

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

# การประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะนำร่อง ของปีงบประมาณ 2552

ฉวีวรรณ ทิมา

สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552 โดยประยุกต์กรอบแนวคิด Logic model โดยสำรวจทางไปรษณีย์ในสถานีนอมาชัย ที่เป็นเป้าหมายพัฒนาระดับเป็น รพ.สต. 1,001 แห่ง และสัมภาษณ์เชิงลึก สอบถามรายบุคคล ประชุมกลุ่ม จากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน รพ.สต. ผู้สนับสนุนและประชาชน ในรพ.สต. 12 แห่ง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 พบว่า การสื่อสารและสร้างความเข้าใจต่อนโยบาย รพ.สต.ยังไม่ชัดเจน มีความคาดหวังเกินจริง และไม่มั่นใจในนโยบาย สำหรับการจัดกลุ่ม รพ.สต.ที่ใช้ตัวแปร 5 ตัว (ประชากร กำลังคน รายรับ เงินบำรุงคงเหลือ และเครื่องมืออุปกรณ์) พบว่า มีรพ.สต.ขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก ร้อยละ 0.3, 18.7 และ 81.0 แตกต่างกับการใช้ตัวแปรประชากรเพียงอย่างเดียวที่คิดเป็น ร้อยละ 37.7, 55.4 และ 6.9 ตามลำดับ สำหรับการขับเคลื่อนนโยบายเกี่ยวกับโครงสร้างองค์กรและกลไกรองรับการบริหารจัดการ การเปลี่ยนป้ายชื่อ และตำแหน่งผู้บริหาร รพ.สต.ที่แตกต่างกัน มีการใช้คู่มือการให้บริการของ รพ.สต.น้อย มีปัญหาและความต้องการสนับสนุน ทั้งด้านกำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์ โครงสร้างพื้นฐาน และการเงินการคลัง การจัดการบริการสุขภาพในบางพื้นที่ยังไม่เห็นความแตกต่างมากนัก สำหรับประชาชนส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่ รพ.สต. และมีความคาดหวังในการพัฒนาคุณภาพบริการที่มากขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบายควรมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์และรับฟังความเห็นต่อนโยบายรพ.สต. มีนโยบายและแผนพัฒนารพ.สต.ระยะยาว โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานและการประเมินผลให้ชัดเจน มีกฎหมายรองรับอย่างถูกต้อง มีโครงสร้างองค์กรกลไกรองรับเฉพาะ มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาตามความเป็นจริงแบบค่อยเป็นค่อยไปด้วยระบบสนับสนุนที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหากำลังคน พัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการ การจัดการบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ ถ่ายโอนภารกิจให้ท้องถิ่น และวิจัยประเมินผลเพื่อกำหนดขนาดและระดับการพัฒนาที่เหมาะสม

## คำสำคัญ:

สถานีนอมาชัย, นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ระบบบริการปฐมภูมิ, การประเมินผลนโยบาย

## บทนำ

จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในรูปแบบต่าง ๆ ได้สร้าง

โอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนมากขึ้นโดยมีผู้ป่วยนอกในระดับสถานีนอมาชัยมากที่สุด แต่มีแนวโน้มการใช้บริการในสถานีนอมาชัยที่ลดลงเล็กน้อยจาก ปี

2546 ร้อยละ 48.3 เป็นร้อยละ 41.1 ในปี 2549<sup>(1)</sup> รัฐบาลสมัย ฯพณฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรีได้ประกาศนโยบายด้านสาธารณสุข ข้อ 3.3.3 ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ<sup>(2)</sup> และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นนโยบายรองรับใน ข้อ 2 ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกกระดับสถานอนามัยเป็นรพ.สต.<sup>(3)</sup> ภายใต้ความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้มีกลไกขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนา (ร่าง) ข้อเสนอแผนการพัฒนารพ.สต. พ.ศ.2552-2555 ขึ้น โดยในช่วงแรกได้แบ่งระยะการพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 - นำร่อง ปี 2552 รพ.สต. 1,001 แห่ง ระยะที่ 2 - ขยายผลให้ครอบคลุมครบทุกแห่ง ปี 2553-2555 รพ.สต. 9,762 แห่ง และ ระยะที่ 3 - พัฒนาต่อเนื่องให้สมบูรณ์ในทุกแห่งให้เป็น รพ.สต. ที่มีคุณภาพ ภายในปี 2562<sup>(4)</sup> และกระทรวงสาธารณสุข ได้ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติการ โดยการจัดประชุมชี้แจงผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องของสาธารณสุข “การพัฒนาระบบบริการ รพ.สต.และระบบส่งต่อผู้ป่วย ใน 4 ภาค ช่วงเดือน พ.ค.-มิ.ย. 2552 และได้มีการประกาศนโยบาย รพ.สต. อย่างเป็นทางการในระดับประเทศ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ในงาน “มหกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล...จุดเปลี่ยนระบบสาธารณสุข” ในวันที่ 4 กันยายน 2552 พร้อมทั้งมี “คู่มือการให้บริการของ รพ.สต.”<sup>(5)</sup> สำหรับใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติการในทุกระดับ และการประชุมเรื่อง “การขับเคลื่อนนโยบายไทยเข้มแข็ง 2555 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2553” ใน 4 ภาค ช่วงเดือนตุลาคม 2552 พร้อม

ทั้งการจัดทำแผนงานและโครงการรองรับการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติการ แต่ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนมาเป็นระยะ ๆ ซึ่งการจัดทำ “โครงการประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552”<sup>(6)</sup> ได้ดำเนินการก่อนการประกาศนโยบาย รพ.สต. อย่างเป็นทางการ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนา รพ.สต. ในระดับพื้นที่ เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับรูปแบบและแนวทางการพัฒนารพ.สต.ที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดบริการสุขภาพปฐมภูมิ สถานการณ์และบริบทแวดล้อม และสามารถสร้างความยั่งยืนของการพัฒนาในระยะยาว

### วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์กรอบแนวคิดการประเมินผล Logic model<sup>(7,8)</sup> ดังรูปที่ 1 รูปแบบการประเมินผลใช้ single group pre-post test design โดยแบ่งลักษณะการประเมินผลเป็น 2 ระยะ คือ

1. การประเมินผลก่อนเริ่มปฏิบัติงาน (pre-implementation evaluation) เน้นการเตรียมความพร้อม การวางแผน ความต้องการการสนับสนุน
2. การประเมินผลหลังการปฏิบัติงาน (post-implementation evaluation) เน้นการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และการถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาที่เป็นแบบอย่างที่ดี ตลอดจนการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการปฏิบัติงาน

**ระยะเวลาในการศึกษา** ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนสิงหาคมกับเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจสถานการณ์การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เป็น รพ.สต. ในปี 2552 โดยสำรวจสถานการณ์ฯ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป สถานภาพ ความพร้อม การวางแผนพัฒนา การดำเนินการ ปัญหา

อุปสรรค แนวทางการแก้ไข และความต้องการการสนับสนุน โดยสำรวจในประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ สถานีอนามัย(สอ.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ (สอณ.) ที่จะพัฒนา ยกกระดับเป็น รพ.สต. ในปี 2552 จำนวน 1,001 แห่ง โดยสำรวจทางไปรษณีย์ ซึ่งได้รับแบบสำรวจที่ตอบกลับมา 710 แห่ง แต่มีข้อมูลครบถ้วน 709 แห่ง

2. แบบศึกษาเจาะลึกภาคสนามกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยศึกษาเจาะลึกเกี่ยวกับรูปแบบ กระบวนการ และผลการปฏิบัติงาน ทั้งปัจจัยนำเข้า การดำเนินงาน ผลผลิต/ผลลัพธ์ในประเด็นการรับรู้ ความเข้าใจ ความคิดเห็น การยอมรับ ความคาดหวัง ความพึงพอใจ ความต้องการสนับสนุน การบริหารจัดการและการจัดบริการ ตลอดจนจุดเด่นจุดด้อย ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข โดยสุ่มเลือก รพ.สต. ดีเด่นที่ได้รับการคัดเลือกให้นำมาเสนอ หรือจัดนิทรรศการในการประชุมชี้แจงนโยบายของกระทรวงระดับประเทศ และระดับภาค โดยวิธี proportionate stratified sampling ใน 4 ภาค (ภาคกลาง เหนือ ตะวันออกเฉียง-เหนือ และภาคใต้) ภาคละ 3 แห่ง รวม 12 แห่ง โดยกลุ่มเป้าหมายมี 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน รพ.สต. ได้แก่ หัวหน้า สอ./พอ.รพ.สต. และผู้ปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) จำนวน 84 คน

2.2 ผู้สนับสนุน/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้บริหารของ รพ.แม่ข่าย/รพท./รพช./สอ./อปท. โดยสัมภาษณ์เชิงลึก โดยจัดประชุมกลุ่ม (focus group discussion) จำนวน 267 คน

2.3 ประชาชนที่มารับบริการและประชาชนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. จำนวน 30 คน/แห่ง โดยเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการที่ รพ.สต. 12 คนต่อแห่ง และประชาชนในชุมชนและที่บ้าน 18 คนต่อแห่ง (การกำหนด สัดส่วนการเก็บข้อมูลประชาชนได้ใช้ข้อมูล

อ้างอิงจากสัดส่วนผู้ป่วยนอกของ สอ.และสสช. ปี 2549<sup>(1)</sup> เท่ากับร้อยละ 41.1)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และข้อมูลทุติยภูมิ รวมทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ รพ.สต. โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

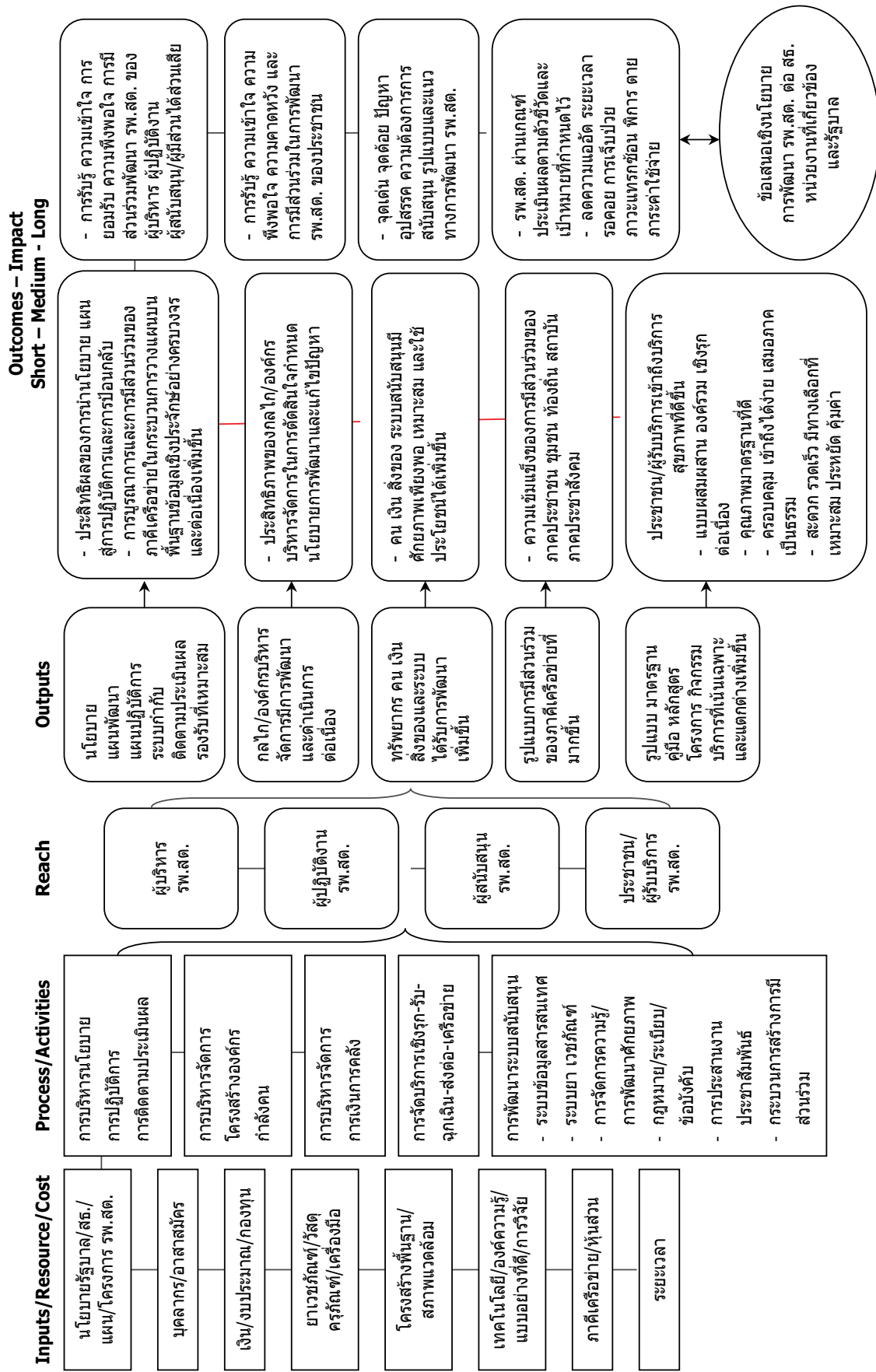
- วิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS statistic 17.0 โดยใช้สถิติในการนำเสนอข้อมูล เป็นจำนวนร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (cluster analysis) ใช้เทคนิค K-means cluster analysis จะหาระยะห่างโดยวิธี Euclidean distance โดยจัดแบ่งกลุ่ม รพ.สต. ออกเป็น 3 กลุ่ม ด้วย 5 ตัวแปร ใช้ข้อมูลปัจจุบันปี 2552 คือ จำนวนประชากร รายรับรวม เงินบำรุงคงเหลือ บุคลากรปฏิบัติงานประจำ และเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น (ให้คะแนนการมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น 12 รายการ ๆ ละ 1 คะแนน โดยไม่คำนึงถึงปริมาณที่มีในแต่ละรายการ)

### ผลการศึกษา

รพ.สต.โดยนักวิชาการสาธารณสุขตอบกลับแบบสำรวจสถานการณ์การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เป็น รพ.สต. ในปี 2552 จำนวน 710 แห่ง มีจำนวนประชากรทั้งหมดในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบน้อยกว่า 3,000 คน, 3,000-7,000 คน และมากกว่า 7,000 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9, 55.4 และ 37.7 ตามลำดับ จำนวนหลังคาเรือนในเขตความรับผิดชอบเฉลี่ย 1,670 หลังคาเรือน ต่ำสุด 98 หลังคาเรือน สูงสุด 19,882 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เฉลี่ย 112 คน ต่ำสุด 9 คน สูงสุด 362 คน คิดเป็นสัดส่วน 1 อสม.: 61 ประชากร และ 1 อสม.: 15 หลังคาเรือน สรุปผลการศึกษาดังนี้

#### 1. ความพร้อมทางด้านทรัพยากรของ รพ.สต.

1.1 กำลังคน บุคลากรสายวิชาชีพทางการ



รูปที่ 1 กรอบการประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำของ รพ.สต พบว่า ไม่มีแพทย์ร้อยละ 96.9 แต่ไม่มีพยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพเพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้น โดยในส่วนที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพประจำ ส่วนใหญ่มี 1 คน ร้อยละ 52.3 รองลงมา มี 2 คน ร้อยละ 31.0 และอย่างน้อย 3 คนร้อยละ 11.3 เมื่อรวมบุคลากร/เจ้าหน้าที่สายวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกประเภท พบว่า มี 1-4 คน ร้อยละ 45.4, 5-7 คน ร้อยละ 47.5 และมากกว่า 7 คน ร้อยละ 7.2 ทั้งนี้มีบุคลากรสายวิชาชีพฯ เฉลี่ย 4.98 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงสุดเฉลี่ย 5.17 คน ภาคเหนือต่ำสุดเฉลี่ย 4.86 คน มีพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติต่อประชากรเท่ากับ 1:4,464 คน และบุคลากรสายวิชาชีพฯ ต่อประชากรเท่ากับ 1:1,369 คน (ตารางที่ 1 และ 2) นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นต่อความพร้อมด้านกำลังคนของ รพ.สต.ในระดับน้อยที่สุด-น้อย ร้อยละ 50.3 ปานกลาง ร้อยละ 36.6 และมาก-มากที่สุด ร้อยละ 23.1 ภาคกลางมีความคิดเห็นฯ ระดับน้อยที่สุด-น้อย สูงสุดร้อยละ 57.1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำสุดร้อยละ 43.1

1.2 การเงินการคลัง สถานการณ์ทางการเงิน

ของ รพ.สต.ในภาพรวมปี 2550-2552 มีแนวโน้มสถานการณ์รายรับเงินบำรุงและเงินบำรุงคงเหลือดีขึ้น แต่ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ยังไม่แน่นอน มีเพียงประมาณร้อยละ 30 ที่ดีขึ้น และประมาณร้อยละ 10 ไม่ดีขึ้น ในปี 2552 รพ.สต.มีเงินบำรุงคงเหลือสูงสุด 73.84 แสนบาท/ปี/แห่ง และต่ำสุดมีเงินบำรุงคงเหลือติดลบ - 0.15 แสนบาท/ปี/แห่ง และมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเงินบำรุงคงเหลือระหว่างภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3) และมีความคิดเห็นต่อความพร้อมทางด้านการเงินการคลังในการพัฒนา รพ.สต. ระดับน้อยที่สุด-น้อย ร้อยละ 53.4 ปานกลาง ร้อยละ 35.4 และมาก-มากที่สุด ร้อยละ 11.3 ภาคใต้มีความคิดเห็นฯ ระดับน้อยที่สุด-น้อย สูงสุดร้อยละ 58.5 และภาคกลาง ต่ำสุดร้อยละ 42.3

1.3 โครงสร้างพื้นฐาน จากการศึกษาความคิดเห็นต่อความพร้อมทางด้านโครงสร้างพื้นฐาน อาคารสถานที่ ภูมิสถาปัตยกรรมและสาธารณสุขโรคของ รพ.สต. พบว่า มีความพร้อมในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 47.2 รองลงมาคือระดับ มาก-มากที่สุด และ น้อยที่สุด-น้อย คิดเป็นร้อยละ 31 และ 21.8 ตามลำดับ

1.4 เครื่องมืออุปกรณ์ จากการศึกษาเครื่องมือ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราส่วนกำลังคนต่อประชากรของ รพ.สต.กับเกณฑ์มาตรฐานจำแนกตามภาค

ภาค	พยาบาลวิชาชีพ/เวชปฏิบัติต่อประชากร			บุคลากร/จนท.สายวิชาชีพต่อประชากร		เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ <sup>‡</sup>
	ภาพรวมประเทศ ปี 2551*	ภาพรวมบริการปฐมภูมิ ปี 2552**	การสำรวจ รพ.สต. ปี 2552***	ภาพรวมบริการปฐมภูมิ ปี 2552 <sup>#</sup>	การสำรวจ รพ.สต. ปี 2552 <sup>##</sup>	
1. กลาง(ไม่รวม กทม.)	1 : 519	1 : 10,012	1 : 5,030	1 : 1,934	1 : 1,454	1 : 5,000 <sup>(1)</sup> 1 : 1,250 <sup>(2)</sup>
2. เหนือ	1 : 567	1 : 10,046	1 : 3,908	1 : 1,795	1 : 1,238	
3. ตะวันออกเฉียงเหนือ	1 : 819	1 : 9,772	1 : 4,381	1 : 2,126	1 : 1,386	
4. ใต้	1 : 558	1 : 11,083	1 : 4,553	1 : 1,847	1 : 1,370	
รวม	1 : 576	1 : 10,075	1 : 4,464	1 : 1,955	1 : 1,369	

การประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบขนาดกำลังคนของ รพ.สต. กับ สอ. จำแนกตามภาค

ภาค	บุคลากร/จนท.สายวิชาชีพของ สอ. ปี 2552 <sup>#</sup>				บุคลากร/จนท.สายวิชาชีพของ รพ.สต. ปี 2552 <sup>##</sup>			
	ไม่มี	มีพยาบาล	มีพยาบาล	มีพยาบาล	ไม่มีแพทย์/ พยาบาลเวช	มีแพทย์/ พยาบาลเวช	มีแพทย์/ พยาบาลเวช	มีแพทย์/ พยาบาลเวช
	พยาบาล วิชาชีพ	วิชาชีพ	วิชาชีพ	วิชาชีพ	ปฏิบัติ/ พยาบาล วิชาชีพ	ปฏิบัติ/ พยาบาลวิชาชีพ	ปฏิบัติ/ พยาบาลวิชาชีพ	ปฏิบัติ/ พยาบาลวิชาชีพ
	อย่างน้อย 1 คน และวิชาชีพอื่น น้อยกว่า 3 คน	อย่างน้อย 1 คน และวิชาชีพอื่น	อย่างน้อย 1 คน และวิชาชีพอื่น	อย่างน้อย 1 คน มากกว่า 5 คน	อย่างน้อย 1 คน และวิชาชีพอื่น น้อยกว่า 3 คน	อย่างน้อย 1 คน และวิชาชีพอื่น อื่น 3-5 คน	อย่างน้อย 1 คน และวิชาชีพอื่น มากกว่า 5 คน	อย่างน้อย 1 คน และวิชาชีพอื่น มากกว่า 5 คน
1. กลาง (ไม่รวม กทม.)	984 (10.1)	142 (1.4)	1,376 (14.1)	32 (0.3)	10 (1.4)	40 (5.6)	121 (17.0)	11 (1.5)
2. เหนือ	1,039 (10.7)	130 (1.3)	1,030 (10.6)	14 (0.1)	9 (1.3)	39 (5.5)	101 (14.2)	5 (0.7)
3. ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,286 (13.2)	342 (3.5)	1,824 (18.7)	18 (0.2)	7 (1.0)	59 (8.3)	156 (22.0)	17 (2.4)
4. ใต้	723 (7.4)	78 (0.8)	691 (7.1)	18 (0.2)	13 (1.8)	31 (4.4)	82 (11.5)	9 (1.3)
รวม	4,032 (41.4)	692 (7.1)	4,921 (50.6)	82 (0.8)	39 (5.5)	169 (23.8)	460 (64.8)	42 (5.9)

หมายเหตุและแหล่งที่มา

- \* หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551 [พยาบาลวิชาชีพ ภาพรวมประเทศ (ไม่รวม กทม.) จำนวนทั้งสิ้น 92,563 คน]
- \*\* หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานของ สอ.ทั่วประเทศ ปี 2552 [ตำแหน่งพยาบาลของ สอ.ทั่วประเทศ (ไม่รวม กทม.) จำนวนทั้งสิ้น 5,732 คน สอ.จำนวนทั้งสิ้น 9,727 แห่ง] ที่มาจากฐานข้อมูลกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง และกลุ่มพัฒนาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- \*\*\* หมายถึง พยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำของสถานอนามัยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายระดับเป็น รพ.สต. ในปี 2552 ที่ตอบกลับแบบสำรวจสถานการณ์ฯ จำนวน 710 แห่ง
- # หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการที่ปฏิบัติงานของ สอ.ทั่วประเทศ (พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข) ปี 2552 [ตำแหน่งสายวิชาชีพ 5 ประเภทของ สอ.ทั่วประเทศ (ไม่รวม กทม. จำนวนทั้งสิ้น 29,547 คน สอ.จำนวนทั้งสิ้น 9,727 แห่ง] ที่มาจากฐานข้อมูลกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง และกลุ่มพัฒนาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ## หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำของสถานอนามัยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายระดับเป็น รพ.สต. ในปี 2552 ที่ตอบกลับแบบสำรวจสถานการณ์ฯ จำนวน 710 แห่ง
- ‡ (1) เกณฑ์มาตรฐานอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร หมายถึง พยาบาลเวชปฏิบัติหรือพยาบาลวิชาชีพ หรือ พยาบาลชุมชนปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อประชากร 1 : 5,000 คน หรือน้อยกว่าและอย่างน้อยแห่งละ 1 คน
- (2) เกณฑ์มาตรฐานอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำต่อประชากร หมายถึง พยาบาลหรือจนท.สาธารณสุข (ขั้นต่ำคือมีคุณภาพในระดับประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องของหน่วยบริการปฐมภูมิในอัตราไม่น้อยกว่า 1 : 1,250<sup>(9,10)</sup>

อุปกรณ์ของ รพ.สต.ที่จำเป็นพื้นฐานของ รพ.สต.จำนวน 12 รายการ พบว่า รพ.สต.ส่วนใหญ่ไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ 4 รายการ คือ เครื่องมือและอุปกรณ์กายภาพบำบัด (91.0%) ชุดคอมพิวเตอร์พร้อม video conference (68.6%) เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์แผนไทย (61.8%) เครื่องพ่นยา (nebulizer) (56.2%) และ รพ.สต.ส่วนน้อยไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ 8 รายการ คือ รถกาะบะ/รถพยาบาลรับส่งผู้ป่วย (46.8%) ชุดยูนิตทำฟัน (35.4%) จานดาวเทียม/อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง (33.9%) ถังออกซิเจน (20.3%) ชุดอุปกรณ์กู้ชีพ (17%) อุปกรณ์ฆ่าเชื้อ (13.8%) รถจักรยานยนต์ (10.1%) ตู้เย็นสำหรับเก็บยาและเวชภัณฑ์ (2.7%) โดยมีความคิดเห็นต่อความพร้อมทางด้านเครื่องมืออุปกรณ์ในการพัฒนา รพ.สต. อยู่ในระดับน้อยที่สุด-น้อย ร้อยละ 26.8 ปานกลาง ร้อยละ 52.8 และมาก-มากที่สุด ร้อยละ 20.2

## 2. การวิเคราะห์จัดกลุ่ม รพ.สต.

การวิเคราะห์จัดกลุ่ม รพ.สต. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาตามนโยบาย รพ.สต.ที่มีความเหมาะสมในบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่ง

จากเดิมนโยบาย รพ.สต.ได้กำหนด รพ.สต.เป็นแบบเดียวกันทั้งประเทศ ต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นการแบ่งขนาดตามจำนวนประชากรในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต. และกำหนดให้มีลักษณะแบบเดี่ยวและเครือข่าย แต่จากการศึกษาครั้งนี้ได้มีการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม รพ.สต. (cluster analysis) ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรที่เกี่ยวข้องมากขึ้น เป็น 5 ตัวแปร ใช้ข้อมูล ปี 2552 ในการวิเคราะห์ คือ ประชากร บุคลากร/ জনท.ปฏิบัติงานประจำ รายรับรวม เงินบำรุงคงเหลือ และการมีเครื่องมือและอุปกรณ์ โดยจัดกลุ่ม รพ.สต. ออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 (ขนาดใหญ่) มี 2 แห่ง (0.3%) กลุ่มที่ 2 (ขนาดกลาง) มี 133 แห่ง (18.7%) กลุ่มที่ 3 (ขนาดเล็ก) มี 574 แห่ง (81.0%) เมื่อเปรียบเทียบกับการจัดกลุ่มด้วยตัวแปรประชากรอย่างเดียว ประชากรมากกว่า 7,000 คน มี 268 แห่ง (37.7%) ประชากร 3,000-7,000 คน มี 393 แห่ง (55.4%) ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน มี 49 แห่ง (6.9%) จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบการวิเคราะห์จัดกลุ่มในทั้ง 2 วิธีดังกล่าว สามารถจำแนกกลุ่มออกเป็น 3 ขนาดได้แตกต่างกันมาก และแตกต่าง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสถานการณ์การเงินการคลัง ปี 2552 ของ รพ.สต. จำแนกตามภาค

รายการ	รพ.สต. จำนวนแห่ง	สถานการณ์การเงินการคลังของ รพ.สต. ปี 2552 (แสนบาท/ปี/แห่ง)								
		รายรับเงินบำรุง			รายจ่ายเงินบำรุง			เงินบำรุงคงเหลือ		
		ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด
1. กลาง	182	9.71	.95	48.42	9.11	.88	99.00	8.04	.25	50.02
2. เหนือ	154	7.59	.54	26.20	7.21	.70	22.68	3.20	.02	17.04
3. ตะวันออกเฉียงเหนือ	239	11.58	1.22	135.09	10.79	.64	123.09	3.83	.02	73.84
4. ใต้	135	6.72	.49	43.40	6.43	.65	37.34	3.66	-.15	21.19
รวม	710	9.31	.49	135.09	8.75	.64	123.09	4.74	-.15	73.84
ค่าสถิติ			F = 14.43			F = 9.54			F = 27.94	
			df 3, 706			df 3, 706			df 3, 706	
			p <0.05			p <0.05			p <0.05	
			*1,2 *1,3 *1,4			*1,2 *1,3 *1,4			*1,2 *1,3 *1,4	
			*2,3 *3,4			*2,3 *3,4				

กันในแต่ละภาค (ตารางที่ 4 และตารางที่ 5)

**3. การรับรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นต่อนโยบาย รพ.สต.**

จากการศึกษาเจาะลึกผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สนับสนุน รพ.สต. เกี่ยวกับการรับรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นต่อนโยบาย รพ.สต. สรุปได้ดังนี้

3.1 การรับรู้ต่อนโยบาย รพ.สต. ผู้บริหารและผู้สนับสนุน รพ.สต. โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 31.2 รับทราบจากการประชุมชี้แจงนโยบายในระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ

รองลงมาคือ จากส่วนกลาง ร้อยละ 24.1 สื่อวิทยุโทรทัศน์ ร้อยละ 19.9 สำหรับประชาชนได้รับทราบนโยบาย รพ.สต. ร้อยละ 57.5 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และอาสาสมัครอื่น ๆ เพื่อนบ้าน/ญาติ และสื่อวิทยุโทรทัศน์ ตามลำดับ

3.2 ความเข้าใจต่อนโยบาย รพ.สต. ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สนับสนุน รพ.สต.ภาคีรัฐทางด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีความเข้าใจต่อนโยบาย รพ.สต. ตามกรอบนโยบายที่ได้ชี้แจงและกำหนดไว้ สำหรับ อสม.

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์จัดกลุ่ม รพ.สต. จำแนกตามภาค

กลุ่ม รพ.สต.	จำนวน-แห่ง (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย				
		ประชากร (คน)	บุคลากร (คน)	รายรับรวม (บาท)	เงินบำรุง คงเหลือ (บาท)	การมี เครื่องมือฯ
1	2 (0.3)	12,985	17.00	10,587,260	3,742,350	11.00
2	133 (18.7)	10,114	9.68	2,263,441	1,021,358	8.14
3	574 (81.0)	6,026	6.34	846,312	335,605	7.25
รวม	709 (100.0)	6,812	7.00	1,139,627	473,854	7.43

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลการจัดกลุ่ม รพ.สต. 2 วิธี จำแนกตามภาค

วิธีที่ 1 * ประชากร (คน)	รพ.สต.-แห่ง (ร้อยละ)										วิธีที่ 2 ** 5 ตัวแปร
	กลาง		เหนือ		ตะวันออกเฉียงเหนือ		ใต้		รวม		
	วิธีที่ 1	วิธีที่ 2	วิธีที่ 1	วิธีที่ 2	วิธีที่ 1	วิธีที่ 2	วิธีที่ 1	วิธีที่ 2	วิธีที่ 1	วิธีที่ 2	
1. <3,000	20 (11.0)	137 (75.3)	9 (5.8)	135 (87.7)	6 (2.5)	177 (74.4)	14 (10.4)	125 (92.6)	49 (6.9)	574 (81.0)	กลุ่ม 3
2. 3,000-7,000	94 (51.6)	45 (24.7)	103 (66.9)	19 (12.3)	117 (49.0)	59 (24.8)	79 (58.5)	10 (7.4)	393 (55.4)	133 (18.7)	กลุ่ม 2
3. >7,000	68 (37.4)	-	42 (27.3)	-	116 (48.5)	2 (0.8)	42 (31.1)	-	268 (37.7)	2 (0.3)	กลุ่ม 1
รวม	182 (100.0)	182 (100.0)	154 (100.0)	154 (100.0)	239 (100.0)	238 (100.0)	135 (100.0)	135 (100.0)	710 (100.0)	709 (100.0)	รวม

\*วิธีที่ 1 จัดกลุ่ม รพ.สต. โดยใช้จำนวนประชากรเพียงอย่างเดียว

\*\*วิธีที่ 2 จัดกลุ่ม รพ.สต. โดยใช้ตัวแปร 5 ตัว(ประชากร กำลังคน รายรับ เงินบำรุงคงเหลือ และเครื่องมืออุปกรณ์)



มีความเข้าใจ มากกว่าในส่วนของผู้สนับสนุนภาคท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และผู้นำองค์กรชุมชน ซึ่งโดยส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจที่แตกต่างกันว่า “รพ.สต. เป็นรพ.เล็ก ๆ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ บริการครบวงจร เหมือน รพช.หรือใกล้เคียงกับ รพช. ในทำนองเดียวกันความเข้าใจต่อ รพ.สต.ของประชาชน แต่มีเพียงส่วนน้อยมากที่เข้าใจว่า “เน้นบริการเชิงรุก ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลสุขภาพตนเอง และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ประชาสังคม และท้องถิ่น”

3.3 ความคิดเห็นต่อนโยบาย รพ.สต. มีความหลากหลายของมุมมองในบริบทที่แตกต่างกัน โดยเห็นด้วยว่า “นโยบาย รพ.สต. เป็นนโยบายที่ดีและเด่นกว่าที่ผ่านมา ในการยกระดับศักยภาพ ชีตความสามารถ และคุณภาพบริการ ของ สอ. เดิม สำหรับประเด็นที่ไม่เห็นด้วย “นโยบาย รพ.สต. เป็นนโยบายหาเสียง ทำแบบเร่งรีบ ยังไม่ชัดเจน เป็นแนวคิดเก่า ไม่มีการปรับอะไรใหม่เป็นพิเศษ เป็นเพียงการต่อยอดเน้นเพิ่มการทำงานเชิงรุก และพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการให้มากขึ้น ตลอดจนยังไม่มีการรอบมาตรฐานและเกณฑ์การประเมินผลที่ชัดเจน”

ความคิดเห็นต่อการสนับสนุนภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 (Stimulus package - SP2) ในช่วงแรกของการประกาศนโยบาย รพ.สต. (กำหนดการสนับสนุน รพ.สต. แห่งละ 1.35 ล้านบาท เป็นโครงสร้างพื้นฐาน 5 แสนบาท และเครื่องมืออุปกรณ์ 8.5 แสนบาท จำนวน 46 รายการ สนับสนุนครบทุกแห่งภายในปี 2552-2555) ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันมากในเรื่องของการกำหนดเป้าหมายการพัฒนา รพ.สต. ที่เห็นว่าควรกำหนดเป้าหมายการพัฒนา รพ.สต.ทุกแห่งและสนับสนุนเหมือนกัน ในทางตรงกันข้าม เห็นว่า รพ.สต. ควรมีการพัฒนาแบบค่อยเป็นค่อยไป มีขั้นตอนระดับการพัฒนาแบบขั้นบันได กำหนดเป้าหมายตามความเป็นจริงที่มีความพร้อมและคาดหวังความสำเร็จได้ก่อนในลักษณะนาร่อง วัดผล และค่อยขยายผลตามความเหมาะสม หรือทำในรูปแบบเครือข่ายบริการ เป็นโซน

และเป็น Node โดยให้การสนับสนุนไม่เท่ากันและแตกต่างกัน และต้องมีกรอบเวลาที่ยืดหยุ่นให้พบทวนได้เป็นระยะ ๆ มีการประเมินผลผ่านเกณฑ์ก่อนประกาศเป็น รพ.สต. นอกจากนี้ ยังเห็นว่าการกำหนดรายการและวงเงินการสนับสนุนภายใต้ SP2 ดังกล่าวเป็นการสะท้อนกลับแบบเดิมที่เน้นการรักษาพยาบาล เป็นการตั้งรับในสถานพยาบาลมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงสร้างพื้นฐานในบางพื้นที่ได้มีการปรับปรุงค่อนข้างมากและไม่มีพื้นที่ขยายได้อีกแล้ว และ สอ. ที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit - PCU) และหน่วยบริการการแพทย์ชุมชนหรือศูนย์แพทย์ชุมชน (Community medical unit - CMU) เดิมก็มีเครื่องมืออุปกรณ์เกือบครบเกณฑ์แล้ว การสนับสนุนเครื่องมือราคาแพง เช่น Ultrasound, X-ray, เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram - EKG) ยูนิททำฟัน เครื่องตรวจสารเคมีในเลือด ควรพิจารณาตามความเหมาะสมต้องมีความพร้อมด้านบุคลากรที่จะใช้งาน และความคุ้มค่าในการใช้ประโยชน์

#### 4. ผลพวงจากการพัฒนา รพ.สต.ในระยะแรก

4.1 การบริหารจัดการการพัฒนา รพ.สต. จากการสำรวจ รพ.สต. เกี่ยวกับกลไกการบริหารจัดการ รพ.สต. ร้อยละ 65.8 มีองค์กรในรูปแบบคณะกรรมการรองรับ รพ.สต.โดยเฉพาะ แต่มีความแตกต่างกันขององค์ประกอบและการดำเนินการ

4.2 รูปแบบการบริหารจัดการและระบบงานจากการศึกษาเจาะลึกพบว่ามีการดำเนินการที่สำคัญในบางพื้นที่ คือ มีการทำประชาคม,การทำงานแบบเครือข่ายและการแบ่งโซนรับผิดชอบ การเกลี้ยบุคลากรและการจ้างเพิ่ม การปรับระเบียบเงินบำรุง การเกลี้ยเงินจากอำเภอที่มีเงินเหลือไปให้อำเภอที่ขาดแคลน นโยบายให้ รพ.สต. มี พยาบาลวิชาชีพ และผ่านการอบรมเวชปฏิบัติอย่างน้อย 1 คน และการผลิตและพัฒนาพยาบาลและพยาบาลเวชปฏิบัติโดยความร่วมมือของอปท. และชุมชน การกำหนดแนวทางการจ่ายค่าตอบแทน ค่าอยู่เวร ขวัญกำลังใจและความก้าวหน้า

ทางวิชาชีพ มีแนวทางการสนับสนุนดำเนินการพัฒนา รพ.สต.ของ สปสช. อปท. สนับสนุนงบประมาณดูแล สุขภาพประจำปี การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลัก ประกันสุขภาพตำบล งบการดำเนินงานของ อสม. การ แสวงหาแหล่งทุนอื่น เช่น กองทุนสุขภาพภาคประชาชน กองทุนหมู่บ้าน กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล กองทุน พัฒนาชุมชน กองทุนชมรมผู้สูงอายุ สภาตำบล

4.3 การจัดบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. รพ.สต.ที่ทำการสำรวจมีการจัดบริการนอกเวลาราชการ ร้อยละ 93.4 มีการบริการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน ตลอด 24 ชม. ร้อยละ 75.1 มีการให้คำปรึกษาผ่าน Web cam ร้อยละ 28.6 มีการจัดบริการทันตกรรม ร้อยละ 95.5 จัดระบบส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 98.9 และ มีการจัดเครื่องมืออุปกรณ์และยานพาหนะให้มีความ พร้อมในการส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 59.4, มีการใช้ยาแบบ เดียวกับ รพ.แม่ข่ายทุกรายการร้อยละ 11.8 และบาง รายการ ร้อยละ 68.7 มีการจัดทีมสุขภาพ/ทีมสห วิชาชีพให้บริการต่อเนื่อง ร้อยละ 87.9

นอกจากนี้จากการศึกษาเจาะลึกพบว่ามีการจัด บริการที่แตกต่างจากเดิมที่สำคัญได้แก่ มีแพทย์และ จนท.สธ.พี่เลี้ยง รพ.สต. ขยายเวลาบริการ เพิ่มบริการ วันหยุดราชการ มีแพทย์มาให้บริการประจำวัน มี บริการทันตกรรมได้ทุกวัน ให้ผู้ป่วยมารับยาที่ รพ.สต มี คลินิกเฉพาะแยกวัน มีคลินิกเบาหวาน ความดัน Well baby แพทย์แผนไทยและสมุนไพร มีทีมสุขภาพออก เยี่ยมบ้าน ทำ Family folder Community folder เชื่อมข้อมูลระหว่าง รพ.สต. รพ.แม่ข่าย ชุมชน อสม. เพื่อใช้เยี่ยมบ้าน หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ทำงานส่งเสริม และป้องกันโรคเชิงรุก คาราวานตรวจสุขภาพ การให้ คำปรึกษาผ่าน Web cam หรือ Telemedicine และ โทรศัพท์มือถือ (มีความคืบหน้าในการดำเนินการที่แตก ต่างกัน คือ ได้มีการดำเนินการและใช้จริงแล้ว ได้วาง ระบบเชื่อมต่อแล้วแต่ยังไม่ได้ปฏิบัติจริง อยู่ระหว่าง ดำเนินการ และยังไม่ดำเนินการ) และระบบส่งต่อ ผ่านระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information technology

- IT) มีช่องทางด่วน มีรพพยาบาล ระบบสนับสนุน มี เครื่องมืออุปกรณ์และขีดความสามารถเพิ่มขึ้น เช่น การ ทำผ่าตัดเล็ก ห้องปฏิบัติการ (laboratory-lab) มี autoclave นึ่งเครื่องมือ การจัดระบบคลังยาที่มีกรอบ มาตรฐานยาเพิ่มมากขึ้น หรือใช้ยาบัญชีเดียวกับ รพ.แม่ ข่าย ใช้คลังยาเดียวกัน ระบบจ่ายยาแบบ free-for-ser-vice มีศูนย์จ่ายยา การควบคุมการแพร่ระบาด (Infec- tion control-IC) มีเกณฑ์มาตรฐานการรักษาพยาบาลของ รพ.แม่ข่าย คู่มือมาตรฐานบริการ และแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline-CPG) ของจังหวัด และมี Node จังหวัดเฉพาะด้านของเขต ได้แก่ ผู้สูงอายุ โรค เรื้อรังเบาหวานความดัน PCU (Primary care unit) EMS (Emergency medical service) QRT (Quality real- ization team) PCA (Primary care award) และ Node รพ.สต. ได้แก่ ระบบบริการ ระบบบริหารจัดการ นวัตกรรม และ QRT PCA มีระบบติดตามรักษาต่อเนื่อง การ สนับสนุนวิชาการเชิงลึกในการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคกลุ่มเป้าหมาย จัดกลุ่มกลุ่มเป้าหมายที่คัด กรองเป็น กลุ่มสีขาว เทา ดำ และกำกับงบประมาณให้ ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด การทำ Home- ward แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นเตียงพักอ่อน เตียงเสี่ยง เตียงป่วย เตียงพิการ/ด้อยโอกาส โครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร โดยให้พยาบาลเวชปฏิบัติประจำ รพ.สต. เข้ามาเรียนรู้ 10 โรคที่ รพ.แม่ข่าย การจัดทีม สุขภาพ มี จนท.สธ. เป็นแกนนำ 5 เสือปฐมภูมิ (เสื อยุทธศาสตร์ เสือเวชปฏิบัติ เสือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสือ ควบคุมโรค เสือให้คำปรึกษา) มีพยาบาลอุรุษ

การปรับบทบาทของ อสม. ในการทำงานเชิงรุก เช่น การสำรวจข้อมูลหลังคาเรือน กลุ่มเป้าหมาย การออก เยี่ยมบ้าน คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยเบาหวานความดัน เด็กแรกเกิด หญิงตั้งครรภ์ เป็นจิตอาสาในวันที่มีคลินิก เป็นแกนนำสุขภาพ เป็น อสม.เชี่ยวชาญ 11 สาขา (อสม.พี่เลี้ยง และ จนท.สธ.พี่เลี้ยง) เป็นหมอใหญ่ในบ้าน (อบรม อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังและพิการและออกเยี่ยมบ้าน) ส่งเสริมการแพทย์

แผนไทยและสมุนไพร ให้ อสม.นำผู้ป่วยไปส่ง รพ.และจัดช่องทางด่วนให้ การสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมสุขภาพ การสื่อสารประชาสัมพันธ์เสียงตามสายของอปท. หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน

4.4 การเข้าถึงบริการและความคาดหวังต่อ รพ.สต. จากการศึกษาเจาะลึก รพ.สต.เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การใช้บริการ และความคาดหวังต่อบริการของประชาชน พบว่า ประชาชนมีการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 50.6 เฉลี่ย 7.43 ครั้งต่อปี เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ใช่โรคประจำตัว/ตรวจการตั้งครรภ์มากที่สุด ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ โรคประจำตัว และอุบัติเหตุ ร้อยละ 40.8 และ 7.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้บริการที่ รพ.สต. ร้อยละ 67.4 และมีความพึงพอใจต่อบริการที่สำคัญคือ การบริการที่พูดจาเอาใจใส่ เป็นกันเองดี และอยู่ใกล้สะดวกสบาย สามารถมาหาได้ตลอดเวลา โดยคิดเห็นต่อการเลือกใช้บริการที่ รพ.สต.ว่าจะไปใช้บริการทุกครั้งเมื่อเจ็บป่วย และเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 92 และมีความคาดหวังต่อ รพ.สต.ที่สำคัญคือ มีกำลังคนที่เพิ่มขึ้น เช่น แพทย์ประจำหรือหมอนเวียน พยาบาล มีบริการที่จำเป็น มีคุณภาพเข้าถึงง่ายเพิ่มขึ้น(ผ่าตัดเล็ก คลินิกทันตกรรม บริการใส่ฟันปลอม ดูแลการคลอด กายภาพบำบัด นวดแผนไทย บริการฉุกเฉิน) มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่เพิ่มขึ้น (เครื่องตรวจหัวใจ เครื่องเอกซเรย์ เครื่องทันตกรรม เครื่องพ่นยา เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์กายภาพบำบัด เตียงนอน รถเข็นผู้ป่วย อุปกรณ์ออกกำลังกาย และเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับปฏิบัติงานของ อสม.เพิ่มขึ้น) เปิดบริการ 24 ชม. บริการที่รวดเร็ว มีระบบส่งต่อที่ดีขึ้น มีรถพร้อมอุปกรณ์และคนขับรถ และทีมงานที่พร้อม การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก และเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น

#### 5. จุดเด่นและจุดด้อยในการพัฒนา รพ.สต.

จากการศึกษาเจาะลึกผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สนับสนุน รพ.สต. รพ.สต. สามารถสรุปจุดด้อยและจุดด้อยในการพัฒนา รพ.สต. ทั้งในเชิงนโยบาย การ

บริหารจัดการ และการจัดบริการสุขภาพ ได้ตั้งตารางที่ 6

#### 6. ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และความ ต้องการการสนับสนุนในการพัฒนา รพ.สต.

จากการศึกษาเจาะลึกผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สนับสนุน รพ.สต. สามารถสรุปปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และความ ต้องการการสนับสนุนในการพัฒนา รพ.สต. ได้ตั้งตารางที่ 7

#### 7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของนโยบายการพัฒนา รพ.สต.

ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จของนโยบายการพัฒนา รพ.สต. จากการศึกษาเจาะลึกที่สำคัญ คือ 1) ความชัดเจนของนโยบาย รพ.สต. และการสื่อสารนโยบาย 2) กฎหมายรองรับ รพ.สต. 3) ศักยภาพของผู้บริหารและทีมสุขภาพ 4) ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยี เวชภัณฑ์ 5) งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานที่เหมาะสมต่อเนื่อง 6) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 7) ประชาชนใช้บริการที่ รพ.สต. และดูแลสุขภาพตนเองได้ ลดผู้รับบริการที่ รพ.แม่ข่ายหรือรพ.ขนาดใหญ่

#### วิจารณ์

การศึกษาความพร้อมทางด้านกำลังคน ในปี 2551 มี สอ.ที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 46.8<sup>(1)</sup> ปี 2552 สอ.ที่ไม่มีข้าราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มีร้อยละ 41.4 ในขณะที่ใน รพ.สต. ไม่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพเพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้น มีพยาบาลวิชาชีพฯ ต่อประชากรของ รพ.สต. (1:4,464) น้อยกว่าของ สอ.ทั่วประเทศ (1:10,075) และเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ (1:5,000) สำหรับบุคลากร/จนท.ทางการแพทย์และสาธารณสุข ต่อประชากร ของ รพ.สต. ปี 2552 (1:1,369) แต่มีอัตราส่วนที่สูงกว่ามาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (1:1,250) ตลอดจนมีบุคลากรข้าราชการสายวิชาชีพฯ เฉลี่ยของ สอ. ทั่วประเทศเท่ากับ 3.04 คน น้อยกว่าใน รพ.สต.ที่มีเฉลี่ย

ตารางที่ 6

จุดเด่น	จุดด้อย
- นโยบาย รพ.สต. ทำให้เกิดความสนใจ ตื่นตัว กระตุ้นการทำงานให้เข้มแข็ง และมีการสนับสนุนที่มากขึ้น	- นโยบายไม่ชัดเจน ไม้หนึ่ง ทำแบบเร่งรีบ ขาดความพร้อม ไม่มีกรอบมาตรฐานและเกณฑ์การประเมินผล เกรงว่าจะไม่ยั่งยืน และยังคงทำงานเหมือนเดิม การสื่อสารนโยบาย รพ.สต. ผ่านสื่อโทรทัศน์ เป็นการโฆษณาเกินจริง ทำให้คาดหวังว่าเป็นรพ.ที่มีฐานะเท่าเทียมรพช.
- มีนโยบายของผู้บริหารระดับเขตและระดับจังหวัดที่ให้ความสำคัญในการผลักดันนโยบาย รพ.สต.สู่การปฏิบัติได้มีนโยบายให้มีการเปลี่ยนป้ายชื่อเป็น รพ.สต. และมีพิธีเปิดอย่างเป็นทางการ	- รพ.สต. ยังไม่มีกฎหมายรองรับที่ชัดเจน และยังไม่ชัดเจนในรูปแบบการพัฒนา ได้มีการดำเนินการที่แตกต่างกันมีทั้งการเปลี่ยนป้ายชื่อ รพ.สต. แบบถาวร แบบชั่วคราว
- ในบางจังหวัดมีการขับเคลื่อนนโยบาย รพ.สต.ในระดับจังหวัด โดยการจัดตั้งองค์กรรองรับเฉพาะขึ้นใหม่ในทุกระดับ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลจากการมีส่วนร่วมในระดับล่างและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	- การกำหนดโครงสร้างองค์กรรองรับนโยบาย รพ.สต.เฉพาะโดยตรง ยังไม่มีการดำเนินการ ยังคงใช้กลไกองค์กรเดิม ส่วนที่อยู่ระหว่างดำเนินการและดำเนินการแล้วก็มีองค์ประกอบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายแตกต่างกัน และบางพื้นที่ทำเฉพาะในระดับตำบลเท่านั้น
- ในบางจังหวัดได้จัดทำคู่มือมาตรฐานของจังหวัด จัดทำ CPG ของอำเภอ/เครือข่าย และคู่มือของตำบล เป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน คู่มือการดูแลสุขภาพหมอใหญ่ในบ้าน และคู่มือบริการเฉพาะด้านเกี่ยวกับ เบาหวาน ความดัน กายภาพ จิตเวช	- การดำเนินงานของ รพ.สต. มีทั้งการใช้คู่มือการให้บริการของ รพ.สต. และยังไม่ได้ใช้คู่มือฯ เพราะมองว่าคู่มือเป็นเพียงแนวทางยังไม่ชัดเจนของรูปแบบการพัฒนาภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน
- การสนับสนุนการพัฒนา รพ.สต.มีหลายช่องทาง ทั้งจากการสนับสนุนระดับจังหวัด อำเภอ CUP รพ.แม่ข่าย อปท. ภาคประชาชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ผ่านกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม	- ผู้บริหารนโยบาย รพ.สต.ในระดับจังหวัด อำเภอ ยังไม่ได้มองเห็นความสำคัญ การสนับสนุนไม่แตกต่างจากหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น มองว่ายากที่จะเป็นจริงในเวลาอันสั้น และเป็นภาระมากเกินไปกับ รพ.สต. ที่ไม่พร้อม และไม่มีระบบสนับสนุนที่ดี
- ในระดับพื้นที่ได้มีการดำเนินการที่สำคัญ ได้แก่ การหาที่ดินเพื่อขยาย รพ.สต. การร่วมลงขันระดมทุน เพิ่มกำลังคนโดยความร่วมมือของอปท. การจัดทำข้อตกลง แผนและโครงการพัฒนา การจัดตั้งกองทุนสหกรณ์ร้านค้า สวัสดิการ อสม. ร้านอาหารสวัสดิการ อสม.	- ยังมีความเห็นที่แตกต่างของชื่อ รพ.สต. การกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ขั้นตอนของการพัฒนา รูปแบบการพัฒนา และนโยบายการสนับสนุนการพัฒนา รพ.สต. ภายใต้ SP2 ที่ยังมีการเปลี่ยนแปลงสำหรับงบสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาของ สปสช. วงเงิน 2 แสนบาทต่อแห่ง ก็ยังไม่ชัดเจน อยู่ระหว่างดำเนินการเสนอแผนและการสนับสนุนผ่าน CUP ลำช้า ยังไม่ได้รับการสนับสนุนใดๆ
- มีรูปแบบการบริหารและจัดบริการสุขภาพ ในรูปแบบการทำงานแบบโซนเครือข่าย เช่น ระบบศูนย์จ่ายยา การใช้คลังยาเดียวกัน ทีมที่ปรึกษาประจำโซน รพ.สต.เป็นแม่ข่ายและพี่เลี้ยง มี Node ระดับเขตให้จังหวัดดูแลในแต่ละเรื่อง ตลอดจนการทำ family folder, house profile, community folder การดูแลสุขภาพในชุมชนและที่บ้าน จัดตั้งศูนย์เยี่ยมบ้านครบวงจร ศูนย์เรียนรู้แพทย์แผนไทย ทีมสหวิชาชีพเชิงรุก ทีมคุณภาพเยี่ยมบ้าน แกนนำ 5 เสือปฐมภูมิ อสม. เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา พยาบาลอุ่นรัก หมอใหญ่ในบ้าน พยาบาลทั่วไปและพยาบาลเฉพาะทางภาคประชาชนอาสาสมัครผู้เชี่ยวชาญประจำหมู่บ้าน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อาสาสมัครผู้สูงอายุ และวิทยุชุมชนของสาธารณสุขบริหารจัดการโดย อสม.	- ผู้สนับสนุน รพ.สต. ยังมีความสับสนระหว่างระบบบริการปฐมภูมิแบบเก่า (CUP, CMU, PCU) กับแบบใหม่ (รพ.สต.) ในบทบาทและระบบการทำงานที่ชัดเจน
	- อปท. ในบางพื้นที่ยังไม่ได้รับการประสานงานจาก รพ.สต. จึงยังไม่เข้าใจมากนัก และการสนับสนุนของ อปท. ยังขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร อปท. และมีข้อจำกัดของกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
	- ในบาง รพ.สต.ยังไม่ได้ทำประชาคม และยังไม่มีการระดมทุนจากภาคประชาชน

ตารางที่ 7

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไขและความต้องการการสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อจำกัดในการบริหารจัดการ จากนโยบายที่ไม่แน่นอน กว้างเกินไป ไม่ละเอียด ไม่มีตัวชี้วัดมาตรฐานเดียวกัน และมีความคาดหวังจากส่วนกลางมาก ทำให้การบริหารจัดการยากภายใต้สภาวะที่ยังมีปัญหาเรื่องกำลังคนและการจัดสรรงบประมาณ และการกำหนดบทบาทไม่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรมีการกรอบมาตรฐานของ รพ.สต. สนับสนุนตามสภาพความพร้อม ความต้องการและบริบทของพื้นที่บริหารจัดการในรูปแบบเครือข่ายบริการ และมีแผนพัฒนา รพ.สต. ระยะยาว และมีแผนพัฒนาภาพรวมของจังหวัด</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสื่อสารนโยบายไม่ชัดเจนและล่าช้า ทำให้ประชาชนเข้าใจว่านโยบายให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาล คาดหวังการให้บริการ 24 ชม. บริการเหมือน รพช.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสื่อสารนโยบายต้องมีความชัดเจนและรวดเร็ว และควรมีการประชาสัมพันธ์ ทำประชาคม ทำความเข้าใจกับประชาชนและชุมชน</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การขาดแคลนกำลังคนและขวัญกำลังใจ ไม่เพียงพอ กับภาระงานที่เพิ่มขึ้น มีปัญหาการจ้าง ทีมสุขภาพจาก CUP ยังไม่เข้มแข็งที่จะช่วยงานในพื้นที่ได้ ระบบค่าตอบแทนที่ต่ำและไม่ยุติธรรม งบในการพัฒนาศักยภาพมีอยู่อย่างจำกัด</li> <li>- การกำหนดเกณฑ์ว่า พยาบาล : 5,000 ประชากร 1 แพทย์ : 10,000 ประชากร และ 1 จนท.สอ. : 1,250 ประชากร ในบางพื้นที่ทำได้ยากมาก และส่วนกลางยังให้ความสำคัญกับการพัฒนากำลังคนน้อยกว่าเรื่องของโครงสร้างพื้นฐานและเครื่องมืออุปกรณ์</li> <li>- ยังไม่แน่ใจในการใช้ตำแหน่งของผู้บริหาร รพ.สต. และการกำหนดคุณสมบัติของผู้ดำรงตำแหน่งของผู้บริหาร รพ.สต.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรเพิ่มกรอบอัตรากำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น กำหนดตำแหน่งและคุณสมบัติของผู้ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร รพ.สต. ให้ชัดเจน อย่างเป็นทางการและถูกต้องตามกฎหมาย</li> <li>- ควรผลิตพยาบาลเพิ่ม การศึกษาและอบรมเพิ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติ การจ้างบุคลากรมาปฏิบัติงาน การปรับอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนโดยการบูรณาการแก้ไขปัญหในระดับประเทศ การให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วม การบริหารงบ UC, CUP, งบดำเนิน การพัฒนา รพ.สต. ของ สปสช. ปี 2552 และเงินบำรุงของ รพ.สต.</li> <li>- การจัดทำหลักสูตรอบรมและคู่มือการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ให้มีแนวคิดทิศทางเดียวกัน และมีความชัดเจน เกี่ยวกับการเชื่อมโยงบริการสู่ชุมชน การดูแลแบบองค์รวม การเยี่ยมบ้าน การดูแลที่บ้านและในชุมชน</li> <li>- การสร้างขวัญกำลังใจ อสม. โดยการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่ม ให้สิทธิพิเศษ นอนฟรี สวัสดิการไปรับบริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้ทุกแห่ง สวัสดิการเพิ่มทุนลูกเรียนฟรีถึงปริญญาตรี สนับสนุนงบ อสม.ประจำหมู่บ้านเพิ่ม มีสำนักงานของ สสมช.ทุกหมู่บ้าน สนับสนุนงบในการปฏิบัติงานในชุมชน</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณไม่เพียงพอ ค่าเช่า และไม่คล่องตัว ต้องใช้งบประมาณมากเพื่อให้เห็นความแตกต่าง รวมทั้งมีข้อจำกัดในการใช้จ่ายเงินของ รพ.สต. การสนับสนุนของ อปท. และกองทุนหลักประกันสุขภาพของ อปท. และติดกรอบกฎระเบียบที่ไม่เอื้ออำนวยในการสนับสนุนงานด้านสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรเพิ่มสนับสนุนการพัฒนา รพ.สต. Node รพ.สต. การจัดการเชิงรุก โดยการกำหนดเป็นงบรายหัว งบตามผลงาน งบลงทุนของ UC งบ สปสช.</li> <li>- ควรออกกฎระเบียบใหม่ให้เกิดความคล่องตัวในการใช้เงิน ลดขั้นตอน และขยายวงเงินการใช้จ่ายของ รพ.สต. เพิ่มขึ้นเป็น ไม่นเกิน 10,000 บาท</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยียังไม่พร้อม เช่น ยูนิคทำพื้น ultrasound จักระบบบัตรคิวตรวจและระบบเบิกจ่ายตรงด้วย electronic ยานพาหนะเครื่องมือเจาะเลือด เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก กระเป๋าสวมพยาบาลเบื้องต้น เครื่องพ่นหมอกควัน อุปกรณ์ดูแลคนพิการในชุมชนและที่บ้าน อุปกรณ์ตรวจสารปนเปื้อนและสารพิษ กล้องถ่ายวิดีโอทัศนคอมพิวเตอร์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบสนับสนุนจาก SP2, CUP, การระดมทุนจากประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และงบการสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงสร้างพื้นฐานที่ต้องปรับปรุง เช่น ห้องน้ำ ที่นั่งรอตรวจ ห้องนวดที่ได้มาตรฐาน ห้องประชุม อาคารเอนกประสงค์ สวนหย่อม บ้านพัก ที่จอดรถ ระบบรักษาความปลอดภัย ระบบป้องกันไฟฟ้าตก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรมีการกำหนดกรอบมาตรฐาน โครงสร้างพื้นฐาน และครุภัณฑ์ให้ชัดเจนก่อน และให้การสนับสนุนงบ SP2 เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสนับสนุนงบลงทุนของ CUP เพื่อพัฒนา รพ.สต.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อจำกัดในการจัดบริการสาธารณสุข ได้แก่ การบริการ 24 ชม. การให้คำปรึกษาผ่าน Web cam การจัดการเชิงรุก ระบบยา คลังยา และระบบการส่งต่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรให้ รพ.แม่ข่ายและ อปท. ช่วยพัฒนาคุณภาพและขีดความสามารถการให้บริการของ รพ.สต. ทั้งการพัฒนากำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ เวชภัณฑ์ให้เหมาะสม ปรับ Clinical practice guideline ให้เหมาะสมกาพัฒนาศักยภาพบริการและระบบส่งต่อ วางระบบการใช้โปรแกรม และการจัดซื้อร่วมกัน</li> </ul>

4.98 คน อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า รพ.สต.ที่คัดเลือกมาเริ่มแรกในปี 2552 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 70.7 มีความพร้อมทางด้านบุคลากรตามเกณฑ์การมีแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คน และวิชาชีพอื่นอีกอย่างน้อย 3 คน แต่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ กล่าวคือ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนาทั้งในส่วนของ รพ.สต. และ สอ.ที่จะเป็นเป้าหมายการพัฒนาในระยะต่อไป ตลอดจนการสนับสนุนบุคลากรวิชาชีพทางด้านทันตภิบาล กายภาพบำบัด และการแพทย์แผนไทยสู่บริการระดับปฐมภูมิที่มีความจำเป็นในอนาคตอันใกล้ เพื่อรองรับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป

สถานการณ์ทางการเงินของ รพ.สต. ถึงแม้ว่าแนวโน้มสถานการณ์รายรับเงินบำรุงและเงินบำรุงคงเหลือในภาพรวมปี 2550-2552 ดีขึ้น แต่ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ยังไม่แน่นอน ซึ่งแตกต่างจากการสำรวจสถานการณ์เงินบำรุงของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2545 -2547 พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นสถานีนอมา้ย ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 75 มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น สำหรับปี 2548-2550 ร้อยละ 25 ของ CUP มีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยน้อยกว่า 1 แสนบาท ต่อสถานีนอมา้ย และร้อยละ 35 ของ CUP มีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยต่อแห่งของสถานีนอมา้ยลดลง โดยในปี 2548 สอ.มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1.15 ล้านบาท/ปี/แห่ง เป็นค่าแรง(เงินเดือนและค่าจ้างทั้งประจำและชั่วคราว) ร้อยละ 53.4 เป็นค่าใช้จ่ายที่หักค่าแรงเฉลี่ยที่ 6 แสนบาท และ 4 แสนบาท หากไม่รวมค่ายาและเวชภัณฑ์(ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่าย)<sup>(12)</sup> นอกจากนี้มีแหล่งเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จนถึงปี 2553 มี อบต.หรือเทศบาลที่มีความพร้อมตามเกณฑ์ที่กำหนดรวมทั้งสิ้น 5,509 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.9 ของพื้นที่เงินสมทบ 255 ล้านบาท หรือร้อยละ 16.1 ของที่ สปสช.โอนเงินให้ 1,583.2 ล้านบาท(เงินสมทบยังไม่ครบ)

ซึ่งขณะนี้กำหนดให้ สปสช.จัดสรรประมาณเพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 40 บาทต่อหัวประชากร และให้ อบต.ขนาดเล็ก อบต.ขนาดกลาง และ อบต.ขนาดใหญ่และเทศบาลทุกระดับ สมทบงบประมาณเข้ากองทุนฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20, 30 และ 50 ของเงินที่ได้รับจาก สปสช.ตามลำดับ<sup>(13)</sup> อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในปี 2553 เทศบาลนครและเทศบาลเมืองมีการจัดสรรงบประมาณเพื่องานส่งเสริมป้องกันสุขภาพเพียงร้อยละ 2-3 ของงบประจำปีหรือคิดเป็น 22-23 บาทต่อหัวประชากร (น้อยกว่าที่ สปสช.จัดสรรให้ 37.50 บาทเดิม) ในขณะที่ เทศบาลตำบลหรือ อบต.ขนาดใหญ่จัดสรรแบบกระจายตัวตั้งแต่ 12-33 บาทต่อหัวประชากร 40-100 บาทต่อหัวประชากร และ มากกว่า 100 บาทต่อหัวประชากร<sup>(14)</sup> หากพิจารณาตามขนาดประชากรของ รพ.สต.ปี 2552 และเกณฑ์การสมทบเงินของ สปสช.และ อบต. ดังกล่าวข้างต้น รพ.สต. จะมีเงินจากกองทุนฯ รองรับหรือสนับสนุนประมาณ 60,000 - 2,271,000 บาทต่อปี หรือมากกว่า (จากประชากรที่ รพ.สต. รับผิดชอบ 1,242-37,851 คน)

การวิเคราะห์จัดกลุ่ม รพ.สต. ที่มีความแตกต่างกันมากในทั้ง 2 วิธี เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่ม กำหนดเป้าหมายการพัฒนาระดับ สอ. เป็น รพ.สต. ควรได้มีการทบทวนในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับทรัพยากรทั้งทางด้านกำลังคน การเงินการคลัง โครงสร้างพื้นฐาน และเครื่องมืออุปกรณ์ มาพิจารณาควบคู่กับจำนวนประชากร จะทำให้การจัดกลุ่ม รพ.สต.มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่มในการกำหนดเป้าหมายและระดับการพัฒนา สอ.ให้เป็น รพ.สต. พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการสนับสนุนที่เหมาะสมตามสภาพความพร้อมและขีดความสามารถของ รพ.สต.ได้อย่างแท้จริง ในช่วงระยะการพัฒนาที่ควรจะเป็น ภายใต้ข้อจำกัดในการบริหารทรัพยากรในการการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต. ในสถานบริการ

ควรเน้นพัฒนาคุณภาพบริการและขยายความครอบคลุมของบริการที่จำเป็น และขยายบริการเชิงรุกในชุมชน โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และภาคประชาชน เพื่อสร้างโอกาสของกลุ่มเป้าหมายที่มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ และผู้มีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองบกพร่อง และผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นมาโดยตลอด รวมทั้งการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยให้ อปท.ได้เข้ามามีบทบาทร่วมพัฒนาคุณภาพการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งปัจจุบันมีการจัดตั้งศูนย์สั่งการพร้อมกับการจัดอบรมเจ้าหน้าที่กู้ชีพเป็นระยะ ๆ มีหน่วยกู้ชีพตั้งแต่หน่วยกู้ชีพขั้นสูง (Advance life support-ALS) หน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (Basic life support-BLS) และหน่วยกู้ชีพชุมชน (First responder-FR) ทั้งภาครัฐและเอกชนรวมกันกว่า 7,000 แห่งทั่วประเทศ ให้สามารถขยายบริการในดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นหลัก ไปเป็นการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและการนำส่งโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>(15)</sup>

### สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการสำรวจและศึกษาเจาะลึก รพ.สต. และจากแหล่งอื่น ๆ สามารถประมวลภาพและสรุปข้อค้นพบที่สำคัญต่อการพัฒนา รพ.สต. ในอนาคต กล่าวคือ ยังมีปัญหาการสื่อสารและสร้างความเข้าใจต่อกัน รพ.สต. การเปลี่ยนป้ายชื่อเป็น รพ.สต. การใช้คู่มือการให้บริการของ รพ.สต. และการจัดระบบสนับสนุนระดับ CUP ระดับอำเภอและจังหวัด และยังมีความต้องการสนับสนุนในการพัฒนาของ รพ.สต. ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ กำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์ และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับสถานการณ์การเงินการคลังของ รพ.สต. ก็ยังมีสถานการณ์รายรับเงินบำรุงและเงินบำรุงคงเหลือที่ไม่

แน่นอน และมีความแตกต่างกันมากระหว่าง รพ.สต. และภาค รพ.สต. บางแห่งมีเงินบำรุงคงเหลือติดลบหรือเหลือน้อยมาก ในส่วนของแหล่งเงินสนับสนุนอื่นที่สำคัญคือ จาก งบอุดหนุนปกติของ อปท. และงบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของอปท. ที่มีการขยายตัวได้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งในบางพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้วยเงื่อนไขความสัมพันธ์ระดับบุคคล การให้ความสำคัญ การจัดทำแผนและโครงการ และติดขัดด้วยกฎระเบียบปฏิบัติและการถือปฏิบัติที่ไม่เหมือนกันในการสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุข บทบาททางด้านสาธารณสุขในทุกด้าน นอกจากนี้การระดมทุนจากภาคประชาชนก็ยังเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและรู้สึกเป็นเจ้าของอย่างยั่งยืน แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในบางพื้นที่ ส่วนการจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต. ที่ยังไม่เห็นความแตกต่างจาก สอ.เดิม มีข้อจำกัดและไม่ชัดเจนในการจัดบริการเชิงรุกรายบุคคล รายกลุ่ม และทีมสุขภาพที่เป็นพี่เลี้ยงและปฏิบัติงานร่วมกันในการทำ home visit, home health care, home ward ทั้งทางด้านกำลังคน งบประมาณดำเนินงาน ค่าตอบแทนเครื่องมืออุปกรณ์และยานพาหนะ ตลอดจนการเชื่อมโยงบริการและระบบสนับสนุนระหว่าง รพ.แม่ข่ายกับ รพ.สต. อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สำหรับข้อค้นพบจุดเด่นในการพัฒนา รพ.สต. เกี่ยวกับการบริหารจัดการระดับเขตจังหวัดและอำเภอ รูปแบบการทำงานเป็นโซนเครือข่ายและ node การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การระดมทุน การบริหารจัดการกองทุน การจัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน การปรับบทบาท ระบบบริการระบบสนับสนุน และการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก การแก้ไขปัญหากำลังคนและการสร้างความเข้มแข็งของ อสม. อาสาสมัครและเครือข่ายสุขภาพชุมชน เป็นประเด็นที่น่าสนใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายผลและต่อยอดการพัฒนา

จากข้อค้นพบการประเมินผล รพ.สต. ดังกล่าวข้างต้น ได้จัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายใน 2 ระดับ ดังนี้

#### 1. ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับมหภาค

1.1 ควรมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์นโยบาย รพ.สต. ในทุกระดับ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนถูกต้อง เป็นรูปธรรมที่มองเห็นและสัมผัสได้จริงในหลายช่องทางมากขึ้น และมีกลไกการสื่อสาร และรับฟังความคิดเห็นและเสียงสะท้อนของภาคประชาชนและประชาสังคมในทุกระดับ

1.2 ควรมีนโยบายและแผนพัฒนา รพ.สต. ในระยะยาว และมีกฎหมายรองรับอย่างถูกต้อง

1.3 ควรมีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนา รพ.สต. ตามความเป็นจริงแบบค่อยเป็นค่อยไป และมีการสนับสนุนตามความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

1.4 ควรมีโครงสร้างองค์กร กลไกรองรับเฉพาะ มีการบูรณาการงาน และแนวทางการสนับสนุนการพัฒนา รพ.สต. ของหน่วยงานส่วนกลาง ตลอดจนมีการกำหนดบทบาทการบริหารจัดการและการสนับสนุนการพัฒนาของหน่วยงานระดับพื้นที่ให้ชัดเจน โดยลดข้อจำกัดเงื่อนไขกฎระเบียบ ทำให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการและการจัดบริการของ รพ.สต.

1.5 ควรมีการศึกษาวิจัย ประเมินผลเกี่ยวกับประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของการดำเนินนโยบาย รพ.สต. เพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายในการกำหนดขนาดและระดับการพัฒนาที่เหมาะสมและคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ (economy of scale)

## 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับจุลภาค

2.1 ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของ รพ.สต. เป็นภารกิจที่สำคัญอันดับแรกที่ต้องได้รับการแก้ไขและสนับสนุนในระดับพื้นที่อย่างเร่งด่วน ควบคู่กับการแก้ไขปัญหาและวางแผนพัฒนากำลังคนระดับประเทศทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2.2 สปสช. สธ. และ อปท. ร่วมมือกันสนับสนุนให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตามความพร้อม เพื่อเป็นกำลังเสริมอีกทางเลือกหนึ่งในการสนับสนุนการพัฒนา รพ.สต.

2.3 การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาทางไกล จะ

ต้องสร้างความพร้อมที่สามารถใช้ประโยชน์และสร้างความศรัทธาให้กับประชาชนได้จริง

2.4 ควรถ่ายโอนภารกิจพัฒนาระบบส่งต่อให้ อปท. รับผิดชอบในการบริหารจัดการเป็นหลัก โดยหน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนทางด้านจัดการการดูแลผู้ป่วยและการเชื่อมโยงบริการในแต่ละระดับ ทั้งกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การเจ็บป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลและในชุมชนและที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาชน

2.5 ทิศทางการพัฒนา รพ.สต. จะต้องสร้างความสมดุลและให้ความสำคัญกับการจัดบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครมากกว่าการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ สามารถขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง

## เอกสารอ้างอิง

1. พินิจ ฟ้าอำนวยผล, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, รุจิรา ทวีรัตน์, นิธิศ วัฒนมะโน. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2548-2550. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
2. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันจันทร์ที่ 29 ธันวาคม 2551. กรุงเทพมหานคร: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2551.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแถลงนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข วันจันทร์ที่ 12 มกราคม 2552. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2552.
4. คณะทำงานติดตามและสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. (ร่าง) ข้อเสนอแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ.2552-2555 (ฉบับปรับปรุงวันที่ 2 มิถุนายน 2552). นนทบุรี: คณะทำงานติดตามและสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; 2552.
5. ชูชัย สุภวงค์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ศุภกิจศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวิชิชากร, เกษม เวชสุทธานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ, สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค, สำนัก



- ตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โครงการประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
7. สถาบันพัฒนานโยบายและการจัดการ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การติดตามประเมินผลโครงการ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
8. Taylor-Powell E. Logic Models : a framework for program planning and evaluation, Nutrition, Food Safety. Baltimore, Maryland: no place of publication; 2005.
9. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2545.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เกณฑ์ศักยภาพบริการหน่วยบริการปฐมภูมิและแนวทางการประเมินตามเกณฑ์ฯ สำหรับปฏิบัติตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ (On top payment). นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
11. กลุ่มพัฒนาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2551.
12. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สรุปผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
14. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, สุณี วงศ์คงคาเทพ, ภูษิต ประคองสาย, สารศิริ อัจฉรญาญ, อัจฉรา เนตรศิริ, วนิดา รุจจนเวท. การประเมินผลเพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพกองทุนสุขภาพระดับตำบลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2553.
15. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน : ยังคล้ำทึบในการพัฒนา (ออนไลน์). 2552 (สืบค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2552). แหล่งข้อมูล: <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge &id=15>

**Abstract Evaluation of the Sub-district Health Promotion Hospital Development Policy on a Pilot Scale in Fiscal Year 2009**

**Chawiwat Tima, Sumaporn Sealim**

Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health

*Journal of Health Science* 2012; 21:606-23.

This study was aimed at evaluating the implementation of the policy on development of sub-district or tambon health promotion hospitals (THPHs) during the pilot phase in fiscal year 2009 using the logic model via a set of mailed questionnaire sent to 1,001 sub-district health centers that had been upgraded as THPHs as well as in-depth interviews and focus group discussions with THPHs' administrators, operating staff, and supporting officials as well as local residents in 12 selected sub-districts from August to December 2009. The results showed that the communications and understanding about the policy were unclear as there were some over-expectations and unconfidence in the policy. The grouping of THPHs based on five variables (population, workforce, revenue, remaining revenue, and equipment) revealed that the proportions of large, medium, and small THPHs were 0.3, 18.7, and 81.0 percent, respectively; that was different from the population-based proportions of 37.7, 55.4, and 6.9 percent, respectively. Moreover, the policy movement regarding organizational structure and management policy, changes in hospital signboards, and administrators' positions were different; the use of THPH's service manual was little, but there were problems and needs for additional support with regard to workforce, equipment, infrastructure and financing. Not much difference was noted for health-care delivery in some localities. Most of the people went for medical and health services at THPHs and had an expectation for better service quality development.

Regarding policy recommendations, it is suggested that there should be communications, public relations and public hearings on the THPH policy and a long-term THPH development policy with clear criteria and standards for evaluation, legislation for the development, specific organization structure and mechanism, and development targets in a realistic and gradual manner. Overall, emphasis should be placed on resolving workforce problems, developing service networks, deploying a proactive (rather than passive) service approach, transferring missions to local agencies, and conducting evaluative research to determine suitable scale and level of development.

**Key words:** health center, tambon health promotion hospital development policy, primary care system, policy evaluation