

โครงการประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก

Performance Assessment of District Health System at Tak Province

ปราโมทย์ เลิศขามป้อม* มโน มณีฉาย** ชีระ วรรณรัตน์***

บทคัดย่อ

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

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

คำสำคัญ: เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ, การประเมินผล

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

** นักศึกษาปริญญาเอก

*** ภาควิชาเวชศาสตร์สังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ABSTRACT

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

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

Keywords: District Health System, assessment.

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพ ที่เน้นการดูแลสุขภาพพื้นฐานแบบพอเพียงและพึ่งตนเอง เป็นการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งในระยะยาวจะส่งผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืน โดยมีปัจจัยสนับสนุน คือ รัฐธรรมนูญ ฉบับปีพุทธศักราช 2550 มาตรา 80 (2) ที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนา ระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชน และชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีกลไกการประสานงานในระดับอำเภอที่เป็นระบบเรียกว่า “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือ คปสอ.” โดยมีบทบาทในการติดตามงาน, การประสานงานหรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรบ้างแต่ไม่มากนักเมื่อปฏิรูประบบสุขภาพ หน่วยคู่สัญญาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) คือองค์กรบริหารจัดการด้านสุขภาพระดับพื้นที่อำเภอ นับเป็นองค์กรบริหารจัดการรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นพร้อมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เนื่องจากระบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่คิดวิธีการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร ดังนั้น CUP จึงเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่รับจัดบริการตามพันธสัญญาที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) กำหนดไว้ในเงื่อนไขของการขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิเมื่อระบบงานของ CUP ได้กลายมาเป็นองค์กรในการจัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ และครุภัณฑ์ ภายใต้การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพเพื่อเพิ่ม โอกาสการมีสุขภาพดีของประชาชน กลไกหนึ่งที่สำคัญคือการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมิบทบาทสำคัญในการให้บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจและพัฒนาศักยภาพของการบริการด้านแรกที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA) จึงได้เกิดขึ้นและทดลองนำร่องตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา ต่อมาในปี 2553 นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดขึ้น การลงทุนด้านนี้น้อยทั้งที่ต้นทุนต่ำกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วยและแนวโน้มการเกิดโรคที่เป็นภาระต่อสังคมและประเทศชาติ เปลี่ยนเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรม และสามารถป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และมะเร็ง การยกระดับสถานีอนามัยที่มีกว่า 9,000 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงเป็นจุดเปลี่ยนระบบสาธารณสุขครั้งสำคัญที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ในปี 2556 ทิศทางการปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มนโยบายที่สำคัญคือการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ (District Health System :DHS) ภายใต้หลักการ “ในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยให้สำเร็จ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีจะต้องอาศัยกลไกทางการเงินการคลังควบคู่กับการบริหารจัดการ ทั้งเรื่องกำลังคน การปรับโครงสร้างการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ สามารถนำสิ่งที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์

ร่วมกันได้” โดยปรับกลไกการทำงาน โดยแบ่งเป็น 12 เขตบริการสุขภาพ จังหวัดตากมีบริบทของพื้นที่เป็น ภูมิภาคแบบภูเขาสูงและที่ราบ โดยแบ่งลักษณะการปกครองตามภูมิภาคเป็นสองฟากคือฟาก ตะวันตกที่มี 5 อำเภอชายแดนติดกับประเทศเมียนมา และฟากตะวันออกอีก 4 อำเภอ ด้วยความแตกต่างทาง ภูมิศาสตร์และสภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวิถีชีวิต ความเชื่อ มีผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพเป็นอย่างมาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก จึงได้นำนโยบายเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ มาดำเนินโครงการ พื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ ในปีงบประมาณ 2556 คือ อำเภอเมืองตาก อำเภอแม่ระมาด และอำเภอวังเจ้า โดยมี 6 อำเภอที่เหลือได้เริ่มเรียนรู้ไปพร้อมๆกัน และขยายพื้นที่เป้าหมายครบ ทั้ง 9 อำเภอในปี 2557 ได้มีการ ประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งพบว่ามีความสำเร็จตามบันได 5 ขั้นอยู่ในระดับขั้นที่ 1 และ 2 เป็นส่วนใหญ่ ของการพัฒนาตาม บัน ไค 5 ขั้นของการประเมิน โดยใช้แบบการประเมินตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(DHS)ใน จังหวัดตาก สำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุง หรือประกอบการตัดสินใจในการจัดระบบ บริการสุขภาพให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพบริบทและความต้องการของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)จังหวัดตากใน 4 ด้าน ดังนี้

1. เพื่อประเมินความสอดคล้องและเหมาะสมด้านบริบท (Context Evaluation)ของเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHS)จังหวัดตาก
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมและเพียงพอด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation)ในการดำเนินงาน เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)จังหวัดตาก
3. เพื่อประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) ดำเนินการจัดกิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHS)จังหวัดตาก
4. เพื่อประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Product Evaluation)ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)จังหวัดตากดังนี้
 - 4.1 การบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการและวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรม
 - 4.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ(District Health System)สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

ระเบียบวิธีศึกษา (Methodology)

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา

การประชุม Workshop ในกลุ่มผู้แทนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ การเก็บรวบรวมข้อมูลมือสอง (Secondary Data) และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของจังหวัดตาก จำนวน 9 เครือข่าย ที่มีการดำเนินงานและจัดตั้งคณะกรรมการ และดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่ดำเนินการในปี 2556 จำนวน 3 เครือข่ายอำเภอคือ อำเภอเมือ วังเจ้า และอำเภอแม่ระมาด เครือข่ายสุขภาพอำเภอที่ดำเนินการในปี 2557 อีก 6 อำเภอคืออำเภอบ้านตาก พบพระ สามเงา ท่าสองยาง อุ้มผาง และ อำเภอแม่สอด โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรที่รับผิดชอบงาน เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตาก รวม 418 คน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยเชิงประเมินผล(Evaluation Research) ประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP Model ของ Danial L. Stufflebeam (2007) เป็น กรอบในการประเมิน ถอดบทเรียน เรียบเรียง อย่างเป็นระบบ

วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระหว่าง การตรวจเยี่ยมแบบชื่นชม (Appreciation) มุ่งเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ (Interactive) เสริม คุณค่าของพื้นที่ด้วยการสนทนากลุ่มผู้แทน แกนนำ การเก็บรวบรวมข้อมูลมือสอง (Secondary Data) และเก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถาม ในคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้อง กับการพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพระดับ อำเภอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)วิเคราะห์ระดับความเห็นในการ ดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(DHS) ของจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2557 โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความถี่ร้อยละ

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เมษายน 2557 -มกราคม 2558

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 61.70 และเพศชาย จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 38.80 พบว่า อายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 35.10 มีระยะเวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่ระหว่าง 1-9 ปี จำนวน 139 คน คิด

เป็นร้อยละ 34.60 บทบาทของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 70.90 รองลงมาเป็นคณะกรรมการเครือข่าย จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.10 และผู้บริหาร จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านนโยบายพบว่า ประเด็น มีการกำหนดนโยบายชัดเจนจากทุกระดับ ,การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนพบว่า ,มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ, มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก ด้านบุคลากร พบว่า ประเด็นมีจำนวนบุคลากรเพียงพอทุกสาขาวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ, มีการจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม, บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ,ผู้บริหารให้ความสนใจและให้การสนับสนุน โครงการนี้มากนักน้อยเพียงใด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก ด้านงบประมาณ พบว่า ประเด็นมีการสนับสนุนงบประมาณ จาก กระทรวง กรม กอง และเขตบริการสุขภาพ, มีการสนับสนุนงบประมาณ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า ประเด็นมีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ, มีวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ,มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและ มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 3.36 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) มีประเด็นการประเมิน คือ ขั้นตอนการดำเนินงาน พบว่า ประเด็นการมีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ, การมีวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ, มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และ มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง การติดตามนิเทศและประเมินผล พบว่า มีการนิเทศ ติดตาม จากผู้รับผิดชอบงานและผู้บริหารอย่างเหมาะสม, มีเครื่องมือและเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จของโครงการพบว่า ,มีการบูรณาการ การวางแผนนิเทศ ติดตามงานเครือข่ายสุขภาพอย่างเหมาะสมและ มีการสรุปผลการประเมิน และนำผลไปพัฒนาปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 3.37 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) พบว่า มีแผนการพัฒนาสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ(5กลุ่มวัย),อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรมีความเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานทุกสาขาวิชาชีพ,สถานบริการทุกระดับมีการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากล,บุคลากรได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพ,บุคลากรได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพ,บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามีความสอดคล้องระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 3.42 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation) พบว่า ประเด็นการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถช่วยแก้ปัญหา

สาธารณสุขในพื้นที่ได้, ระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้, การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มอายุ, มีการพัฒนาประเด็นสุขภาพ(ODOP) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนได้จริง, การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามี ความสอดคล้องระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 3.47

การวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามองค์ประกอบพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity Health Team) พบว่า

- 1.) การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนพบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96,0.95 และ 0.94 ตามลำดับ
- 2.) การประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่องพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84 ,0.72 ส่วนผู้บริหารมีความเป็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0.50
- 3.) คณะกรรมการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการเครือข่าย และ ผู้บริหาร มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.91 0.84 และ 0.75 ตามลำดับ
- 4.) คณะกรรมการสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมมีโครงการรองรับและมีผลงานชัดเจนพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่าย มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.88, 0.83 ส่วนผู้บริหาร มีความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 0.64
- 5.) คณะกรรมการมีการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการเครือข่าย มีความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.87, 0.83 ส่วนผู้บริหาร มีความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 0.61

การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care) พบว่า

- 1.) มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ พบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00,0.96 และ 0.94 ตามลำดับ
- 2.) มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่หรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนพบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96,0.94 และ 0.93 ตามลำดับ
- 3.) มีการพัฒนาและแก้ปัญหาตามบริบทหรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน พบว่า ผู้บริหาร ,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00,0.92 และ 0.91 ตามลำดับ
- 4.) มีการติดตามประเมินผลการพัฒนาและการแก้ปัญหาพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.90 ,0.89 และ 0.82 ตามลำดับ
- 5.) มีการขยายผลประเด็นสุขภาพอื่น หรือสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.86 ,0.84 และ 0.68 ตามลำดับ

การแบ่งปันทรัพยากร(resource sharing) พบว่า

- 1.) มีการสนับสนุนบุคลากรในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลในเครือข่าย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ

และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.06 ,0.87 และ 0.86 ตามลำดับ 2.) มีการสนับสนุนเครื่องอุปกรณ์ในการจัดระบบบริการสุขภาพพร้อมกันจากโรงพยาบาล เครื่องข่ายพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.90 และ 0.86 ตามลำดับ 3.)มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดระบบบริการสุขภาพพร้อมกันจากโรงพยาบาลระหว่างหน่วยบริการ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , ผู้บริหาร และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 , 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ 4.) มีการสนับสนุนและบริหารจัดการร่วมกันในการจัดระบบบริการสุขภาพพร้อมกัน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.90 และ 0.86 ตามลำดับ 5.)มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดระบบบริการสุขภาพพร้อมกันในเครือข่าย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 ,0.89 และ 0.82 ตามลำดับ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน(**community participation**)พบว่า 1.) ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข , ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.97 ,0.96 และ 0.95 ตามลำดับ 2.) ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพและ อปท.ชุมชนสนับสนุนงบประมาณ พบว่า ผู้บริหาร , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 ,0.94 และ 0.91 ตามลำดับ 3.)ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน จัดการระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันและมีผลลัพธ์เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม พบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 , 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ 4.) ชุมชนและเครือข่ายมีแผนการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ร่วมตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 ,0.87 และ 0.79 ตามลำดับ 5.)ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 ,0.84 และ 0.68 ตามลำดับ การพัฒนาบุคลากร(**Human development**) พบว่า 1.) มีการพัฒนาพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงานส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง พบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.98 ,0.93 และ 0.86 ตามลำดับ 2.) มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.92 และ 0.82 ตามลำดับ 3.) มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับ

มาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.91 และ 0.75 ตามลำดับ 4.) มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค่นวัตกรรม พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 ,0.90 และ 0.68 ตามลำดับ 5.) มีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย จิตใจและจิตวิญญาณ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 , 0.91 และ 0.68 ตามลำดับ

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการประเมินด้านบริบทก่อนมีนโยบาย DHS ทุกพื้นที่ที่มีทุนเดิมจากการทำงานในฐานะหน่วยงานสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการประกอบกับการริเริ่มสร้างสรรค์งานใหม่ๆที่ปรับเปลี่ยนหมุนเวียนเป็นพลวัตรเพื่อตอบสนองต่อนโยบายในแต่ละยุคแต่ละสมัยสรุปสังเคราะห์เกี่ยวกับต้นทุนและบริบทพื้นที่ที่เป็นแบบการทำงานกับประชาชนในพื้นที่ที่เกิดจากกระบวนการ Context Base Learning (CBL)การใช้รูปแบบการทำแผนชุมชนด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการรวมทั้งการพัฒนาระบบคุณภาพตามแนวทาง Primary Care Award (PCA) มาตรฐาน HA และมีการใช้กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาเครือข่ายบริการด้วยกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า มีความจำเป็นมากในการทำให้เห็นนโยบายบรรลุวัตถุประสงค์การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) มีประเด็นการประเมิน คือขั้นตอนการดำเนินงาน การติดตามนิเทศและประเมินผล พบว่า มีความเหมาะสมและสามารถดำเนินการได้ในระดับดี การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) พบว่า มีแผนการพัฒนาสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ(5กลุ่มวัย) และบุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามีผลสอดคล้องระดับสูง ส่วน การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation) พบว่า ประเด็นการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้และมีแนวทางการคัดเลือกมาจากกระบวนการ PCA,MBA,SRM เป็นกิจกรรมเด่นที่ชุมชนดำเนินการมาก่อน ประเด็นปัญหาสุขภาพส่วนมากเป็น โรคเรื้อรัง และเกิดรูปแบบการพัฒนา ODOP ที่เป็นภาพลักษณ์เดียวกัน

การวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามองค์ประกอบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ประเด็นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity Health Team) เป็นการดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.)อยู่แล้ว ได้มีการแต่งตั้งคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน DHS ในระดับอำเภอแล้ว แต่ยังมีปัญหาในชุดคณะทำงานยังไม่ค่อยมีความเข้าใจเกี่ยวกับ Concept ในการดำเนินงาน DHS ภายในอำเภอเท่าที่ควร การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care) พบว่าการจัดบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นของแต่ละอำเภอ มีความหลากหลาย และแตกต่างกัน ตามบริบทของพื้นที่ ถึงแม้ไม่มีโครงการ DHS พื้นที่ก็สามารถจัดบริการสุขภาพ ตอบสนองปัญหาพื้นที่อยู่แล้ว แต่ที่สำคัญ เป็นการจัดของหน่วยงาน แต่ให้

มีการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ตามหลักการของ DHS ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร การเลือกประเด็นปัญหา สุขภาพ มีทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน หรือตาม นโยบายของผู้บริหารเป็นหลัก การแบ่งปันและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and human development) พบว่า มีการแบ่งปันและสนับสนุนทรัพยากรร่วมกัน รวมถึงมีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยง กระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์และ มีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดูแล สุขภาพประชาชนอย่างเชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย จิตใจและจิตวิญญาณ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (community participation) การมีส่วนร่วมของภาคชุมชน ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ยังมีความแตกต่าง และหลากหลายรูปแบบ เนื่องจากสภาพบริบทของความแตกต่างของพื้นที่ และวิถีชีวิต สำหรับเขตพื้นที่ ห้า อำเภอชายแดน ที่มีพื้นที่ทุรกันดาร ประชาชนมีวิถีชีวิตในการทำมาหากินตลอดฤดู ทำให้ความสนใจใน การมีส่วนร่วมน้อย หรืออาจไม่ค่อยให้ความสนใจเลย เพราะต้องทำมาหากิน ตลอดจนประเพณีและวัฒนธรรม ตามชนเผ่าต่าง อาจไม่เอื้อต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐ ในส่วนพื้นที่ราบ ของ 4 อำเภอคือ อำเภอเมืองตาก วังเจ้า บ้านตาก และอำเภอสามเภา เป็นพื้นที่ราบ และการคมนาคมสะดวกสบาย รวมถึงความเจริญต่างๆ ทำให้วิถีชีวิต และวัฒนธรรมความเป็นอยู่แตกต่างจากอำเภอชายแดนโดยสิ้นเชิง การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ และการจัดการทำได้ดีกว่า ตลอดจนมีโอกาสของการพัฒนาองค์ความรู้ ร่วมกัน ระหว่างภาคประชาชนกับภาครัฐ ทั้งนี้ยังไม่ได้บรรลุถึงขนาดที่มีความเป็นเจ้าของสุขภาพเอง ส่วน การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation) พบว่า ในเรื่องของการสร้างคุณค่า ให้กับตัวผู้ให้บริการและผู้มารับ บริการ เนื่องจากในการดำเนินงาน DHS อำเภอชายแดน 5 อำเภอที่เป็นพื้นที่กันดารห่างไกลทำให้การเข้าถึง บริการยากลำบากมาก ดังนั้นการดำเนินงานในระยะเริ่มแรกยังคงมุ่งเน้นที่การกระจายสถานบริการลงชุมชน ให้ชาวบ้านห่างไกลได้เข้าถึงบริการให้ครอบคลุมให้มากที่สุด ยังคงเน้นตั้งรับมากกว่าเชิงรุก และปัญหาการ โยกย้าย สับเปลี่ยน ของบุคลากรทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง การดำเนินการ DHS เข้าสู่ในบันไดขั้นที่ 1 ซึ่ง ก็ยังขาดในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ภาคส่วนอื่นหรือหน่วยงานอื่นมักไม่ค่อยให้ความสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

(1) ควรมีการปลูกกระแสและเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์โครงการต่อสาธารณชนผ่าน สื่อมวลชนทุกแขนงการจัดศูนย์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรูปแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านเวทีการ ประชุมสัมมนาวิชาการต่างๆ

(2) ปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ ที่จะป้อนเข้าสู่ระบบกาดำเนินงาน DHS ประกอบด้วย 1) คำสั่ง โครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคลองค์กรจากพื้นที่ 2) การมีส่วนร่วมที่แท้จริงของภาคีเครือข่าย ในชุมชน 3) การสนับสนุนด้านนโยบาย และ 4) การสนับสนุนด้านคนเงินวัสดุเทคโนโลยีวิชาการ

(3) ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบพื้นที่โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบภายในพื้นที่ที่แตกต่างกัน ทั้งในเชิงขนาด และเชิงภูมิศาสตร์

(4) การกำหนดนโยบายใดๆเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายหรือการสุขภาพของหน่วยงานระดับพื้นที่ หน่วยงานส่วนกลางหรือระดับชาติควรพิจารณาถึงความสอดคล้องและการส่งเสริมเพื่อสานต่อต้นทุนบริบทในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วยการมีวัฒนธรรมการทำงานในพื้นที่วัฒนธรรมองค์กรที่มีมาก่อนการมีเครือข่ายของทีมงานหรือกลุ่มบุคคล ที่ร่วมกันร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่มานานซึ่งมากด้วยประสบการณ์ทำงานที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

คณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์สังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ผู้บริหาร คณะกรรมการ DHS ของ จังหวัดตาก และทุกพื้นที่ที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอให้เจ้าหน้าที่อำเภอให้ความร่วมมือในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **มาตรฐานบริการสาธารณสุข.**

นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **คู่มือพัฒนาระบบงานศูนย์สุขภาพ**

ชุมชนเพื่อให้ได้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์

การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์.**

นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **รายงานการประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ**

ตำบล ในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหาร ผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา. (2550). **สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิจาก ปรัชญา สู่**

ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่. นนทบุรี : บริษัทมีดี กราฟฟิค จำกัด.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). **วิถีทางเลือกกับการพึ่งตนเอง.** นนทบุรี : บริษัทมีดี

กราฟฟิค จำกัด.

ชดากร ศิริคุณ และวุฒิพงษ์ ภัคติกุล (2557). **ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการ**

สุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร.วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่" 2 ฉบับที่" 1 (มกราคม – มีนาคม 2557)

ชูชัย ศุภวงศ์. (2553). ทางเลือก...ทางรอด ระบบสุขภาพขั้นพื้นฐาน. นนทบุรี : คีดีมีดี จำกัด.
ธงชัย สันติวงษ์. (2546). การบริหารสู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ : ประชุมช่าง.
เรืองศักดิ์ ไกรบุตร และคณะ .(2549) . การศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตาม
เกณฑ์มาตรฐานในศูนย์สุขภาพชุมชน