชุมชน ที่เกิดขึ้นจากบริการของรพ.สต. 42
ปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 43
8. ข้อจำกัดของรายงานฉบับนี้ 44
9. สรุปข้อค้นพบ 45
10. ข้อเสนอแนะนโยบาย 48
ภาคผนวกที่ 1 ตัวอย่างพื้นที่ในรายงานนี้ 50
ภาคผนวกที่ 2 แนวคำถามสำหรับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย 53
เอกสารอ้างอิง 84

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1วิธีการเก็บข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละประเภท..... 18
ตารางที่ 2 จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละประเภทในแต่ละจังหวัด..... 19
ตารางที่ 3ประมวลผลการวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสารทุกจังหวัด (N =68 รพ.สต.)..... 23
ตารางที่ 4 Relative risk เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการ(%)ด้วย 4 ภาวะระหว่าง แต่ละ รพ.สต.กับตัวเลขรวมของทุกรพ.สต. พ.ศ.2553..... 31
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการด้วย 4 สภาวะ ระหว่างรพ.สต.ทั้งหมดใน อำเภอพระนครศรีอยุธยา กับ รพ.พระนครศรีอยุธยา พ.ศ.2553 32
ตารางที่6 แนวโน้มจำนวนครั้งและร้อยละคนไข้เบาหวานที่ FBS<126mg/dl อย่างน้อย 1 ครั้ง..... 34
ตารางที่ 7 แนวโน้มจำนวนครั้งและร้อยละคนไข้ความดันเลือดสูงที่ BP<140และ90 อย่างน้อย 1 ครั้ง..... 35
ตารางที่ 8 ร้อยละจำนวนครั้งคนไข้ส่งต่อ..... 36
ตารางที่ 9ร้อยละคนไข้เบาหวานหรือความดันเลือดสูงที่คุมได้ติดต่อกัน 3 ครั้งตลอด 7 ปี..... 37
ตารางที่ 10 จังหวัด อำเภอ และตำบล(รพ.สต.)ที่เป็นตัวอย่างพื้นที่ในรายงานนี้..... 50

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1 อัตราการใช้บริการคนไข้นอกต่อคนต่อปีเปรียบเทียบระหว่าง ที่รพ.แม่ข่ายกับศูนย์แพทย์ และรพ.สต..ในเครือข่าย ตั้งแต่ปีพ.ศ.2548-2553 32
รูปที่ 2จำนวนคนไข้นอกเปรียบเทียบระหว่าง ที่รพ.แม่ข่ายกับศูนย์แพทย์ และรพ.สต..ในเครือข่าย ตั้งแต่ปีพ.ศ.2548-2553 33
รูปที่ 3 แนวโน้ม ร้อยละคนไข้เบาหวานที่ FBS<126mg/dl อย่างน้อย 1 ครั้ง 35
รูปที่ 4แนวโน้มร้อยละคนไข้ความดันเลือดสูงที่BP<140และ90 อย่างน้อย 1 ครั้ง 36
รูปที่ 5แนวโน้มร้อยละจำนวนครั้งการส่งต่อ 37

ที่มา

1. บริบทพื้นที่18 จังหวัด

1.1 ประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของพื้นที่ 18 จังหวัด 21 อำเภอ 68 ตำบล อันเป็นที่ตั้งของ รพ.สต.ที่เลือกเป็นตัวอย่าง68 แห่ง

ก่อนหน้า พ.ศ. 2549 มีโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ได้แก่

1. โครงการเฉพาะของบางพื้นที่ เช่น โครงการอยุธยา อันเป็นที่มาของศูนย์แพทย์ชุมชนและอาจเกี่ยวข้องกับการจัดตั้งหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีพศ.2544 โครงการวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลกทำให้เกิดการขยายศักยภาพและสมรรถนะของเจ้าหน้าที่รพ.สต.ครอบคลุมทุกตำบล[1]
2. โครงการทศวรรษพัฒนาสถานีอนามัย(ทสอ.)[2]
3. ในช่วงครึ่งทศวรรษแรกของโครงการ ทสอ. มีการพัฒนาสถานีอนามัยไปแล้วพอสมควรมีการสร้างสถานีอนามัยขนาดใหญ่ขึ้น 195 แห่ง ก่อสร้างสถานีอนามัยใหม่ 129 แห่ง ก่อสร้างสถานีอนามัยทดแทน 719 แห่งมีการจัดครุภัณฑ์เพิ่มให้สถานีอนามัยเป็นจำนวนมากผลิตบุคลากรเพิ่มให้กับสถานีอนามัยมากกว่า 2,000 คนทำให้ค่าเฉลี่ยบุคลากรสาธารณสุขต่อสถานีอนามัยเพิ่มจาก 2.9 คน ในปีพ.ศ.2534 เป็น 3.08 คนในปีพ.ศ. 2539 แต่การพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่กว่า 20,000 คน และการพัฒนาระบบงานยังดำเนินการค่อนข้างน้อย
4. ในภาพรวมทั้งประเทศ สถานีอนามัยให้บริการประชาชนได้เพิ่มมากขึ้นทำให้สัดส่วนการบริการผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบระหว่าง รพศ./รพท.,รพช. และสถานีอนามัย เปลี่ยนจากลักษณะสามเหลี่ยมหัวกลับเป็นสามเหลี่ยมหัวตั้งจากปี พ.ศ. 2532 ให้บริการรวม 15.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 32.4 ล้านคนในปีพ.ศ. 2538 แต่การให้บริการส่วนใหญ่เป็นการให้บริการพื้นฐานส่วนการให้บริการทำคลอดลดลงมาก การให้บริการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการการให้บริการด้านทันตกรรมที่คาดหวังจะให้มีเพิ่มขึ้นยังเพิ่มขึ้นค่อนข้างน้อย
5. จุดอ่อนของโครงการทสอ. คือ
6. มักจะเน้นไปที่การพัฒนาโครงการพื้นฐาน (hardware) อย่างมากนิยมใช้วิธีการคิดรูปแบบเบ็ดเสร็จตายตัวเหมือนกันไปหมดซึ่งไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสภาพพื้นที่และความต้องการของชุมชน ในทางตรงกันข้ามกลับให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร (humanware) การพัฒนาระบบงาน เทคโนโลยีและวิชาการ (software) ค่อนข้างน้อย
7. การบริหารโครง อาศัยคณะกรรมการเป็นหลักไม่มีองค์กรและกลุ่มคนรับผิดชอบการบริหารโครงการโดยเฉพาะทั้งๆที่เป็นโครงการสำคัญ(ขนาดเงินลงทุนและขอบเขตใหญ่มาก)มีผลทำให้โครงการได้รับการผลักดันและบริหารจัดการอย่างเอาจริงเอาจังเพียงระยะแรกเท่านั้น ในระยะ

หลังๆ การดำเนินงานของคณะกรรมการขาดความต่อเนื่องขาดความสนใจการดำเนินโครงการจึงกลายเป็นลักษณะงานประจำปกติมีความสำคัญไม่มาก การสั่งการจากส่วนกลางไปยังจังหวัดเป็นแบบราชการแนวดิ่งแม้จะเปิดโอกาสให้จังหวัดประยุกต์ ปรับปรุง ยืดหยุ่นการดำเนินโครงการได้แต่ก็ขาดระบบติดตาม สนับสนุน ควบคุมกำกับ และประเมินผลที่ดีพอ

8. นโยบายขยายจำนวนบุคลากรในสถานีอนามัย ในปี 2543 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายกร ทัพพะรังสี) ได้มีนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดขยายกำลังคนประจำสถานีอนามัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานีอนามัยครบทุกแห่ง(ขณะนั้นมีเพียง 586 คน) และทันตาภิบาล ต่อมาผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2549พบว่า สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 9,810 แห่ง มีบุคลากรเฉลี่ยแห่งละ 2.9 คน ในจำนวนนี้เพียงหนึ่งในสามหรือ 2,968 แห่ง ที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ และ 1,200 แห่งที่มีทันตาภิบาลประจำ[3]
9. โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549[4,5]เป็นต้นมาภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งเป็นที่พึ่งของชาวบ้านได้ และพัฒนา “ระบบบริการที่ประสานการส่งต่อ” เพื่อการผสมผสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์(รพศ.), โรงพยาบาลชุมชน(รพ.แม่ข่าย.)และสถานีอนามัยได้อย่างต่อเนื่องทำให้มีศักยภาพที่จะรับผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์กลับไปดูแลที่โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยและสามารถส่งผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเข้ารับการดูแลที่โรงพยาบาลศูนย์ได้อย่างเป็นระบบ โดยสัมฤทธิ์ผลมีความหลากหลายระหว่างพื้นที่ต่างๆ เช่น ที่อำเภอเมือง อยุธยาเมื่อเข้าปีที่ 3 ของการดำเนินงาน ปรากฏว่าระยะเวลารอคอยสำหรับผู้ป่วยลดลงจากเดิม 1-2 ชั่วโมงเป็นน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ในอีกด้านหนึ่งความเชื่อมโยงด้านสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยระหว่างรพศ. รพ.แม่ข่าย.และสอ.ก็มีระบบรองรับทำให้การเข้าถึงข้อมูลสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น ประโยชน์ที่ตกถึงผู้ป่วยชัดเจนคือ เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลศูนย์สามารถเข้าพบแพทย์ตามเวลานัด โดยผ่านระบบนัดหมายได้เลยไม่ต้องเสียเวลานั่งคอยตรวจที่โรงพยาบาล มีผลทำให้ระยะเวลา รอคอยลดลงเหลือประมาณ 30 – 40 นาที รายละเอียดปรากฏในตารางข้างล่าง
10. ตั้งแต่ปีพ.ศ.2549 สปสช.ได้เริ่มดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยใช้กองทุนสุขภาพตำบล(ชื่อตามนิยมเรียกกัน)เป็นเครื่องมือร่วมทุนระหว่างอบต.และสปสช.เพื่อนำไปสู่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับตำบล[6]ได้แก่ การป้องกันโรคไข้เลือดออก เบาหวาน ความดันเลือดสูง มะเร็ง เป็นต้น อย่างไรก็ตามจนถึงปีพ.ศ.2552 ยังไม่ปรากฏผลลัพธ์ที่สามารถแสดงด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์[7]

ตัวชี้วัดตามการพัฒนาโครงการ	2550		2551		2552	
	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
อัตราการลดลงของผู้ป่วยทั่วไป รพศ.	25%	15.74%	25%	13.55%	25%	14.20%
อัตราเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการใน PCU	25%	38.97%	50%	42.87%	50%	40.92%
ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกOPD	> 70%	68.96 %	> 70%	81.00 %	> 70%	78.47
ความพึงพอใจของผู้รับบริการศูนย์แพทย์/สอ.	> 70%	81.79%	> 70%	82.65%	> 70%	86.00%
ระยะเวลารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยนัด (Lab & X-ray) - ผู้ป่วยนัด (No Lab & X-ray)	 < 4 ชม. < 2 ชม.	 2.25 ชม. 1.31 ชม.	 < 2 ชม. < 1 ชม.	 1.58 ชม. 48.28นาที	 < 2 ชม. < 1 ชม.	 31.19 นาที 39.41 นาที
อัตราของประชากรในพื้นที่เป้าหมายเป็นเบาหวานและมารักษา	**ผู้ป่วยDMที่มาใช้บริการที่ร.พ. (ครั้ง)**	**อัตราป่วย**	**ผู้ป่วยDMที่มาใช้บริการที่ร.พ. (ครั้ง)**	**อัตราป่วย**	**ผู้ป่วยDMที่มาใช้บริการที่ร.พ. (ครั้ง)**	**อัตราป่วย**
- โรงพยาบาล	9,662	6.34	8,924	5.85	6,457	4.23
- นอกเขตเทศบาล	5,015	6.38	5,052	6.43	4,786	5.90
- ในเขตเทศบาล	2,825	6.21	2,795	6.14	2,494	5.62

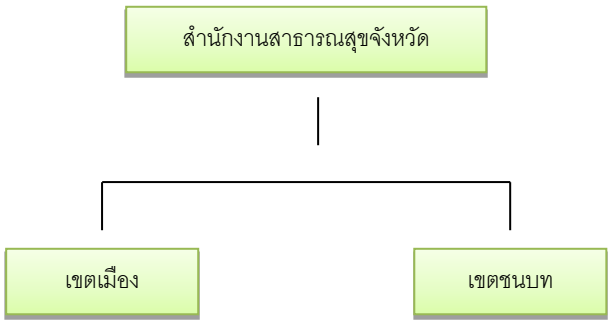
11. การดำเนินนโยบาย รพ.สต. (สมัยรมต.วิทยา แก้วภราดัย พค 2552- กย.2553)ซึ่งปรากฏผลการประเมินว่า ไม่พบหลักฐานบ่งชี้สัมฤทธิผลตามเป้าประสงค์และเป้าหมายของนโยบาย แต่กลับเกิดผลกระทบทางลบในด้านการสร้างความสับสนแก่บุคลากร อปท. และประชาชน ทั้งนี้น่าจะสืบเนื่องจาก ก) กลไกถ่ายทอดนโยบายที่ขาดหน่วยงานเจ้าภาพชัดเจนในส่วนกลาง ข) การสื่อสารนโยบายที่ไม่เป็นเอกภาพและเปลี่ยนสาระบ่อยครั้งในเรื่องเดียวกัน ค) ความล่าช้าหรือตกหล่นในการสนับสนุนเงินและครุภัณฑ์แม้ว่า เอกสารแถลงผลงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข[8] ระบุว่า ในปี 2552 สามารถดำเนินการจัดตั้งรพ.สต. ได้ 1,000 แห่ง ทั่วประเทศ และในปี 2553 ตั้งเป้าหมายดำเนินการ 2,151 แห่งแต่เมื่อดำเนินการจริงปี2553 กำหนดจำนวนรพ.สต. เป้าหมาย 2,000 แห่งโดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุน1,490ล้านบาท (เริ่มต้น ตุลาคม 2553) และในปี 2554 กำหนดเป้าหมาย 7.770 แห่งด้วยงบประมาณ รายจ่ายประจำปี 2554 จำนวน 6,000 ล้านบาท[9]ทั้งนี้กำหนดภารกิจ 5 ด้านให้แก่ รพ.สต. ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งการพัฒนาระบบสาธารณสุขโดยเน้นการบริการเชิงรุก ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง
12. การพัฒนารพ.สต.ยังถือเป็นส่วนหนึ่งของโครงการโรงพยาบาล(รพ.สต.) 3S(structureหรือการสร้างบรรยากาศที่ดี service หรือการให้บริการที่ดี system หรือการปรับการบริหารจัดการที่ดี (คณะกรรมการพัฒนารพ.สต. ระบบประกันคุณภาพ การรับฟังความเห็นจากผู้รับบริการ)
13. ในด้านรูปแบบรพ.สต. ได้กำหนดให้มี รพ.สต.เดี่ยวและรพ.สต.เครือข่าย โดยที่รพ.สต.เดี่ยวให้มีบุคลากรสายวิชาชีพ (ไม่รวมลูกจ้าง) อย่างน้อย 4 ตำแหน่ง ได้แก่ ก)ผู้บริหารสูงสุด ข)แพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติหรือพยาบาลวิชาชีพ ค)นักวิชาการสาธารณสุข(ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ

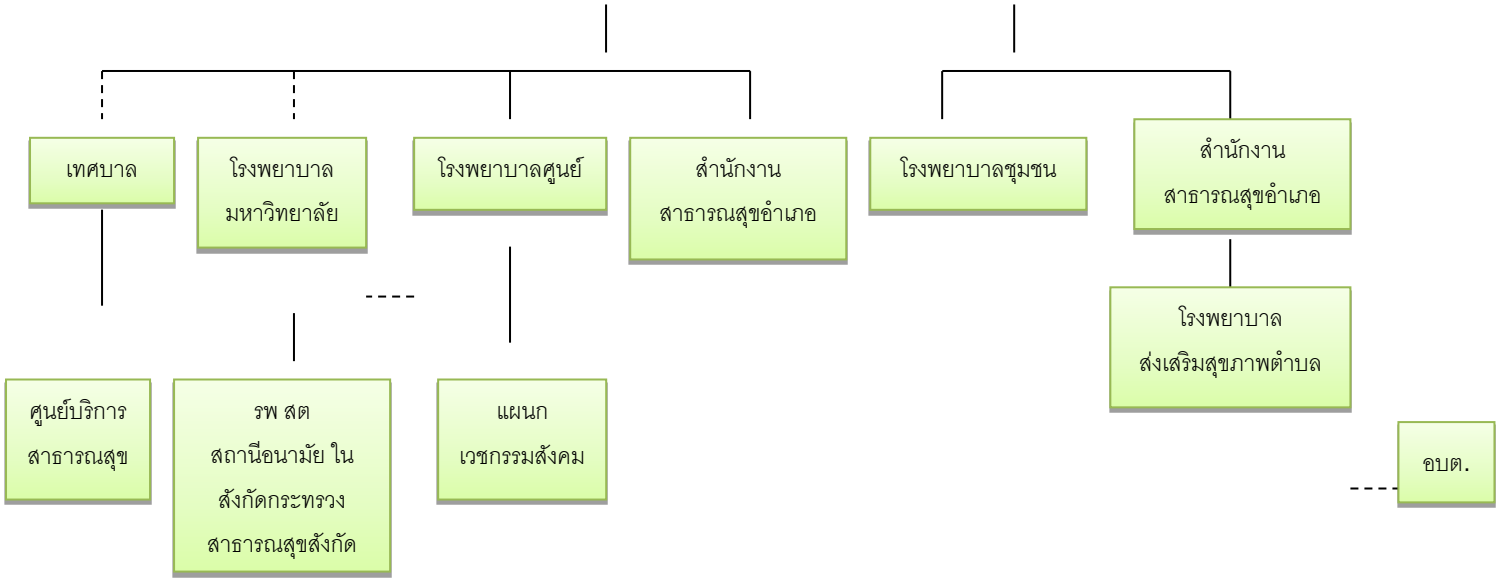
ป้องกันโรค ง)สหวิชาชีพระหว่างทันตาภิบาลหรือเภสัชกรหรือแพทย์แผนไทยหรืออื่นๆ สำหรับ รพ.สต.เครือข่าย จัดตั้งด้วยหลักการบริหารจัดการร่วมกันภายในเครือข่าย โดยมีเกณฑ์บุคลากรสายบริการอย่างน้อย 7คนโดย 3 ตำแหน่งแรกเหมือรพ.สต.เดี่ยว ส่วนที่เหลือจะเป็นสหวิชาชีพและลูกจ้างอื่นๆ จำนวนงบประมาณที่จัดสรรให้รพ.สต. แปรผันตามขนาด ดังนี้ ขนาดเล็ก 5แสนบาท ขนาดกลาง 7แสนบาทและขนาดใหญ่ 9แสนบาท โดยให้ยืดหยุ่นสอดคล้องกับความจำเป็นของแต่ละแห่ง[10]

14. ในการยกระดับสถานีอนามัยเป็นรพ.สต. นโยบายยังกำหนดหลักการไว้ 4 ประการเชื่อมโยงกัน ได้แก่ รพ.สต. อสม แผนสุขภาพตำบล (คาดว่าจะเสร็จกรกฎาคม 2553เพื่อชี้นำการทำงานร่วมกันระหว่างรพ.สต.และอสม) และกองทุนสุขภาพตำบล (เกิดขึ้นแล้ว ร้อยละ 71 จากจำนวนตำบลทั้งหมด 7,776ตำบล)
15. อาจจะด้วยความตระหนักปัญหาการประสานงานในปีแรกของการดำเนินนโยบายรพ.สต.. กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สป. รพ.สต.)[11]เพื่อดำเนินการ พัฒนานโยบาย บริหารจัดการ ประสานงาน ติดตาม ประเมินผล และพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีโครงสร้าง ภารกิจ หน้าที่ความรับผิดชอบ และดำเนินงานภายใต้ คณะกรรมการอำนวยการสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีนายแพทย์เกษม เวชสุทธานนท์ เป็นผู้อำนวยการสำนัก

1.2 ผังโครงสร้างระบบบริการ (สสจ. สสอ. รพช. สอ. อปท.)

การจัดบริการสุขภาพของจังหวัดอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีรูปแบบของการจัดบริการในเขตเมืองและชนบท การประสานงานเป็นไปทั้งแบบสั่งการโดยตรง (Command line) และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน (Coordinating line) ที่เชื่อมโยงกันของหน่วยงานทั้งในกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล) แสดงว่าดังรูปที่ 1





รูปที่ 1โครสร้างการจัดบริการสุขภาพของจังหวัด(โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีเฉพาะบางจังหวัด)

แบบสั่งการ (Command line)

แบบประสานงาน (Coordinating line)

รายงานฉบับนี้เป็นการประเมินนโยบายรพ.สต. รอบที่สองสมัยรมต.จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ (ตุลาคม 2553 – พฤษภาคม 2554) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2. วัตถุประสงค์

2.1 *วัตถุประสงค์ทั่วไป* เพื่อ

1) ประเมินการเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต.

2) สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.2*วัตถุประสงค์เฉพาะ* เพื่อ

1) ประเมินการรับรู้ การแปรนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความคิดเห็น ปัญหา และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานตามนโยบาย รพ.สต.
2) ประเมินบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติการตามนโยบาย รพ.สต. ตลอดจนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3) ประเมินวิธีการจัดบริการและการทำงานของ รพ.สต.ตามนโยบาย รพ.สต.

4) ประเมินผลผลิต(outputs) ผลลัพธ์(outcomes) และผลกระทบ(impacts)ต่อประชาชนและชุมชน ที่เกิดขึ้นจากบริการของรพ.สต.
5) พรรณาปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
6) สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.วิธีการเลือกรพ.สต..ตัวอย่างและตัวอย่างที่ได้

พื้นที่ตัวอย่างที่เก็บข้อมูล เลือก 18 จังหวัดจากทุกภาค ในแต่ละจังหวัด เลือก1-3อำเภอแต่ละอำเภอ เลือก รพ.สต..เดี่ยว 1-3 แห่ง รพ.สต..เครือข่าย 1-3 เครือข่าย แต่ละเครือข่ายประกอบด้วยรพ.สต..2-3แห่งด้วยวิธีเลือกเช่นนี้จึงได้รพ.สต.68 แห่ง(ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 1)

4. วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูลจำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การสัมภาษณ์ การรวบรวมเอกสาร และ การรวบรวมฐานข้อมูลบริการ12 หรือ 18 แฟ้ม

4.1 วิธีการสัมภาษณ์ตัวอย่าง และเครื่องมือ

การสัมภาษณ์ประกอบด้วย วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล และกลุ่มสนทนาโดยเลือกดำเนินการแตกต่างกันดังสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิธีการเก็บข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละประเภท

วิธีการ	จังหวัด		อำเภอ		ตำบล			ประชาชน	อปท
	สสจ	ผู้แทน	ผอ รพช	สสอ	ผอ รพ.	จนท	อสม		

					สต.				
สัมภาษณ์เดี่ยว	/	/	/	/	/				/
กลุ่มสนทนา						/	/	/	

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางการสัมภาษณ์(interview guideline)(รายละเอียดในภาคผนวกที่ 2) โดยมีการพัฒนาแนวทางการสัมภาษณ์มาจาก การประยุกต์แนวคิดองค์กร/หน่วยงานให้บริการปฐมภูมิ(Framework for primary care organizations) ของฮอก (WILLIAM HOGG, 2008)แนวทางการสัมภาษณ์ครอบคลุมหัวข้อดังนี้

- คณะกรรมการ รพ.สต.
- กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ รพ.สต.
- ประเด็นทรัพยากร การเงิน บุคลากร วัสดุอุปกรณ์อื่นๆ
- รพ.แม่ข่ายสนับสนุน รพ.สต. อย่างไร
- การติดตามและประเมินผล
- การมีส่วนร่วมของชุมชน
- แนวโน้มปริมาณคนไข้นอก
- บริการเชิงรุก

จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละประเภทในแต่ละจังหวัดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละประเภทในแต่ละจังหวัด

จังหวัด	ผู้ให้สัมภาษณ์							รวม
	สสจ. / จนท.	สสอ. / จนท. สสอ.	ผอ.รพ, นพ. / จนท. รพ.	ผอ.รพ.สต./จนท. รพ.สต.	อปท.	อสม.	ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย/ ปชช.	
เหนือตอนบน								
เชียงใหม่	1/0	1/0	1/0	2 / 2	2	-	12	21
พะเยา	1/0	1/0	1/0	2/ 3	2	-	13	23
เหนือตอนล่าง								
พิษณุโลก	1/0	1/0	1/0	4/0	3	-	8	18
นครสวรรค์	1/0	1/0	1/0	4/0	3	-	8	18

ชัยนาท	1/0	1/0	1/0	5/0	4	-	10	22
กลางตะวันตก								
พระนครศรีอยุธยา	-	1 / 2	3 / 1	4 / 0	5	4	6	26
ชลบุรี	1 / 1	1 / 1	1 / 2	4 / 12	6	20	2	51
กลางตะวันออก								
นครปฐม	0/1	1 / 0	2 / 1	3 / 8	2	5	4	27
สมุทรสงคราม	1 / 2	0 / 0	1 / 1	3 / 6	3	3	5	25
นครนายก	0/3	0/1	0/0	4/10	1	4	3	26
อีสาน								
กาฬสินธุ์	1 / 0	1 / 0	1 / 0	4 / 0	4	-	8	19
สกลนคร	0 / 1	1/ 1	1 / 1	5 / 6	4	-	10	30
อุบลราชธานี	1 / 0	1 / 0	1 / 0	4 / 0	3	-	8	18
อุดรธานี	1/0	2/0	1/1	4/4	4		8	25
ชัยภูมิ	0/1	1/0	1/0	4/2	4		8	21
ใต้								
สุราษฎร์ธานี	1	1 / 1	1 / 4	1 / 7	5	8	5	34
สงขลา	1 / 3	1 / 3	1 / 3	1/ 7	4	10	6	40
ตรัง	1 / 3	1 / 3	1 / 3	8 / 9	15	18	13	75
รวม	28	29	37	142	74	72	137	519

หมายเหตุ การสัมภาษณ์เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ยังรวมสาธารณสุขนิเทศ 1 ท่าน

4.2 การรวบรวมเอกสาร และการรวบรวมข้อมูล 12 หรือ 18 แฟ้ม

ดำเนินการโดยอาศัยประเด็นตามแนวทางการสัมภาษณ์ข้างต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเติมเต็มหรือตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ยกเว้นจังหวัดพระนครศรีอยุธยา การรวบรวมข้อมูล 12/18 แฟ้มจากจังหวัดทั้งหมดไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากความไม่พร้อมของระบบข้อมูล

5. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องด้วย วิธี Theme & content analysis, triangulation แล้วประมวลภาพรวมทุกจังหวัดด้วยตารางแจงนับความถี่ข้อค้นพบตามรหัสสำหรับแต่ละประเด็นตามแนวทางการสัมภาษณ์ (ดูError! Reference source not found.) การคำนวณค่าร้อยละใช้จำนวนรพ.สต. แห่ง เป็นตัวหารคงที่ สำหรับทุกประเด็นเนื่องจาก หลายประเด็นมีคำตอบได้มากกว่า 1

5.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วย Frequency count, percent estimation with 95% confidence intervals, relative risk with 95% confidence intervals โดยเลือกเฉพาะตัวแปรต่อไปนี้ ก) กรณีต้องการวิเคราะห์ภาระงาน เลือกตัวแปรได้แก่ รพ.สต. เบาหวาน ความดันเลือดสูง ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น และการบาดเจ็บ ข) กรณีต้องการวิเคราะห์ผลลัพธ์ต่อคนไข้ เลือกตัวแปรได้แก่ รพ.สต. เบาหวาน ความดันเลือดสูง และปีพ.ศ.

6. ผลการศึกษา

รายงานนี้แยกนำเสนอผลการศึกษาเป็นสามส่วนหลัก ได้แก่ 6.1 ผลวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสาร ด้วยตารางประมวลภาพรวมสะท้อนการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง 6.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของรพ.สต.และรพ.แม่ข่ายในอำเภอพระนครศรีอยุธยา และ 6.3 การพรรณาปัญหาอุปสรรคด้วยข้อมูลจากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสาร

6.1 ผลวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสาร

เพื่อความกระชับ รายงานฉบับรวมนี้ จะนำเสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสารด้วยตารางประมวลภาพรวม (ตารางที่ 3) และอธิบายขยายความประกอบโดยอาศัยข้อค้นพบในรายงานย่อยของแต่ละจังหวัดตามความเหมาะสม ส่วนผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงได้เฉพาะของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาซึ่งเป็นจังหวัดเดียวที่ได้ข้อมูลมา

จากข้อค้นพบใน ตารางที่ 3 ประมวลความได้ดังนี้

1. ด้านการจัดโครงสร้าง รพ.สต.เดี่ยว และรพ.สต.เครือข่าย
    1.1. ไม่มีการจัดโครงสร้าง รพ.สต. แบบเครือข่ายจริง การแบ่งประเภท รพ.สต.เป็น แบบเครือข่าย หรือเดี่ยว ในทางปฏิบัติมีความสับสนระหว่างการใช้เกณฑ์ที่กสธ.กำหนด(ตามจำนวนประเภทบุคลากร) กับ ตามเกณฑ์เพื่อให้ได้เงิน ontop ของสปสช. ชัดเจนว่า การจัดการเครือข่ายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปเพื่อรายงานเบื้องบน ส่วนเพื่อให้ได้เงินก็ใช้เกณฑ์สปสช. แต่ไม่ปรากฏเครือข่ายรพ.สต.ตามเกณฑ์ทั้งสองในลักษณะที่มีการทำงานร่วมกันหรือแบ่งปันทรัพยากรร่วมกันจริง จึงอนุมานจากการสัมภาษณ์ได้ว่า สภาพรพ.สต. เดี่ยวหรือเครือข่ายได้ยุติลงแล้วหลังจากได้บรรลุวัตถุประสงค์ในการรายงานเบื้องบนกับได้เงิน ontop สปสช.
    1.2. ก่อนหน้าปรากฏเกณฑ์เครือข่ายจากส่วนกลางทั้งสองประเภท พบการทำเครือข่าย(โซน)ระหว่างรพ.สต.ด้วยกันอยู่เดิมแล้ว เพื่อช่วยเหลือและแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลในทีมสหวิชาชีพ
2. คณะกรรมการพัฒนารพ.สต..

2.1. มีการแต่งตั้งตามเกณฑ์ของกสธ.กว่าร้อยละ 90 แต่ประชุมเพียง 1/3 โดยเกือบทั้งหมดที่ประชุมแล้วมีมติอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น งบประมาณรพ.สต. แผนสุขภาพตำบล งบประมาณตามแผนสุขภาพตำบล เป็นต้นเหตุที่ยังไม่ได้ประชุมมีหลายประการแตกต่างกันระหว่างจังหวัด ได้แก่ ยังแก้ปัญหาน้ำท่วมไม่จบ(ช่วงเก็บข้อมูลต้นปี 2554 หลายจังหวัดเพิ่งผ่านสถานการณ์น้ำท่วม) มีคณะกรรมการชุดอื่นซึ่งมีองค์ประกอบและหน้าที่ใกล้เคียงกันอยู่แล้วแต่เดิม

2.2. เจ้าหน้าที่รพ.สต.เป็นกลุ่มที่มีบทบาทมากที่สุดในคณะกรรรมการรพ.สต..

3. กระบวนการพัฒนาคุณภาพมีสองลักษณะใหญ่ได้แก่ การประเมินตามเกณฑ์คุณภาพ และการจัดกิจกรรมเรียนรู้ กรณีแรก เกณฑ์PCAปรากฏมากกว่าเกณฑ์เดิมHCAสองเท่าและเป็นที่พึงพอใจของผอ.รพ.สต..มากกว่าHCAสี่เท่า เนื่องจากเน้นกระบวนการมากกว่าผลผลิต/ผลลัพธ์/ตัวชี้วัด กรณีหลังกิจกรรมของรพ.แม่ข่ายและการพัฒนาโดยทีมสหวิชาชีพเป็นกิจกรรมที่พบบ่อยกว่ากิจกรรมอื่นๆ
4. ด้านงบประมาณและทรัพยากร ปรากฏว่า
   4.1. รพ.สต. กว่าร้อยละ 90 ได้รับงบประมาณ และร้อยละ85 ที่ได้รับงบประมาณก็ได้ดำเนินการแล้ว โดยที่ 1/3 เห็นว่าไม่ตรงตามความต้องการ
   4.2. รพ.สต. ร้อยละ92 ได้รับครุภัณฑ์แล้ว โดย 1/3เห็นว่าไม่ตรงตามความต้องการ
   4.3. รพ.สต. ร้อยละ 49 ได้รับเงินบริการคนไข้นอก(OP)และส่งเสริมป้องกัน(PP)เท่าเดิม
   4.4. เช่นเดียวกันเงินที่ได้จากอปท.หรือเงินจากชุมชน ก็คงเดิมสำหรับรพ.สต. ส่วนใหญ่
   4.5. สำหรับแผนระดมทุนจากชุมชนก็ไม่มีหรือมีเหมือนเดิมสำหรับรพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85)
5. ด้านทรัพยากรบุคคล พบว่า
   5.1. สสจ.เกือบทั้งหมดมีแผนรองรับและ/หรือได้ดำเนินการตามแผนรองรับแล้วในระดับหนึ่งโดยสอดคล้องกับเกณฑ์ของกสธ.
   5.2. การหมุนเวียนบุคลากรระหว่างรพ.แม่ข่ายหรือระหว่างรพ.สต..เกิดขึ้นไม่ถึง 1ใน5ของรพ.สต. ทั้งหมด โดยที่ร้อยละ 44 ของรพ.สต.ยังไม่มีบุคลากรครบตามเกณฑ์
6. เกี่ยวกับการทำงาน พบว่า รพ.สต.
   6.1. ร้อยละ 40 ทำงานตั้งรับมากขึ้น ร้อยละ 29 ทำงานเชิงรุกน้อยลง และร้อยละ27ทำงานเหมือนเดิม
   6.2. ร้อยละ 73 ใช้โทรมือถือสื่อสารกับแม่ข่ายเมื่อต้องการคำปรึกษา
   6.3. ร้อยละ 50 จัดช่องทางด่วนรองรับคนไข้ส่งต่อเหมือนเดิม
   6.4. ทำนองเดียวกันการเชื่อมต่อข้อมูลกับแม่ข่ายก็เหมือนเดิมสำหรับรพ.สต.ส่วนใหญ่ (ร้อยละ63)
7. การประเมินผลรพ.สต.โดยจังหวัด ร้อยละ 80จะใช้เกณฑ์สอดคล้องกับกสธ. แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ดำเนินการทั้งนี้ผู้เกี่ยวข้องเห็นว่ากระบวนการติดตามและประเมินผลรพ.สต. โดยกสธ.เหมาะสมในสัดส่วนใกล้เคียงกัน

8. ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการนอกรพ.สต.มากที่สุด(ร้อยละ 35) รองลงมาคือบริการในรพ.สต. (ร้อยละ 24) ในความเป็นจริงเชื่อว่าอสม.คือส่วนใหญ่ของคนในชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว
9. ร้อยละ 40 ของรพ.สต. ระบุว่าแผนสุขภาพตำบลเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเช่นเดิม ลักษณะความเกี่ยวข้องได้แก่ การกำหนดประเภทบริการ เงินสนับสนุนบริการ หรือเป้าหมายบริการ
10. รพ.สต.เกือบครึ่งหนึ่งยังคงให้บริการเหมือนเดิมโดยเป็นไปตามประเด็นที่ส่วนกลางกำหนดหรือข้อมูลของรพ.สต.
11. ในส่วนของบริการตั้งรับ 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 71 ของรพ.สต.ให้บริการคนไข้นอกเพิ่มขึ้นใน 3 ปีที่ผ่านมา โดยร้อยละ 74สามารถดูแลคนไข้ด้วยรพ.สต..เองได้ในสัดส่วนอย่างน้อย 0.88ทั้งนี้ ภาวะที่ให้บริการบ่อย 5 อันดันแรกสำหรับร้อยละ 60 ของรพ.สต. คือ ภาวะเรื้อรังและบาดเจ็บ
12. สำหรับบริการรุก 3 ปีที่ผ่านมากิจกรรมที่รพ.สต.ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47-50) ดำเนินการเหมือนเดิมคือ เยี่ยมบ้าน โฮมวอร์ด ควบคุมไข้เลือดออก และสุขาภิบาลอาหาร กิจกรรมที่รพ.สต.ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54) ดำเนินการมากขึ้นคือการคัดกรองโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 3 ประมวลผลการวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสารทุกจังหวัด (N =68 รพ.สต.)

ประเด็น	**รหัส**	% (เกิน 100 ด้วยเลือกได้มากกว่า 1คำตอบ)
ประเด็นเชิงโครงสร้าง		
คณะกรรมการรพ.สต.		
oแต่งตั้งคณะกรรมการ รพ.สต.ชัดเจนแล้วหรือไม่	1 ชัดเจน	92.6
	2 ไม่ชัดเจน/ยังไม่ตั้ง	7.4
oคณะกรรมการ รพ.สต มีการดำเนินการอย่างไรแล้ว	1 ยังไม่ประชุม	33.8
	2 ประชุมแล้ว	36.8
	3 มติที่ประชุมได้ดำเนินการแล้ว	32.4
oคกก.รพ.สต. มีมติสำคัญเกี่ยวกับเรื่องใด	1 แผนปฏิบัติงานรพ.สต.	22.1
	2 แผนสุขภาพตำบล	27.9
	3 งบประมาณรพ.สต.	26.5

	4 งบประมาณตามแผนสุขภาพตำบล	30.9
	5 การหมุนเวียนบุคลากร	13.2
	6 กองทุนต่างๆ	17.6
	7 ยังไม่มีมติ/ไม่ได้ประชุม	20.6
	8 อื่นๆ	2.9
oคกก. รพ.สต.ประกอบด้วยบุคคลตามเกณฑ์ของนโยบายรพ.สต.หรือไม่	1 ใช่	91.2
	2 ไม่ใช่	2.9
	3 ยังไม่ได้แต่งตั้ง	2.9
oใน คกก. รพ.สต. ใครมีบทบาทนำมากกว่าเพื่อน	1 เจ้าหน้าที่รพ.สต.	61.8
	2 ชาวบ้าน	7.4
	3 ตัวแทนอบต	13.2
	4 ไม่ทราบ	17.6
มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ รพ.สต.หรือไม่อะไรบ้าง	1 การประเมินตามเกณฑ์ HCA	39.7
	2 การประเมินตามเกณฑ์ PCA	77.9
	3 กิจกรรมทางวิชาการของรพ.แม่ข่าย	64.7
	4 การพัฒนาทีมโดยแพทย์	17.6
	5 การพัฒนาทีมโดยสหวิชาชีพ	60.3
	6 การดูงานนอกพื้นที่โดยสสจ/ส่วนกลาง	23.5
	7 อื่นๆ	1.5
ผอ.รพ.สต. พอใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างไร	1 การประเมินตามเกณฑ์ HCA	16.2
	2 การประเมินตามเกณฑ์ PCA	66.2
	3 กิจกรรมทางวิชาการของรพ.แม่ข่าย	48.5
	4 การพัฒนาทีมโดยแพทย์	19.1
	5 การพัฒนาทีมโดยสหวิชาชีพ	50.0
	6 การดูงานนอกพื้นที่โดยสสจ/ส่วนกลาง	13.2
ประเด็นทรัพยากรการเงิน (การได้รับและการกระจาย)บุคลากรวัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ		
งบประมาณจากรัฐบาล (งบ SP2, งบ สปสช. อื่นๆ)		
oตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. (สมัยรมต.จุรินทร์)ได้รับเงินงบประมาณเพื่อการปรับปรุง	1 ยังไม่ได้รับ	5.9
	2 ได้แต่ตัวเลข	13.2

สถานที่/ภูมิทัศน์ ของ รพ.สต. อย่างไร	3 ได้ดำเนินการตามงบประมาณแล้ว	58.8
	4 ได้ดำเนินการตามงบประมาณแล้วโดยสำรองจ่ายไปก่อน	16.2
oได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์เพิ่มเติมแล้วหรือไม่ จัดซื้อโดยใคร จำนวนเท่าไรตรงกับความต้องการหรือไม่	1 ยังไม่ได้รับ	4.4
	2 ได้รับแล้วแต่ยังไม่ครบ	45.6
	3ได้รับครบถ้วนแล้ว	50.0
	4 บางรายการไม่ตรงตามต้องการ	1.5
oมีความเห็นอย่างไรกับ “เงิน” ที่ได้รับตามนโยบาย รพ.สต.	1ไม่ตรงความต้องการ	35.3
	2 ตรงความต้องการ	48.5
	3 มีระยะเวลาใช้เงินจำกัด	35.3
oมีความเห็นอย่างไรกับ “ของ” ที่ได้รับตามนโยบาย รพ.สต.	1 ไม่ตรงความต้องการ	64.7
	2 ตรงความต้องการ	36.8
oตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต.เห็นการเปลี่ยนแปลงเงินเหมาจ่ายรายหัวที่รพ.สต.. ได้รับจาก สปสช. ผ่าน CUP ทั้งเงินผู้ป่วยนอก (OP) ป้องกันและควบคุมโรค (PP) หรือไม่ อะไรบ้าง	1 ไม่ต่างจากเดิม	57.4
	2 ได้opเพิ่มขึ้น	30.9
	3 ได้pp เพิ่มขึ้น	11.8
	4 ได้op ลดลง	8.8
	5 ได้pp ลดลง	8.8
งบประมาณจากท้องถิ่น		
oตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต.การจัดการงบประมาณของ อปท.แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร	1 เหมือนเดิม	63.2
	2 รพ.สต.ได้มากขึ้น	16.2
	3 รพ.สต.ได้ลดลง	8.8
	4 สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนมากขึ้น	22.1
	5 เป็นไปตามแผนสุขภาพตำบลมากขึ้น	16.2
เงินสนับสนุนจากชุมชน		
oตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต.เงินจากชุมชนสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมสุขภาพต่างจากเดิมหรือไม่	1 เหมือนเดิม	61.8
	2 ประเภทกองทุนเพิ่มขึ้น	22.1
	3 เม็ดเงินเพิ่มขึ้น	14.7

	4 เงินบริจาคเพิ่มขึ้น	17.6
	5 รพ.สต.ได้เงินมากขึ้น	7.4
หน่วยงานของท่านมีแผนระดมทุนจากชุมชนหรือไม่ อย่างไร	1 ไม่เคยมีแผน ดังเดิม	50.0
	2 มีแผนเหมือนเดิม	35.3
	3 มีแผนต่างจากเดิม	5.9
	4 มีแผนและดำเนินการได้ต่างจากเดิม	8.8
ทรัพยากรบุคคล		
หลังจากมีนโนบาย รพ.สต.สสจ. ดำเนินการด้านกำลังคนอย่างไร	1 สสจมีแผนกำลังคนชัดเจน	8.8
	2 สสจมีแผนกำลังคนสอดคล้องกับเกณฑ์นโยบายรพ.สต.	27.9
	3 สสจมีแผนกำลังคนสอดคล้องกับเกณฑ์นโยบายรพ สตและได้ดำเนินการระดับหนึ่ง	61.8
oจำนวน/ประเภท บุคลากรในรพ.สต. เปลี่ยนแปลงอย่างไร	1ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์นโยบายรพ.สต.	44.1
	2 ครบถ้วนตามเกณฑ์นโยบายรพ.สต.	42.6
	3 มีการจ้างบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์พยาบาลเพิ่ม	41.2
	4 มีการหมุนเวียนบุคลากรต่อไปนี้จากรพ.แม่ข่าย/รพ.สต.ในเครือข่าย	17.6
	5 แพทย์	22.1
	6 พยาบาล	20.6
	7 เภสัชกร	23.5
	8 กายภาพบำบัด	16.2
	9 ทันตาภิบาล/ทันตแพทย์	16.2
o การทำงานของบุคลากรในรพ.สต. เปลี่ยนแปลงอย่างไร	1 เวลาทำงานรุกลดลง	35.3
	2 เวลาทำงานตั้งรับเพิ่มขึ้น	48.5
	3 เวลาทำงานเหมือนเดิม	32.4
	4 เวลาทำงานเชิงรุกมากขึ้น	4.4
รพ.แม่ข่ายสนับสนุนรพ.สต.อย่างไร		

1. การให้คำปรึกษา	1 ผ่านskype	36.8
	2 ผ่านโทรมือถือ	98.5
1. การจัดช่องทางด่วนรองรับคนไข้ส่งต่อ	1 ไม่มีเหมือนเดิม	22.1
	2 มีเหมือนเดิม	48.5
	3 เพิ่มขึ้น สะดวกขึ้น	23.5
	4 ลดลง ลำบากขึ้น	2.9
2.การเชื่อมต่อข้อมูลทางคลินิก เช่น ผลแลป ยาการวินิจฉัย	1 ไม่มีเหมือนเดิม	5.9
	2 มีเหมือนเดิม	55.9
	3 เพิ่มขึ้น สะดวกขึ้น	35.3
	4 ลดลง ลำบากขึ้น	1.5
การติดตามและประเมินผล		
พื้นที่จัดการเกี่ยวกับการประเมินผลตามนโยบายรพ.สต.อย่างไร	1 ใช้เกณฑ์สอดคล้องกับส่วนกลาง	80.9
	2 ใช้เกณฑ์ต่างจากส่วนกลาง	5.9
	3 ดำเนินการประเมินแล้ว	13.2
ความเห็นต่อกระบวนการติดตามและประเมินผลตามนโยบายรพ.สต. 3	1 สสจ เห็นว่าเหมาะสม	51.5
	2 สสอ เห็นว่าเหมาะสม	52.9
	3 รพ.สต. เห็นว่าเหมาะสม	58.8
	4 สสจ เห็นว่าไม่เหมาะสม	8.8
	5 สสอ เห็นว่าไม่เหมาะสม	13.2
	6 รพ.สต. เห็นว่าไม่เหมาะสม	13.2
การมีส่วนร่วมของชุมชน		
ชุมชนมีส่วนร่วมในลักษณะใดบ้าง	1 ร่วมทำกิจกรรมบริการในรพ.สต.	54.4
	2 ร่วมทำกิจกรรมบริการนอกรพ.สต. (เช่น เยี่ยมบ้าน โฮมวอร์ด คัดกรองโรค)	79.4
	3 บริจาคทรัพย์ สิ่งของ	45.6
	4 ร่วมทำแผนสุขภาพตำบล	45.6
	5 อื่นๆ	
การจัดบริการสุขภาพ		
แผนสุขภาพตำบลเกี่ยวข้องกับการ	1 ไม่เกี่ยวข้องเหมือนเดิม	8.8

จัดบริการอย่างไร	2 เกี่ยวข้องเหมือนเดิม	48.5
	3 กำหนดประเภทบริการ	30.9
	4 กำหนดเงินสนับสนุนบริการ	39.7
	5 กำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดบริการ	16.2
2บริการรพ.สต.สอดคล้องกับความต้องการของตำบลอย่างไร	1 เป็นไปตามประเด็นที่ส่วนกลางกำหนดเหมือนเดิม	23.5
	2 เป็นไปตามหลักฐาน/ข้อมูลของรพ.สต.เหมือนเดิม	36.8
	3 เป็นไปตามประเด็นที่ส่วนกลางกำหนดมากขึ้น	35.3
	4 เป็นไปตามหลักฐาน/ข้อมูลของรพ.สต.มากขึ้น	29.4
แนวโน้มปริมาณคนไข้นอก	1 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปีล่าสุด	66.2
	2 คงที่/ไม่ชัดเจนในช่วง 3 ปีล่าสุด	16.2
	3 ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน	10.3
สัดส่วนจำนวนคนไข้ในเขตที่รพ.สต.ดูแลเองเทียบกับที่ส่งต่อ / bypass / ดูแลเอง	1 ต่ำกว่า 0.88	13.2
	2 เท่ากับหรือสูงกว่า 0.88	66.2
	3 ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน	10.3
ภาวะที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในกลุ่มคนไข้นอก 3 ปีที่ผ่านมา	1 ภาวะเฉียบพลัน/บาดเจ็บ	14.7
	2 เรื้อรังและภาวะเฉียบพลัน/บาดเจ็บ	54.4
	3 ลดลง	17.6
	4 ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน	2.9
บริการเชิงรุก 3 ปีที่ผ่านมา		
1.เยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ชัดเจนและบรรลุเป้าหมาย	1 เหมือนเดิม	44.1
	2 เพิ่มขึ้น	36.8
	3 ลดลง	1.5
	4 ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน	7.4
2.โฮมวอร์ดตามเกณฑ์ชัดเจนและบรรลุเป้าหมาย	1 เหมือนเดิม	38.2
	2 เพิ่มขึ้น	23.5
	3 ลดลง	2.9

	4 ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน	11.8
3 ควบคุมไข้เลือดออกตามเกณฑ์ชัดเจนและบรรลุเป้าหมาย	1 เหมือนเดิม	36.8
	2 เพิ่มขึ้น	33.8
	3 ลดลง	1.5
	4 ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน	5.9
4.สุขาภิบาลอาหารตามเกณฑ์ชัดเจนและบรรลุเป้าหมาย	1 เหมือนเดิม	33.8
	2 เพิ่มขึ้น	25.0
	3 ลดลง	1.5
	4 ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน	11.8
5.คัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน	1 เหมือนเดิม	32.4
	2 เพิ่มขึ้น	41.2
	3 ลดลง	2.9

6.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของอยุธยา

นอกจากข้อค้นพบที่สรุปไว้ใน ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของรพ.สต..และรพ.แม่ข่ายในอำเภอพระนครศรีอยุธยา เป็นดังนี้

ปริมาณการใช้บริการคนไข้นอก ด้วย 4 ภาวะ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการ(18แฟ้ม)ของรพ.สต. 4 แห่งในปีพ.ศ.2553(มีค-กย) พบว่าRelative risk เปรียบเทียบ ร้อยละจำนวนครั้งการใช้บริการแต่ละรพ.สต.. ด้วย 4 ภาวะกับตัวเลขรวมของรพ.สต..ทั้ง 4 แห่ง เป็นดังต่อไปนี้(โปรดดูตารางที่ 4)

- เบาหวาน ตัวเลขของรพ.สต.วัดพระญาติฯมากที่สุด รองลงมาคือ ของรพ.สต.บ้านใหม่ และต่ำสุดคือของรพ.สต. ภูเขาทอง โดยความแตกต่างทุกคู่มีนัยสำคัญทางสถิติ
- ความดันเลือดสูง ตัวเลขของรพ.สต.วัดพระญาติฯมากที่สุด รองลงมาคือ ของรพ.สต.บ้านใหม่ และต่ำสุดคือของรพ.สต. ภูเขาทอง โดยความแตกต่างเกือบทุกคู่มีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้นความต่างระหว่างตัวเลขของรพ.สต.ภูเขาทองและรพ.สต.บ้านป้อม
- การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน ตัวเลขของแต่ละรพ.สต.แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยตัวเลขของรพ.สต..บ้านป้อมมากที่สุด รองลงมาคือรพ.สต..วัดพระญาติฯ และต่ำสุดคือของรพ.สต.. บ้านใหม่

- การบาดเจ็บ ตัวเลขของรพ.สต.ภูเขาทองต่ำกว่าอีก 3 รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าพิจารณาปริมาณการใช้บริการด้วยภาวะทั้งสี่ที่รพ.สต.ในอำเภอเมือง เทียบกับที่รพ.พระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นแม่ข่าย ในระยะเวลาเดียวกันคือ พ.ศ.2553(มีค-กย) ดังแสดงใน

ตารางที่ 5 พบว่า ร้อยละการใช้บริการของทุกรพ.สต..ในอำเภอพระนครศรีอยุธยารวมกันมากกว่าที่รพ.แม่ข่าย ร้อยละ 25 สำหรับเบาหวาน ร้อยละ49สำหรับความดันเลือดสูง ร้อยละ90 สำหรับการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน ยกเว้น การบาดเจ็บซึ่งร้อยละการใช้บริการที่รพ.แม่ข่ายมากกว่าของทุก รพ.สต. รวมกันร้อยละ6 ทั้งหมดนี้เป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสิ้น

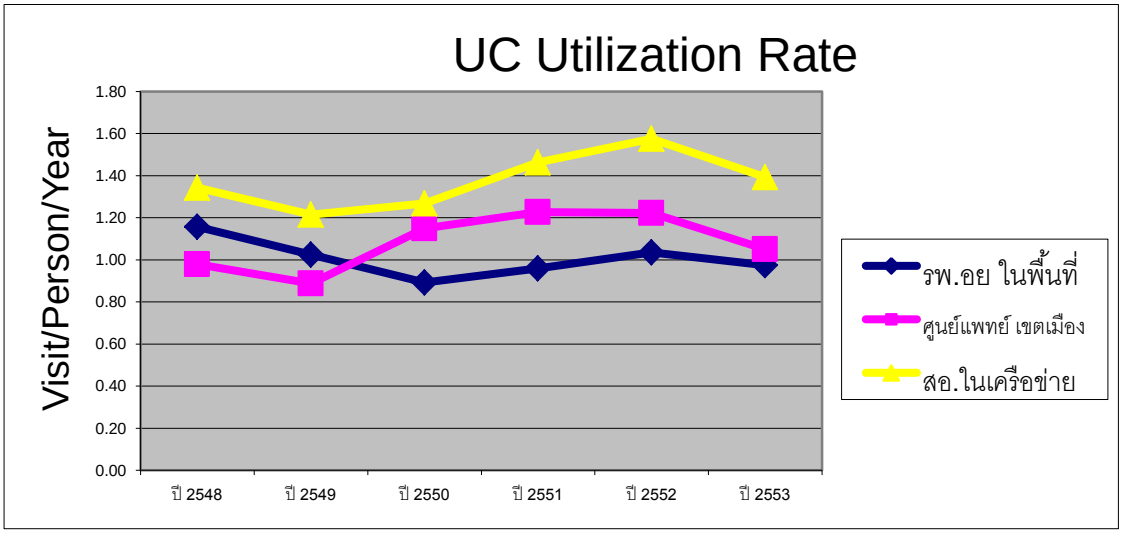
ตารางที่ 4 Relative risk เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการ (%) ด้วย 4 ภาวะระหว่าง แต่ละรพ.สต. กับตัวเลขรวมของทุกรพ.สต. พ.ศ.2553

Disease	Group	RR	95% CI	P-value
DM	วัพพระญาติฯ	0.95	0.94, 0.95	<0.001
	ภูเขาทอง	0.16	0.15, 0.17	<0.001
	บ้านใหม่	0.68	0.68, 0.69	<0.001
	บ้านป้อม	0.03	0.02, 0.03	<0.001
	Total PCU	1		
HT	วัพพระญาติฯ	0.78	0.77, 0.78	<0.001
	ภูเขาทอง	0.21	0.20, 0.21	<0.001
	บ้านใหม่	0.63	0.62, 0.63	<0.001
	บ้านป้อม	0.21	0.21, 0.22	<0.001
	Total PCU	1		
URI	วัพพระญาติฯ	1.15	1.14, 1.16	<0.001
	ภูเขาทอง	0.94	0.93, 0.95	<0.001
	บ้านใหม่	0.80	0.79, 0.81	<0.001
	บ้านป้อม	1.39	1.38, 1.40	<0.001
	Total PCU	1		
Injury	วัพพระญาติฯ	0.83	0.79, 0.87	<0.001
	ภูเขาทอง	0.43	0.37, 0.49	<0.001
	บ้านใหม่	0.62	0.58, 0.68	<0.001
	บ้านป้อม	0.64	0.57, 0.71	<0.001
	Total PCU	1		

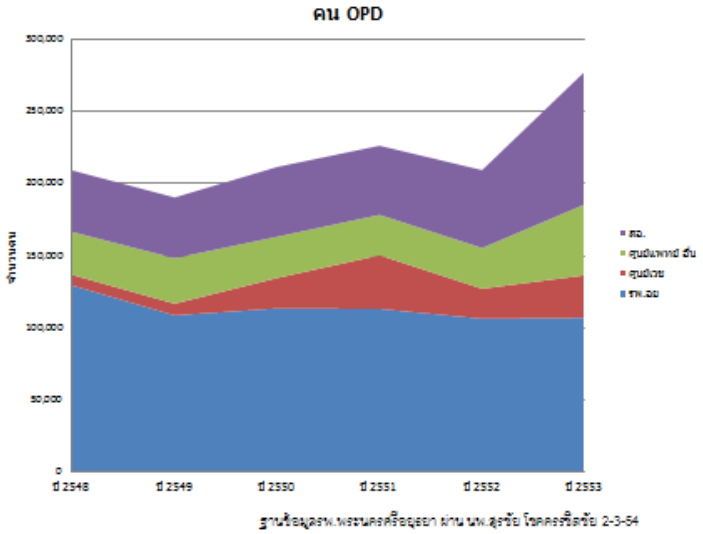
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการด้วย 4 สภาวะ ระหว่างรพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอพระนครศรีอยุธยา กับ รพ.พระนครศรีอยุธยา พ.ศ.2553

Disease	Group	RR	95% CI	P value
DM	PCU	1.25	1.23, 1.27	<0.001
	Hospital	1		
HT	PCU	1.49	1.47, 1.51	<0.001
	Hospital	1		
URI	PCU	1.90	1.87, 1.92	<0.001
	Hospital	1		
Injury	PCU	0.06	0.06, 0.06	<0.001
	Hospital	1		

อัตราการใช้บริการคนไข้นอกต่อคนต่อปีเปรียบเทียบระหว่างของรพ.แม่ข่ายกับศูนย์แพทย์ และรพ.สต..ในเครือข่าย(อ.พระนครศรีอยุธยา ซึ่งรวม รพ.สต. 4 แห่งในตัวอย่างที่กล่าวข้างต้น) แสดงแนวโน้มชัดเจนว่าเพิ่มขึ้นในส่วนของศูนย์แพทย์ และรพ.สต.ในเครือข่าย ในขณะที่ของรพ.แม่ข่ายลดลงตั้งแต่ปีพ.ศ.2548-2553 (**รูปที่ 1** และ รูปที่ 2) โดยตัวเลขของรพ.สต.เครือข่ายมากกว่าของศูนย์แพทย์และรพ.แม่ข่ายตามลำดับ แม้ดูเหมือนว่าตัวเลขในปีพ.ศ.2553 น้อยกว่าปีพ.ศ.2552 ซึ่งเป็นผลจากการรายงานตัวเลขในปีพ.ศ.2553 ยังไม่ครบถ้วนนั่นเอง



รูปที่ 1 อัตราการใช้บริการคนไข้นอกต่อคนต่อปีเปรียบเทียบระหว่าง ที่รพ.แม่ข่ายกับศูนย์แพทย์ และรพ.สต.. ในเครือข่าย ตั้งแต่ปีพ.ศ.2548-2553



รูปที่ 2 จำนวนคนไข้นอกเปรียบเทียบระหว่าง ที่รพ.แม่ข่ายกับศูนย์แพทย์ และรพ.สต..ในเครือข่าย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548-2553

ผลลัพธ์การควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันเลือดสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล18แฟ้ม จากรพ.สต..สองแห่งคือ วัดพระญาติการามและบ้านใหม่ โดยเลือกโรคเรื้อรังสองชนิดคือ เบาหวานและความดันเลือดสูง ปรากฏผลดังตารางที่ 6ถึง 8 และในรูปที่ 4และ5 กรณีโรคเบาหวาน การควบคุมโรคมีแนวโน้มดีขึ้นระหว่างปีพ.ศ.2546-48 แล้วคงที่อยู่ ณ ระดับร้อยละ 20-25 สำหรับรพ.สต. ทั้งสองแห่ง โดยพิจารณาจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 126 มก./ดล.อย่างน้อย 1 ครั้ง กรณีความดันเลือดสูง ผลการควบคุมให้อยู่ระดับต่ำกว่า 140และ90 มม.ปรอทอย่างน้อย 1 ครั้งสำหรับรพ.สต..บ้านใหม่(ข้อมูลรพ.สต..วัดพระญาติการามไม่ปรากฏ)มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 มาเป็นร้อยละ 50ระหว่างปีพ.ศ.2546-53

แต่ถ้าเปลี่ยนนิยามการควบคุมโรคได้ให้เข้มขึ้น กล่าวคือ ระดับน้ำตาลในเลือดติดต่อกัน 3 ครั้งต่ำกว่า 126 มก./ดล. กรณีควบคุมเบาหวาน และระดับความดันเลือดต่ำกว่า 140และ 90 มม.ปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้ง ในช่วงเวลา 7 ปี(ปีพ.ศ.เหลื่อมกันระหว่างรพ.สต..สองแห่ง) ปรากฏว่า สัดส่วนคนไข้เบาหวานที่ควบคุมได้เท่ากับร้อยละ 25.7สำหรับรพ.สต. บ้านใหม่ และร้อยละ 29.7 สำหรับรพ.สต. วัดพระญาติการาม สัดส่วนคนไข้ความดันเลือดสูงที่ควบคุมได้เท่ากับร้อยละ 33.9 สำหรับรพ.สต.บ้านใหม่ โปรดสังเกตว่า จำนวนผู้ป่วยในตารางที่ 9 มีน้อยมากเมื่อเทียบกับตารางที่ 6 และ 7 ซึ่งส่วนหนึ่งอาจสะท้อนความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล อันเป็นโอกาสพัฒนาสำคัญประการหนึ่งในเรื่องระบบสารสนเทศ รพ.สต..

ประการสุดท้าย ตารางที่ 8 และรูปที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งการส่งต่อระหว่างปีพ.ศ.2547-52 ที่แปรปรวนน้อยมาก โดยอยู่ระหว่างร้อยละ 0.29-2.17 บ่งชี้ว่า รพ.สต. ทั้งสองแห่งสามารถดูแลคนไข้ส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการได้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 6แนวโน้มจำนวนครั้งและร้อยละคนไข้เบาหวานที่FBS<126mg/dl อย่างน้อย 1 ครั้ง

รพ.สต.	ค.ศ.	จำนวนครั้ง	จำนวนครั้งที่คุมได้	(%)	95% CI
1149	2003	31	1	3.23	0, 9.45
	2004	365	55	15.07	11.40, 18.74
	2005	406	106	26.11	21.84, 30.38
	2006	360	81	22.50	18.19, 26.81
	2007	666	134	20.12	17.08, 23.16
	2008	1,093	282	25.80	23.21, 28.39
	2009	1,121	248	22.12	19.69, 24.55
	2010	1,238	315	25.44	23.02, 27.87
	Total	5,280	1,222	23.14	22.01, 24.28
1160	2003	30	4	13.33	1.17, 25.50
	2004	50	11	22.00	10.52, 33.48
	2005	48	17	35.42	21.89, 48.95
	2006	260	54	20.77	15.84, 25.70
	2007	344	73	21.22	16.90, 25.54
	2008	436	94	21.56	17.70, 25.42
	2009	182	37	20.33	14.48, 26.18
	Total	1,350	290	21.48	19.29, 23.67

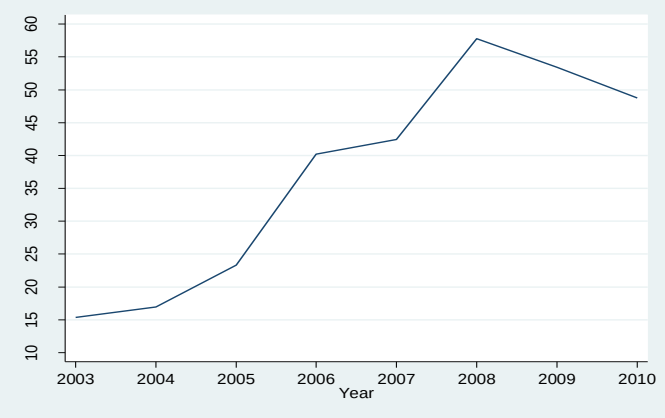
1149 แทน รพ.สต.วัดพระญาติการาม1160 แทน รพ.สต.บ้านใหม่

รูปที่ 3 แนวโน้ม ร้อยละคนไข้เบาหวานที่ FBS<126mg/dl อย่างน้อย 1 ครั้ง

ตารางที่ 7 แนวโน้มจำนวนครั้งและร้อยละคนไข้ความดันเลือดสูงที่ BP<140และ90อย่างน้อย 1 ครั้ง

รพ.สต.	ค.ศ.	จำนวนครั้ง	จำนวนครั้งที่คุมได้	%	95% CI
1160	2003	13	2	15.38	0, 35.00
	2004	59	10	16.95	7.38, 26.52
	2005	103	24	23.30	15.14, 31.47
	2006	199	80	40.20	33.39, 47.01
	2007	278	118	42.45	36.64, 48.26
	2008	315	182	57.78	52.32, 63.23
	2009	305	163	53.44	47.84, 59.04
	2010	324	158	48.77	43.32, 54.21
	Total	1596	737	46.18	43.73, 48.62

1160 แทน รพ.สต.บ้านใหม่

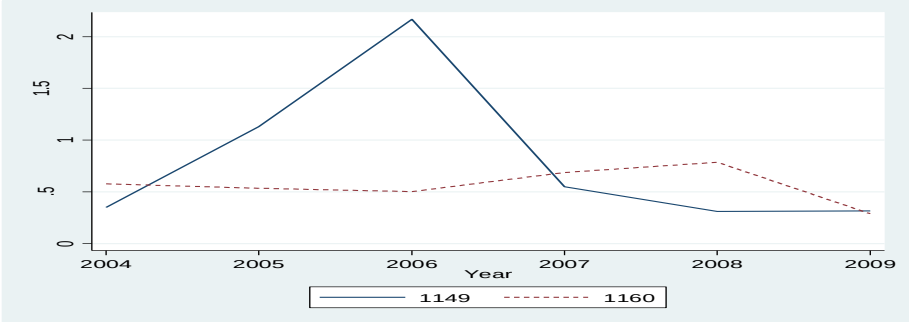


รูปที่ 4แนวโน้มร้อยละคนไข้ความดันเลือดสูงที่BP<140และ90 อย่างน้อย 1 ครั้ง

ตารางที่ 8 ร้อยละจำนวนครั้งคนไข้ส่งต่อ

รพ.สต.	ค.ศ.	จำนวนครั้ง	จำนวนครั้งส่งต่อ	%	95% CI
1149	2004	574	2	0.35	0, 0.83
	2005	620	7	1.13	0.30, 1.96
	2006	646	14	2.17	1.04, 3.29
	2007	1,095	6	0.55	0.11, 0.99
	2008	1,607	5	0.31	0.04, 0.99
	2009	1,581	5	0.32	0.04, 0.58
	2010	1,656	7	0.42	0.11, 0.74
1160	2003	3,361	39	1.16	0.80, 1.52
	2004	9,016	52	0.58	0.42, 0.73
	2005	9,358	50	0.53	0.39, 0.68
	2006	9,957	50	0.50	0.36, 0.64
	2007	10,048	69	0.69	0.53, 0.85
	2008	10,943	86	0.79	0.62, 0.95
	2009	4,155	12	0.29	0.13, 0.45

1149 แทน รพ.สต.วัดพระญาติการาม1160 แทน รพ.สต.บ้านใหม่



รูปที่ 5 แนวโน้มร้อยละจำนวนครั้งการส่งต่อ

ตารางที่ 9 ร้อยละคนไข้เบาหวานหรือความดันเลือดสูงที่คุมได้ติดต่อกัน 3 ครั้งตลอด 7 ปี

รพ.สต.	ผลลัพธ์	จำนวนคน	จำนวนคนที่มีข้อมูล 3 ครั้งติดต่อกัน	จำนวนคนที่คุมได้	%	95% CI
1160	FBS<126mg/dl	159	70	18	25.71	15.42, 35.95
1149	FBS<126mg/dl	506	242	72	29.75	23.99, 35.51
1160	BP <140+90	62	59	20	33.90	21.82, 45.98

1149 แทน รพ.สต.วัดพระญาติการาม 1160 แทน รพ.สต.บ้านใหม่

6.3 พรรณนาปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ผลวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสาร อาจจำแนกปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายรพ.สต..สู่การปฏิบัติ ได้ดังนี้

6.3.1 การสื่อสารนโยบาย และการสนับสนุนงบลงทุน/ครุภัณฑ์ เป็นไปในลักษณะสื่อสารทางเดียว สนับสนุนทางเดียว[13]แม้จะชัดเจนและนิ่งมากกว่ารอบแรก มีกระบวนการติดตามความก้าวหน้าใกล้ชิดมากกว่ารอบแรก แต่ก็เป็นลักษณะสั่งการเร่งรัดมากกว่ามุ่งทำความเข้าใจร่วมกัน โดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่

6.3.2 ความขาดแคลนกำลังคน ยังคงเป็นปัญหาเช่นเดียวกับรอบแรก แม้ระดับนโยบายกสธ.และระดับสสจ.ได้พยายามสนับสนุน โดยกสธ.ประสานกพ.เพื่อขออัตรากำลังเพิ่มเติม ประสานกับวิทยาลัยพยาบาลเพื่อเพิ่มการผลิต/การอบรม พัฒนาศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัว 18 เขตเพื่อพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ[12.13] และสสจ.ทำแผนขยายอัตรากำลังคนและนำแผนสู่การปฏิบัติในระดับหนึ่ง

6.3.3 การพัฒนากลไกระดับอำเภอ ระดับกสธ.มีความตั้งใจชัดเจนที่จะพัฒนาทีมงานของรพ.ชุมชนอันประกอบด้วยแพทย์และสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนการทำงานของรพ.สต.[13]. มีงบประมาณรองรับ (2แสนบาทสำหรับรพช. 1แสนบาทสำหรับแต่ละชุมชน)[14] แต่ผลที่เกิดขึ้นจริงคือ รูปแบบการสนับสนุนยัง

เป็นไปเพื่อการให้บริการ ณ รพ.สต..เป็นหลัก แทนที่จะมุ่งพัฒนาขีดความสามารถและศักยภาพด้านอื่นๆ ร่วมกันการมีส่วนร่วมของชุมชนยังคงเป็นลักษณะชุมชนให้ความร่วมมือตามคำขอ/เสนอของจนท.รพ.สต.. มากกว่าร่วมคิดร่วมทำอย่างเท่าเทียมเท่าทัน

6.3.4 การกำกับติดตามและประเมินผล แม้มีหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจนในกสธ. แต่ยังไม่ได้เป็นไปเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน(complete feedback loops)อย่างทันสถานการณ์สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ แม้ได้มีความพยายามปรับปรุงเกณฑ์ประเมินผลให้ซับซ้อนน้อยลง สอดคล้องกับทิศทางนโยบายมากขึ้นและมีระบบอิเลคทรอนิครองรับเพื่อให้การติดตามเป็นไปรวดเร็วทั่วถึง[13]แต่การใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศในงานประจำเพื่อแสดงผลผลิต/ผลลัพธ์ยังมีความเป็นไปได้ต่ำ

7. อภิปราย

รายงานนี้เป็นการประเมินนโยบายรพ.สต..รอบที่สองได้ข้อค้นพบสำคัญตามวัตถุประสงค์เฉพาะ 5 ประการ ดังนี้

การรับรู้ การแปรนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความคิดเห็น ปัญหา และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานตามนโยบาย รพ.สต.

ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดไปจนถึงรพ.สต..รับรู้นโยบายได้ตรงตามสาระที่ส่วนกลางพยายามสื่อสารมากกว่าการดำเนินนโยบายรพ.สต..รอบแรก ดังจะเห็นได้จากการจัดตั้งรพ.เครือข่ายและรพ.สต.เดี่ยว คณะกรรมการพัฒนารพ.สต..ตลอดจน การวางแผนกำลังคนและเกณฑ์ประเมินผลโดยสสจ.ตามที่ส่วนกลางกำหนด ในส่วนใหญ่ของพื้นที่การประเมินผล แม้ว่าการตอบสนองไม่ได้ตรงไปตรงมาเพราะมีเงื่อนไขอื่นนอกจากนโยบายรพ.สต.. กล่าวคือ ในเรื่องการจัดตั้งรพ.สต เครือข่าย /เดี่ยว (ในทางบัญชีหรือรายงาน)ไม่ได้เป็นไปตามเกณฑ์ของกสธ.เท่านั้นหากยังมีการจัดตั้งตามเกณฑ์ การจัดสรรเงิน ontop หน่วยบริการปฐมภูมิมาตรฐานของสปสช. นี่คือ การตัดสินใจโดยอิสระของพื้นที่เท่าที่กรอบการบริหารจัดการจะเอื้ออำนวย เพื่อใช้โอกาสที่มองเห็นและสามารถคว้ามาได้

บทเรียนสำคัญเรื่องการจัดตั้งรพ.สต.เครือข่าย/เดี่ยว คือ เกณฑ์ที่กำหนดมาจากกสธ ไม่ได้เกิดขึ้นโดยคำนึงถึงสภาพความเป็นจริงในพื้นที่เท่าที่ควร ทำนองเดียวกับ ก) เกณฑ์การจัดสรรเงินและครุภัณฑ์ซึ่งผอ.รพ.สต..จำนวนมากถึง 1ใน 3เห็นว่าไม่สอดคล้องกับความต้องการ และ ข) การคาดหวังให้มีการหมุนเวียนบุคลากรไม่เป็นจริงเพราะพื้นที่เห็นว่าจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ไม่สามารถหมุนเวียนได้ตามคาดหวัง แม้ในความเป็นจริง มีการหมุนเวียนเกิดขึ้นระหว่างรพ.แม่ข่าย กับ รพ.สต. จำนวน1ใน5 ของจำนวนรพ.สต.

ทั้งหมดทั้งนี้ ความขาดแคลนกำลังคนเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายตระหนักร่วมกันและก็ได้ใช้ความพยายามระดับหนึ่งที่จะคลี่คลายในขอบเขตที่ตนรับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติการตามนโยบาย รพ.สต. ตลอดจนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เกณฑ์องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต..นับเป็นความตั้งใจดีอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนและอปท.มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการทำงานของรพ.สต. อย่างไรก็ตาม การตั้งคณะกรรมการฯเป็นเพียงจุดเริ่มต้นเพียงประการเดียวเท่านั้น การเสริมสร้างขีดความสามารถในการมีส่วนร่วมอย่างรู้เท่าทันของตัวแทนภาคประชาชนหรืออปท.ยังเป็นเรื่องท้าทายภายใต้ทางเลือกนี้ ดังปรากฏหลักฐานว่า เจ้าหน้าที่รพ.สต.คือผู้มีบทบาทชี้นำคณะกรรมการฯมากที่สุด ซึ่งไม่ใช่เรื่องแปลกประหลาด แม้แต่คณะกรรมการที่มีองค์ประกอบทำนองนี้และดำเนินการมาก่อนหลายปีก็ยังมีสภาพเดียวกันคือ กลุ่มวิชาชีพครอบงำกลุ่มอื่นเรื่อยมา ดังตัวอย่าง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด[15]
ในบางพื้นที่ เช่น ตำบลบ้านใหม่ อ.พระนครศรีอยุธยา ความสัมพันธ์แนวราบ(อาจเรียกเครือข่าย)ระหว่างจนท.รพ.สต. กับอปท.และชาวบ้านมีมานานก่อนโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนารพ.สต..ของกสธ. ความสัมพันธ์แนวราบอาศัยปฏิสัมพันธ์ไม่เป็นทางการเป็นหลัก แล้วค่อยนำสู่การตัดสินใจร่วมกันอย่างเป็นทางการในรูปคณะกรรมการที่รัฐยอมรับ เช่น คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรและวางแผนโครงการ “ถูกกฎหมาย” ในแง่สมรรถนะการมีส่วนร่วม เห็นได้ชัดจากการจัดกลุ่มสนทนาตัวแทนกรรมการในคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.. เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับรายงานครั้งนี้ว่า ตัวแทนจากตำบลบ้านใหม่ ทั้งอปท.และชาวบ้านซึ่งผ่านการทำงานแนวราบมานาน แสดงความเห็นได้คล่องแคล่วชัดเจน สอดคล้องในทิศทางเดียวกัน โดยแตกต่างอย่างมากจากท่าทีของตัวแทนจากตำบลอื่นๆ

ถ้าเชื่อว่าความสัมพันธ์แนวราบเป็นสิ่งที่เป็นไปเองมากกว่าและเหมาะสมกว่า โดยการสั่งการ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงควรอาศัยการสนับสนุนแทนการสั่งการ วิธีการสนับสนุนอาจอาศัยกลไกอื่นๆ เช่น สหกรณ์บริการสุขภาพ[16] เครือข่ายกลุ่มผลประโยชน์[17] มูลนิธิเพื่อการพัฒนา เป็นต้น ขณะเดียวกัน ก็ควรคำนึงถึงนโยบายที่อาจบั่นทอนการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม เท่าทัน เช่น การจ่ายเงินตอบแทนรายเดือนให้อสม.
นอกจากรูปแบบคณะกรรมการฯที่กล่าวมา แผนสุขภาพตำบล หรือ แผนระดมทุนจากชุมชน เป็นความคาดหวังระดับนโยบายในเชิงกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน/อปท. แต่น่าเสียดายว่า หลักฐานที่ค้นพบไม่ค่อยสนับสนุนว่านโยบายรพ.สต.รอบสองมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงในประเด็นนี้
อันที่จริง กองทุนสุขภาพตำบลอันเป็นเครื่องมือสร้างการมีส่วนร่วมของอปท.โดยการริเริ่มของสปสช.มาตั้งแต่ปีพ.ศ.2549 แม้ปรากฏรายงานว่า เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในประเด็นต่างๆ แต่ก็ยัง

ไม่ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า กิจกรรมเหล่านั้นนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม และอัตราการเจ็บป่วยแต่อย่างใด

โปรดสังเกตว่า ทั้งนโยบายรพ.สต..และนโยบายส่งเสริมบทบาทของอปท.ที่กล่าวมาล้วนเป็นนโยบายมหภาคที่ต้องอาศัยองค์กรเป็นสื่อกลางในการถ่ายลงสู่ระดับปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นรพ.สต.. หรือ อบต. ความก้าวหน้าในการดำเนินนโยบายดังกล่าวเท่าที่ปรากฏบ่งชี้ว่า มีความจำเป็นต้องให้ความสนใจปรับปรุงองค์กรเหล่านี้ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิผล

วัฒนธรรมองค์กร และโครงสร้างองค์กรที่เน้นความสัมพันธ์แบบเป็นทางการและเป็นแนวดิ่ง น่าจะเหมาะสมน้อยกว่า วัฒนธรรมองค์กร และโครงสร้างองค์กรที่เน้นความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการและเป็นแนวราบ

การทำงานสุขภาพระดับรากหญ้าที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนว่าประสบความสำเร็จตามแนวทางนี้มีมากมาย เช่น

1. The Platform on diet, nutrition and physical activityในยุโรป เกิดจากการเชิญชวนกันมาปรึกษาหารือแนวทางแก้ปัญหาโรคอ้วนระหว่างฝ่ายธุรกิจ ประชาสังคมและวิชาการ นำไปสู่ยุทธศาสตร์ควบคุมโรคนี้เมื่อพค 2007[18]
2. โครงการเผยแพร่ความรู้การปรุงน้ำตาลผงเกลือแร่แก้ไขภาวะขาดน้ำในเด็กอุจจาระร่วงรุนแรงแก่แม่หลายล้านคนที่อ่านหนังสือไม่ออกในประเทศบังคลาเทศ โดยองค์กรพัฒนาเอกชนและเครือข่ายชาวบ้าน ทำให้การเข้าถึงน้ำตาลผงเกลือแร่ที่แม่ปรุงเองด้วยมือและภาชนะในครัวเรือนเพิ่มขึ้นจนสามารถลดอัตราตายจากภาวะขาดน้ำรุนแรงในเด็กโรคอุจจาระร่วงรุนแรงได้ชัดเจน[19,20]
3. โครงการกวาดล้างไข้เลือดออกในชุมชนด้วยการใช้mesocyclops(แมลงกินลูกน้ำยุง)ที่ค้นพบจากการวิจัยว่าได้ผลดีและเป็นสิ่งที่หาได้ง่ายในชุมชนแล้วถ่ายทอดให้ชุมชนแพร่ลงแหล่งน้ำเพาะพันธุ์ยุง ทำให้สามารถลดการป่วยจากไข้เลือดออกได้ร้อยละ 77ในเวลาเพียงปีเดียวตลอดพื้นที่ภาคกลางหลังจากประสบความสำเร็จในภาคเหนือของเวียดนามมาก่อน[21]

ถึงเวลาหรือยังที่จะทบทวนจริงจังว่า ความสัมพันธ์และโครงสร้างองค์กรลักษณะใดจึงจะรองรับการถ่ายทอดนโยบายได้ดีกว่าที่เป็นอยู่

วิธีการจัดบริการและการทำงานของ รพ.สต.ตามนโยบาย รพ.สต.

นโยบายรพ.สต. มุ่งหมายให้รพ.สต.ทำงานเชิงรุก งานส่งเสริมป้องกันเป็นสำคัญ แต่ดูเหมือนสิ่งที่เกิดขึ้นกลายเป็นว่า รพ.สต. ทำงานตั้งรับเสียมากกว่างานรุก กล่าวคือ ปรากฏหลักฐานสามชิ้นที่สอดคล้องกัน ได้แก่ เวลาทำงานของรพ.สต..ส่วนใหญ่ เหมือนเดิมหรือตั้งรับมากขึ้น ภาระงานคนไข้นอกย้อนหลัง 3 ปีของรพ.สต.ส่วนใหญ่เพิ่มขึ้น และภาระเงินเชิงรุก 3ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ลดลงหรือคงเดิม(สำหรับกิจกรรม 5 ประเภท แม้ว่าหลักฐานแต่ละประเภทมีน้ำหนักความน่าเชื่อถือทางวิชาการแตกต่างกัน

ถ้านโยบายรพ.สต..อันเป็นเงื่อนไขระดับมหภาคจะมีผลต่อระดับองค์กร ก็ควรพิจารณาว่าเงื่อนไขมหภาคเปลี่ยนแปลงในระดับที่มีนัยสำคัญแล้วหรือยัง ดังตัวอย่างบทเรียนจากบราซิล ปรากฏว่าความสำเร็จในการจัดบริการปฐมภูมิครอบคลุมคนจนทั่วประเทศ สัมพันธ์กับการระดมทรัพยากรจัดสรรไปสู่กิจกรรมและโครงสร้างบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นมาก จนถึงร้อยละ 15ของงบประมาณรัฐด้านสุขภาพทั้งหมด[23] โดยที่ร้อยละ57ของทุนจัดสรรมุ่งไปที่การพัฒนาและอุดหนุนทีมสุขภาพครอบครัวอันประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ความสำเร็จของบราซิลเห็นได้จากการที่ภาระบริการคนไข้ในด้วยโรคเรื้อรังลดลงอย่างต่อเนื่อง [22] คิวรอรับบริการรพ. และคิวรับนัดของแพทย์หดสั้นลงมาก[23]

ถ้าใช้สัดส่วนงบประมาณจัดสรรให้บริการปฐมภูมิของบราซิลเป็นบรรทัดฐาน ก็จะพบว่า เฉพาะงบประมาณ(เกือบทั้งหมดมาจากสปสช.) ในปีพ.ศ.2552 สปสช.จัดสรรสำหรับบริการส่งเสริมป้องกัน(ซึ่งเกือบทั้งหมดคือบริการปฐมภูมิ)ก็มีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ12.2ของงบประมาณต่อหัวประชากร โดยที่ยังไม่รวมงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอก(ร้อยละ30ของงบประมาณต่อหัวประชากร)ซึ่งจำนวนไม่น้อย ก็เพื่อบริการปฐมภูมิด้วยเช่นกัน[24]

ดังนั้น ตัวเลขงบประมาณจึงไม่น่าจะเป็นประเด็นสำคัญที่สำคัญกว่าจึงน่าจะเป็นเรื่องวิธีจัดสรรและใช้เงิน วิธีจัดสรรเงินของสปสช.เปลี่ยนแปลงบ่อย ในทิศทางที่หมวดเงินแยกย่อยมากขึ้น จนล่าสุด(2554) สปสช.ได้จัดตั้งกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและจัดสรรงบประมาณพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ(ต่างหากจากงบOP/PP) ครอบคลุม ก) กำลังคนและการลงทุน ข)การพัฒนา..คุณภาพ กลไกบริการ ระบบบริการ แรงจูงใจตามเกณฑ์ศักยภาพ และเกณฑ์คุณภาพ[25]

รายงานนี้พบหลักฐานการตอบสนอง(ซึ่งน่าจะตีความได้ว่าคือการใช้เงิน)ของหน่วยบริการในพื้นที่ต่อวิธีจัดสรรเงินล่าสุดคือ การจัดเครือข่ายรพ.สต..ให้สอดคล้องกับเกณฑ์ศักยภาพของสปสช.(และเกณฑ์กำลังคนของกสธ.)ในทางบัญชี แต่ไม่ได้มีผลจริงจังต่อการปรับโครงสร้างเครือข่ายที่เชื่อมโยงไปถึงการปรับสมรรถนะบริการในแต่ละหน่วยบริการหรือเครือข่าย

เมื่อเป็นเช่นนี้ แล้ววิธีใช้เงินที่เหมาะสมมากกว่าควรเป็นอย่างไร?

การประเมินผลโครงการพัฒนาทีมสุขภาพครอบครัวของบราซิลว่า การพัฒนาฯควรคำนึงถึงประสบการณ์ตรงของทีม ความต้องการเพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีม และความต้องการของชุมชน[26] ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบแห่งความสำเร็จจากกรณีศึกษาในประเทศไทยที่กล่าวข้างต้นถึงการพัฒนาเครือข่ายบริการเฉพาะโรค เช่น ช่องทางด่วนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน เครือข่ายบริการยาวาฟารินจังหวัดอุบลราชธานี[28,29,30]

ความแตกต่างระหว่างการจัดเครือข่ายรพ.สต.. กับ การจัดเครือข่ายบริการเฉพาะโรค คือ กรณีแรกเป็นไปโดยลำพังหน่วยบริการปฐมภูมิ และปราศจากองค์ประกอบดังกรณีหลัง อันได้แก่ ความร่วมมือทางวิชาการและการบริหารเพื่อพัฒนารูปแบบบริการและระบบสนับสนุน(แผนทำงานร่วมกัน ระบบสารสนเทศ(สำหรับ

ติดตามประเมินผลของทีมปฏิบัติ ไม่ใช่รายงานเบื้องบนเป็นหลัก) กลไกประสาน การพัฒนาขีดความสามารถอย่างเจาะจง) โดยมีเป้าหมายชี้นำชัดเจน ใช่หรือไม่ว่า นี่คือวิธีใช้เงินที่ดีกว่า

ผลผลิต(outputs) ผลลัพธ์(outcomes) และผลกระทบ(impacts)ต่อประชาชนและชุมชน ที่เกิดขึ้นจากบริการของรพ.สต.

สำหรับงานเชิงรุก คณะประเมินผลทุกจังหวัดไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงปริมาณในรูปที่จะนำมาวิเคราะห์ทางสถิติได้

ในส่วนงานตั้งรับ เท่าที่มีข้อมูลปริมาณจากอยุธยา ให้วิเคราะห์ พบว่า รพ.สต.ทุกแห่งรวมกันในอำเภอพระนครศรีอยุธยา มีปริมาณงานมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวมกันแล้วมากกว่าของรพ.แม่ข่าย รพ.สต. ดูแลคนไข้ภาวะเรื้อรังและภาวะเฉียบพลันมากกว่ารพ.แม่ข่าย ยกเว้นภาวะบาดเจ็บที่กลับกัน (ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการด้วย 4 สภาวะ ระหว่างรพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอพระนครศรีอยุธยา กับ รพ.พระนครศรีอยุธยา พ.ศ.2553) น่าเสียดายไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพบริการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพ.สต. เท่าทีมีข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลคนไข้เบาหวานและความดันเลือดสูงจากรพ.สตสองแห่งที่แห่งหนึ่งมีแพทย์ประจำ อีกแห่งมีแพทย์หมุนเวียนสปด.ละ 1วัน พบว่า การดูแลเบาหวานในระดับควบคุมน้ำตาลได้ มีสัดส่วนต่ำกว่า 1/3 กรณีความดันเลือดสูง สัดส่วนนี้เท่ากับ 1/3(ตารางที่ 9)เมื่อเทียบกับร้อยละคนไข้เบาหวานและความดันเลือดสูงที่ควบคุมได้ในระดับประเทศ[27](วัดเพียงครั้งเดียว) ปรากฏว่า ตัวเลขในปีพ.ศ.2552 ของสองรพ.สต..ต่ำกว่าของประเทศในกรณีเบาหวาน และในกรณีความดันเลือดสูงตัวเลขของรพ.สต..บ้านใหม่สูงกว่าของประเทศกว่าสองเท่า

อย่างไรก็ตามภาพเปรียบเทียบนี้ยังห่างไกลเกินกว่าจะสรุปได้ว่า รพ.สต..ส่วนใหญ่ให้บริการโรคเรื้อรังได้ผลเพียงใด โดยวิธีประเมินผลในรายงานนี้ ซึ่งทีมประเมินผลเกือบทั้งหมดมีข้อจำกัดมากในการเข้าถึงข้อมูลในระบบบริการ

การเข้าถึงข้อมูลปริมาณได้ยากแม้ทุกรพ.สต.ล้วนมีภาระในการบันทึกข้อมูลค่อนข้างมาก สะท้อนให้เห็นโอกาสพัฒนาระบบสารสนเทศที่เรื้อรังมานาน คือเป็นระบบที่ไม่เอื้ออำนวยการใช้ประโยชน์ ณ หน่วยบริการ

โปรดสังเกตว่า ความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพบริการมักเกิดขึ้นควบคู่กับการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจของหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการนั้นๆ เช่น เครือข่ายบริการยาวาฟารินจังหวัดอุบลราชธานี[28] เครือข่ายบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองอุดกั้นเฉียบพลัน[29] เครือข่ายบริการทางด่วนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน[30] เป็นต้น

ปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

เพื่อให้สอดคล้องกับผลการศึกษาจึงจำแนกการอภิปรายปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายรพ.สต..สู่การปฏิบัติ ได้ดังนี้

1. การสื่อสารนโยบาย ในลักษณะทางเดียว สั่งการเร่งรัด มีมานานตามธรรมชาติของระบบบริหารราชการแบบรวมศูนย์อำนาจ การสื่อสารนโยบายลักษณะนี้ได้ผลน้อยลงเรื่อยๆในระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและปรับตัวตลอดเวลา ความสำเร็จเกี่ยวกับเครือข่ายบริการทางด่วนและบริการยาวาฟารินที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้เป็นผลจากการสั่งการเร่งรัดเป็นตัวอย่างที่ชัดเจน ว่าการสื่อสารในลักษณะกระตุ้นให้คนทำงานริเริ่มด้วยตนเอง และชี้ช่องว่ามีโอกาสสนับสนุนรออยู่ ควรเป็นแนวทางหลักในการสื่อสารนโยบาย
2. ความขาดแคลนกำลังคนปัญหานี้เรื้อรังมานาน สะท้อนให้เห็นความไม่แน่นอนชัดเจนในการวางแผนและดำเนินแผนระยะยาว ทั้งๆที่รู้กันว่า การจัดการกำลังคนต้องการเวลายาวนาน ผิดจากการจัดหาเครื่องมือครุภัณฑ์ล่าสุดมีสัญญาณขานรับการวางแผนระยะยาวโดยกระทรวงสาธารณสุข[31]และผลักดันจนเกิดมติครม.อนุมัติหลักการโครงการทศวรรษการผลิตและพัฒนากำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ระยะเวลาตั้งแต่ปี 2555-2564 จำนวน 10,749 ล้านบาทเพื่อผลิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ 16,500 คนเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเฉพาะการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู[32]อย่างไรก็ตาม ยังต้องอาศัยการติดตามผลักดันให้มีผลในทางปฏิบัติ รวมทั้งติดตามกำกับเพื่อให้ชัดเจนว่าจะเกิดผลตามที่คาดหมายอย่างยั่งยืนต่อไปในระยะสั้น การอาศัยกำลังคนเท่าที่มีอยู่เพื่อปรับปรุงบริการยังมีความเป็นไปได้ ดังที่มีตัวอย่างมาแล้วหลายแห่งตามที่กล่าวถึงข้างต้น ซึ่งเป็นเรื่อง การออกแบบและการบริหารจัดการที่ดี
3. การพัฒนากลไกระดับอำเภอ ดูเหมือนทางเลือกที่เห็นผลชัดเจนกว่าแนวทางการพัฒนาทีมงานของรพ.ชุมชนโดยกสธ. ได้แก่ แนวทางของ...สวรส.ภายใต้โครงการR2Rและเครือข่ายภายใต้การสนับสนุนของสปสช. เช่น เครือข่ายบริการรพ.มวกเหล็ก เครือข่ายบริการรพ.ภูมิพล เครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า จ.นครราชสีมา เป็นต้น เพื่อการขยายผล ลองพิจารณาความเหมือนกันที่น่าจะเป็นองค์ประกอบแห่งความสำเร็จของแนวทางที่กล่าวมานี้ ได้แก่ ก) ภาวะผู้นำของแพทย์ในลักษณะความสัมพันธ์แนวราบ(ไม่ใช่การสั่งการ) ข)ความชัดเจนและเป็นระบบในการออกแบบและดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการ(ด้วยจุดมุ่งหมายทางคลินิกที่จับต้องได้) และพัฒนาทีมงานบนฐานความรู้อันหนักแน่น ค)การพัฒนาและใช้ประโยชน์ระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจของเครือข่ายบริการ(ไม่ใช่เพื่อรายงานเบื้องบนเป็นหลัก)จนสามารถแสดงผลผลิต/ผลลัพธ์ได้อย่างชัดแจ้ง ง) ทุนสนับสนุนการบริหารจัดการ(นิเทศงาน ประสานงาน)โปรดสังเกตว่าคุณลักษณะเช่นนี้

สอดคล้องกับการวิเคราะห์บทเรียนบูรณาการระบบบริการในต่างประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา[33]

4. การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินการเรื่องนี้โดยกสธ.ย่อมเข้าใจได้ว่า มุ่งหมายเพื่อการตัดสินใจนโยบายระดับประเทศอันอาจนำไปสู่การปรับปรุงระบบสนับสนุน ซึ่งจะเป็นไปในลักษณะที่ทำให้เกิดการร้อยเรียงองคาพยพทั้งหลายอย่างเป็นเอกภาพจนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้สักเพียงใด ย่อมขึ้นกับสมมติฐานที่อยู่เบื้องหลังการออกแบบระบบกำกับติดตามประเมินผล เสียงสะท้อนจากคนทำงานในพื้นที่ในเรื่องความไม่สอดคล้องของการสนับสนุนเงินและครุภัณฑ์บ่งชี้ว่า สมมติฐานเบื้องหลัง ก็คือ หน่วยบริการเป็นกลไกที่สั่งได้ดังใจหมาย(passive agents) และระดับนโยบายรู้ดีที่สุดว่าใครต้องการอะไร เมื่อให้การสนับสนุนแล้ว ก็ตามดูว่าได้ดังใจหรือไม่ ถ้ายังไม่ได้การก็สั่งซ้ำลงไปอีกจนกว่าจะได้ หรือแทนที่ผู้รับผิดชอบด้วยบุคคลที่เชื่อว่าจะทำตามสั่งได้ ในอีกด้านหนึ่ง การกำกับติดตามประเมินผลแบบโครงการR2Rเป็นตัวอย่างที่สะท้อนสมมติฐานอีกประเภท คือ เชื่อว่าหน่วยบริการมีความสามารถในการปรับตัว เมื่อได้รับอิสระในการคิดริเริ่มและดำเนิน ได้รับการสนับสนุนตามความจำเป็น การกำกับติดตามและประเมินผลจึงมุ่งหมายเพื่อรับรู้ตลอดสายของการเปลี่ยนแปลง อาจเรียกว่า วงจรplan-do-check-act แล้วสะท้อนโอกาสพัฒนาผ่านการเรียนรู้ข้ามเครือข่าย เป็นความสัมพันธ์แนวราบโดยเอาความรู้เป็นฐาน โปรดสังเกตว่าหลายเครือข่ายภายใต้โครงการR2Rก็ยังไม่ประสบความสำเร็จโดยเฉพาะเครือข่ายหรือหน่วยปฐมภูมิโดดๆ เข้าใจว่าน่าจะเกิดจากความอ่อนแอทางวิชาการ(ฐานความรู้ไม่แน่นพอ) ซึ่งแยกยากจากภาวะผู้นำ(มีข้อสังเกตว่า เครือข่ายที่ประสบความสำเร็จล้วนมีผู้นำที่รอบรู้ รู้จริงในเรื่องที่ตนนำ)

8. ข้อจำกัดของรายงานฉบับนี้

1. การเลือกรพ.สต. 68 แห่ง อย่างเจาะจง ทำให้อาจจะไม่ได้ข้อค้นพบที่เป็นตัวแทนของ รพ.สต. ทั้งหมด(selection bias) และยากจะคาดคะเนว่าข้อค้นพบเบี่ยงเบนไปในทิศทางใดเนื่องจากไม่มีข้อมูลผลดำเนินการของรพ.สต อื่นๆมาเปรียบเทียบ เพราะเข้าไม่ถึงข้อมูลเชิงปริมาณเป็นส่วนใหญ่
2. กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ระดับชุมชนส่วนใหญ่ถูกเลือกโดยบุคลากรของรพ.สต..(selection bias) พวกเขาจึงอาจให้ความเห็นและการรับรู้เบี่ยงเบนไปในทิศทางที่เอื้อประโยชน์ต่อรพ.สต.มากเกินจริง
3. ทีมประเมินผลประกอบด้วยผู้สัมภาษณ์จำนวนเกินกว่า 20 คน ดำเนินการแยกกันตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ แม้มีกระบวนการปรึกษาหารือระหว่างผู้สัมภาษณ์ และแนวคำถามชุดเดียวกันสำหรับทุกกลุ่มเป้าหมาย แต่ความลึกและกว้างในการเจาะประเด็น การสรุปข้อค้นพบย่อมแตกต่างกัน

ตามประสบการณ์ อคติซ่อนเร้น และพื้นความรู้เดิม ทำให้อาจมีความแปรปรวนของข้อค้นพบประเภท information bias โดยมีแนวโน้มเอนเอียงไปทางที่จะรายงานความเห็นมากกว่าการรับรู้และรายงานความเห็นที่ไม่ได้ผ่านการเจาะลึกหาที่มาให้แจ่มชัด(low objectivity) ขาดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความเห็น/ความรับรู้จากการสอบทานข้อมูลจากหลายแหล่ง (triangulation)เท่าที่ควร

9. สรุปข้อค้นพบ

1. การยกระดับขีดความสามารถของรพ.สต..เป็นทิศทางที่ถูกต้อง เพราะสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิ
2. นโยบายรพ.สต.ในสมัยรมต.จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ (กลางปี 2553 - กลางปี 2554) มีความชัดเจนและว่องไวมากขึ้นกว่าปี 2552 ในการสนับสนุนทาง ก) กายภาพและเครื่องมือ ข) การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนารพ.สต..โดยมีอปท.และคนภายนอกอื่นๆเป็นกรรมการร่วมกับบุคลากรของรพ.สต. ค)กลไกประสานในส่วนกลาง และง)เกณฑ์ประเมินผลรพ.สต. ที่ชัดเจน ตรงประเด็นและกระชับมากขึ้นแต่วิธีจัดสรรทรัพยากรไม่ยืดหยุ่น และ ไม่สอดคล้องกับความต้องการในพื้นที่
3. ผลจากการถ่ายทอดนโยบายปรากฏดังนี้
    ๑. ด้านการจัดโครงสร้าง รพ.สต.เดี่ยว และรพ.สต.เครือข่าย
    ๒. ไม่มีการจัดโครงสร้าง รพ.สต. แบบเครือข่ายจริง การแบ่งประเภท รพ.สต.เป็น แบบเครือข่าย หรือ เดี่ยว ในทางปฏิบัติมีความสับสนระหว่างการใช้เกณฑ์ที่กสธ.กำหนด(ตามจำนวนประเภทบุคลากร) กับ ตามเกณฑ์เพื่อให้ได้เงินontop ของสปสช. ชัดเจนว่า การจัดการเครือข่ายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปเพื่อรายงานเบื้องบน ส่วนเพื่อให้ได้เงินก็ใช้เกณฑ์สปสช. แต่ไม่ปรากฏเครือข่ายรพ.สต.ตามเกณฑ์ทั้งสองในลักษณะที่มีการทำงานร่วมกันหรือแบ่งปันทรัพยากรร่วมกันจริง
    ๓. ก่อนหน้าปรากฏเกณฑ์เครือข่ายจากส่วนกลางทั้งสองประเภท พบการทำเครือข่าย(โซน)ระหว่าง รพ.สต.ด้วยกันอยู่เดิมแล้ว เพื่อช่วยเหลือและแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลในทีมสหวิชาชีพ
    ๔. คณะกรรมการพัฒนารพ.สต..
        i. มีการแต่งตั้งตามเกณฑ์ของกสธ.กว่าร้อยละ 90 แต่ประชุมเพียง 1/3โดยเกือบทั้งหมดที่ประชุมแล้วมีมติอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น งบประมาณรพ.สต. แผนสุขภาพตำบล งบประมาณตามแผนสุขภาพตำบล เป็นต้น

ii. ไม่พบการแต่งตั้งคณะกรรมการ รพ.สต. ในลักษณะกรรมการเครือข่าย ที่สะท้อนถึงการบริหารจัดการงานในลักษณะเครือข่าย (ไม่มีการทำงานเป็นเครือข่ายอย่างแท้จริง)

iii. เจ้าหน้าที่รพ.สต.เป็นกลุ่มที่มีบทบาทมากที่สุดในคณะกรรรมการรพ.สต..แสดงว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและอปท.ด้วยกลไกนี้ยังเป็นเรื่องท้าทายอยู่มาก

๕. รพ.สต. กว่าร้อยละ 90 ได้รับงบประมาณจากกสธ. และร้อยละ85ที่ได้รับงบประมาณจากกสธ.ก็ได้ดำเนินการแล้วโดยที่ 1/3 เห็นว่าไม่ตรงตามความต้องการ

๖. รพ.สต. ร้อยละ92 ได้รับครุภัณฑ์แล้ว โดย 1/3 เห็นว่าไม่ตรงตามความต้องการ

๗. งบประมาณแหล่งอื่นส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งในส่วนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว (UC) หรืองบประมาณจากท้องถิ่นและรวมถึงเงินสนับสนุนจากชุมชน

๘. ค่อนข้างชัดเจนว่า สสจ.มีบทบาทสำคัญในการจัดการกำลังคนในพื้นที่

4. อย่างไรก็ตาม **ไม่ปรากฏ** หลักฐานว่า นโยบายรพ.สต.ในสมัยรมต.จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากแนวโน้มที่เป็นมาในเรื่องต่อไปนี้

๑. บริการที่ดี (5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บิรโภค)

๒. ระบบประกันคุณภาพยังคงใช้เกณฑ์HCA,PCA เหมือนเดิม

๓. การเชื่อมโยงบริการ/ข้อมูลคลินิกระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่าย

๔. รพ.แม่ข่าย/แพทย์ให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการของ รพ.สต. ในระดับน้อย แม้ว่าบริการส่วนหนึ่งของ รพ.สต. เป็นบริการเชิงรุกด้านการรักษาพยาบาล กิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่จัดโดย รพ.แม่ข่าย ซึ่งเป็นที่น่าพอใจของผอ.รพ.สต.เกือบครึ่งหนึ่ง

5. ปรากฏหลักฐานชัดเจนเฉพาะอำเภอพระนครศรีอยุธยาว่า ปริมาณคนไข้นอก (ยกเว้นการบาดเจ็บ) กระจายออกไปที่รพ.สต..ได้จริง ระยะเวลารอคอยบริการที่รพ.ใหญ่ลดลงจริงและความพึงพอใจของคนไข้นอก ที่ รพ.ใหญ่ก็เพิ่มขึ้น โดยที่เงื่อนไขแห่งความสำเร็จน่าจะได้แก่

๑. รพ.ใหญ่ในฐานะแม่ข่ายร่วมมือกับรพ.สต. โดยมีเป้าหมายที่วัดได้ชัดเจน คือ ลดความแออัด

๒. การร้อยเรียงปัจจัยสนับสนุนอย่างเหมาะสมเพียงพอ ทั้งทางวิชาการ บุคลากร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์) เงินดำเนินการ เครื่องมือ สารสนเทศ ช่องทางการสื่อสาร แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย และเวชภัณฑ์

๓. ผู้ประสานงานจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อเอื้ออำนวยให้การร้อยเรียงดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่องจนสามารถมุ่งสู่เป้าหมาย

๔. เงินสนับสนุนจากสปสช.ตั้งแต่ปีพ.ศ.2549 ภายใต้นโยบายลดความแออัด

6. อุปสรรค และโอกาสพัฒนา

๑. การสื่อสารนโยบาย ในลักษณะสั่งการเร่งรัดได้ประโยชน์จำกัด

๒. การขาดแคลนกำลังคน ยังดำรงอยู่และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตอบสนองนโยบาย

๓. การพัฒนากลไกระดับอำเภอ ยังไม่บรรลุเจตนาให้เกิดทีมงานสุขภาพ

๔. การกำกับติดตามประเมินผล ยังไม่เป็นไปในทิศทางที่ส่งเสริมการเรียนรู้ปรับตัวของพื้นที่ การใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศเพื่อแสดงผลผลิต/ผลลัพธ์ยังมีความเป็นไปได้ต่ำ

10. ข้อเสนอแนะนโยบาย

การประมวลและวิเคราะห์ข้อค้นพบที่กล่าวมา ช่วยให้พอมองเห็นโอกาสพัฒนาสาระนโยบาย(policy content) และการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ดังต่อไปนี้

10.1 สำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(สป สธ)และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช) โดยที่อุปสรรคสำคัญยิ่งในการถ่ายทอดนโยบายระดับพื้นที่คือ ขีดจำกัดในการปรับตัวตามโครงสร้างแนวดิ่งขององค์กร/หน่วยบริการตั้งแต่ระดับจังหวัดเรื่อยลงไป ดังนั้น การส่งเสริมโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรในระดับพื้นที่ให้เป็นไปในลักษณะปฏิสัมพันธ์แนวราบบนฐานความรู้น่าจะมีความสำคัญอันดับต้น เพื่อให้สามารถระดมศักยภาพด้านต่างๆ ของพื้นที่ได้มากกว่าที่เป็นอยู่ ทางเลือกที่น่าสนใจคือ สปสธ และสปสชควรร่วมกันผลักดันจัดตั้ง คณะกรรมการเขตสุขภาพรับผิดชอบกำกับดูแล/สนับสนุนระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชนในขอบเขตแน่ชัดอย่างเบ็ดเสร็จทุกระดับ(comprehensive) ไร้รอยต่อ ครบวงจร[2] (full cycle of care) ทั้งนี้ การจัดเครือข่ายหน่วยบริการระดับเขตและจังหวัดให้อาศัยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน และeconomy of scale และพร้อมจะปรับตัวตามสถานการณ์จริงที่แปรเปลี่ยนโดยยึดหลักสองประการนี้ คณะกรรมการเขตสุขภาพควรประกอบด้วยหลายภาคีได้แก่ กสธ อปท ประชาสังคม อุดมศึกษา เอกชน เชื่อว่าทางเลือกนี้ไม่เพียงตอบสนองความต้องการระยะยาวในการปรับตัวอย่างยั่งยืนของระบบบริการลักษณะดังกล่าว หากยังช่วยคลี่คลายข้อจำกัดด้านกำลังคนอันเป็นอุปสรรคใหญ่ได้ดีกว่าโครงสร้างแนวดิ่งในปัจจุบัน ดังอภิปรายไว้เกี่ยวกับการทำงานสุขภาพระดับรากหญ้า

10.2 ผู้ตรวจราชการ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกันพิจารณาระดมและจัดสรรกำลังคนด้วยการเกลี่ยและ/หรือหมุนเวียน ตามแผนการพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ (district health system)ที่มีขอบเขตและเป้าหมายบริการชัดเจน เช่น การควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน/ความดันเลือดสูง ดังตัวอย่างระบบบริการอำเภอมวกเหล็ก สระบุรี หรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า(อ.เมือง นครราชสีมา) และพัฒนากำลังคนควบคู่ไปด้วยทั้งโดยการฝึกอบรมนอกงานและในงาน(in service training)

10.3 รพ.อำเภอ อปท.และสสอ. ควรร่วมกันวางแผนระดมและสนับสนุนงบประมาณ(จากทุกแหล่ง)โดยมุ่งหมายสนับสนุนทีมสหวิชาชีพและชุมชนให้ทำงานบนฐานความรู้และเป็นเครือข่ายระหว่างสถานพยาบาลต่างระดับและรวมอสม.หรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ โดยมีเป้าหมายการพัฒนา/ทำงานประจำที่เน้นตอบโจทย์ของพื้นที่เป็นหลักและสอดคล้องกับเป้าหมายใหญ่

[2] ก่อนป่วย ป่วย เกิดโรคแทรก หาย/ทุเลา/ตาย/พิการ

ระดับประเทศเช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บเป็นต้น ทั้งนี้โดยกสธ.มุ่งเน้นการพัฒนาระบบ(กำหนดทิศทาง เป้าหมายใหญ่ มาตรฐาน กฎเกณฑ์ กรอบการลงทุน)

10.4 สปสธ.และสปสช.ควรร่วมกันพัฒนากลไกการกำกับติดตามนโยบาย ในส่วนเพื่อการปรับปรุงนโยบายมหภาค ควรอาศัยระบบสารสนเทศในงานประจำแทนการสร้างระบบแยกเป็นเอกเทศ อันจะเพิ่มภาระแก่หน่วยบริการมากเกินจำเป็นและบดบังความตระหนักที่จะพัฒนาระบบสารสนเทศงานประจำให้ตอบสนองการตัดสินใจระดับหน่วยบริการเป็นหลัก สุดท้าย ก็เลยไม่ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเชื่อถือได้เสียที และขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบก็ไม่พัฒนาเสียที วนเวียนเป็นวัฏจักรถดถอยไม่จบสิ้นในขณะเดียวกัน การกำกับติดตามในทุกระดับควรเป็นไปเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันให้มากที่สุดแทนการไล่ตามตัวเลขดัชนีต่างๆซึ่งไม่เพียงได้ประโยชน์จำกัดยังบั่นทอนการเรียนรู้ ดังเช่นที่เป็นมา

ภาคผนวกที่ 1 ตัวอย่างพื้นที่ในรายงานนี้

ตารางที่ 10 จังหวัด อำเภอ และตำบล(รพ.สต.)ที่เป็นตัวอย่างพื้นที่ในรายงานนี้

ลำดับที่	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
1	พระนครศรีอยุธยา	พระนครศรีอยุธยา	บ้านใหม่ วัดพระญาติ ภูเขาทอง บ้านป้อม
2	ชลบุรี	บ้านบึง	มาบลำบิด หัวกุญแจ หนองแดง หนองยาง
3	นครปฐม	เมือง	หนองงูเหลือม ตลาดจินดา บ้านตากแดด
4	**นครนายก**	**บ้านนา**	**ละว้า** **เขาเพิ่ม**
5	สมุทรสงคราม	อัมพวา	โคกเกตุ เหมืองใหม่ คลองเหมืองใหม่
6	**สกลนคร**	**พรรณานิคม**	**โคก** **นาขาม** **ไฮ่** **โนนเรือ** **บัวใหญ่**
7	กาฬสินธุ์	กมลาไสย	โพนงาม บ้านบึง สีถาน สวนโคก
8	**ชัยภูมิ**	**เมือง**	**นาฝาย** **บ้านค่าย** **ห้วยต้อน**

ลำดับที่	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
			สามพันตา
9	อุดรธานี	หนองหาน	ค้อใหญ่ คอนสาย ดงบาก หนองบัวแดง
10	**อุบลราชธานี**	**เมือง**	**ด้ามพร้า** **ปทุม** **ปากน้ำ** **ผาแก้ว**
11	พิษณุโลก	พรหมพิราม	มะตูม บ้านหางไหล หนองแขม บ้านคลองตาล
12	**นครสวรรค์**	**ชุมแสง**	**บ้านเกยไชย** **สันเนิน** **บ้านหนองขอน** **บ้านท่ากร่าง**
13	ชัยนาท	สรรคบุรี	เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บางขุด ดงคอน บ้านเทพรัตน์ ดอนกำ
14	**เชียงใหม่**	**สารภี**	**ยางเนิ้ง** **พญาชมภู** **บ้านท่าต้นกวาว**
15	พะเยา	จุน	ห้วยยางขาม หงส์หิน สักลอ
16	**สุราษฎร์ธานี**	**พุนพิน** **นาสาร**	**ท่าสะท้อน** **หัวเตย** **ยางอุง**

ลำดับที่	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
			ทุ่งเตา
17	ตรัง	ห้วยยอด	ห้วยนาง
			ท่างิ้ว
		กันตัง	บางสัก
			วังวน
18	**สงขลา**	**เทพา**	**วังใหญ่**
			สะกอม
		ระโนด	**บ้านใหม่**
			สามอ่าง

ภาคผนวกที่ 2 แนวคำถามสำหรับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

แนวทางคำถาม ผู้ตรวจ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
ประเด็นเชิงโครงสร้าง							
1. มีการจัดโครงสร้างองค์กรแบบใหม่ๆ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบหลังจากมี นโยบาย รพ.สต. บ้างหรือไม่ อย่างไร อธิบาย							
2. นโยบายพัฒนา รพ.สต. ที่กำหนดให้ เป็น รพ.สต.เดี่ยว/ รพ.สต.เครือข่าย							
o บริหารจัดการ รพ.สต.เดี่ยว // บริหาร รพ.สต. เครือข่าย ในพื้นที่รับผิดชอบเป็นอย่างไร (เครือข่ายจริงหรือไม่)							
o บทบาทของ รพ.สต. ทั้งเดี่ยว – เครือข่าย แต่ละแห่งเป็นอย่างไร รพ.สต.ในเครือข่ายมีความสัมพันธ์เชิงราบระหว่างกันอย่างไร							
o ความสัมพันธ์ของหน่วยงานสูงกว่า (ส่วนกลาง, สสจ, รพ.แม่ข่าย) ต่อ รพ.สต. เดี่ยว/กลุ่ม เป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร							
o ความเห็นต่อการกำหนดนโยบายพัฒนา รพ.สต. ที่กำหนดให้ เป็น รพ.สต.เดี่ยว/ รพ.สต.เครือข่าย อย่างไร							
3. คณะกรรมการ รพ.สต.							
o แต่งตั้งคณะกรรมการ รพ.สต.ชัดเจนแล้วหรือไม่ องค์ประกอบเป็นอย่างไร ได้รายชื่อกรรมการมาอย่างไร ***(ขอคำสั่ง)***							
o คกก.รพ.สต. มีมติสำคัญอะไรไปแล้วบ้าง หลังมีมติแล้ว ใครเป็นผู้นำไปปฏิบัติบ้าง มากน้อยเพียงใด และ คกก. ติดตามอย่างไร ***(ขอรายงานการประชุม)***							
o คกก. รพ.สต. มีบทบาทอย่างไรในการบริหาร / จัดบริการ ใน รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร มีปัญหา							

แนวทางคำถาม ผู้ตรวจ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
อุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไร							
o คกก. รพ.สต. มีความสัมพันธ์กับ หน่วยงานระดับสูงกว่า, รพ.สต. และกองทุนต่างๆ ในชุมชน อย่างไร 1. (เช่น ถูกครอบงำ จากเบื้องบน หรือไม่ หรือ รพ.สต. ครอบงำ คกก. หรือ ความสัมพันธ์ทั้ง 2 ด้านเป็นการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม) มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้น อย่างไร							
o ได้เคยประเมินการทำงานของ คกก. รพ.สต. ในพื้นที่ไปแล้วหรือไม่ ผลการประเมินเป็นอย่างไร ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามผลการประเมินอย่างไร ***(ขอเอกสาร)***							
4. ในพื้นที่รับผิดชอบ มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (เน้น รพ.สต.) หรือไม่ อะไรบ้าง							
ประเด็นทรัพยากร การเงิน (การได้รับและการกระจาย) บุคลากร วัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ							
5. งบประมาณจากรัฐบาล (งบ SP2, งบ สปสช. อื่นๆ)							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย -- ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานของท่าน - ได้รับเงินงบประมาณเพื่อการปรับปรุงสถานที่/ภูมิทัศน์ ของ รพ.สต. แล้วหรือไม่ จำนวนเท่าไร ดำเนินการอย่างไรกับเงินดังกล่าว							
o ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์ เพิ่มเติมแล้วหรือไม่ จัดซื้อโดยใคร จำนวนเท่าไร ตรงกับความต้องการหรือไม่							
o มีความเห็นอย่างไรกับ “เงิน” และ “ของ” ที่ได้รับ ตามนโยบาย รพ.สต.							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการ							

แนวทางคำถาม ผู้ตรวจ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
กำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงเงินเหมาจ่ายรายหัว ที่ได้รับจาก สปสช. ผ่าน CUP ทั้ง เงินผู้ป่วยนอก (OP) ผู้ป่วยใน (IP) ป้องกันและควบคุมโรค (PP) หรือไม่ อะไรบ้าง 2. (สสจ/CUP ได้รับเงินเปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่ สสจ/CUP ส่งต่อให้ รพ.สต. แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ ทั้ง รพ.สต.เดี่ยว-รพ.สต.เครือข่าย และ รพ.สต.เดี่ยว/รพ.สต.แม่ข่าย/รพ.สต.ลูกข่าย ได้รับแตกต่างกันหรือไม่)							
6. หลังจากมีนโนบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการด้านกำลังคนในหน่วยงานที่รับผิดชอบของท่านหรือไม่ อย่างไร							
o จำนวน เพิ่ม-ลด เท่าไร ประเภทใดบ้าง ครบถ้วนตามข้อกำหนดนโยบาย แล้วหรือไม่ บุคลากรเพิ่มขึ้นมาจากแหล่งใด (เช่น จ้างเพิ่ม หมุนเวียนจาก รพ.แม่ข่าย/รพ.สต.ในเครือข่าย กำหนดการทำงานหมุนเวียนเป็นอย่างไร)							
o มีการกำหนดหน้าที่ของบุคลากรแต่ละประเภท และแนวทางการทำงานของแต่ละวิชาชีพไว้ชัดเจนแล้วหรือไม่ แต่ละวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างไร ***(ขอดู Job description)***							
7. ความคิดเห็นต่อการจัดการบุคลากร สำหรับ รพ.สต. ปัจจุบัน และแนวทางการจัดการในอนาคต							
การติดตามและประเมินผล							
8. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทาง/ระบบติดตามและประเมินผลนโยบาย รพ.สต. อย่างไรบ้าง กระบวนการ/วิธีการในการติดตามและประเมินเป็นอย่างไร ใช้อะไรเป็นเครื่องมือ ผู้ติดตาม ความถี่ในการติดตาม							

แนวทางคำถาม ผู้ตรวจ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
9. และในระดับพื้นที่ มีการปรับปรุงระบบเพิ่มเติม/ลดทอนจากระบบ-ตัวชี้วัด ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือไม่ เปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ทำไมจึงทำเช่นนั้น หากเปลี่ยนแปลงไปจากส่วนกลาง พื้นที่ตอบสนองความต้องการข้อมูลของส่วนกลางอย่างไร และข้อมูลที่ได้รับนำไปใช้ประโยชน์อะไรบ้าง (ยกตัวอย่างรูปธรรม)							
10. พื้นที่มีกระบวนการติดตามและประเมินผลตนเอง (Self Monitoring) หรือไม่ ทำอย่างไร							
11. ความเห็นต่อกระบวนการติดตามและประเมินผล ถ้าเห็นว่าควรปรับปรุง ควรปรับปรุงในเรื่องใดบ้าง (เช่น ประเมินเรื่องใดบ้าง ดัชนีควรมีอะไรบ้าง)							
การจัดบริการสุขภาพ							
12. ปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่มีอะไรบ้าง จัดลำดับความสำคัญในการจัดบริการให้แก่ประชาชนในพื้นที่อย่างไร มีการใช้ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญหรือไม่อย่างไร							
13. หลังจากมีนโนบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบหรือไม่ อะไรบ้าง เปลี่ยนแปลงอย่างไร 3. (เช่น เพิ่มการรับยาที่ สอ., ปรับบริการเชิงรุกมากขึ้น)							
14. บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการร่วมจัดบริการ มีการเปลี่ยนแปลงหลังมีนโยบาย รพ.สต. หรือไม่							
15. มีความเห็นอย่างไรต่อการให้บริการสุขภาพโดย รพ.สต.ในพื้นที่รับผิดชอบ ว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนครบถ้วนแล้วหรือไม่ และมีความแตกต่างระหว่าง รพ.สต.เดี่ยวและรพ.สต.เครือข่ายหรือไม่ อย่างไร							

แนวทางคำถาม ผู้ตรวจ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
o บริการสำคัญใดควรแต่ยังไม่ได้ทำ เพราะเหตุใด o บริการสำคัญใดไม่สามารถทำได้หรือยังทำไม่ได้ดี จะพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รพ.สต.ในเรื่องดังกล่าวนั้นอย่างไร o บริการใดไม่ควรทำแต่บุคลากร รพ.สต. ยังคงต้องทำอยู่ o ควรให้ รพ.สต. เพิ่มบริการอื่นใดอีกหรือไม่							

แนวทางคำถาม สสจ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
ประเด็นเชิงโครงสร้าง							
16. มีการจัดโครงสร้างองค์กรแบบใหม่ๆ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ หลังจากมี นโยบาย รพ.สต. บ้างหรือไม่ อย่างไร อธิบาย							
17. นโยบายพัฒนา รพ.สต. ที่กำหนดให้ เป็น รพ.สต. เดี่ยว/ รพ.สต.เครือข่าย							
o บริหารจัดการ รพ.สต.เดี่ยว // บริหาร รพ.สต. เครือข่าย ในพื้นที่รับผิดชอบเป็นอย่างไร (เครือข่ายจริงหรือไม่)							
o บทบาทของ รพ.สต. ทั้งเดี่ยว – เครือข่าย แต่ละแห่งเป็นอย่างไร รพ.สต.ในเครือข่ายมีความสัมพันธ์เชิงราบระหว่างกันอย่างไร							
o ความสัมพันธ์ของหน่วยงานสูงกว่า (ส่วนกลาง, สสจ, รพ.แม่ข่าย) ต่อ รพ.สต. เดี่ยว/กลุ่ม เป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร							
o ความเห็นต่อการกำหนดนโยบายพัฒนา รพ.สต. ที่กำหนดให้ เป็น รพ.สต.เดี่ยว/ รพ.สต.เครือข่าย อย่างไร							
18. คณะกรรมการ รพ.สต.							
o แต่งตั้งคณะกรรมการ รพ.สต.ชัดเจนแล้วหรือไม่ องค์ประกอบเป็นอย่างไร ได้รายชื่อกรรมการมาอย่างไร ***(ขอคำสั่ง)***							
o คกก.รพ.สต. มีมติสำคัญอะไรไปแล้วบ้าง หลังมีมติแล้ว ใครเป็นผู้นำไปปฏิบัติบ้าง มากน้อยเพียงใด และ คกก. ติดตามอย่างไร ***(ขอรายงานการประชุม)***							
o คกก. รพ.สต. มีบทบาทอย่างไรในการบริหาร / จัดบริการ ใน รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้น							

แนวทางคำถาม สสจ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
อย่างไร							
o คกก. รพ.สต. มีความสัมพันธ์กับ หน่วยงานระดับสูงกว่า, รพ.สต. และกองทุนต่างๆ ในชุมชน อย่างไร 4. (เช่น ถูกครอบงำ จากเบื้องบน หรือไม่ หรือ รพ.สต. ครอบงำ คกก. หรือ ความสัมพันธ์ทั้ง 2 ด้านเป็นการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม) มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้น อย่างไร							
o ได้เคยประเมินการทำงานของ คกก. รพ.สต. ในพื้นที่ไปแล้วหรือไม่ ผลการประเมินเป็นอย่างไร ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามผลการประเมินอย่างไร ***(ขอเอกสาร)***							
19. ในพื้นที่รับผิดชอบ มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (เน้น รพ.สต.) หรือไม่ อะไรบ้าง							
ประเด็นทรัพยากร การเงิน (การได้รับและการกระจาย) บุคลากร วัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ							
20. งบประมาณจากรัฐบาล (งบ SP2, งบ สปสช. อื่นๆ)							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย -- ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานของท่าน - ได้รับเงินงบประมาณเพื่อการปรับปรุงสถานที่/ภูมิทัศน์ ของ รพ.สต. แล้วหรือไม่ จำนวนเท่าไร ดำเนินการอย่างไรกับเงินดังกล่าว							
o ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์ เพิ่มเติมแล้วหรือไม่ จัดซื้อโดยใคร จำนวนเท่าไร ตรงกับความต้องการหรือไม่							
o มีความเห็นอย่างไรกับ “เงิน” และ “ของ” ที่ได้รับ ตามนโยบาย รพ.สต.							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.							

แนวทางคำถาม สสจ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
เครือข่าย สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงเงินเหมาจ่ายรายหัว ที่ได้รับจาก สปสช. ผ่าน CUP ทั้ง เงินผู้ป่วยนอก (OP) ผู้ป่วยใน (IP) ป้องกันและควบคุมโรค (PP) หรือไม่ อะไรบ้าง 5. (สสจ/CUP ได้รับเงินเปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่ สสจ/CUP ส่งต่อให้ รพ.สต. แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ ทั้ง รพ.สต.เดี่ยว-รพ.สต.เครือข่าย และ รพ.สต.เดี่ยว/รพ.สต.แม่ข่าย/รพ.สต.ลูกข่าย ได้รับแตกต่างกันหรือไม่)							
21. หลังจากมีนโนบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการด้านกำลังคนในหน่วยงานที่รับผิดชอบของท่านหรือไม่ อย่างไร							
o จำนวน เพิ่ม-ลด เท่าไร ประเภทใดบ้าง ครบถ้วนตามข้อกำหนดนโยบาย แล้วหรือไม่ บุคลากรเพิ่มขึ้นมาจากแหล่งใด (เช่น จ้างเพิ่ม หมุนเวียนจาก รพ.แม่ข่าย/รพ.สต.ในเครือข่าย กำหนดการทำงานหมุนเวียนเป็นอย่างไร)							
o มีการกำหนดหน้าที่ของบุคลากรแต่ละประเภท และแนวทางการทำงานของแต่ละวิชาชีพไว้ชัดเจนแล้วหรือไม่ แต่ละวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างไร ***(ขอดู Job description)***							
o ความสัมพันธ์ในการทำงานเป็นอย่างไร ทั้งบุคลากรประจำ บุคลากรหมุนเวียน ในระดับ รพ.แม่ข่าย – รพ.สต., รพ.สต.ด้วยกัน ทั้งเครือข่ายเดียวกันและต่างเครือข่าย							
22. ความคิดเห็นต่อการจัดการบุคลากร สำหรับ รพ.สต. ปัจจุบัน และแนวทางการจัดการในอนาคต							
การติดตามและประเมินผล							
23. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทาง/ระบบติดตามและ							

แนวทางคำถาม สสจ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
ประเมินผลนโยบาย รพ.สต. อย่างไรบ้าง กระบวนการ/วิธีการในการติดตามและประเมินเป็นอย่างไร ใช้อะไรเป็นเครื่องมือ ผู้ติดตาม ความถี่ในการติดตาม							
24. และในระดับพื้นที่ มีการปรับปรุงระบบเพิ่มเติม/ลดทอนจากระบบ-ตัวชี้วัด ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือไม่ เปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ทำไมจึงทำเช่นนั้น หากเปลี่ยนแปลงไปจากส่วนกลาง พื้นที่ตอบสนองความต้องการข้อมูลของส่วนกลางอย่างไร และข้อมูลที่ได้รับนำไปใช้ประโยชน์อะไรบ้าง (ยกตัวอย่างรูปธรรม)							
25. พื้นที่มีกระบวนการติดตามและประเมินผลตนเอง (Self Monitoring) หรือไม่ ทำอย่างไร							
26. ความเห็นต่อกระบวนการติดตามและประเมินผล ถ้าเห็นว่าควรปรับปรุง ควรปรับปรุงในเรื่องใดบ้าง (เช่น ประเมินเรื่องใดบ้าง ดัชนีควรมีอะไรบ้าง)							
การจัดบริการสุขภาพ							
27. ปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่มีอะไรบ้าง จัดลำดับความสำคัญในการจัดบริการให้แก่ประชาชนในพื้นที่อย่างไร มีการใช้ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญหรือไม่อย่างไร							
28. หลังจากมีนโนบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบหรือไม่ อะไรบ้าง เปลี่ยนแปลงอย่างไร 6. (เช่น เพิ่มการรับยาที่ สอ., ปรับบริการเชิงรุกมากขึ้น)							
29. ความต่อเนื่องของบริการ ระหว่าง รพ.สต.เดี่ยว- รพ.สต. เครือข่าย ไปยัง รพ.แม่ข่าย และจาก รพ.แม่ข่าย กลับไปยัง รพ.สต. และลงไปสู่ชุมชน มีระบบจัดการเป็นอย่างไร เปลี่ยนแปลงหรือไม่ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต.							

แนวทางคำถาม สสจ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
30. บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการร่วมจัดบริการ มีการเปลี่ยนแปลงหลังมีนโยบาย รพ.สต. หรือไม่							
31. มีความเห็นอย่างไรต่อการให้บริการสุขภาพโดย รพ.สต. ในพื้นที่รับผิดชอบ ว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนครบถ้วนแล้วหรือไม่ และมีความแตกต่างระหว่าง รพ.สต.เดี่ยวและรพ.สต.เครือข่าย หรือไม่ อย่างไร o บริการสำคัญใดควรแต่ยังไม่ได้ทำ เพราะเหตุใด o บริการสำคัญใดไม่สามารถทำได้หรือยังทำไม่ได้ดี จะพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รพ.สต.ในเรื่องดังกล่าวนั้นอย่างไร o บริการใดไม่ควรทำแต่บุคลากร รพ.สต. ยังคงต้องทำอยู่ o ควรให้ รพ.สต. เพิ่มบริการอื่นใดอีกหรือไม่							

แนวทางคำถาม รพ.	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
ประเด็นเชิงโครงสร้าง							
32. มีการจัดโครงสร้างองค์กรแบบใหม่ๆ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ หลังจากมี นโยบาย รพ.สต. บ้างหรือไม่ อย่างไร อธิบาย							
33. นโยบายพัฒนา รพ.สต. ที่กำหนดให้ เป็น รพ.สต. เดี่ยว/ รพ.สต.เครือข่าย							
o บริหารจัดการ รพ.สต.เดี่ยว // บริหาร รพ.สต. เครือข่าย ในพื้นที่รับผิดชอบเป็นอย่างไร (เครือข่ายจริงหรือไม่)							
o บทบาทของ รพ.สต. ทั้งเดี่ยว – เครือข่าย แต่ละแห่งเป็นอย่างไร รพ.สต.ในเครือข่ายมีความสัมพันธ์เชิงราบระหว่างกันอย่างไร							
o ความสัมพันธ์ของหน่วยงานสูงกว่า (ส่วนกลาง, สสจ, รพ.แม่ข่าย) ต่อ รพ.สต. เดี่ยว/กลุ่ม เป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร							
o ความเห็นต่อการกำหนดนโยบายพัฒนา รพ.สต. ที่กำหนดให้ เป็น รพ.สต.เดี่ยว/ รพ.สต.เครือข่าย อย่างไร							
34. คณะกรรมการ รพ.สต.							
o แต่งตั้งคณะกรรมการ รพ.สต.ชัดเจนแล้วหรือไม่ องค์ประกอบเป็นอย่างไร ได้รายชื่อกรรมการมาอย่างไร ***(ขอคำสั่ง)***							
o คกก.รพ.สต. มีมติสำคัญอะไรไปแล้วบ้าง หลังมีมติแล้ว ใครเป็นผู้นำไปปฏิบัติบ้าง มากน้อยเพียงใด และ คกก. ติดตามอย่างไร ***(ขอรายงานการประชุม)***							
o คกก. รพ.สต. มีบทบาทอย่างไรในการบริหาร / จัดบริการ ใน รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้น							

แนวทางคำถาม รพ.	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
อย่างไร							
o คกก. รพ.สต. มีความสัมพันธ์กับ หน่วยงานระดับสูงกว่า, รพ.สต. และกองทุนต่างๆ ในชุมชน อย่างไร 7. (เช่น ถูกครอบงำ จากเบื้องบน หรือไม่ หรือ รพ.สต. ครอบงำ คกก. หรือ ความสัมพันธ์ทั้ง 2 ด้านเป็นการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม) มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้น อย่างไร							
o ได้เคยประเมินการทำงานของ คกก. รพ.สต. ในพื้นที่ไปแล้วหรือไม่ ผลการประเมินเป็นอย่างไร ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามผลการประเมินอย่างไร ***(ขอเอกสาร)***							
35. ในพื้นที่รับผิดชอบ มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (เน้น รพ.สต.) หรือไม่ อะไรบ้าง							
ประเด็นทรัพยากร การเงิน (การได้รับและการกระจาย) บุคลากร วัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ							
36. งบประมาณจากรัฐบาล (งบ SP2, งบ สปสช. อื่นๆ)							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย -- ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานของท่าน - ได้รับเงินงบประมาณเพื่อการปรับปรุงสถานที่/ภูมิทัศน์ ของ รพ.สต. แล้วหรือไม่ จำนวนเท่าไร ดำเนินการอย่างไรกับเงินดังกล่าว							
o ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์ เพิ่มเติมแล้วหรือไม่ จัดซื้อโดยใคร จำนวนเท่าไร ตรงกับความต้องการหรือไม่							
o มีความเห็นอย่างไรกับ “เงิน” และ “ของ” ที่ได้รับ ตามนโยบาย รพ.สต.							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.							

แนวทางคำถาม รพ.	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
เครือข่าย สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงเงินเหมาจ่ายรายหัว ที่ได้รับจาก สปสช. ผ่าน CUP ทั้ง เงินผู้ป่วยนอก (OP) ผู้ป่วยใน (IP) ป้องกันและควบคุมโรค (PP) หรือไม่ อะไรบ้าง 8. (สสจ/CUP ได้รับเงินเปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่ สสจ/CUP ส่งต่อให้ รพ.สต. แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ ทั้ง รพ.สต.เดี่ยว-รพ.สต.เครือข่าย และ รพ.สต.เดี่ยว/รพ.สต.แม่ข่าย/รพ.สต.ลูกข่าย ได้รับแตกต่างกันหรือไม่)							
37. หลังจากมีนโนบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการด้านกำลังคนในหน่วยงานที่รับผิดชอบของท่านหรือไม่ อย่างไร							
o จำนวน เพิ่ม-ลด เท่าไร ประเภทใดบ้าง ครบถ้วนตามข้อกำหนดนโยบาย แล้วหรือไม่ บุคลากรเพิ่มขึ้นมาจากแหล่งใด (เช่น จ้างเพิ่ม หมุนเวียนจาก รพ.แม่ข่าย/รพ.สต.ในเครือข่าย กำหนดการทำงานหมุนเวียนเป็นอย่างไร)							
o มีการกำหนดหน้าที่ของบุคลากรแต่ละประเภท และแนวทางการทำงานของแต่ละวิชาชีพไว้ชัดเจนแล้วหรือไม่ แต่ละวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างไร ***(ขอดู Job description)***							
o ความสัมพันธ์ในการทำงานเป็นอย่างไร ทั้งบุคลากรประจำ บุคลากรหมุนเวียน ในระดับ รพ.แม่ข่าย – รพ.สต., รพ.สต.ด้วยกัน ทั้งเครือข่ายเดียวกันและต่างเครือข่าย							
38. การพัฒนาศักยภาพ/คุณภาพบริการของบุคลากรใน รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร							
o การให้คำปรึกษาผ่าน Internet มีการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ปัญหาอุปสรรคและแนว							

แนวทางคำถาม รพ.	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
ทางการแก้ไข // รพ.สต.เครือข่าย ขอคำปรึกษาเป็นลำดับชั้นจาก รพ.สต.แม่ข่ายหรือจาก รพ.แม่ข่าย							
o บรรยากาศในการทำงานเป็นอย่างไร เปิดโอกาสให้พูดคุยปรับปรุงงาน สามารถพูดถึงความผิดพลาดในการทำงานและสังเคราะห์เป็นบทเรียนพัฒนางานร่วมกันได้หรือไม่							
39. ความคิดเห็นต่อการจัดการบุคลากร สำหรับ รพ.สต. ปัจจุบัน และแนวทางการจัดการในอนาคต							
การติดตามและประเมินผล							
40. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทาง/ระบบติดตามและประเมินผลนโยบาย รพ.สต. อย่างไรบ้าง กระบวนการ/วิธีการในการติดตามและประเมินเป็นอย่างไร ใช้อะไรเป็นเครื่องมือ ผู้ติดตาม ความถี่ในการติดตาม							
41. และในระดับพื้นที่ มีการปรับปรุงระบบเพิ่มเติม/ลดทอนจากระบบ-ตัวชี้วัด ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือไม่ เปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ทำไมจึงทำเช่นนั้น หากเปลี่ยนแปลงไปจากส่วนกลาง พื้นที่ตอบสนองความต้องการข้อมูลของส่วนกลางอย่างไร และข้อมูลที่ได้รับนำไปใช้ประโยชน์อะไรบ้าง (ยกตัวอย่างรูปธรรม)							
42. พื้นที่มีกระบวนการติดตามและประเมินผลตนเอง (Self Monitoring) หรือไม่ ทำอย่างไร							
43. ความเห็นต่อกระบวนการติดตามและประเมินผล ถ้าเห็นว่าควรปรับปรุง ควรปรับปรุงในเรื่องใดบ้าง (เช่น ประเมินเรื่องใดบ้าง ดัชนีควรมีอะไรบ้าง)							
การมีส่วนร่วมของชุมชน							
การจัดบริการสุขภาพ							
44. ปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่มีอะไรบ้าง จัดลำดับความสำคัญในการจัดบริการให้แก่ประชาชนในพื้นที่อย่างไร มีการใช้ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญหรือไม่							

แนวทางคำถาม รพ.	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
อย่างไร							
45. หลังจากมีนโนบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบหรือไม่ อะไรบ้าง เปลี่ยนแปลงอย่างไร 9. (เช่น เพิ่มการรับยาที่ สอ., ปรับบริการเชิงรุกมากขึ้น)							
46. ความต่อเนื่องของบริการ ระหว่าง รพ.สต.เดี่ยว- รพ.สต. เครือข่าย ไปยัง รพ.แม่ข่าย และจาก รพ.แม่ข่าย กลับไปยัง รพ.สต. และลงไปสู่ชุมชน มีระบบจัดการเป็นอย่างไร เปลี่ยนแปลงหรือไม่ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต.							
47. บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการร่วมจัดบริการ มีการเปลี่ยนแปลงหลังมีนโยบาย รพ.สต. หรือไม่							
48. มีความเห็นอย่างไรต่อการให้บริการสุขภาพโดย รพ.สต. ในพื้นที่รับผิดชอบ ว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนครบถ้วนแล้วหรือไม่ และมีความแตกต่างระหว่าง รพ.สต.เดี่ยวและรพ.สต.เครือข่าย หรือไม่ อย่างไร o บริการสำคัญใดควรแต่ยังไม่ได้ทำ เพราะเหตุใด o บริการสำคัญใดไม่สามารถทำได้หรือยังทำไม่ได้ดี จะพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รพ.สต.ในเรื่องดังกล่าวนั้นอย่างไร o บริการใดไม่ควรทำแต่บุคลากร รพ.สต. ยังคงต้องทำอยู่ o ควรให้ รพ.สต. เพิ่มบริการอื่นใดอีกหรือไม่							
49. ให้พื้นที่ เล่า ตัวอย่างบริการที่คิดว่า “ดีที่สุด” และเจาะลึกเชิงการบริหารจัดการที่เชื่อมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ							

แนวทางคำถาม รพ.	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
นโยบาย 3 ด้าน: เน้นส่งเสริม เชิงรุก และสหวิชาชีพ ***(ขอเอกสารที่เกี่ยวข้อง)*** *กองทุนสุขภาพ แผนสุขภาพ อสม (ดูรูปข้างล่าง)*							

แนวทางคำถาม รพสต	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
ประเด็นเชิงโครงสร้าง							
50. มีการจัดโครงสร้างองค์กรแบบใหม่ๆ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ หลังจากมี นโยบาย รพ.สต. บ้างหรือไม่ อย่างไร อธิบาย							
51. นโยบายพัฒนา รพ.สต. ที่กำหนดให้ เป็น รพ.สต. เดี่ยว/ รพ.สต.เครือข่าย							
o บริหารจัดการ รพ.สต.เดี่ยว // บริหาร รพ.สต. เครือข่าย ในพื้นที่รับผิดชอบเป็นอย่างไร (เครือข่ายจริงหรือไม่)							
o บทบาทของ รพ.สต. ทั้งเดี่ยว – เครือข่าย แต่ละแห่งเป็นอย่างไร รพ.สต.ในเครือข่ายมีความสัมพันธ์เชิงราบระหว่างกันอย่างไร							
o ความสัมพันธ์ของหน่วยงานสูงกว่า (ส่วนกลาง, สสจ, รพ.แม่ข่าย) ต่อ รพ.สต. เดี่ยว/กลุ่ม เป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร							
o ความเห็นต่อการกำหนดนโยบายพัฒนา รพ.สต. ที่กำหนดให้ เป็น รพ.สต.เดี่ยว/ รพ.สต.เครือข่าย อย่างไร							
52. คณะกรรมการ รพ.สต.							
o แต่งตั้งคณะกรรมการ รพ.สต.ชัดเจนแล้วหรือไม่ องค์ประกอบเป็นอย่างไร ได้รายชื่อกรรมการมาอย่างไร ***(ขอคำสั่ง)***							
o คกก.รพ.สต. มีมติสำคัญอะไรไปแล้วบ้าง หลังมีมติแล้ว ใครเป็นผู้นำไปปฏิบัติบ้าง มากน้อยเพียงใด และ คกก. ติดตามอย่างไร ***(ขอรายงานการประชุม)***							
o คกก. รพ.สต. มีบทบาทอย่างไรในการบริหาร / จัดบริการ ใน รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้น							

แนวทางคำถาม รพสต	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพสต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
อย่างไร							
o คกก. รพ.สต. มีความสัมพันธ์กับ หน่วยงานระดับสูงกว่า, รพ.สต. และกองทุนต่างๆ ในชุมชน อย่างไร 10. (เช่น ถูกครอบงำ จากเบื้องบน หรือไม่ หรือ รพ.สต. ครอบงำ คกก. หรือ ความสัมพันธ์ทั้ง 2 ด้านเป็นการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม) มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้น อย่างไร							
o ได้เคยประเมินการทำงานของ คกก. รพ.สต. ในพื้นที่ไปแล้วหรือไม่ ผลการประเมินเป็นอย่างไร ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามผลการประเมินอย่างไร ***(ขอเอกสาร)***							
53. ในพื้นที่รับผิดชอบ มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (เน้น รพ.สต.) หรือไม่ อะไรบ้าง							
ประเด็นทรัพยากร การเงิน (การได้รับและการกระจาย) บุคลากร วัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ							
54. งบประมาณจากรัฐบาล (งบ SP2, งบ สปสช. อื่นๆ)							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย -- ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานของท่าน - ได้รับเงินงบประมาณเพื่อการปรับปรุงสถานที่/ภูมิทัศน์ ของ รพ.สต. แล้วหรือไม่ จำนวนเท่าไร ดำเนินการอย่างไรกับเงินดังกล่าว							
o ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์ เพิ่มเติมแล้วหรือไม่ จัดซื้อโดยใคร จำนวนเท่าไร ตรงกับความต้องการหรือไม่							
o มีความเห็นอย่างไรกับ “เงิน” และ “ของ” ที่ได้รับ ตามนโยบาย รพ.สต.							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.							

แนวทางคำถาม รพสต	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
เครือข่าย สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงเงินเหมาจ่ายรายหัว ที่ได้รับจาก สปสช. ผ่าน CUP ทั้ง เงินผู้ป่วยนอก (OP) ผู้ป่วยใน (IP) ป้องกันและควบคุมโรค (PP) หรือไม่ อะไรบ้าง 11. (สสจ/CUP ได้รับเงินเปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่ สสจ/CUP ส่งต่อให้ รพ.สต. แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ ทั้ง รพ.สต.เดี่ยว-รพ.สต.เครือข่าย และ รพ.สต.เดี่ยว/รพ.สต.แม่ข่าย/รพ.สต.ลูกข่าย ได้รับแตกต่างกันหรือไม่)							
55. งบประมาณจากท้องถิ่น							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย – การจัดการงบประมาณของ อปท. สำหรับโครงการด้านสุขภาพต่างๆ ในหน่วยงานรับผิดชอบ (อปท. จัดสรรให้ // หน่วยงานด้านสุขภาพได้รับ) แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร 12. (หน่วยงานด้านสุขภาพ = CUP / รพ.สต. / หน่วยรับผิดชอบด้านสุขภาพของท้องถิ่นเอง/ กองทุนหลักประกันสุขภาพ / กองทุนสุขภาพชุมชนอื่นๆ / การสนับสนุนกิจกรรมชุมชนอื่นๆ)							
56. เงินสนับสนุนจากชุมชน							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย – การเงินสนับสนุนสำหรับโครงการ/กิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ ในหน่วยงานรับผิดชอบ (ชุมชนสนับสนุนให้ // หน่วยงานด้านสุขภาพได้รับ) แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร (หน่วยงานด้านสุขภาพ = CUP / รพ.สต. / หน่วยรับผิดชอบด้านสุขภาพของท้องถิ่นเอง/ กองทุนหลักประกันสุขภาพ / กองทุนสุขภาพชุมชนอื่นๆ / การ							

แนวทางคำถาม รพสต	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
สนับสนุนกิจกรรมชุมชนอื่นๆ)							
57. หน่วยงานของท่าน เคย/มีแผนที่จะระดมทุนจากชุมชนหรือไม่ (ก่อนหรือหลังนโยบาย รพ.สต.) นำเงินดังกล่าวมาใช้อย่างไร ชุมชนมีบทบาทในการนำเงินนั้นไปใช้หรือไม่ อย่างไร และท่านคิดว่าการมีนโยบาย รพ.สต. ช่วยให้หน่วยงานของท่านระดมทุนจาก ชุมชน ได้ง่าย/ยากขึ้นหรือไม่ เพราะอะไร							
ทรัพยากรบุคคล							
58. หลังจากมีนโนบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการด้านกำลังคนในหน่วยงานที่รับผิดชอบของท่านหรือไม่ อย่างไร							
o จำนวน เพิ่ม-ลด เท่าไร ประเภทใดบ้าง ครบถ้วนตามข้อกำหนดนโยบาย แล้วหรือไม่ บุคลากรเพิ่มขึ้นมาจากแหล่งใด (เช่น จ้างเพิ่ม หมุนเวียนจาก รพ.แม่ข่าย/รพ.สต.ในเครือข่าย กำหนดการทำงานหมุนเวียนเป็นอย่างไร)							
o มีการกำหนดหน้าที่ของบุคลากรแต่ละประเภท และแนวทางการทำงานของแต่ละวิชาชีพไว้ชัดเจนแล้วหรือไม่ แต่ละวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างไร ***(ขอดู Job description)***							
o ความสัมพันธ์ในการทำงานเป็นอย่างไร ทั้งบุคลากรประจำ บุคลากรหมุนเวียน ในระดับ รพ.แม่ข่าย – รพ.สต., รพ.สต.ด้วยกัน ทั้งเครือข่ายเดียวกันและต่างเครือข่าย							
59. การพัฒนาศักยภาพ/คุณภาพบริการของบุคลากรใน รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร							
o การให้คำปรึกษาผ่าน Internet มีการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ปัญหาอุปสรรคและแนว							

แนวทางคำถาม รพสต	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
ทางการแก้ไข // รพ.สต.เครือข่าย ขอคำปรึกษาเป็นลำดับชั้นจาก รพ.สต.แม่ข่ายหรือจาก รพ.แม่ข่าย							
o บรรยากาศในการทำงานเป็นอย่างไร เปิดโอกาสให้พูดคุยปรับปรุงงาน สามารถพูดถึงความผิดพลาดในการทำงานและสังเคราะห์เป็นบทเรียนพัฒนางานร่วมกันได้หรือไม่							
60. ความคิดเห็นต่อการจัดการบุคลากร สำหรับ รพ.สต. ปัจจุบัน และแนวทางการจัดการในอนาคต							
การติดตามและประเมินผล							
61. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทาง/ระบบติดตามและประเมินผลนโยบาย รพ.สต. อย่างไรบ้าง กระบวนการ/วิธีการในการติดตามและประเมินเป็นอย่างไร ใช้อะไรเป็นเครื่องมือ ผู้ติดตาม ความถี่ในการติดตาม							
62. และในระดับพื้นที่ มีการปรับปรุงระบบเพิ่มเติม/ลดทอนจากระบบ-ตัวชี้วัด ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือไม่ เปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ทำไมจึงทำเช่นนั้น หากเปลี่ยนแปลงไปจากส่วนกลาง พื้นที่ตอบสนองความต้องการข้อมูลของส่วนกลางอย่างไร และข้อมูลที่ได้รับนำไปใช้ประโยชน์อะไรบ้าง (ยกตัวอย่างรูปธรรม)							
63. พื้นที่มีกระบวนการติดตามและประเมินผลตนเอง (Self Monitoring) หรือไม่ ทำอย่างไร							
64. ความเห็นต่อกระบวนการติดตามและประเมินผล ถ้าเห็นว่าควรปรับปรุง ควรปรับปรุงในเรื่องใดบ้าง (เช่น ประเมินเรื่องใดบ้าง ดัชนีควรมีอะไรบ้าง)							
การมีส่วนร่วมของชุมชน							
65. ลักษณะทั่วไปของชุมชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ และเน้นการมีส่วนร่วมของกิจกรรมด้านสาธารณสุขวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนว่าอยู่ในระดับใด และได้ดำเนินการอย่างไร เช่น							

แนวทางคำถาม รพสต	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพสต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
o มีสนับสนุนเงินจากกองทุนสุขภาพชุมชน/ชุมชนบริจาค o ส่วนร่วมในการทำแผนสุขภาพชุมชน (จำนวนผู้เข้าร่วม วิธีการ การผลักดันให้แผนสามารถดำเนินการได้ เป็นต้น) o สังเกตการประชุม กรรมการพัฒนารพสต กรรมการกองทุนฯ ว่า มีใครครอบงำการหารือบ้าง มีผลประโยชน์ทับซ้อนแค่ไหน ใช้ความรู้ข้อมูลแค่ไหน ***(ขอรายงานการประชุมที่เกี่ยวข้อง)***							
การจัดบริการสุขภาพ							
66. ปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่มีอะไรบ้าง จัดลำดับความสำคัญในการจัดบริการให้แก่ประชาชนในพื้นที่อย่างไร มีการใช้ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญหรือไม่อย่างไร							
67. หลังจากมีนโนบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบหรือไม่ อะไรบ้าง เปลี่ยนแปลงอย่างไร 13. (เช่น เพิ่มการรับยาที่ สอ., ปรับบริการเชิงรุกมากขึ้น)							
68. ความต่อเนื่องของบริการ ระหว่าง รพ.สต.เดี่ยว- รพ.สต.เครือข่าย ไปยัง รพ.แม่ข่าย และจาก รพ.แม่ข่าย กลับไปยัง รพ.สต. และลงไปสู่ชุมชน มีระบบจัดการเป็นอย่างไร เปลี่ยนแปลงหรือไม่ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต.							
69. บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการร่วมจัดบริการ มีการเปลี่ยนแปลงหลังมีนโยบาย รพ.สต. หรือไม่							
70. มีความเห็นอย่างไรต่อการให้บริการสุขภาพโดย รพ.สต.ในพื้นที่รับผิดชอบ ว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนครบถ้วนแล้วหรือไม่ และมีความ							

แนวทางคำถาม รพสต	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
แตกต่างระหว่าง รพ.สต.เดี่ยวและรพ.สต.เครือข่าย หรือไม่ อย่างไร o บริการสำคัญใดควรแต่ยังไม่ได้ทำ เพราะเหตุใด o บริการสำคัญใดไม่สามารถทำได้หรือยังทำไม่ได้ดี จะพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รพ.สต.ในเรื่องดังกล่าวนั้นอย่างไร o บริการใดไม่ควรทำแต่บุคลากร รพ.สต. ยังคงต้องทำอยู่ o ควรให้ รพ.สต. เพิ่มบริการอื่นใดอีกหรือไม่							
71. ให้พื้นที่ เล่า ตัวอย่างบริการที่คิดว่า “ดีที่สุด” และเจาะลึกเชิงการบริหารจัดการที่เชื่อมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย 3 ด้าน: เน้นส่งเสริม เชิงรุก และสหวิชาชีพ ***(ขอเอกสารที่เกี่ยวข้อง)*** *กองทุนสุขภาพ แผนสุขภาพ อสม (ดูรูปข้างล่าง)*							

แนวทางคำถาม สสอ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
ประเด็นเชิงโครงสร้าง							
72. มีการจัดโครงสร้างองค์กรแบบใหม่ๆ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ หลังจากมี นโยบาย รพ.สต. บ้างหรือไม่ อย่างไร อธิบาย							
73. นโยบายพัฒนา รพ.สต. ที่กำหนดให้ เป็น รพ.สต. เดี่ยว/ รพ.สต.เครือข่าย							
o บริหารจัดการ รพ.สต.เดี่ยว // บริหาร รพ.สต. เครือข่าย ในพื้นที่รับผิดชอบเป็นอย่างไร (เครือข่ายจริงหรือไม่)							
o บทบาทของ รพ.สต. ทั้งเดี่ยว – เครือข่าย แต่ละแห่งเป็นอย่างไร รพ.สต.ในเครือข่ายมีความสัมพันธ์เชิงราบระหว่างกันอย่างไร							
o ความสัมพันธ์ของหน่วยงานสูงกว่า (ส่วนกลาง, สสจ , รพ.แม่ข่าย) ต่อ รพ.สต. เดี่ยว/กลุ่ม เป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร							
o ความเห็นต่อการกำหนดนโยบายพัฒนา รพ.สต. ที่กำหนดให้ เป็น รพ.สต.เดี่ยว/ รพ.สต.เครือข่าย อย่างไร							
74. คณะกรรมการ รพ.สต.							
o แต่งตั้งคณะกรรมการ รพ.สต.ชัดเจนแล้วหรือไม่ องค์ประกอบเป็นอย่างไร ได้รายชื่อกรรมการมาอย่างไร ***(ขอคำสั่ง)***							
o คกก.รพ.สต. มีมติสำคัญอะไรไปแล้วบ้าง หลังมีมติแล้ว ใครเป็นผู้นำไปปฏิบัติบ้าง มากน้อยเพียงใด และ คกก. ติดตามอย่างไร ***(ขอรายงานการประชุม)***							
o คกก. รพ.สต. มีบทบาทอย่างไรในการบริหาร / จัดบริการ ใน รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้น							

แนวทางคำถาม สสอ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
อย่างไร							
o คกก. รพ.สต. มีความสัมพันธ์กับ หน่วยงานระดับสูงกว่า, รพ.สต. และกองทุนต่างๆ ในชุมชน อย่างไร 14. (เช่น ถูกครอบงำ จากเบื้องบน หรือไม่ หรือ รพ.สต. ครอบงำ คกก. หรือ ความสัมพันธ์ทั้ง 2 ด้านเป็นการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม) มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้น อย่างไร							
o ได้เคยประเมินการทำงานของ คกก. รพ.สต. ในพื้นที่ไปแล้วหรือไม่ ผลการประเมินเป็นอย่างไร ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามผลการประเมินอย่างไร ***(ขอเอกสาร)***							
75. ในพื้นที่รับผิดชอบ มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (เน้น รพ.สต.) หรือไม่ อะไรบ้าง							
ประเด็นทรัพยากร การเงิน (การได้รับและการกระจาย) บุคลากร วัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ							
76. งบประมาณจากรัฐบาล (งบ SP2, งบ สปสช. อื่นๆ)							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย -- ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานของท่าน - ได้รับเงินงบประมาณเพื่อการปรับปรุงสถานที่/ภูมิทัศน์ ของ รพ.สต. แล้วหรือไม่ จำนวนเท่าไร ดำเนินการอย่างไรกับเงินดังกล่าว							
o ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์ เพิ่มเติมแล้วหรือไม่ จัดซื้อโดยใคร จำนวนเท่าไร ตรงกับความต้องการหรือไม่							
o มีความเห็นอย่างไรกับ “เงิน” และ “ของ” ที่ได้รับตามนโยบาย รพ.สต.							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.							

แนวทางคำถาม สสอ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
เครือข่าย สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงเงินเหมาจ่ายรายหัว ที่ได้รับจาก สปสช. ผ่าน CUP ทั้ง เงินผู้ป่วยนอก (OP) ผู้ป่วยใน (IP) ป้องกันและควบคุมโรค (PP) หรือไม่ อะไรบ้าง 15. (สสจ/CUP ได้รับเงินเปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่ สสจ/CUP ส่งต่อให้ รพ.สต. แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ ทั้ง รพ.สต.เดี่ยว-รพ.สต.เครือข่าย และ รพ.สต.เดี่ยว/รพ.สต.แม่ข่าย/รพ.สต.ลูกข่าย ได้รับแตกต่างกันหรือไม่)							
77. งบประมาณจากท้องถิ่น							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย – การจัดการงบประมาณของ อปท. สำหรับโครงการด้านสุขภาพต่างๆ ในหน่วยงานรับผิดชอบ (อปท. จัดสรรให้ // หน่วยงานด้านสุขภาพได้รับ) แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร 16. (หน่วยงานด้านสุขภาพ = CUP / รพ.สต. / หน่วยรับผิดชอบด้านสุขภาพของท้องถิ่นเอง/ กองทุนหลักประกันสุขภาพ / กองทุนสุขภาพชุมชนอื่นๆ / การสนับสนุนกิจกรรมชุมชนอื่นๆ)							
78. เงินสนับสนุนจากชุมชน							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย – การเงินสนับสนุนสำหรับโครงการ/กิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ ในหน่วยงานรับผิดชอบ (ชุมชนสนับสนุนให้ // หน่วยงานด้านสุขภาพได้รับ) แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร (หน่วยงานด้านสุขภาพ = CUP / รพ.สต. / หน่วยรับผิดชอบด้านสุขภาพของท้องถิ่นเอง/ กองทุน							

แนวทางคำถาม สสอ	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
หลักประกันสุขภาพ / กองทุนสุขภาพชุมชนอื่นๆ / การสนับสนุนกิจกรรมชุมชนอื่นๆ)							
79. ความคิดเห็นต่อการจัดการบุคลากร สำหรับ รพ.สต. ปัจจุบัน และแนวทางการจัดการในอนาคต							
การติดตามและประเมินผล							
80. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทาง/ระบบติดตามและประเมินผลนโยบาย รพ.สต. อย่างไรบ้าง กระบวนการ/วิธีการในการติดตามและประเมินเป็นอย่างไร ใช้อะไรเป็นเครื่องมือ ผู้ติดตาม ความถี่ในการติดตาม							
81. และในระดับพื้นที่ มีการปรับปรุงระบบเพิ่มเติม/ลดทอนจากระบบ-ตัวชี้วัด ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือไม่ เปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ทำไมจึงทำเช่นนั้น หากเปลี่ยนแปลงไปจากส่วนกลาง พื้นที่ตอบสนองความต้องการข้อมูลของส่วนกลางอย่างไร และข้อมูลที่ได้รับนำไปใช้ประโยชน์อะไรบ้าง (ยกตัวอย่างรูปธรรม)							
82. พื้นที่มีกระบวนการติดตามและประเมินผลตนเอง (Self Monitoring) หรือไม่ ทำอย่างไร							
83. ความเห็นต่อกระบวนการติดตามและประเมินผล ถ้าเห็นว่าควรปรับปรุง ควรปรับปรุงในเรื่องใดบ้าง (เช่น ประเมินเรื่องใดบ้าง ดัชนีควรมีอะไรบ้าง)							
การมีส่วนร่วมของชุมชน							

แนวทางคำถาม อปท	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
ประเด็นเชิงโครงสร้าง							
84. คณะกรรมการ รพ.สต.							
o แต่งตั้งคณะกรรมการ รพ.สต.ชัดเจนแล้วหรือไม่ องค์ประกอบเป็นอย่างไร ได้รายชื่อกรรมการมาอย่างไร ***(ขอคำสั่ง)***							
o คกก.รพ.สต. มีมติสำคัญอะไรไปแล้วบ้าง หลังมีมติแล้ว ใครเป็นผู้นำไปปฏิบัติบ้าง มากน้อยเพียงใด และ คกก. ติดตามอย่างไร ***(ขอรายงานการประชุม)***							
o คกก. รพ.สต. มีบทบาทอย่างไรในการบริหาร / จัดบริการ ใน รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไร							
o คกก. รพ.สต. มีความสัมพันธ์กับ หน่วยงานระดับสูงกว่า, รพ.สต. และกองทุนต่างๆ ในชุมชน อย่างไร 17. (เช่น ถูกครอบงำ จากเบื้องบน หรือไม่ หรือ รพ.สต. ครอบงำ คกก. หรือ ความสัมพันธ์ทั้ง 2 ด้านเป็นการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม) มีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ แก้ปัญหาเหล่านั้น อย่างไร							
o ได้เคยประเมินการทำงานของ คกก. รพ.สต. ในพื้นที่ไปแล้วหรือไม่ ผลการประเมินเป็นอย่างไร ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามผลการประเมินอย่างไร ***(ขอเอกสาร)***							
85. ในพื้นที่รับผิดชอบ มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (เน้น รพ.สต.) หรือไม่ อะไรบ้าง							
ประเด็นทรัพยากร การเงิน (การได้รับและการกระจาย) บุคลากร วัสดุอุปกรณ์อื่นๆ							
86. งบประมาณจากท้องถิ่น							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจาก							

แนวทางคำถาม อปท	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
การกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย – การจัดการงบประมาณของ อปท. สำหรับโครงการด้านสุขภาพต่างๆ ในหน่วยงานรับผิดชอบ (อปท. จัดสรรให้ // หน่วยงานด้านสุขภาพได้รับ) แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร (หน่วยงานด้านสุขภาพ = CUP / รพ.สต. / หน่วยรับผิดชอบด้านสุขภาพของท้องถิ่นเอง/ กองทุนหลักประกันสุขภาพ / กองทุนสุขภาพชุมชนอื่นๆ / การสนับสนุนกิจกรรมชุมชนอื่นๆ) 18.							
87. เงินสนับสนุนจากชุมชน							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย – การเงินสนับสนุนสำหรับโครงการ/กิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ ในหน่วยงานรับผิดชอบ (ชุมชนสนับสนุนให้ // หน่วยงานด้านสุขภาพได้รับ) แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร (หน่วยงานด้านสุขภาพ = CUP / รพ.สต. / หน่วยรับผิดชอบด้านสุขภาพของท้องถิ่นเอง/ กองทุนหลักประกันสุขภาพ / กองทุนสุขภาพชุมชนอื่นๆ / การสนับสนุนกิจกรรมชุมชนอื่นๆ)							

แนวทางคำถาม ผู้ป่วย	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
88. เงินสนับสนุนจากชุมชน							
o ตั้งแต่มีนโยบาย รพ.สต. และโดยเฉพาะหลังจากการกำหนด รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต. เครือข่าย – การเงินสนับสนุนสำหรับโครงการ/ กิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ ในหน่วยงานรับผิดชอบ (ชุมชนสนับสนุนให้ // หน่วยงานด้านสุขภาพได้รับ) แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร (หน่วยงานด้านสุขภาพ = CUP / รพ.สต. / หน่วยรับผิดชอบด้านสุขภาพของท้องถิ่นเอง/ กองทุนหลักประกันสุขภาพ / กองทุนสุขภาพชุมชนอื่นๆ / การสนับสนุนกิจกรรมชุมชนอื่นๆ)							
89. หน่วยงานของท่าน เคย/มีแผนที่จะระดมทุนจากชุมชนหรือไม่ (ก่อนหรือหลังนโยบาย รพ.สต.) นำเงินดังกล่าวมาใช้อย่างไร ชุมชนมีบทบาทในการนำเงินนั้นไปใช้หรือไม่ อย่างไร และท่านคิดว่าการมีนโยบาย รพ.สต. ช่วยให้หน่วยงานของท่านระดมทุนจาก ชุมชน ได้ง่าย/ยากขึ้นหรือไม่ เพราะอะไร							
การมีส่วนร่วมของชุมชน							
90. ลักษณะทั่วไปของชุมชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ และเน้นการมีส่วนร่วมของกิจกรรมด้านสาธารณสุขวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนว่าอยู่ในระดับใด และได้ดำเนินการอย่างไร เช่น o มีสนับสนุนเงินจากกองทุนสุขภาพชุมชน/ชุมชนบริจาค o ส่วนร่วมในการทำแผนสุขภาพชุมชน (จำนวนผู้เข้าร่วม วิธีการ การผลักดันให้แผนสามารถดำเนินการได้ เป็นต้น) o สังเกตการประชุม กรรมการพัฒนารพสต กรรมการกองทุนฯ ว่า มีใครครอบงำการหารือบ้าง มี							

แนวทางคำถาม ผู้ป่วย	ผู้ให้ข้อมูล						
	ผู้ตรวจ	สสจ	รพ	รพ สต	สสอ	อปท	ผู้ป่วย
ผลประโยชน์ทับซ้อนแค่ไหน ใช้ความรู้ข้อมูลแค่ไหน ***(ขอรายงานการประชุมที่เกี่ยวข้อง)***							
การจัดบริการสุขภาพ							
91. บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการร่วมจัดบริการ มีการเปลี่ยนแปลงหลังมีนโยบาย รพ.สต. หรือไม่							
92. มีความเห็นอย่างไรต่อการให้บริการสุขภาพโดย รพ.สต. ในพื้นที่รับผิดชอบ ว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนครบถ้วนแล้วหรือไม่ และมีความแตกต่างระหว่าง รพ.สต.เดี่ยวและรพ.สต.เครือข่าย หรือไม่ อย่างไร o บริการสำคัญใดควรแต่ยังไม่ได้ทำ เพราะเหตุใด o บริการสำคัญใดไม่สามารถทำได้หรือยังทำไม่ได้ดี จะพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รพ.สต.ในเรื่องดังกล่าวนั้นอย่างไร o บริการใดไม่ควรทำแต่บุคลากร รพ.สต. ยังคงต้องทำอยู่ o ควรให้ รพ.สต. เพิ่มบริการอื่นใดอีกหรือไม่							

เอกสารอ้างอิง

[1] หนังสืออ้างอิง สุวาลี ชูเกียรติ. (2540). นวัตกรรมสาธารณสุขไทย

[2] http://www.moph.go.th/ops/doctor/doctor1/future1.html

[3] http://ruraldent-magazine.blogspot.com/2009/07/blog-post_7639.html

[4] http://www.localfund.in.th/news011.htmlสปสช.หนุนบริการ ใกล้บ้าน รพ.อยุธยาต้นแบบ "บริการประทับใจ ไร้ความแออัด" (ข่าว 21 ม.ค. 2553)

[5] นพ.สุรชัย โชคครรชิตไชยโครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัดพัฒนาเครือข่าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระยะ 3 ปี เอกสารอิเลคทรอนิค กพ. 2553

[6] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานประจำปี 2550 หน้า 78

[7] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานประจำปี 2552 หน้า 127

[8] กระทรวงสาธารณสุข แถลงผลการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล พฤศจิกายน 2552

[9] หนังสือเลขที่ สธ 0219/ว 079 เรื่องแนวนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 สิงหาคม 2553

[10] การบรรยายพิเศษของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมวิชาการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 กรกฎาคม 2553 อิมแพค คอนเวนชั่นเซนเตอร์ เมืองทองธานี กทม.

[11] http://bopc.moph.go.th/index.php/born เปิดอ่านเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2554

[12] นพ.เกษม เวชสุทธานนท์แนวทางปฏิบัติเพื่อการพัฒนาสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

[13] นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานนโยบายยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

[14] เอกสารนำเสนอ เมื่อวันที่ 9 พค 2554 http://bopc.moph.go.th/

[15] Vinai Leesmidt Siriwan Pitayarangsarit Nivat Jeegungwal et al. Assessment of the purchasing functions in the Thai Universal Coverage scheme for health care. July 2005

[16] http://www.westbelconnenhealth.coop/the-co-op-model

[17] C. J. Martin, 'Nature or nurture? Sources of ! rm preference for national health reform', American Political Science Review 89 (1995), 898–913.

[18] European Commission, 'A strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues', White Paper, COM (2007) 279, 30 May 2007.

[19] Sukhendra Kumar Sarkar and Fazlul Karim Teaching ORT messages to millions: the BRAC case. Weekly Holiday, Nov 22, 2002

[20] Chowdhury AM, Karim F, Ahmed J Teaching ORT to women: individually or in groups? J Trop Med Hyg. 1988 Dec;91(6):283-7.

[21] VU SINH NAM, NGUYEN THI YEN, TRAN VU PHONG et al. ELIMINATION OF DENGUE BY COMMUNITY PROGRAMS USING MESOCYCLOPS (COPEPODA) AGAINST AEDES AEGYPTI IN CENTRAL VIETNAM. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 72(1), 2005, pp. 67–73

22Macinko J, Dourado I, Aquino R et al. Major expansion of primary casre in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Affairs 2010;29(12) L 2149-2160

[23] Flawed but fair: Brazil's health system reaches out to the poohttp://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/08-030408.pdf

[24] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานประจำปี 2552 หน้า 119

[25] สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การเงินการคลังในระบบบริการปฐมภูมิของสปสช.

http://www.hsri.or.th/upload/R2R2010/powerpoint/R2R_150710_puwanon.pdf

[26] Yves TalbotMonica RiutortOnil K. Bhattacharyyaet al. Capacity-building in family healthInnovative in-service training program for teams in Latin America. Canadian Family Physician June 2009 vol. 55 no. 6 613-613.e6

[27] วิชัย เอกพลากร 2553 ผลการวิเคราะห์การควบคุมเบาหวาน ความดันเลือดสูงและไขมันในเลือดสูงจากการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ.2546-47 และพ.ศ. 2551-52

[28] ธีรพล เกาะเทียนดุษฎี อารยะวงศ์ชัย มนชยา ศิริอังคาวุธ และคณะ การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ/ หลังผ่าตัดหัวใจที่ได้รับยา Warfarin (เครือข่าย Warfarin เขต 13) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีเสนอ ณ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย ครั้งที่ 3 วันที่ 14-16 กรกฎาคม 2553 อาคารชาเลนเจอร์ อิมแพค เมืองทองธานี

[29] SombatMuengtaweepongsa, PornpatrDhammasaroja ,UraiKammark . OUTCOMES OF INTRAVENOUS THROMBOLYTIC THERAPY FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE WITH INTEGRATED ACUTE STROKE REFERRAL NETWORK AT NO PRIOR EXPERIENCE HOSPITAL: A PROSPECTIVE STUDY .Presented at a policy forum on development of emergency medical services in Thailand.Suan Sam Pran Hotel, NakhonPratom. 24-25 December 2009

[30] จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์ ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนา Fast track STEMI ในประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๒ ใน ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาลและคณะ รายงานการวิจัยเรื่อง โครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทย

[31] รองปลัด พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ แผนยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550-2559

[32] https://suchons.wordpress.com/2011/05/06/หมอมงคลหนุนครม-ผลิตหมอ 6 พฤษภาคม 2011

[33] Natasha Curry and Chris Ham. Clinical and service Integration. The route to improved outcomes. King's Fund 2010. www.kingsfund.org.uk/publications