



Development of a Holistic Health Service Model for the Primary Health System in Maha Sarakham Province after transferring the Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization

Rungrueang Sankosa, Juraporn Krates, Sontaya Buaphai, Sooksun Sirisuriyasunthorn
and Kwanchai Nuchklang

Maha Sarakham Provincial Public Health Office, Thailand

College of Public Health Administration, Thailand

Kantharawichai District Public Health Office, Thailand

Maha Sarakham Provincial Public Health Office, Thailand

E-mail: roungeung_san@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-5686-0150>

E-mail: juraporn_krates@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4936-0181>

E-mail: sontaya2129@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-8120-481X>

E-mail: Sooksun79@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-2963-1826>

E-mail: Khunchai.nee@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-5600-3976>

Received 28/11/2025

Revised 01/12/2025

Accepted 30/12/2025

Abstract

Background and Aims: Thailand's recent devolution of the 60th Anniversary Queen Sirikit Commemorative Health Stations and Subdistrict Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations (PAOs) has substantially reshaped primary health care governance. In Maha Sarakham Province, this raises questions about how to sustain and strengthen holistic primary health care within a new administrative structure. This paper aims to (1) examine coordination mechanisms of local health networks for basic public health and primary care after transfer to the PAO, (2) identify conditional factors influencing holistic health service delivery in the primary health system, and (3) develop and validate a holistic health service model for the primary health system in Maha Sarakham Province following the transfer of primary care units.

Methodology: A mixed-methods study was conducted in four phases. Phase 1 used qualitative approaches—document review, Future Search Conference-based participatory workshops, and field studies—with 905 key informants to construct a conceptual framework and initial hypotheses. Phase 2 was action research using workshops that applied Future Search and PAOR cycles (Plan-Act-Observe-Reflect) with 520 participants across 13 districts to design and implement holistic primary care service models. Phase 3 was a quantitative survey of 400 public health executives and personnel sampled from 1,435 staff using structured questionnaires; data were analyzed with descriptive statistics, Pearson correlation, and multiple linear regression at a 0.05 significance level. Phase 4 comprised expert workshops with 20 purposively selected experts





to verify the appropriateness and feasibility of the draft model using content analysis and analytic induction, with acceptance criteria of mean ≥ 3.50 and IR < 1.5 .

Results: Six core components of a holistic primary health service model were synthesized: (1) comprehensive health service system, (2) service provider system, (3) medical product system for primary care units, (4) financial and fiscal system, (5) health information system, and (6) governance system. Overall development of holistic health service delivery was rated at a high level (mean 4.24, SD 0.14). Eight key conditional factors significantly influenced model development: structural change in the primary health service system, internal management system, human resources, budget management, physical and material resources, information technology, coordination and participation of health network partners, and quality of work life. These eight predictors jointly explained 60.9% of the variance in holistic primary care service development ($R = 0.714$, $R^2 = 0.609$, $p < 0.05$).

Conclusion: The validated holistic primary health service model consists of 6 main service components and 32 subcomponents, and 8 conditional factor components with 52 subcomponents. Experts rated the model as highly appropriate and feasible for implementation. The model offers a practical framework to guide policy formulation, capacity building, and strengthening of primary health care units under PAOs, supporting an integrated, equitable, and resilient primary health system in Thailand after the transfer of health facilities to local government.

Keywords: Development of a Holistic Health Service Delivery Model; Primary Health Care System; Transfer of the 60th Anniversary Queen Sirikit Commemorative Health Stations and Subdistrict Health Promoting Hospitals



การพัฒนาแบบแผนการจัดบริการสุขภาพองค์รวม ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคามภายหลังการ ถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัด

รุ่งเรือง แสนโกษา, จุฬพร กระเทศ, สนธยา บัวผาย, สุขสร สิริสุริยสุนทร และขวัญชัย นุชกลาง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วิทยาลัยนักระบริหารสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: การถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ส่งผลให้โครงสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ โดยเฉพาะในจังหวัดมหาสารคามที่ต้องเผชิญความท้าทายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมภายใต้ระบบการบริการใหม่ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษากลไกความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ด้านสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน (2) วิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และ (3) พัฒนารวมทั้งตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมในระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคามหลังการถ่ายโอนหน่วยบริการ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 4 ระยะ ระยะที่ 1 ใช้วิธีเชิงคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การประชุมระดมความคิดเห็นโดยใช้กระบวนการ Future Search และการศึกษาภาคสนามกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 905 คน เพื่อนำไปสู่กรอบแนวคิดและสมมติฐาน ระยะที่ 2 เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ Future Search และวงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) กับผู้เข้าร่วม 520 คน ครอบคลุมทั้ง 13 อำเภอ เพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิแบบองค์รวม ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข 400 คน (สุ่มจากประชากร 1,435 คน) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ระยะที่ 4 ตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ 20 คน ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการสังเคราะห์แบบอุปนัย โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50 และ $IR < 1.5$

ผลการวิจัย: พบองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม 6 ด้าน ได้แก่ (1) ระบบบริการสุขภาพแบบครบวงจร (2) ระบบผู้ให้บริการสุขภาพ (3) ระบบผลิตภัณฑ์และเวชภัณฑ์ในหน่วยปฐมภูมิ (4) ระบบงบประมาณและการคลัง (5) ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และ (6) ระบบธรรมาภิบาล โดยภาพรวมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.24, SD 0.14) และพบว่ามีปัจจัยเงื่อนไข 8 ด้านที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ โครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่เปลี่ยนแปลง ระบบการบริหารจัดการภายในบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากรสถานที่และอุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ การประสานงานและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในการทำงาน โดยปัจจัยทั้ง 8 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมได้ร้อยละ 60.9 ($R = 0.714$, $R^2 = 0.609$, $p < 0.05$)

สรุปผล: รูปแบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน 32 องค์ประกอบย่อย และปัจจัยเงื่อนไข 8 ด้าน 52 องค์ประกอบย่อย ได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญว่ามีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับสูง รูปแบบนี้สามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางเชิงนโยบายและการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ อบจ. เพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิที่บูรณาการ เป็นธรรม และยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยหลังการถ่ายโอนหน่วยบริการ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม; ระบบสุขภาพปฐมภูมิ; การถ่ายโอนสถานีนอมาัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บทนำ

คำประกาศ Alma-Ata ขององค์การอนามัยโลก ได้จุดประกายให้บริการปฐมภูมิ มีความสำคัญเชิงอุดมการณ์ โดยเน้นว่าทุกคนมีสุขภาพดีได้ ด้วยเงื่อนไขสำคัญของการสร้าง การมีส่วนร่วม ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน ตลอดจนการสร้างความร่วมมือ กับภาคส่วนต่างๆ อันจะส่งผลให้มีการเพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาและดูแลตนเองในทุกระดับ ระบบบริการปฐมภูมิได้รับความสนใจไปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนาหรือประเทศยากจน หลังจากมีคำประกาศขององค์การอนามัยโลกที่เมือง Alma-Ata 18 ในปี ค.ศ. 1978 โดยมี “Health for All by the year 2000” เป็นเป้าหมายหลัก และระบุให้ “Primary Health Care (PHC)” เป็นกลวิธีสำคัญที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมาย (World Health Organization, 1978) และเป็นผลสืบเนื่องมาจากอุดมการณ์ใหม่ของโลกหลังยุคปลดปล่อยอาณานิคม ซึ่งเรียกหาความเป็นธรรม การดูแลตนเอง การพึ่งตนเอง ตลอดจนการทำให้มีความเป็นตัวของตัวเอง ทั้งในระดับประเทศ ชุมชน ครอบครัว และรายบุคคล ทั้งนี้ในระยะแรกคำประกาศดังกล่าวได้รับความสนใจเป็นหลักในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา (Doherty & Govender, 2004) ต่อมาจึงได้รับการยอมรับว่ามีความจำเป็นสำหรับทุกประเทศทั่วโลก โดยหลายประเทศ เช่น จีน (Young, 1983) อินเดีย (Leslie, 1976) และแอฟริกา (Kasongo Project Team, 1982) รวมถึงประเทศไทย (Rakue et al., 1998; Vachrotai, 1976) ต่างมีประสบการณ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ในชุมชนภายใต้บริบททรัพยากรจำกัดมาก่อนหน้าการประกาศขององค์การอนามัยโลกอย่างเป็นทางการ (Rakue et al., 1998) อย่างไรก็ตาม คำประกาศขององค์การอนามัยโลกมีบทบาทอย่างมากในการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินการเชิงระบบและการสร้างความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ (Favin et al., 1984) ซึ่งประเทศไทยเรียกการดำเนินการดังกล่าวว่า “สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) 19” โดยให้ความหมายว่า เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีการดำเนินการโดยประชาชน (Kawee, 1983) ระบบสุขภาพของประเทศไทยเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ เห็นได้จากการจัดอันดับดัชนีความปลอดภัยด้านสุขภาพของโลก และในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประเทศไทยได้รับการจัดให้เป็นอันดับ 5 ของโลก และอันดับ 1 ของเอเชีย ซึ่งเป็นผลมาจากการมีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งและเป็นพื้นฐานการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ โดยมีกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกหลัก ในการขับเคลื่อนมุ่งเน้น ใน 3 ประเด็น คือ 1) ให้คนไทยทุกคน ทุกสิทธิสวัสดิการ เข้าถึงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างไร้รอยต่อ 2) การพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ (Digital Health) มีบริการโทรคมนาคมพื้นฐาน เพื่อให้ทุกคนในประเทศเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทุกสังกัดสามารถเชื่อมต่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ และเกิดการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) การบูรณาการการเงินการคลังสุขภาพ 3

กองทุน เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน (กรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2565) ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพในระบบสุขภาพ และเป็นนโยบายที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกมารวม 30 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาประเทศรวมทั้งประเทศไทยสนับสนุนว่า ระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญ ในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งนี้ระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ มิใช่บริการที่จัดโดยเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือเพื่อคนยากจน อีกทั้งยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทสังคมรวมถึงปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปของโลกและนานาประเทศจากโรคติดต่อเฉียบพลัน รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจมีหรือไม่มีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย ซึ่งผู้รับบริการต้องการ การดูแลแบบต่อเนื่อง บูรณาการ และดูแลในระยะยาว ยิ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นและบทบาทที่สำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ ที่สามารถให้บริการอย่างเนื่อง และบูรณาการได้ดีกว่าบริการของโรงพยาบาล รวมถึงการให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และมีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เท่าเทียมและเป็นธรรมมากขึ้น

การถ่ายโอนภารกิจสถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหนึ่งในการดำเนินงานที่สำคัญตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปี พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยเฉพาะในมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดต่อ ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพของประชาชนในพื้นที่ให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและถ้วนหน้ามากยิ่งขึ้น ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมคิดร่วมวิเคราะห์ ร่วมจัดทำแผนพัฒนาด้านสุขภาพ ให้มีบทบาทในการตรวจสอบ (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย, 2564) ซึ่งการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นหนึ่งในกลไกพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้มีความเชื่อมโยงกับชุมชนและประชาชน โดยไม่ต้องดำเนินการตามกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดของหน่วยงานภาครัฐในส่วนกลางเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความจำเป็นเร่งด่วนในพื้นที่ ทั้งนี้ ที่ผ่านมา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนานามัย ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) จำนวน 27 แห่ง ใน พ.ศ.2551 จำนวน 19 แห่ง ใน พ.ศ.2555 จำนวน 4 แห่ง ใน พ.ศ.2557 จำนวน 1 แห่ง ใน พ.ศ.2559 จำนวน 6 แห่ง ใน พ.ศ.2562 จำนวน 8 แห่ง ใน พ.ศ.2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง จากจำนวน สอน./รพ.สต. 9,787 แห่ง ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2565 มี สอน./รพ.สต. ที่มีความประสงค์ที่จะถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 3,384 แห่ง โดยมีบุคลากรที่สมัครใจถ่ายโอน จำนวน 21,997 คน เป็นข้าราชการ จำนวน 12,060 คน และประเภทการจ้างอื่น จำนวน 9,937 คน ในการนี้ มีองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ผ่านประเมินความพร้อม จำนวน 49 จังหวัด แบ่งเป็นระดับดีเลิศ จำนวน 45 จังหวัด และระดับดีมาก จำนวน 4 จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ 7 ธันวาคม 2564, กองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2567)

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่เป็นผู้ดูแลระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ จำเป็นต้องมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานบุคลากร ทั้งจำนวน ลักษณะและศักยภาพ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพระบบบริการ และการโอนภารกิจระหว่างบุคลากรภายในเครือข่าย เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ทั้งนี้ บทบาทดังกล่าว จะยิ่งทวีความสำคัญขึ้น หากมีการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับบทบาทมาทำหน้าที่ ในการกำหนดนโยบายและกำกับระบบบริการ เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพและพื้นที่ แต่ก็ขึ้นกับความสมัครใจ และภาวะผู้นำของผู้บริหารแต่ละแห่ง บางเขตสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทที่เข้มแข็งในการพัฒนา มีการกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องจัดสรรงบประมาณพื้นฐานให้กับทุกสถานีนอามัย ในขณะที่บางแห่งผู้บริหารเครือข่ายมีการพัฒนารูปแบบบริการเชิงรุกในชุมชนและสนับสนุน ลูกข่ายเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ในบริบทที่มีการถ่ายโอนสถานีนอามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) การตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (ร่วมลงทุนระหว่าง สปสช. และ อปท.) ในหลาย ๆ พื้นที่ ทำให้เกิดปัญหาการแยกส่วนการจัดการของระบบ และดำเนินงานในรูปแบบการบริหาร และสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละเครือข่ายแตกต่างกันมาก ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของโรงพยาบาลกับลูกข่าย และวิสัยทัศน์ของผู้บริหารโรงพยาบาลแม่ข่าย รูปแบบการสนับสนุนครอบคลุมทั้งเรื่องงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนด้านบุคลากรด้วย อย่างไรก็ตาม ในหน่วยบริการปฐมภูมียังพบว่า ผู้ให้บริการหลักเป็นบุคลากรที่มีไข้แพทย์ จึงมีข้อจำกัดในการให้บริการโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล ประกอบกับทรัพยากรที่มีจำกัด ทำให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะเครือข่ายบริการ โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่าย สนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งด้านทรัพยากร องค์ความรู้และการสนับสนุนต่าง ๆ และจำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการ ทั้งด้านงบประมาณ โครงสร้างองค์กร ทรัพยากรบุคคล ข้อมูลสารสนเทศ ยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น ที่เอื้อต่อการจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทภูมิสังคมของแต่ละพื้นที่

ในเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยแก่นสารสินธุ์ ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัด ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (สอน./รพ.สต.) จำนวนทั้งสิ้น 808 แห่ง แสดงความจำนงถ่ายโอนภารกิจด้วยความสมัครใจ จำนวน 656 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.19 ในส่วนของจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 13 อำเภอ สอน./รพ.สต. จำนวน 175 แห่ง มีความประสงค์ถ่ายโอน 128 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 73.14 ข้าราชการประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 394 ราย และพนักงานราชการ พนักงานกระทรวง และลูกจ้างทุกประเภท จำนวน 326 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2565) ซึ่งรูปแบบการถ่ายโอน มี 2 ลักษณะ คือบางอำเภอถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ทั้งหมดในอำเภอ และบางอำเภอถ่ายโอน รพ.สต. แบบบางส่วน อีกทั้งมีอำเภอที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อบจ.ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขขององค์กรบริหารส่วนจังหวัดนั้น ยังคงเป็นการดำเนินงานภายใต้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยคำนึงถึงหลักการกระจายอำนาจ ซึ่งกำหนดไว้ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจจากราชการจะต้องจัดทำบริการสาธารณะ/กิจกรรมสาธารณะให้แก่ประชาชนได้อย่างมีมาตรฐานไม่น้อยกว่าที่ส่วนราชการได้ดำเนินการไว้ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนอย่างเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะต้องมีแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิต

ปรากฏในแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 ปี โดยแผนงานหรือโครงการนั้นต้องเข้าข่ายงานด้านสาธารณสุขและงานด้านคุณภาพชีวิต หรือสนับสนุนส่วนราชการหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ดำเนินการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งจะต้องดำเนินงานร่วมกันกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายสุขภาพต่าง ๆ ในการพัฒนาการดำเนินงาน การกำกับและการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันต่อไป (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดประเทศไทย, 2564)

จากสถานการณ์ข้างต้น กลไกและกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการ และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างไร จึงเป็นคำถาม/โจทย์การวิจัย ในประเด็นที่ 1 กลไกการประสานเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ ด้านสาธารณสุข มูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิของ สอน./พ.สต.ภายหลังการถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นอย่างไร ประเด็นที่ 2 ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้ อบจ. มีอะไรบ้าง และเป็นอย่างไร ประเด็นที่ 3 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสม ภายหลังการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้ อบจ.เป็นอย่างไร และประเด็นที่ 4 ข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมสามารถจัดบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับบริบทความต้องการและประโยชน์ที่จะได้รับของประชาชนในพื้นที่ภายหลังการถ่ายโอนสอน./รพ.สต.ให้ อบจ.เป็นอย่างไร ดังนั้น คณะผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดมหาสารคามภายหลังการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเสนอผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ ระดับกระทรวง และระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากลไกการประสานเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ ด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด
3. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

การทบทวนวรรณกรรม

1. การถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 17 (19) กฎกระทรวงมหาดไทยซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่และอำนาจจัดให้มี โรงพยาบาลจังหวัดการ รักษาพยาบาลการป้องกันและบำบัดรักษาโรคติดต่อรวมทั้งแผนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ให้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมและในระยะสุดท้ายให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. ให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการบริหารแผนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท.และแผนปฏิบัติการ การกำหนดขั้นตอน การกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ด้านการถ่ายโอนภารกิจ จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อพิจารณาดำเนินการจัดทำแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2565)

2. แนวคิดการจัดบริการสุขภาพองค์รวม

2.1 ความหมายของการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)

คำว่า healing และ health มีรากศัพท์มาจากคำเดียวกันคือคำว่า whole หมายถึง การรวมกันประสานกันเข้าเป็นองค์รวมหนึ่งเดียว และคำว่า holistic ก็หมายถึง ความเป็นองค์รวมหนึ่งเดียว ดังนั้น การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) จึงหมายถึงการดูแลที่เน้นความสมดุลของกาย จิต ปัญญาและสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยแต่ละองค์ประกอบมีส่วนย่อย ๆ มาเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน บุคลากรด้านสุขภาพต้องให้บริการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต ซึ่งการดูแลแบบองค์รวมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Chuengsatiansup K, 2002 อ้างถึงใน พนารัตน์ วิเศษพนิตมิตร, 2560) และสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นเป้าหมายสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกวัยเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับชีวิตทั้งหมดมากกว่าการเน้นแต่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยพิจารณาที่ตัวตนทั้งหมดของร่างกายความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณรวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนั้น แนวคิดดังกล่าวถูกนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรทุกวัย (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2561)

2.2 แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม

นियามการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health care) (บุญทิพย์ ศิริธรังสี, 2539) เป็นรูปแบบการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ที่เรียกว่า Holistic Health Model ซึ่งแตกต่างจากการให้บริการแบบดั้งเดิมที่เรียกว่า Traditional Care หรือ Biomedical Model กล่าวคือ ไม่เฉพาะโรงพยาบาล สถานที่ในการให้บริการแต่จะครอบคลุมที่บ้านด้วยและผู้ให้บริการ จะอยู่ในรูปของทีมนสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการให้บริการจะเน้นให้ญาติ ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษา โดยทีมนสุขภาพมีบทบาทเป็นผู้ชี้แนะให้ข้อมูลทั้งในด้านการเจ็บป่วย การดูแลรักษาซึ่งจะผสมผสานทั้งด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยตามวิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรมของคนไทยเพื่อ

ประกอบการตัดสินใจและหาทางเลือกที่เหมาะสม อันจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิต

2.3 องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม

องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม มี 5 มิติ (สำนักงานจัดการการศึกษาทั่วไปและศิลปวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2567) ได้แก่ (1) มิติทางกาย (Physical dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยองค์ประกอบทั้งด้านอาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัจจัยเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอและส่งเสริมภาวะสุขภาพ (2) มิติทางจิตใจ (Psychological dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส ปลอดภัย ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตาและลดความเห็นแก่ตัว (3) มิติทางสังคม (Social dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคมและชุมชนโดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทร เสมอภาคมีความยุติธรรม และมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง (4) มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) เป็นความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีบุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ตั้งมั่นด้วยความมีเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่นทั้งนี้สภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง (Self transcending) และ (5) มิติทางอารมณ์ (Emotional dimension) คนเราจะตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งทางด้านบวกและลบผลที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแต่ละบุคคล

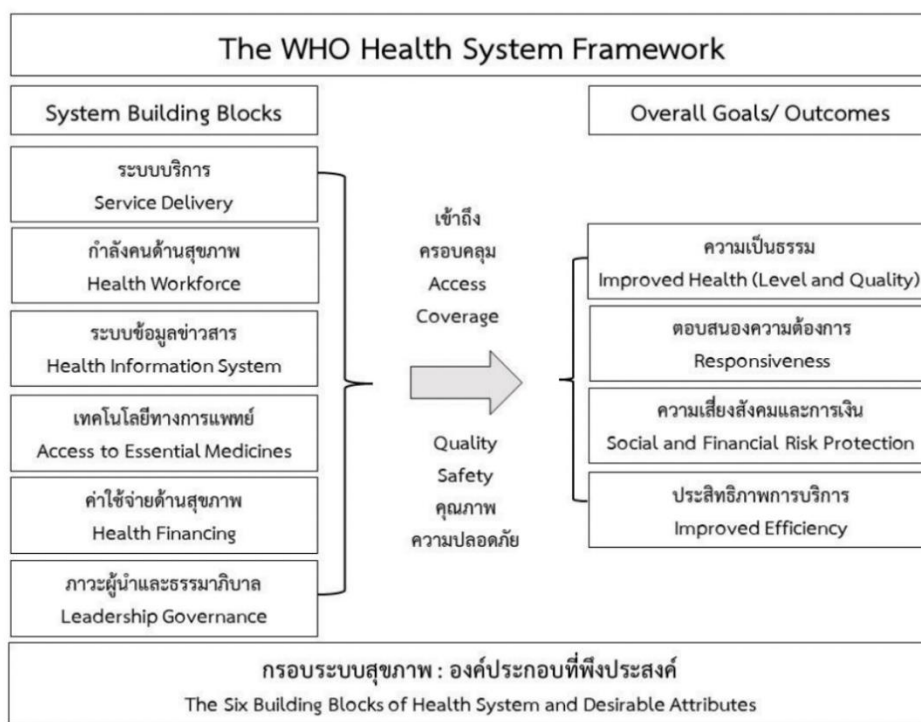
2.4 องค์ประกอบของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและคุณสมบัติของผู้ให้บริการแบบองค์รวม

ภาวะสุขภาพที่ครอบคลุมองค์รวม (Holistic Health) หมายถึง การไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ การดำรงชีวิตอย่างผาสุกและมีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งการจะมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวมได้นั้น ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การส่งเสริมและสนับสนุน (จริญญา มุขพันธ์, 2544) และองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผู้ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่ดี คือ (1) การเป็นผู้ตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจและตระหนักในบุคคลอื่นมากขึ้นและตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมต่อไป (2) การรู้จักแบ่งเวลาให้ผู้อื่น การแบ่งเวลาให้ผู้อื่น โดยเฉพาะผู้รับบริการทำให้ทราบข้อมูลและปัญหาของเขา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขที่ถูกต้อง เหมาะสม (3) การรู้จักเป็นผู้ฟัง การฟังแสดงว่าเราเคารพในความคิดเห็นและยินดียินรับข้อมูลจากผู้อื่น โดยเฉพาะจากตัวผู้รับบริการเอง การฟังจะต้องฟังด้วยความตั้งใจและเต็มใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและถูกต้อง (4) การเคารพ ยอมรับในภูมิปัญญา โดยการให้อิสระด้านความคิดของผู้รับในการตัดสินใจเลือกวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมของตนเอง และ (5) การเป็นผู้รับบริการ ซึ่งความหมายในมิติแรก หมายถึง บุคคลซึ่งประกอบด้วยร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณความหมายในมิติที่สอง หมายถึง บุคคลที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพอนามัย อยู่ในภาวะเสี่ยงหรือเจ็บป่วย

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน เสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพสำหรับศตวรรษที่ 21 (The six building blocks of health system)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ที่เรียกว่า The Six Building Blocks เพื่อกำกับการดำเนินการของระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพประชาชน ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ส่วน (อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล, 2565) ได้แก่ 1) ภาวะ

ผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and Governance) 2) ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery System) 3) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System) 5) การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to Essential Medicines and Health Technology) และ 6) การเงินการคลังและการแบ่งปันทรัพยากร (Financing System) และได้สรุปการใช้แนวคิดเกี่ยวกับอริส 6 ก่อน เสริมความแข็งแกร่งระบบสุขภาพสำหรับศตวรรษที่ 21 ไว้ว่า (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2566) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) อาจจัดให้มี “คณะกรรมการบริหารสถานบริการสาธารณสุข” เพื่อรับผิดชอบและกำกับกับการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.แต่ละแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด โดยให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) กำกับดูแลและประเมินผลการปฏิบัติราชการของ สอน./รพ.สต.แต่ละแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ตามแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผล อบจ. ซึ่งสามารถแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจหรือคณะทำงานที่ประกอบด้วยหลายภาคส่วนตามความจำเป็นและเหมาะสมของ อบจ. เพื่อดำเนินการประเมินผล สอน./รพ.สต.แต่ละแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ได้ โดยสรุปกรอบการใช้แนวคิดจัดการระบบสุขภาพ ตามแนวคิดเกี่ยวกับอริส 6 ก่อน ตามแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 1 กรอบการจัดการระบบสุขภาพ ตามแนวคิดเกี่ยวกับอริส 6 ก่อน
(วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2566)

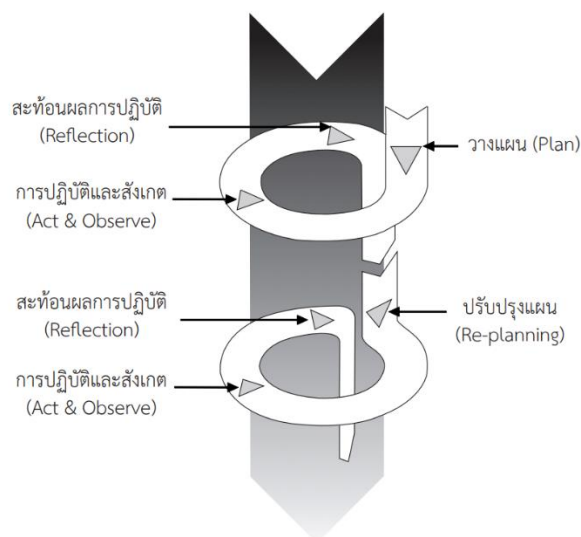
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

3.1 ความหมายและพัฒนาการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558) ได้สรุปไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษารวบรวมหรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลาย ๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection)

3.2 การวิจัยพัฒนาโดยใช้เทคนิค PAOR

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ (Kemmis & McTaggart, 1991 อ้างถึงใน วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ แต่ละขั้นตอน โดยในขั้นตอนการสะท้อนกลับจะอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

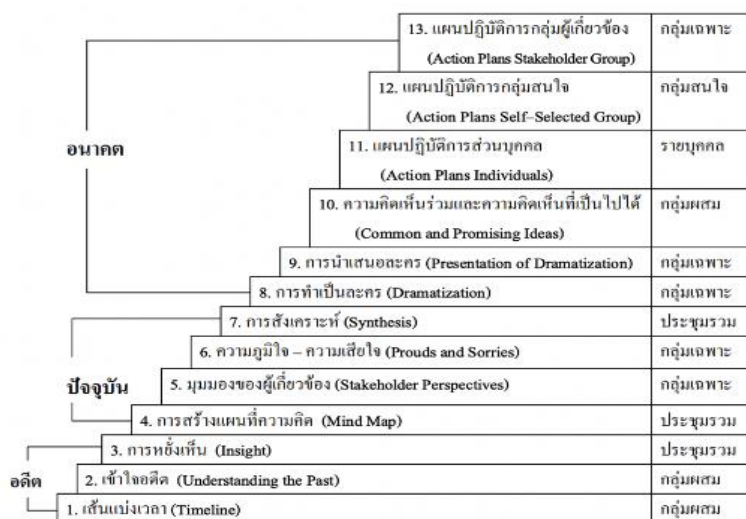


แผนภาพที่ 2 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Kemmis & McTaggart, 1991); วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

3.3 แนวคิดการประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิคการสร้างอนาคตร่วมกัน FSC

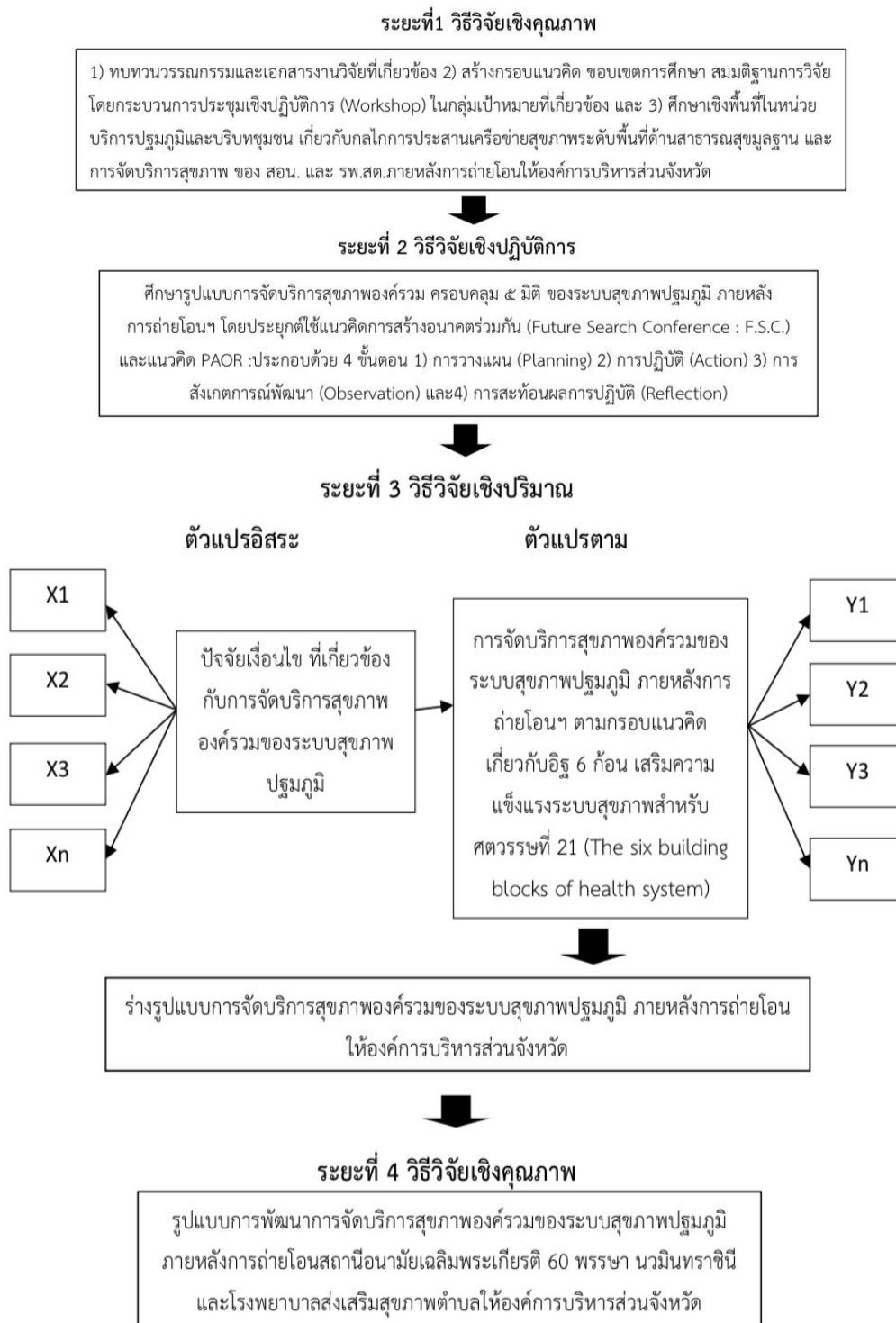
กระบวนการมีส่วนร่วมการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference – F.S.C) FSC เป็นเทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาจากหลักการทางสังคมจิตวิทยาโดยภาคธุรกิจในอังกฤษและ

สหรัฐอเมริกา มีการพัฒนามาตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา เมืองครีอื่น ๆ นอกภาคธุรกิจในประเทศต่าง ๆ ได้นำเทคนิค FSC ไปใช้อย่างแพร่หลายเป็นกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้แทนกลุ่มหลายประเภท หลายระดับ ซึ่งต่างก็มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนั้น มาร่วมกันทำงานโดยนำประสบการณ์ของแต่ละคนมาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันในเรื่องนั้น ๆ และได้แผนหรือแนวทางปฏิบัติให้ไปถึงวิสัยทัศน์ร่วมของกลุ่ม เป็นกระบวนการที่ใช้อนาคตเป็นจุดประสงค์ที่เต็มไปด้วยความหวังในการทำงาน แทนการใช้ปัญหาและการแก้ไขปัญหาเป็นตัวตั้งในการทำงานซึ่งมักทำให้เกิดความขัดแย้ง รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในการแก้ปัญหา FSC ช่วยทำให้เป้าหมายระยะยาวและแนวทางของกลุ่มหรือองค์กรชัดเจนขึ้น การประชุมเชิงปฏิบัติการ FSC เพื่อแสวงหาอนาคตร่วมกัน การจัดกลุ่มจะเป็นไปตามลักษณะดังนี้ (1) กลุ่มเฉพาะ (Stake holders) สมาชิกในกลุ่มมีลักษณะบางประการร่วมกันได้แก่ มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกัน (2) กลุ่มผสม (Mixed Group) มีสมาชิกแตกต่างกันมีความหลากหลาย เช่น กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติระดับสูง ผู้ปฏิบัติระดับกลาง ผู้ปฏิบัติระดับล่าง ความหลากหลายทำให้ได้ข้อมูล/ข้อคิดเห็น/ประสบการณ์หลาย ๆ ด้าน เกิดความครอบคลุมเห็นความเชื่อมโยงของด้านต่าง ๆ และ (3) กลุ่มสนใจ (Self – Selected Group) สมาชิกแต่ละคนตัดสินใจเลือกประเด็นที่กลุ่มได้รวบรวมจัดลำดับไว้แล้ว จะรวมตัวกันเป็นกลุ่มสนใจประเด็นนั้น ๆ เพื่อร่วมกันทำงานตามที่วิทยากรมอบหมาย โดยองค์ประกอบหลักของกระบวนการ F.S.C. (สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2553; ทวีศักดิ์ นพเพชร, 2551; มณฑิรา อินจ่าย, 2558) ได้แก่ (1) การวิเคราะห์เหตุการณ์ในอดีต เพื่อเชื่อมโยงกับสภาพการณ์และแนวโน้มในปัจจุบัน (2) การวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน เพื่อความเข้าใจในทิศทางและปัจจัยที่มีอิทธิพลในประเด็นหลักของการประชุม และ (3) การสร้างจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนาาร่วมกันในประเด็นหลักของการประชุม และร่วมกันกำหนดความคิดเห็นร่วมและสร้างแผนปฏิบัติการไปสู่อนาคตร่วมกัน ดังภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 แผนผังกระบวนการเติมรูปแบบสามขั้นตอนของการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแสวงหาอนาคตร่วมกัน
ที่มา: (สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2553)

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) มีวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีวิทยาที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามแหล่งข้อมูล กำหนดระเบียบวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาโดยวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary research) ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และศึกษาปรากฏการณ์วิทยาภาคสนามตามกระบวนการและขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 จัดกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) แบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างอนาคตร่วมกัน FSC เพื่อกำหนดขอบเขตการศึกษา สร้างกรอบแนวคิด และสมมติฐานการวิจัย กลุ่มเป้าหมายผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ/วิทยากร นักวิจัย คณะทำงาน ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จำนวน 30 คน ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาเชิงพื้นที่ในกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องของ สอน./รพ.สต.ในจังหวัดมหาสารคาม โดยสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) กลุ่มเป้าหมาย สอน./รพ.สต.175 แห่ง จากทั้ง 13 อำเภอ จำนวน 875 คน เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกเสียง บันทึกภาพ บันทึกการประชุม แบบบันทึก และการสังเกต ตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูลแบบสามเส้า (Methodological Triangulation) (Denizen, 1970) ทั้งด้านข้อมูล ด้านทฤษฎี และ ด้านผู้วิจัย แล้วจัดกลุ่ม จำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) อธิบายและตีความ สร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic induction)

ระยะที่ 2 วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยจัดกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างอนาคตร่วมกัน FSC และ PAOR เพื่อกำหนดแนวทางการจัดบริการสุขภาพองค์กรวม และนำไปสู่การปฏิบัติใน สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอนให้แก่ออบจ. เพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการสุขภาพองค์กรวมของระบบบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน และ อนาคต และการนำวงจร PAOR ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกทาเกท (Kemmis & McTaggart, 1991) เพื่อจัดทำแผนการกำกับ ติดตามและประเมินผลการนำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพองค์กรวมไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์พัฒนา (Observation) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยใช้ตามกรอบแนวคิดการวิเคราะห์เกี่ยวกับอริส 6 ก่อน เสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพสำหรับศตวรรษที่ 21 (The six building blocks of health system) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ สอน. และ รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอนให้ ออบจ.ในจังหวัด จำนวน 175 แห่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาคประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง ในจังหวัด ทั้ง 13 อำเภอ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) และเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัย เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) อำเภอละ 40 คน จำนวนรวม 520 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกเสียง บันทึกภาพ บันทึกการประชุม แบบบันทึกและการสังเกต ตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูลแบบสามเส้า (Methodological Triangulation) (Denizen, 1970) ทั้งด้านข้อมูล ด้านทฤษฎี และ ด้านผู้วิจัย แล้วจัดกลุ่ม จำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) อธิบาย และการตีความ สร้างข้อสรุปแบบอุปนัย จากรูปธรรม/ปรากฏการณ์ที่มองเห็นและเปรียบเทียบข้อมูล (Constant comparison) กับกรอบแนวคิดการวิจัย แล้วสร้างสมมติฐานการวิจัย เชิงปฏิบัติการ เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 วิธีวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาในประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เป็นผู้บริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ 175 แห่ง ทั้ง 13 อำเภอ ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวนรวม 1,435 คน กำหนดโดยใช้สูตรการคำนวณของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 329 คน เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมต่อการเป็นตัวแทนของประชากร การวิจัยครั้งนี้จึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของความรู้จากตำรา เอกสารวิชาการ และจากผลการวิจัย ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในระดับที่ยอมรับได้ (ริงสรค์ สิงห์เลิศ, 2551) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพองค์กรของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient : r) และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ หรือการวิเคราะห์ค่าถดถอย (Multiple Linear Regression Analysis : R) หรือ ค่าอำนาจการพยากรณ์ (R^2) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ของปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการจัดการบริการสุขภาพองค์กรของระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ แล้วสร้างสมการพยากรณ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ระยะที่ 4 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินตรวจสอบยืนยันความเหมาะสม ของร่างรูปแบบการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพองค์กรของระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพองค์กรของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้อบจ. ใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) สัมมนาผู้เชี่ยวชาญ (Expert Verify) เลือกกลุ่มเป้าหมายผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน เพื่อประเมินตรวจสอบยืนยันความเหมาะสมและเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการพัฒนาฯ โดยเลือกองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และค่าพิสัยอินเทอร์ควอไทล์(IR) ต่ำกว่า 1.5 ซึ่งมีความสอดคล้องกันสูง ถือว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2548) ของร่างรูปแบบการพัฒนาฯ แล้วนำผลประเมินตรวจสอบยืนยัน จากข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพองค์กรของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดมหาสารคาม ภายหลังจากถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ผลการวิจัย

1. กลไกหลักในการประสานเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ภายหลังจากถ่ายโอน พบว่า โรงพยาบาลแม่ข่าย รพท./รพช.) ยังคงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เพื่อให้มีบริการที่ต่อเนื่อง ในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 ด้านบุคลากร: รพ.แม่ข่ายยังคงสนับสนุน แพทย์และเภสัชกร รวมถึงการหมุนเวียนบุคลากร (เช่น พยาบาล/ทีมเคลื่อนที่) ไปยัง รพ.สต. ที่ขาดแคลน

1.2 ด้านงบประมาณ/ทรัพยากร: รพ.แม่ข่ายยังช่วยเหลือทำหน้าที่จัดสรร งบประมาณ Fixed Cost และ บุคลากรสนับสนุนให้ รพ.สต. ตามขนาด (S/M/L) เพื่อให้ทรัพยากรเพียงพอและต่อเนื่อง และพบว่ายังมีข้อจำกัด ด้านระเบียบงบประมาณของ อบจ. จึงทำให้เงินสนับสนุนบางส่วนยังต้องผ่านกลไก สปสช. หรือต้องแจ้งแม่ข่าย เพื่อแก้ไขระเบียบ เช่น การโอนค่าบริการโดยตรงจาก รพช.ไป รพ.สต.ยังทำไม่ได้

1.3 ด้านยา เวชภัณฑ์ และคลัสยา: รพ.แม่ข่ายยังคงจัดสรร ยาและเวชภัณฑ์ (โดยเฉพาะยา NCDs) ให้กับ รพ.สต. และบางพื้นที่ยังช่วยจัดการปัญหาค้างจ่าย OP/PP ชั่วคราว เพื่อไม่ให้บริการขาดความต่อเนื่อง

1.4 ด้านระบบบริการ: ยังมีการสนับสนุนด้านการนิเทศ และติดตามคุณภาพ รวมถึง ระบบส่งต่อและ Telemedicine (แพทย์ให้คำปรึกษาออนไลน์) เพื่อดูแลผู้ป่วยซับซ้อนและกรณีฉุกเฉิน

1.5 ด้านมาตรฐานและการวัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า หน่วยบริการต้องมีการพัฒนา เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครบถ้วน ครอบคลุม และเชื่อมโยง ตามมาตรฐานด้านบริหาร บริการ การสนับสนุนบริการ และผลลัพธ์หรือคุณภาพบริการ โดยเน้นการดูแลระยะยาว และการพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

2. องค์ประกอบการจัดบริการสุขภาพองค์รวม ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ผลการวิเคราะห์เป็นข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในระยะที่ 2 กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) แบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้แนวคิด FSC และ PAOR เพื่อกำหนดแนวทางการจัดบริการสุขภาพ องค์รวม และนำไปสู่การปฏิบัติ ใน สอน. และ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนให้ อบจ. โดยใช้กรอบการวิเคราะห์ เกี่ยวกับอริส 6 ก่อน เสริมความแข็งแกร่งระบบสุขภาพสำหรับศตวรรษที่ 21 (The six building blocks of health system) กลุ่มเป้าหมายหน่วยในการวิเคราะห์ เป็นเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิต้นแบบทั้ง 13 อำเภอ ขอสรุปภาพรวม ขององค์ประกอบหลักอริส 6 ก่อน เสริมความแข็งแกร่งระบบสุขภาพสำหรับศตวรรษ ที่ 21 ทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพองค์รวม 2) ระบบผู้ให้บริการ 3) ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.ให้ อบจ. 4) ระบบการเงินการคลัง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.ให้ อบจ. 5) ระบบสารสนเทศ และ 6) ระบบอภิบาล พบว่า การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบเสาหลักสุขภาพอริส 6 ก่อน และมีความคาดหวังของทั้ง ผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการจัดบริการสุขภาพองค์รวม ทั้งด้านความคล่องตัวที่เพิ่มขึ้น และปัญหาความขาดแคลนที่ยังต้องแก้ไขในองค์ประกอบอริส 6 ก่อน และพบว่า ข้อสรุปของปัจจัยเงื่อนไขที่มีความเกี่ยวข้องกับการ จัดบริการสุขภาพ องค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ ภายหลังการถ่ายโอน สอน.และ รพ.สต.ให้ อบจ. มีจำนวน 9 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และความเกี่ยวข้องกับการ เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 4 ตัวแปรย่อย 2) ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. 3) ปัจจัยด้านระบบการบริหารจัดการภายในองค์กร 4) ปัจจัยด้าน บุคลากร/เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 5) ปัจจัยด้านงบประมาณในการบริหารจัดการใน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนให้กับ อบจ. 6) ปัจจัยด้านทรัพยากร วัสดุ/ครุภัณฑ์/เวชภัณฑ์ใน

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลัง การถ่ายโอนให้กับ อบจ. 7) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 8) ปัจจัยด้านการประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และ 9) ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน

3. ผลวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

3.1 ผลวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสำรวจข้อมูลโดยแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ในกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรที่เป็นผู้บริหาร และผู้ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สอน./รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาคประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ของหน่วยบริการปฐมภูมิจากทั้ง 13 อำเภอ ในพื้นที่จังหวัด จำนวน 400 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ของแบบสอบถามทั้งหมด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.50) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี (ร้อยละ 70.00) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 10.00) ปริญญาโท (ร้อยละ 8.25) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) (ร้อยละ 7.50) มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 2.00) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (ร้อยละ 1.75) และปริญญาเอก (ร้อยละ 0.25) ตามลำดับความเกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (รพ.สต.) (ร้อยละ 74.25) รองลงมาคือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของ โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 15.50) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของ สสอ. (ร้อยละ 8.50) เป็นผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของ สสจ./อบจ./โรงพยาบาล/สสอ. (ร้อยละ 6.25) เป็นต้น คณะอนุกรรมการสุขภาพพื้นที่ระดับอำเภอ (อ.กสพ.) (ร้อยละ 3.25) และเป็นคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ จังหวัด (กสพ.) (ร้อยละ 2.00) และ กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 41.60 ปี (S.D.= 10.70) โดยมีอายุสูงสุด เท่ากับ 68 ปี และต่ำสุด เท่ากับ 18 ปี

3.2 ผลวิเคราะห์ระดับการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวม ของระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดมหาสารคาม

ผลวิเคราะห์ระดับการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยรวม ระดับการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.14) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบจำแนกด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ อยู่ในระดับมาก ทั้ง 6 ด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ ด้านระบบผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ = 4.42, S.D. = 0.50), ด้านระบบบริการสุขภาพองค์รวม ($\bar{X}$ = 4.41, S.D. = 0.50), ด้านระบบสารสนเทศ ($\bar{X}$ = 4.17, S.D. = 0.58), ด้านระบบอภิบาล ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.56), ด้านระบบการเงินการคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.ให้ อบจ. ($\bar{X}$ = 4.12, S.D. = 0.62) และ ด้านระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.ให้ อบจ. ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 3.88, S.D. = 0.67) ตามลำดับ

3.3 ผลวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพ ปฐมภูมิจังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต.ให้ อบจ.

จากผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยการวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) รวมจำนวนตัวแปรพยากรณ์ ทั้งหมด 12 ตัว ได้แก่ เพศ (x1) อายุ (x2) ระดับการศึกษา (x3) ความเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย (x4) ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. (X5) ปัจจัยด้านระบบการบริหารจัดการภายในองค์กร (x6) ปัจจัยด้านการประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ (x7) ปัจจัยด้านงบประมาณในการบริหารจัดการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนให้กับ อบจ. (x8) ปัจจัยด้านทรัพยากร วัสดุ/ครุภัณฑ์/เวชภัณฑ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนให้กับ อบจ. (x9) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (x10) ปัจจัยด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (X11) และ ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน (x12) ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (y) เป็นการเลือกเฉพาะตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามสูง จึงใช้วิธีการค้นหา ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise Regression) โดยพิจารณาตัวแปรตามลำดับความสำคัญ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรตามสูงสุด ถ้าตัวแปรใดผ่านเกณฑ์ก็จะถูกนำเข้ามาสมการตามลำดับความสำคัญจนสิ้นสุดกระบวนการ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยวิธีขั้นบันได (Stepwise Multiple Linear Regression)

ตัวพยากรณ์	R	R ²	R ² Adjusted	SE _{est}	R ² Change	F	p
X11	.617	.481	.379	.350	.381	244.584	0.000**
X11 X7	.681	.563	.461	.326	.083	61.081	0.000**
X11 X7 X5	.691	.578	.474	.322	.015	11.177	0.001**
X11 X7 X5 X12	.699	.588	.483	.319	.010	7.876	0.005**
X11 X7 X5 X12 X6	.704	.596	.489	.318	.007	5.855	0.011**
X11 X7 X5 X12 X6 X8	.708	.601	.494	.316	.006	4.559	0.017*
X11 X7 X5 X12 X6 X8 X9	.710	.605	.499	.315	.005	3.687	0.023*
X11 X7 X5 X12 X6 X8 X9 X3	.714	.609	.503	.313	.004	2.987	0.033*

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยใช้ตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 12 ตัวแปร พบว่า มีตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 8 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (y) จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple

Linear Regression Analysis) หรือค่าอำนาจการพยากรณ์ โดยตัวแปรพยากรณ์ ทั้ง 8 ตัวแปร ที่ถูกนำเข้าสู่สมการพยากรณ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่/ผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (X11), ปัจจัยด้านการประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ (x7), ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. (X5), ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน (x12), ปัจจัยด้านระบบการบริหารจัดการภายในองค์กร (x6), ปัจจัยด้านงบประมาณในการบริหารจัดการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนให้กับ อบจ. (x8), ปัจจัยด้านทรัพยากร วัสดุ/ครุภัณฑ์/เวชภัณฑ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนให้กับ อบจ. (x9) และปัจจัยระดับการศึกษา (x3) เขียนเป็นสมการพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ภายหลังจากถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (R) โดยรวม เท่ากับ 0.714 และมีอำนาจการพยากรณ์ เท่ากับ 0.609 ($R^2 = 0.609$, $F = 244.584$, SE_{est} เท่ากับ ± 0.314 และค่าคงที่ (a) เท่ากับ 2.391 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ของกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี จำนวน 8 ตัวแปร ตามลำดับความสำคัญภาพรวมในการพยากรณ์ตัวแปรตาม

ตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกตามลำดับความสำคัญ	b	S.E.	Beta (β)	t	P-value
ปัจจัยด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่/ผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (X11)	0.256	0.035	0.327	6.799	0.000**
ปัจจัยด้านการประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ (x7)	0.221	0.038	0.290	4.411	0.000**
ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. (X5)	0.154	0.041	0.252	3.428	0.001**
ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน (x12)	0.122	0.042	0.185	2.633	0.009**
ปัจจัยด้านระบบการบริหารจัดการภายในองค์กร (x6)	-0.098	0.036	-0.136	-2.244	0.025*
ปัจจัยด้านงบประมาณในการบริหารจัดการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนให้กับ อบจ. (x8)	0.147	0.078	0.142	2.361	0.028*
ปัจจัยด้านทรัพยากร วัสดุ/ครุภัณฑ์/เวชภัณฑ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนให้กับ อบจ. (x9)	0.107	0.067	0.124	2.128	0.031*
ระดับการศึกษา (x3)	0.198	0.102	0.077	2.135	0.033*
$R = 0.714$; $R^2 = 0.609$; $Adj. R^2 = 0.503$; $SE_{est} = 0.314$; $a = 2.391$ $F = 244.584$; $p\text{-value} = .001^{**}$					

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 8 สามารถร่วมกันอธิบายหรือทำนายผลการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ ภายหลังการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้ อบจ. ได้ร้อยละ 60.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$Y = 2.391 (a) + 0.256 (X_{11} : \text{ปัจจัยด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ}) + 0.221 (X_7 : \text{ปัจจัยด้านการประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ}) + 0.154 (X_5 : \text{ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ}) + 0.122 (X_{12} : \text{ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน}) - 0.098 (X_6 : \text{ปัจจัยด้านระบบการบริหารจัดการภายในองค์กร}) + 0.147 (X_8 : \text{ปัจจัยด้านงบประมาณในการบริหารจัดการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ}) + 0.107 (X_9 : \text{ปัจจัยด้านทรัพยากร วัสดุ/ครุภัณฑ์/เวชภัณฑ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ}) + 0.198 (X_3 : \text{ระดับการศึกษา})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$Z = 0.327 (X_{11} : \text{ปัจจัยด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ}) + 0.290 (X_7 : \text{ปัจจัยด้านการประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ}) + 0.290 (X_7 : \text{ปัจจัยด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ}) + 0.252 (X_5 : \text{ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ}) + 0.185 (X_{12} : \text{ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน}) - 0.136 (X_6 : \text{ปัจจัยด้านระบบการบริหารจัดการภายในองค์กร}) + 0.142 (X_8 : \text{ปัจจัยด้านงบประมาณในการบริหารจัดการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ}) + 0.124 (X_9 : \text{ปัจจัยด้านทรัพยากร วัสดุ/ครุภัณฑ์/เวชภัณฑ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ}) + 0.077 (X_3 : \text{ระดับการศึกษา})$$

4. การประเมินยืนยันและสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการถ่ายโอนฯ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) สัมมนาผู้เชี่ยวชาญ (Expert Verify)

ผลวิเคราะห์การประเมินตรวจสอบยืนยัน (Expert Verify) ความเหมาะสมและเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ ภายหลังการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้ อบจ. พบว่า รูปแบบการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ ภายหลังการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้ อบจ. มีองค์ประกอบหลัก 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นองค์ประกอบด้านการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก และ 32 องค์ประกอบย่อย และส่วนที่ 2 เป็นองค์ประกอบด้านปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ องค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ ภายหลังการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้ อบจ. ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก และ 51 องค์ประกอบย่อย โดยทุกองค์ประกอบที่ได้รับการประเมินตรวจสอบยืนยัน มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 - 5.00 ถือว่ามีความเหมาะสมเป็นไปได้อยู่ในระดับมากขึ้นไป คณะผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงแก้ไขความเหมาะสมและเป็นไปได้ สามารถนำไปสร้างต้นแบบจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวม ของระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ ซึ่งสามารถนำไปขยายผลสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด และในเขตสุขภาพอื่นที่มีการถ่ายโอน ในลักษณะบริบทที่ใกล้เคียงกัน และเป็นต้นแบบเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับการพัฒนาศักยภาพ และสร้างความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยต่อไป

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ครั้งนี้ สามารถนำมาอภิปรายผลได้ว่า การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพองค์รวม ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้ข้อค้นพบกลไกการประสานเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ ด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลแม่ข่าย รพท./รพช.) ยังคงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เพื่อให้มีบริการที่ต่อเนื่อง ในด้านต่างๆ เช่น ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ/ทรัพยากร ด้านยา และเวชภัณฑ์ ด้านระบบบริการ ด้านมาตรฐาน และคุณภาพการจัดบริการของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ยังคงต้องมีการพัฒนาเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครบถ้วน ครอบคลุม และเชื่อมโยง ตามมาตรฐานด้านบริหาร บริการ การสนับสนุนบริการ และผลลัพธ์หรือคุณภาพบริการ โดยเน้นการดูแลระยะยาว และการพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ การถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต.ไปยัง อบจ. ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบเสาหลักสุขภาพอิฐ 6 ก้อน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ และมีผลกระทบต่อความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการจัดบริการสุขภาพองค์รวม ทั้งในด้านความคล่องตัวที่เพิ่มขึ้น และปัญหาความขาดแคลนที่ยังต้องแก้ไขในองค์ประกอบเสาหลักสุขภาพอิฐ 6 ก้อน ส่วนปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ มี 8 ปัจจัย ซึ่งทั้ง 8 ปัจจัยมีความสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนางค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ตาม Service Plan: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน (อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล, 2565) ซึ่งกล่าวว่า รูปแบบการพัฒนางค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนนั้น ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ประกอบด้วย (1) ระบบบริการพยาบาล (2) กำลังคนทางการพยาบาล (3) ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล (4) เทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ (5) ระบบการเงิน และ (6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล และพบว่าข้อเสนอเชิงนโยบายจากข้อวิพากษ์ของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดความสัมพันธ์เชิงระบบในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดจากบทเรียนการถ่ายโอนสถานศึกษา (จิระพร ชะโน และคณะ, 2566) โดยผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อค้นพบผลการวิจัย ที่สามารถนำองค์ประกอบการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ และปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวม มาสร้างเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะช่วยให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพองค์รวม ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้ อบจ.ภายใต้กรอบแนวคิดอิฐ 6 ก้อน (6 Building Blocks) ที่สามารถต่อบัวตูประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพองค์รวม ทั้ง 8 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายหรือทำนายผลการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ องค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้ อบจ. ได้ร้อยละ 60.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากมีข้อค้นพบด้านการพัฒนา ยังพบว่ามีประเด็นปัญหาและข้อจำกัดที่ควรนำไปปรับปรุง แก้ไข พัฒนาศักยภาพ และสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในด้านต่างๆ เช่น ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ของ สอน./รพ.สต. ปัจจุบันจำนวนบุคลากรยังน้อยกว่าก่อนการถ่ายโอน และการจ้างเพิ่มทำให้เกิดภาระการเงินใหม่ ด้านงบประมาณ พบว่ายังมีข้อจำกัดด้านระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณ ทำให้การโอนงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมบางรายการ จาก รพ.แม่ข่าย ไปยัง รพ.สต. ไม่สามารถทำได้โดยตรง ทำให้การทำงานขาดความต่อเนื่องไม่คล่องตัว และแนวทางพัฒนาควรต้องมีการทำ MOU และข้อตกลงร่วมกันอย่างชัดเจน

ระหว่างกระทรวงมหาดไทย โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ควรจะต้องมีการประเมินความพร้อมรองรับการถ่ายโอนทั้งด้านโครงสร้าง ระบบงาน และการบริหารจัดการด้านต่างๆ เพื่อรองรับการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. กับกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีความชัดเจน ในแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันภายหลังการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้กับ อบจ. ด้านการส่งเสริม คุณภาพ และมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนด้านการพัฒนาวิชาการ และการพัฒนาศักยภาพด้านคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการของระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบที่ได้จากผลการวิจัย ครั้งนี้สามารถนำมาวิเคราะห์และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผลการวิจัย เพื่อการพัฒนาแบบการจัดบริการสุขภาพองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ ภายหลังการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.ให้กับ อบจ. ได้ดังนี้

1) ด้านระบบบริการสุขภาพองค์รวม

1.1) ระบบบริการสุขภาพองค์รวม ควรให้บริการตามแบบดั้งเดิมผสมผสานกับระบบปัจจุบันร่วมกับการบำบัดรักษาแบบทางเลือก และที่ควรเพิ่มเติมคือ ความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพของผู้รับบริการ

1.2) ระบบการบริการต้องยึด พ.ร.บ.ปฐมภูมิเป็นหลัก คือการให้บริการแบบองค์รวมเพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดี เรื่องการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นการติดตาม การเยี่ยมบ้าน สุดท้ายก็คือเรื่องของผสมผสานภาคีเครือข่ายต้องดูในการทำงานแบบบูรณาการ การดูแลที่ครบถ้วน จะทำให้การดูแลของปฐมภูมิได้ดีขึ้น

1.3) การดูแลกลุ่มเปราะบาง บางพื้นที่มีการจัดหางบประมาณดูแลช่วยเหลือกันเอง เช่น คนไข้จิตเวชที่มีการบำบัดและมีค่าใช้จ่าย จะมีทีมผู้นำชุมชนที่จัดตั้งขึ้นและมีงบประมาณของกลุ่มเปราะบาง มีการรับบริจาคสิ่งของที่เป็นประโยชน์ช่วยเหลือกัน เยี่ยมบ้านทั้งอำเภอ จึงเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ มีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดโดยชุมชนเอง ซึ่งถือว่าเป็นการแก้ปัญหาให้กับกลุ่มเปราะบางกลุ่มนี้เป็นอย่างดี

1.4) ระบบบริหารสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับนโยบายโดยเฉพาะการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่จังหวัด (ก.ส.พ.จังหวัด) ซึ่งมีหน่วยงานหลักทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ดังนั้น จึงควรมีการหารือร่วมกันเพื่อกำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน ก่อนที่จะมีการประกาศใช้หรือดำเนินนโยบายต่าง ๆ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อประชาชน

1.5) กระบวนการการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องและบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยความสอดคล้องร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรคำนึงถึงบริบทพื้นที่และความต้องการของประชาชนในทุกมิติ เพื่อให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ปลอดภัย และตอบโจทย์ความต้องการของชุมชน

1.6) การให้บริการในระบบ ER, OPD, NCDs และ Long-Term Care จำเป็นต้องมีพี่เลี้ยง (Mentor) คอยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่เพียงให้คำปรึกษาด้านวิชาการ แต่ยังต้องติดตาม ตรวจสอบ และประเมินความครบถ้วนของกระบวนการ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามคุณภาพและมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของประชาชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

1.7) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องอาศัยการเชื่อมโยงจากระดับจังหวัดสู่พื้นที่ ผ่านกลไกของ CUP โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นแกนหลักในการสนับสนุน ประสานงาน และถ่ายทอดนโยบายไปยังหน่วยบริการ เช่น รพ.สต. ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ สสอ. ในระบบเดิม แต่เมื่อมีการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ไปยัง อบจ. ดังนั้น ภายหลังจากการถ่ายโอน การดำเนินงานตามมาตรฐานต่าง ๆ ควรมีหน่วยงานหรือองค์กร หรือคณะกรรมการกำกับดูแล เช่น คณะกรรมการ 5x5 การประเมินจาก คปคม. และการประเมินมาตรฐาน 8 ด้านของ รพ.สต. สะท้อนถึงความพร้อมของระบบบริการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน จึงควรมีการแต่งตั้งผู้ประสานงานหลักในแต่ละระดับ ได้แก่ สสจ. อบจ. โรงพยาบาลแม่ข่าย สสอ. และ รพ.สต. เพื่อร่วมกันเชื่อมโยงข้อมูล ขับเคลื่อนภารกิจสำคัญ และสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชน ควรจัดให้มีโครงสร้างการสนับสนุนเชิงวิชาการที่เชื่อมโยงจากระดับจังหวัดโดย ผ่านกลไก CUP ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และต่อเนื่องถึง สอน./รพ.สต. ในเครือข่ายสุขภาพแต่ละอำเภอ

1.8) โรงพยาบาลแม่ข่ายควรเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักการประสานเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ ภายหลังจากการถ่ายโอน ในฐานะที่เป็นผู้สนับสนุนหลักให้แก่ รพ.สต. ที่ครอบคลุม ทั้ง 8 ส่วนของระบบบริการปฐมภูมิ โดยแบ่งรายละเอียดลงไปในหน่วยบริการย่อย นอกจากนี้ยังต้องมีการจัดทีมสหวิชาชีพใน รพ.สต. ที่ทำงานร่วมกันแบบบูรณาการพร้อมรับการสนับสนุนองค์ความรู้ คำปรึกษา และการนิเทศติดตามจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อพัฒนาการให้บริการของ รพ.สต. ให้ได้ตามมาตรฐานทั้ง 8 ด้าน อย่างต่อเนื่อง

2) ด้านระบบผู้ให้บริการ

2.1) ควรมีการจัดตั้งทีมสนับสนุนการดำเนินงานระดับอำเภอในรูปแบบทีมบูรณาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทีมนี้จะทำงานร่วมกับทีมประเมินผลและทีมนิเทศในลักษณะทีมเดียวกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน สร้างความเข้าใจร่วมกัน และสะท้อนข้อมูลได้ครบถ้วนทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งจะช่วยพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (KPI) ร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงดังกล่าว ดังนั้น สถานบริการสาธารณสุข เช่น สอน. และ รพ.สต. ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานร่วมกัน

2.2) ภาควิชาการหรือสถาบันการศึกษา ควรเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถของพื้นที่ให้สามารถดำเนินการกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การสร้างความเข้าใจให้แก่บุคลากรในระดับพื้นที่ก็ถือเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญ เพราะเมื่อบุคลากรมีแรงสนับสนุนและกำลังใจที่ดี ก็จะสามารถปฏิบัติงานเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างเต็มศักยภาพและยั่งยืน

2.3) ภารกิจของงานด้านสาธารณสุขมีเป้าหมายสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยเฉพาะในประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ควรมีการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่

2.4) เพื่อให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (สอน./รพ.สต.) สามารถมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่งเสริมการให้บริการ Lab ที่มีคุณภาพ และเปิดโอกาสให้ สอน./รพ.สต. สามารถหารายได้จากการให้บริการดังกล่าวได้ การจัดทำกรอบแนวทางการให้บริการด้าน Lab จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ และตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

2.5) เนื่องจากหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ (สอน./รพ.สต.) ไม่มีเภสัชกรประจำ และ อบจ. ไม่ได้มีการจัดสรรบุคลากรในกรอบอัตรากำลังตำแหน่งดังกล่าว จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากเภสัชกรของโรงพยาบาล

แม่ข่ายในการดำเนินงานด้านบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิและการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐาน และสามารถดูแลประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม

2.6) การมีส่วนร่วมของชุมชน ภาครัฐเครือข่ายเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญ ที่จะทำการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพประสบความสำเร็จ เพราะจะต้องอาศัยเครือข่ายในพื้นที่ช่วยในการขับเคลื่อนงาน จะต้องเป็นทีมสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมและกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนเป็นสำคัญ

2.7) ประเด็นเรื่องรูปแบบการให้บริการ Telemedicine และการกำกับติดตามทางวิชาการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (สอน./รพ.สต.) เพื่อให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีความครอบคลุมและเป็นระบบ โรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีกระบวนการหารือร่วมกันกับ ผอ.รพ.สต.และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อกำหนด Minimal Requirement ขั้นพื้นฐาน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิควรมี เช่น การจัดให้มีบริการ Telemedicine กับแพทย์ (Telemed) ในทุกพื้นที่ ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับ ไม่ว่าจะได้พบแพทย์ด้วยตนเองหรือผ่านช่องทาง Telemed อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งก็ถือว่ามีความเหมาะสม

2.8) ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ร่วมกันทั้งเครือข่ายสุขภาพอำเภอ โดยมีแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล และโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมพัฒนาและนำไปใช้จริง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความ เท่าเทียม และเป็นธรรมในการบริหารจัดการระหว่างหน่วยงานแม่ข่ายและลูกข่าย

3) ด้านระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.1) ผลิตภัณฑ์/เครื่องมือทางการแพทย์ ต้องได้รับการตรวจสอบคุณภาพและมีการ calibrate เครื่องมือสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.2) ยาและเวชภัณฑ์ควรเพียงพอ โดยเฉพาะเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เพราะอาจทำให้เกิดการให้บริการไม่เต็มที่ และครอบคลุม

4) ด้านระบบการเงินการคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.ให้ อบจ.

4.1) ควรแยกระบบการเงินการคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นบัญชีรับเงินที่รับจาก สปสช. โดยตรง เพื่อนำมาบริหารจัดการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

4.2) ควรพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สอน./รพ.สต.) เนื่องจากมีปัญหาในเรื่องของการโอนเงินจากต่างกระทรวงไม่ได้ หลังจากการถ่ายโอนให้ อบจ.

4.3) ควรส่งเสริมศักยภาพของ สอน./ รพ.สต. ในการสร้างรายได้จากการให้บริการสุขภาพเพื่อเสริมความเข้มแข็งของระบบการเงินการคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับพื้นที่

4.4) การบริหารงบประมาณจาก สปสช. เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิระหว่าง CUP และ รพ.สต. โดยมีทางเลือกในการจัดสรรงบประมาณ เช่น ผ่าน CUP, โอนตรงให้ รพ.สต. หรือรูปแบบอื่นตามบริบทพื้นที่ ทั้งนี้ สำหรับบริการที่ดำเนินงานร่วมกัน เช่น การเจาะแล็บ ควรมีการตกลงสัดส่วนรายได้ตั้งแต่ต้นปี เช่น 80:20 หรือ 70:30 เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเป็นธรรม นอกจากนี้ควรประชุมร่วมกับคณะกรรมการบริหาร CUP เพื่อกำหนดรายการบริการร่วมและพัฒนาบุคลากรให้สามารถจัดเก็บรายได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ สอน./รพ.สต. ในการพึ่งพาตนเอง

4.5) สอน./รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ถึงแม้ว่าจะได้รับงบประมาณบางส่วนจากกรมบัญชีกลางแล้ว แต่ก็ยังคงประสบปัญหาด้านกำลังคน ซึ่งอาจกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่

5) ด้านระบบสารสนเทศ

5.1) ระบบสารสนเทศในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ประเด็นเรื่องของปัญหาการใช้ระบบ MyPCU ของ สอน./รพ.สต. และ HosXP ของโรงพยาบาล เบื้องต้นทาง อบจ. รับทราบปัญหาและหาวิธีการที่จะทำให้ MY CPU เชื่อมกับ HOSXP ซึ่งประเด็นนี้เป็นปัญหาที่ต้องนำมาประเมินเรื่องของคุณภาพ และเป็นประเด็นที่น่าจะเพิ่มเติม เรื่องการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้ทันสมัยอยู่เสมอเป็นการดูแลเรื่องระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ

5.2) การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและระบบข้อมูลดิจิทัลการให้บริการสุขภาพจะต้องร่วมมือกันระหว่าง สสจ.และ อบจ.เพราะข้อมูลนี้จะเป็นฐานข้อมูลของจังหวัด หากมีข้อมูลเดียวกันจะช่วยกันทำงานได้ดีและมี ประสิทธิภาพ

5.3) แนวทางที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรเร่งปรับปรุงและพัฒนาด้านระบบสารสนเทศ คือ ผู้รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเฉพาะฝ่าย IT จากทาง อบจ. ควรรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วม พิจารณาหาแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงระบบ IT ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

6) ด้านระบอบภิบาล

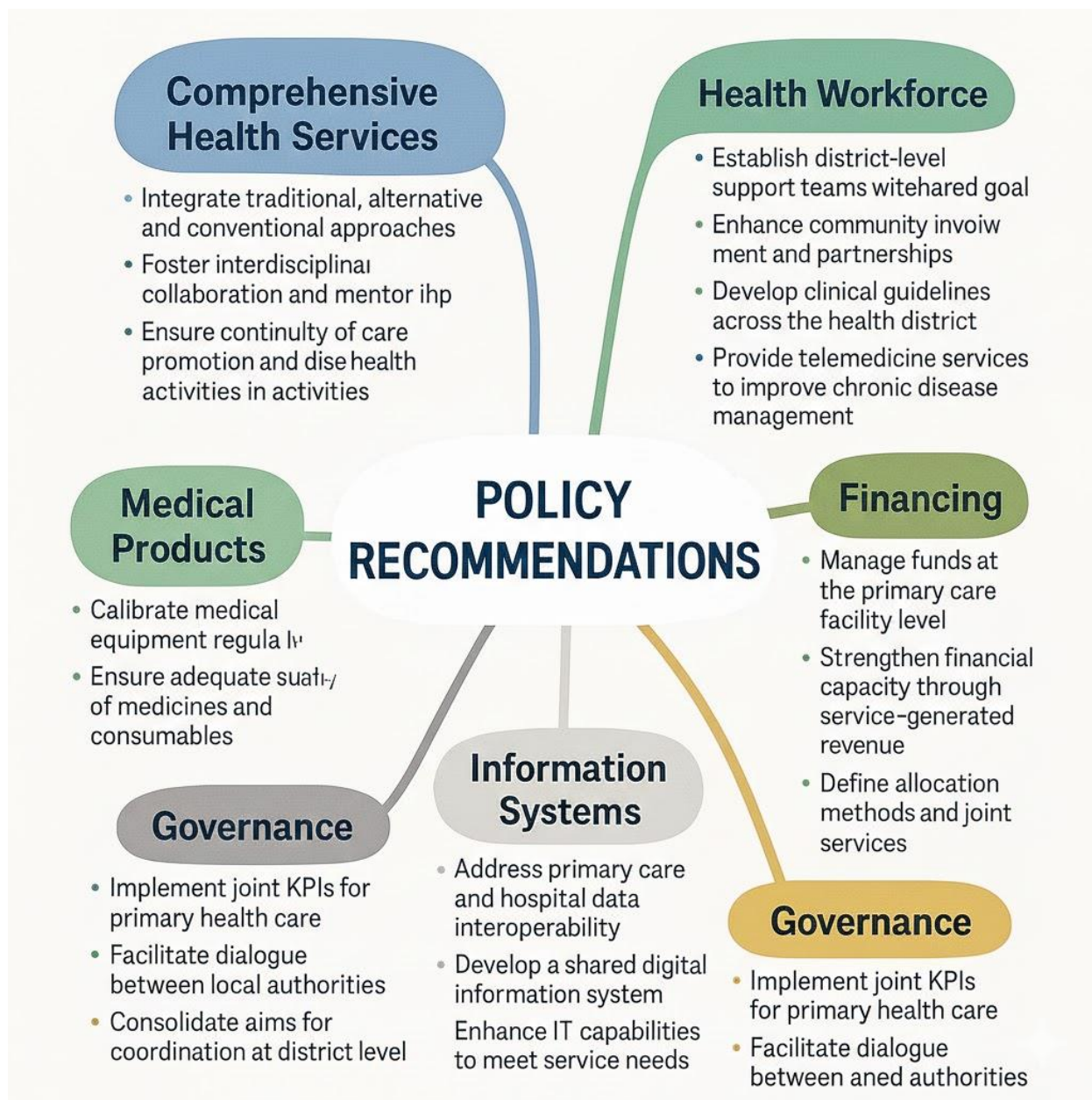
6.1) การติดตามและประเมินผล รวมถึงการมีส่วนร่วมในการจัดทำ KPI ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สอน./รพ.สต.) ควรเป็น KPI ที่ร่วมกันจัดทำในภาพรวมจังหวัด ทั้งในส่วน ของ อบจ.และ สสจ. รวมทั้งภาค ประชาชนด้วย และควรมี KPI ของภาคประชาชน เพื่อทำให้เกิดความโปร่งใสในการทำงานร่วมกันระหว่าง ภาครัฐกับภาคประชาชน

6.2) ระบบการบริหารงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ ประธาน CUP ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายหลัก ขณะที่ สสอ. เป็นผู้ประสานงานในฐานะรองประธาน CUP มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยง สนับสนุน และถ่ายทอดนโยบายจาก กระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะการสนับสนุนงาน อสม. หรือสุขภาพภาคประชาชน แม้ว่า สสอ. จะไม่ มีอำนาจบังคับบัญชาโดยตรงกับหน่วยบริการปฐมภูมิ (สอน./รพ.สต.) แต่ต้องทำหน้าที่ประสาน ส่งเสริม และให้ การสนับสนุนด้านวิชาการและบุคลากร ส่วนงบประมาณเป็นความรับผิดชอบของแม่ข่าย CUP ในการบริหาร จัดการ และผลักดันโครงการต่าง ๆ ทั้งนี้ แนวทางการดำเนินงานสามารถปรับให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละ พื้นที่

6.3) การประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ อบจ. และ สสจ. เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันมี ความพยายามให้เกิดการหารือร่วมกันอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้นปี ระหว่าง อบจ. และ สสจ. เพื่อกำหนดเป้าหมายการ ดำเนินงานด้านสาธารณสุขในแต่ละปีให้สอดคล้องกัน ทั้งนี้ การมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกันตั้งแต่ระดับ นโยบาย จะเอื้อต่อการถ่ายทอดและการขับเคลื่อนงานสู่พื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.4) ภาพรวมการดำเนินงานในเครือข่ายสุขภาพแต่ละอำเภอควรมีระบบและแนวทางการดำเนินงานที่ ชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทของงานประกันสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับ สอน./รพ.สต. ซึ่ง โรงพยาบาลมีความพร้อมในการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

6.5) ข้อเสนอด้านการอภิบาลระบบต่อกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาแนวทางในการขยาย ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งของคณะกรรมการ คปสอ. ให้เป็น 2 ปี เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



แผนภาพที่ 5 แนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สังเคราะห์จากผลการวิจัยสามารถมองเป็น “ระบบเดียวที่เชื่อมโยงกัน” โดยมีระบบบริการสุขภาพองค์รวมเป็นแกนกลาง ซึ่งต้องยึดหลักการดูแลแบบต่อเนื่อง บูรณาการงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู รวมถึงการดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยอาศัยพลังชุมชนและความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ การดำเนินงานทั้งหมดจะมีประสิทธิภาพได้ต่อเมื่อมีระบบผู้ให้บริการที่เข้มแข็ง ทั้งการจัดตั้งทีมสนับสนุนระดับอำเภอ การนิเทศแบบบูรณาการ การสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลแม่ข่าย การกำกับดูแลบริการสำคัญ เช่น NCDs, Lab, Telemedicine และการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ ระบบผลิตภัณฑ์ทาง

การแพทย์จำเป็นต้องมีความพร้อม ทั้งเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการสอบเทียบสม่ำเสมอ และการมีเวชภัณฑ์เพียงพอ เพื่อรองรับการให้บริการปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพ ขณะเดียวกันระบบการเงินการคลังต้องเอื้อต่อการบริหารงานในพื้นที่อย่างคล่องตัว เช่น การแยกบัญชีรับเงินจาก สปสช. การจัดสรรงบประมาณที่โปร่งใสและเป็นธรรมระหว่าง CUP และหน่วยบริการ รวมถึงการส่งเสริมรายได้จากบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบ หน่วยบริการจะเดินหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อมีระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกัน ทั้ง MyPCU – HosXP – ฐานข้อมูลระดับจังหวัด รวมถึงการพัฒนาระบบ IT ของ อบจ. ให้รองรับความต้องการของพื้นที่ และท้ายที่สุด ระบบอภิบาลต้องเป็นตัวกำกับทิศทางทั้งหมด โดยมี KPI ร่วมระดับจังหวัด มีกลไก CUP-สสอ.-อบจ. ทำงานสอดประสานกัน ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงการปฏิบัติ และมีการประสานงานที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างทั่วถึง เมื่อทั้งหกองค์ประกอบทำงานเกื้อหนุนกันดังนี้ ระบบสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนจึงจะมีความต่อเนื่อง โปร่งใส มีมาตรฐาน และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. (2567). *กระบวนการมีส่วนร่วมการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future search conference – F.S.C)*. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น.
https://www.dla.go.th/work/e_book/eb3/sp7_1.pdf
- กรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2565). *มติ กก.ระบบสุขภาพฯ หนุนเสริมประสิทธิภาพบริการปฐมภูมิ*. สืบค้นจาก https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_3501904
- เกษแก้ว เสียงเพราะ, นิศารัตน์ อดตะมะ, ประกาศิต ทอนช่วย, & สายฝน ผุดผ่อง. (2561). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนบพของจังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*.
- จินดาลักษณ์ วัฒนสินธุ์. (2551). *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชานโยบายสาธารณะและการวางแผน หน่วยที่ 6: การประเมินผลนโยบาย*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิระพร ชะโน, ญาณภัทร สีหะมงคล, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, เสรี ชะโน, วชิร ชนะบุตร, อภิเชษฐ เสมอใจ, และคณะ. (2566). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดความสัมพันธ์เชิงระบบในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดจากบทเรียนการถ่ายโอนสถานศึกษา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- จิรัญญา มุขพันธ์, วรณศรี รักสะอาด, อนัญญา เดชสุภา, สิทธิชัย ทองบ่อ, สุพัตรา สายเชื้อ, & สมคิด ศรประสิทธิ์. (2544). *ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม โรงพยาบาลกุดชุม จังหวดยโสธร*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2548). การปฏิบัติการจัดด้วย EDFR. *วารสารบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2551). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ: คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์เพื่อพัฒนาคน องค์การ ชุมชน สังคม*. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.

- บุญทิพย์ สิริรังศรี. (2539). ผู้ป่วยเบาหวาน: วิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ. ใน *ผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลแบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 110–119). นครปฐม: ศูนย์อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนารัตน์ วิสวเทพนิมิต, & กมลรัตน์ เทอร์เนอร์. (2560). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สถาบันบำราศนราดูร. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*.
- มณฑิรา อินจ่าย, ศุภสิทธิ์ ตะนา, & สุพรรณิ เกลือกลาด. (2558). การแสวงหาอนาคตร่วมกันบนพื้นฐานอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*.
- รังสรรค์ สิงห์เลิศ. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- วรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2566). ข้อเสนอเชิงนโยบายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด: กรณีศึกษาจังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วีระยุทธ์ ขาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*.
- ศิริเกษม ศิริลักษณ์. (2568). การจัดการความรู้ระบบสุขภาพอำเภอพึงประสงค์โดยใช้หลักการ Six building blocks plus one. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย. (2564). รพ.สต. สู่อบจ. อีกหนึ่งก้าวอย่าง... กระจายอำนาจสู่ อบต. สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย (สวท.).
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2565). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด*.
- สำนักงานจัดการศึกษาทั่วไปและศิลปวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. (2567). *การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม*. สืบค้นจาก https://gened2.cmru.ac.th/ge_learning/src/gen1403/BookFull-GEN1403.pdf
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2553). *คู่มือกระบวนการ Future Search Conference (F.S.C.)*. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2565). *รายงานการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 7 ประจำปี 2565*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. (2565). รูปแบบการพัฒนาศูนย์สุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนที่ยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปตาม Service plan: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. *Humanities, Social Sciences and Arts*.
- Chuengsatiansup, K. (2002). *Primary Health Care Primary Care and Community Health: Lessons Learned Challenge and New Context of Public Sector Health*. Proceedings of Community Health and Primary Care Expo 2009, Nonthaburi, Thailand.



- Denzin, N. K. (1970). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Chicago, IL: Aldine.
- Doherty, J., & Govender, R. (2004). The cost-effectiveness of primary health care services in developing countries: A review of international literature. *Disease Control Priorities Project*.
- Favin, M., Parlato, P., & Kessler, S. (1984). Primary health care: Progress and problems. *Public Health Reviews*, 12, 272–278.
- Kasongo Project Team. (1982). *The Kasongo project: Lessons of an experiment in the organisation of a system of primary health care*. Antwerp, Belgium: The Public Health Research and Teaching Unit of the Prince Leopold Institute of Tropical Medicine.
- Kawee, T. (1983). Primary health care and volunteer health workers: An experiment in northeastern Thailand. *JOICFP Review*, 32–36.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1991). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Leslie, C. (1976). The ambiguities of medical revivalism in modern India. In C. Leslie (Ed.), *Asian medical systems: A comparative study*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Rakue, Y., Panasoponkul, C., Suthienkul, O., & Radomyos, P. (1998). Overview reflection of primary health care in Thailand supported from 1976 to 1996 by Japan-Thailand partnership. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 29, 622–627.
- Rohde, J., Cousens, S., Chopra, M., Tangcharoensathien, V., Black, R., Bhutta, Z. A., & Lawn, J. E. (2008). 30 years after Alma-Ata: Has primary health care worked in countries? *The Lancet*, 372, 950–961.
- Vachrotai, S. (1976). The Lampang Project: An alternative approach to rural health care in Thailand. *Assignment Children*, 33, 88–96.
- World Health Organization. (1978). *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York, NY: Harper & Row.
- Young, A. (1983). The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care. *Social Science & Medicine*, 17, 1205–1211.

