การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี

Developing a Strategic Management Model for Enhancing the Efficiency of Local Health Insurance Fund Operations of Public Health Service Units in Phetchaburi Province

เศกสันต์ ชานมณีรัตน์ [1]
Seksan Chanmaneerat
นงณภัทร รุ่งเนย[2*]
Nongnaphat Rungnoei
*Corresponding author e-mail: nongnaphat.ru@pi.ac.th
(Received: March 3, 2026; Revised: July 8, 2026; Accepted: July 12, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) พัฒนาและประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การสำรวจสภาพปัจจุบัน การพัฒนารูปแบบ และการประเมินรูปแบบ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากบุคลากรสาธารณสุข 342 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 18 คน สนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน 10 คน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 12 คน และเวทีประชาพิจารณ์ 123 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าสภาพการดำเนินงานและประสิทธิภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน การมุ่งเน้นความครบถ้วนของเอกสารมากกว่าผลลัพธ์เชิงสุขภาพ ความซับซ้อนของขั้นตอน และการขาดกลไกพี่เลี้ยงสนับสนุนในระดับอำเภอ รูปแบบที่พัฒนาคือ “Initiate–P–D–C–A” บูรณาการกับ POLC ประกอบด้วย การวางแผนแบบใช้ข้อมูล มาตรฐานงาน การบริหารกำลังคน ระบบการเงินโปร่งใส ภาวะผู้นำ การติดตามประเมินผล และความยืดหยุ่นของการเข้าถึง ผลการประเมินพบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมาก (M= 3.84, SD= 0.11) โดยมีความเห็นพ้องต้องกันในระดับดี (ICC = 0.75) สรุปได้ว่า Initiate–P–D–C–A เป็นกลไกเตรียมความพร้อมเชิงระบบที่สำคัญต่อการยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงาน กปท. ในจังหวัดเพชรบุรี

คำสำคัญ: กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ หน่วยบริการสาธารณสุข

[1]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข
Phetchaburi Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health
[2] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

This study employed a Research and Development (R&D) design with the objectives of examining the current situation and operational obstacles of the Local Health Security Fund (LHSF), developing a strategic management model, and assessing its appropriateness prior to implementation. The research consisted of three phases: 1) assessment of the current situation, 2) model development, and 3) model evaluation. Quantitative data were collected from 342 public health personnel, while qualitative data were obtained from 18 key informants, a focus group discussion with 10 practitioners, expert evaluation by 12 specialists, and a public hearing involving 123 participants. Data were analyzed using descriptive statistics, the Intraclass Correlation Coefficient (ICC), and content analysis.

The results revealed that the operational conditions and efficiency were at a high level. However, qualitative data reflected systemic issues, including a lack of community participation, an overemphasis on documentation completeness rather than health outcomes, procedural complexity, and the absence of district-level mentoring mechanisms. The developed model, "Initiate-P-D-C-A," integrated with the POLC framework, consists of data-driven planning, task standardization, workforce management, a transparent financial system, leadership, monitoring and evaluation, and flexibility in service access. The evaluation indicated that the model's appropriateness was at a high level (M = 3.84, SD = 0.11), with a good level of inter-rater agreement (ICC = 0.75).

In conclusion, the Initiate-P-D-C-A model serves as a crucial systemic preparatory mechanism for enhancing the operational efficiency of the Local Health Security Fund in Phetchaburi Province.

Keywords: Local health security fund, Strategic management, Public health service units

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยขับเคลื่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG 3) ที่เน้นการสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรม เข้าถึงได้และมีคุณภาพ (National Health Security Office, 2022) โดยมี "กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.)" เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นแกนสำคัญของการบริหารระบบสุขภาพสมัยใหม่ (Gupta et al., 2023) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงาน กปท. ในจังหวัดเพชรบุรียังมีความท้าทายในเชิงคุณภาพ แม้จำนวนโครงการและงบประมาณในปี 2565-2566 จะเพิ่มขึ้น แต่ร้อยละ 91.74 เป็นโครงการที่ทำซ้ำเช่นเดิม และร้อยละ 83.99 เน้นเพียงการจัดอบรม

นอกจากนี้ โครงการร้อยละ 28.29 จำเป็นต้องแก้ข้อเสนอโครงการก่อนการอนุมัติ ส่งผลให้กระบวนการอนุมัติโครงการดำเนินไปจนถึงไตรมาสที่ 3 ของปีงบประมาณ ทำให้ระยะเวลาสำหรับการดำเนินงานตามโครงการเหลือเพียงประมาณ 3–4 เดือน (Phetchaburi Provincial Public Health Office, 2023) ซึ่งอาจส่งผลลัพธ์ทางสุขภาพต่ำหากมีระบบติดตามไม่ทั่วถึง (Shahin et al., 2020)

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการจัดทำข้อเสนอโครงการและประสิทธิภาพของกระบวนการพิจารณาอนุมัติ เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการเชิงประจักษ์ได้อย่างทันท่วงที (Puertas et al., 2020) ความท้าทายด้านกระบวนการบริหารจัดการดังกล่าวส่งผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ เห็นได้จากตัวชี้วัดสุขภาพบางประการของจังหวัดเพชรบุรี ในปีงบประมาณ 2565–2566 ที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย และอัตราการติดตามผู้ป่วยสงสัยความดันโลหิตสูง (Ministry of Public Health, n.d.) สอดคล้องกับแนวคิดด้านการบริหารระบบสุขภาพที่ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยทั้งทรัพยากรและระบบบริหารจัดการที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม (Wongsin et al., 2025) นอกจากนี้ การกำกับติดตามและการประเมินคุณภาพโครงการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี ในปีงบประมาณ 2566 (National Health Security Office Region 5 Ratchaburi, 2023) รวมถึงข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี (Phetchaburi Provincial Public Health Office, 2023) พบประเด็นที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริหารโครงการ ได้แก่ ระยะเวลาการจัดทำและพิจารณาโครงการ การปรับปรุงเอกสารประกอบโครงการ การออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพให้สามารถแสดงผลสัมฤทธิ์ได้อย่างชัดเจน แม้ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีคู่มือและกรอบการดำเนินงานที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ แต่ยังมีโอกาสในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างกองทุนสุขภาพกับหน่วยบริการสาธารณสุขให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการทำงาน เพิ่มความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน และเอื้อให้สามารถจัดบริการสุขภาพเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน (Sobczyk & Robakowska, 2025)

ด้วยสภาพปัญหาและบริบทดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความจำเป็นทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ ในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการสาธารณสุข ในจังหวัดเพชรบุรี โดยบูรณาการทฤษฎีการบริหารจัดการสมัยใหม่ P-O-L-C (Planning, Organizing, Leading, Controlling) (Morris, 2023) เข้ากับวงจรบริหารงานคุณภาพ (Plan-Do-Check-Act; PDCA) (Tamher et al., 2021) เพื่อพัฒนานวัตกรรมที่เชื่อมโยงระหว่างการวางแผน การจัดการทรัพยากร กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงาน ลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และนำไปสู่การพัฒนาบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อ

ความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางได้อย่างครอบคลุม มีคุณภาพ และเอื้อต่อความยั่งยืนด้านสุขภาพของชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี เป็นอย่างไร

2. รูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี ควรมีองค์ประกอบและกลไกสำคัญอย่างไร

3. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ความถูกต้องครอบคลุม ความเป็นไปได้ การใช้ประโยชน์ ความยืดหยุ่นและความยั่งยืนในระดับใด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการสาธารณสุข ในจังหวัดเพชรบุรี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการสาธารณสุข ในจังหวัดเพชรบุรี

3. เพื่อประเมินรูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี ก่อนนำไปใช้จริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ตามแนวคิดทฤษฎีการบริหารจัดการสมัยใหม่ P-O-L-C (Morris, 2023) ร่วมกับวงจรบริหารงานคุณภาพ (Tamher et al., 2021) เพื่ออธิบายและพัฒนากลไกการยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยกำหนดประสิทธิภาพการดำเนินงานเป็นผลลัพธ์ปลายทาง 3 มิติ ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพด้านการมีส่วนร่วม 2) ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ และ 3) ประสิทธิภาพด้านผลลัพธ์การดำเนินงานต่อสุขภาพ รูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย 3 ขั้นสำคัญ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า/บริบท (Input) 2) กระบวนการ (Process) และ 3) ผลผลิต–ผลลัพธ์ (Output/Outcome) สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมทุกมิติ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรค

กลุ่มผู้ปฏิบัติงานหลักและผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินงานกองทุนฯ จำนวน 114 แห่ง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงในแต่ละกลุ่มตามบทบาทการปฏิบัติงาน จำนวน 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ) 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุข) และ 3) กลุ่มผู้สนับสนุน (เจ้าหน้าที่การเงิน) โดยเลือกแห่งละ 3 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 342 คน

การวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) แบบเจาะจงตามโครงสร้างอำนาจหน้าที่ รวม 18 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับจังหวัด (นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ) 2 คน, สาธารณสุขอำเภอทั้ง 8 อำเภอ รวม 8 คน และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เลือก รพ.สต. อำเภอละ 1 แห่ง เพื่อสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รพ.สต. อีก 8 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ฯ

การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานจาก รพ.สต. ในพื้นที่ที่กองทุนมีผลการประเมินระดับ C จำนวน 8 คน ครอบคลุมทั้ง 8 อำเภอ ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล

ในพื้นที่ระดับ A ขึ้นไป 1 คน และผู้ประสานงานระดับอำเภอจากอำเภอที่มีผลการดำเนินงานดีที่สุด 1 คน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหรือมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงาน กปท. มีประสบการณ์ดำเนินงานหรือสนับสนุนการดำเนินงานไม่น้อยกว่า 5 ปี

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ฯ

การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Expert Review) คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 ท่าน พิจารณาให้ครอบคลุมความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดอคติจากการใช้มุมมองเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

การประเมินการยอมรับและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ครอบคลุมทุกหน่วยบริการที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 114 แห่ง ๆ ละ 1 คน จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๆ ละ 1 คน รวม 8 คน และผู้รับผิดชอบประสานงานระดับจังหวัด 1 คน รวม 123 คน คัดเลือกตามบทบาทหน้าที่ โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ดำเนินงาน กปท. มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 3 ระยะ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผ่านการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล สภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ ประสิทธิภาพการดำเนินงาน และคำถามปลายเปิด เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (S-CVI) เท่ากับ 0.98 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรนอกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ 0.97 และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ และคำถามหลัก 20 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.87 และผ่านการทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายกับผู้ให้ข้อมูล ทั้งในระดับนโยบาย ระดับกำกับสนับสนุน และระดับปฏิบัติการ รวม 3 คน

2. ระยะที่ 2 ประเด็นการสนทนากลุ่ม 5 หมวด ที่พัฒนาจากการผลการศึกษาระยะที่ 1 ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.85 และผ่านทดลองสนทนากับกลุ่มบุคคลที่มีบริบทใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล

3. ระยะที่ 3 แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การประเมินรูปแบบในภาพรวม จำนวน 6 ประเด็น ส่วนที่ 2 การประเมินแต่ละองค์ประกอบ จำนวน 18 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมกรอบการประเมิน 6 มิติหลัก โดยประยุกต์จากมาตรฐานของ Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE, 2011) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งมิได้เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในกลุ่มที่ประเมินรูปแบบ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.88 และแบบประเมินการยอมรับ ความเป็นไปได้ และความพร้อมในการนำรูปแบบ

ไปใช้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.88 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการอย่างเป็นระบบภายใต้จริยธรรมการวิจัยและคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ระยะที่ 1 ทำหนังสือประสานงานไปยังสาธารณสุขอำเภอ เพื่อแจกจ่ายและรวบรวมแบบสอบถาม ได้รับชุดข้อมูลกลับคืนมาครบถ้วน 342 ชุด สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยลงพื้นที่สัมภาษณ์ด้วยตนเองแบบเผชิญหน้า พร้อมบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2567

ระยะที่ 2 การสนทนากลุ่มในเดือนกันยายน 2567 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา เพื่อระดมสมองและสังเคราะห์ประเด็นเพื่อยกร่างรูปแบบ

ระยะที่ 3 การส่งร่างรูปแบบฯ พร้อมแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา และรับฟังความเห็นระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2567 โดยมีการนำเสนอหลักการ ระดมความเห็น และให้ผู้เข้าร่วมทำแบบประเมินเชิงปริมาณและคุณภาพ และสรุปอภิปรายผลในเดือนกุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับตามแนวคิดของ Best (1977) และประเมินความเห็นพ้องของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดเทป จัดหมวดหมู่ชนิดข้อมูล สร้างรหัสข้อมูลตามบริบท เพื่อสกัดหาประเด็นหลักและข้อสรุปเชิงเหตุผล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ. 022/2567 วันที่รับรอง 21 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงและขอความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้เข้าร่วมวิจัยและดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกขั้นตอน ข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ และจะทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ตอน ตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ 1) ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรค 2) ผลการพัฒนารูปแบบ และ 3) ผลการประเมินรูปแบบ โดยสรุปสาระสำคัญดังนี้

1. ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน กปท.

1.1 ระดับการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ตามกรอบ POLC พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=3.54, *SD*=0.48) และทุกองค์ประกอบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยการนำมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (*M*=3.65, *SD*=0.58) รองลงมา คือ การวางแผน (*M*=3.62, *SD*=0.46) การจัดองค์การ (*M*=3.45, *SD*=0.50) และการควบคุม (*M*=3.43, *SD*=0.49) ตามลำดับ ตามตาราง 1

ตาราง 1 ระดับการบริหารจัดการตามกรอบ POLC

กรอบ POLC	*M*	*SD*	ระดับ
ด้านการวางแผน (Planning)	3.62	0.46	มาก
ด้านการจัดการองค์กร (Organizing)	3.45	0.50	มาก
ด้านการนำ (Leading)	3.65	0.58	มาก
ด้านการควบคุม (Controlling)	3.43	0.49	มาก
ภาพรวม	3.54	0.48	มาก

1.2 ประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนฯ 3 มิติ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=3.61, *SD*=0.48) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านการบริหารจัดการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (*M*=3.76, *SD*=0.50) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วม (*M*=3.61, *SD*=0.58) และด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (*M*=3.45, *SD*=0.50) ตามลำดับ ตามตาราง 2

ตาราง 2 ระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ประสิทธิภาพ	*M*	*SD*	ระดับ
ด้านการบริหารจัดการ	3.76	0.50	มาก
ด้านการมีส่วนร่วม	3.61	0.58	มาก
ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน	3.45	0.50	มาก
ภาพรวม	3.61	0.48	มาก

1.3 ประเด็นที่ต้องพัฒนาและปัญหาอุปสรรคเชิงระบบ ได้แก่ ความรู้และสมรรถนะบุคลากร กระบวนการอนุมัติโครงการ การประสานงาน การสนับสนุน และการติดตามประเมินผล โดยพบประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) การมีคณะกรรมการติดตามประเมินผลระดับอำเภอ (*M*=3.22) 2) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผลการประเมินต่อชุมชน (*M*=3.20) 3) การได้รับการนิเทศติดตามจากระดับจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ (*M*=3.20) และ 4) การมีผู้แทนชุมชนร่วมเป็นคณะกรรมการติดตามประเมินผล (*M*=2.96)

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ค้นพบ ยืนยันว่าปัญหาอุปสรรคสำคัญ ประกอบด้วย 1) การขาดกระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริงจากชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบกิจกรรม ทำให้โครงการจำนวนหนึ่ง

ไม่สะท้อนความต้องการเชิงสุขภาพและไม่สร้างความเป็นเจ้าของร่วม 2) ระบบเอกสารและการตรวจสอบที่เน้นความถูกต้องทางการเงินมากกว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ ส่งผลให้เกิดภาระเอกสารซ้ำซ้อน และการติดตามประเมินผลถูกลดทอนเป็นการตรวจเอกสารมากกว่าการเรียนรู้เพื่อพัฒนา 3) การขาดโครงสร้างกลไกทีมพี่เลี้ยงในระดับอำเภอที่จะช่วยสนับสนุน ชี้แนะ แก้ปัญหาเชิงเทคนิค และแบ่งเบาภาระงานธุรการให้บุคลากรสาธารณสุข และ 4) ข้อจำกัดด้านเวลาและความล่าช้าในกระบวนการเสนอ และอนุมัติโครงการ ทำให้หลายโครงการเหลือเวลาปฏิบัติจริงระยะสั้น ส่งผลต่อคุณภาพกิจกรรมและการติดตามผลลัพธ์เป็นลูกโซ่ต่อกันไป

จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำไปสังเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบที่เน้นการปรับระบบในระดับโครงสร้าง กระบวนการ และการกำกับติดตาม ให้เชื่อมโยงสู่ผลลัพธ์สุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

2. ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ฯ

จากการสังเคราะห์เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ประเด็นหลัก (Themes) สำหรับการพัฒนารูปแบบจำนวน 7 ประการ ได้แก่ 1) การวางแผนแบบใช้ข้อมูลและการมีส่วนร่วม 2) การกำหนดให้มีมาตรฐานเดียวและการปรับลดกระบวนการ 3) การจัดองค์กรและการบริหารกำลังคนเชิงยุทธศาสตร์ 4) ระบบการเงินการคลังที่โปร่งใสและเสริมสมรรถนะ 5) การติดตามประเมินผลเพื่อการเรียนรู้ 6) ภาวะผู้นำ การสนับสนุน และแรงจูงใจ และ 7) ความยืดหยุ่นและความเป็นธรรมในการเข้าถึง ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบ “Initiate–P–D–C–A” ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Initiate + Plan–Do–Check–Act) และบูรณาการกับกรอบ POLC เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่เป็นระบบ ดังนี้

ขั้นที่ 1 Initiate เป็นการเริ่มต้นและเตรียมความพร้อม การทบทวนสถานการณ์สุขภาพ ข้อมูลในพื้นที่ แต่งตั้งคณะทำงานและผู้รับผิดชอบหลัก กำหนดบทบาท หน้าที่ กำหนดปฏิทินการดำเนินงานทั้งปี และจัดเตรียมเครื่องมือ แบบฟอร์มมาตรฐาน เพื่อทำให้การเริ่มต้นโครงการไม่ล่าช้า ลดความซ้ำซ้อน

ขั้นที่ 2 Plan การวางแผน เน้นการวางแผนบนฐานข้อมูลและการมีส่วนร่วม โดยผสมผสานข้อมูลจากระบบสารสนเทศสุขภาพกับเวทีย่อยตามแหล่งรวมตัวตามธรรมชาติในชุมชน แทนการจัดเวทีประชาคมใหญ่เป็นครั้งคราว นำไปสู่การจัดทำแผนสุขภาพหลักของชุมชน แล้วใช้เป็นแผนแม่บท ลดความเสี่ยงของนโยบายแบบฉายฉวยและโครงการที่ไม่ตรงกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นที่ 3 Do การปฏิบัติ โดยมุ่งใช้มาตรฐานเดียวและการปรับลดกระบวนการ พร้อมจัดระบบสนับสนุนการปฏิบัติ โดยเฉพาะการเสนอจัดตั้งศูนย์สนับสนุนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ระดับอำเภอ ภายใต้กลไกคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อช่วยเหลือด้านธุรการ การเงิน พัสดุ และให้คำปรึกษาเชิงเทคนิค ลดภาระงานเอกสารของหน่วยบริการ ทำให้บุคลากรสามารถทุ่มเทกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกได้เต็มที่

ขั้นที่ 4 Check การติดตามประเมินผล ปรับแนวคิดการควบคุมจากการตรวจเอกสาร ไปสู่การกำกับติดตามผลสัมฤทธิ์และการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน โดยพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ชุมชนมีส่วนร่วมได้สะดวก เช่น

การให้คะแนน การสะท้อนผลผ่านคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน/ตำบล การใช้แผนภาพหรือ Dashboard เพื่อนำเสนอผลลัพธ์ที่เข้าใจง่ายและคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ขั้นที่ 5 Act การปรับปรุงและยกระดับ ใช้ผลการประเมินเพื่อนำไปสู่การปรับแผนและการจัดสรรงบประมาณในปีถัดไป สร้างระบบการจัดการความรู้ และการขยายผลโครงการต้นแบบ รวมทั้งการบูรณาการเข้ากับแผนยุทธศาสตร์ท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืน

ตาราง 3 ประเด็นยุทธศาสตร์ของรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่เสนอ

ประเด็นยุทธศาสตร์	แนวทางสำคัญในรูปแบบ
1) การวางแผนแบบใช้ข้อมูลและการมีส่วนร่วม	- ใช้ข้อมูล HDC ข้อมูลพื้นที่ เวทีย่อยตามธรรมชาติของชุมชน สร้าง “แผนสุขภาพหลักของชุมชน” เป็นแผนแม่บท
2) มาตรฐานเดียวและการปรับลดกระบวนการ	- ใช้คู่มือ แบบฟอร์ม Checklists กลาง ลดงานเอกสารซ้ำซ้อน จัดทำปฏิทินและแผนปฏิบัติการชัดเจน
3) จัดองค์กรและบริหารกำลังคนเชิงยุทธศาสตร์	- กำหนดบทบาท ความรับผิดชอบชัด ตั้งทีมและกลไกพี่เลี้ยงระดับอำเภอ
4) ระบบการเงินการคลังที่โปร่งใสและเสริมสมรรถนะ	- สร้างระบบวางแผนรายรับ-รายจ่าย โปร่งใส ตรวจสอบได้ และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่การเงินและพัสดุ
5) ติดตามประเมินผลเพื่อการเรียนรู้	- เปลี่ยนจากตรวจสอบเอกสารเป็นเรียนรู้จากผลลัพธ์ ใช้ Dashboard และสรุปผลรายไตรมาส คืนข้อมูลสู่ชุมชน
6) ภาวะผู้นำ การสนับสนุน และแรงจูงใจ	- ผู้นำขับเคลื่อนเชิงรุก เสริมพลังทีมงาน สนับสนุนทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจและการยกย่องชมเชย
7) ความยืดหยุ่น และความเป็นธรรมในการเข้าถึง	- แยกแกนหลักที่ต้องทำกับส่วนที่ปรับได้ ออกแบบทางเลือกตามระดับความพร้อม เน้นเข้าถึงกลุ่มเปราะบางอย่างเป็นธรรม

3. ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ ก่อนนำไปใช้จริง

เนื่องจากการวิจัยนี้มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบเชิงโครงสร้าง การประเมินจึงจำกัดขอบเขตอยู่ที่การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และความเป็นไปได้ก่อนการนำไปปฏิบัติจริง โดยมุ่งเน้นการพิจารณาความเหมาะสมและคุณภาพเชิงวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ควบคู่กับการประเมินความพร้อมและเงื่อนไขการนำไปใช้ในบริบทจริงโดยผู้ปฏิบัติงาน

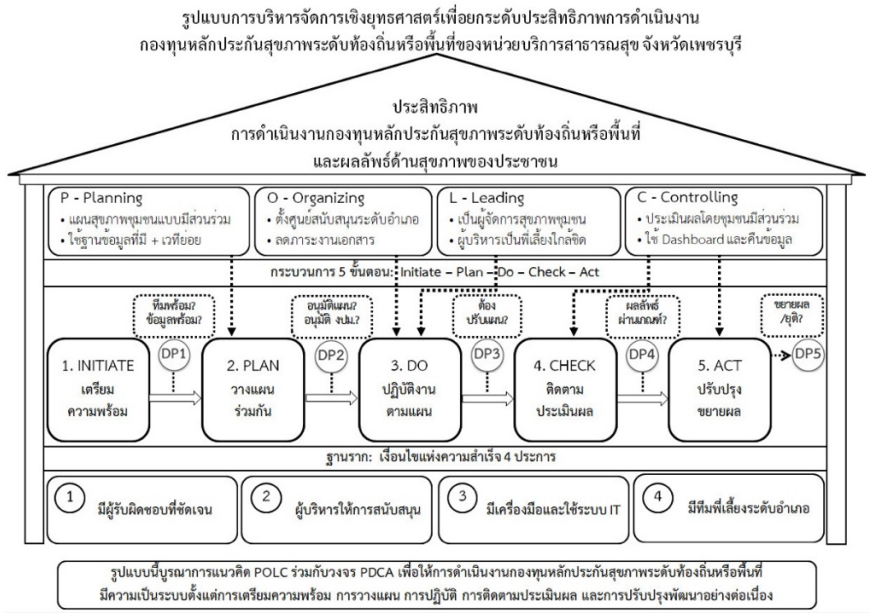
3.1 ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 12 คน คะแนนประเมินรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M=3.84, SD=0.11) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ ความเหมาะสม (M=4.03) และความถูกต้องครอบคลุม (M=4.03) รองลงมาคือการใช้ประโยชน์ (M=3.94) และความยั่งยืน (M=3.92) ขณะที่ด้านความเป็นไปได้ (M=3.61) และความยืดหยุ่น (M=3.53) มีคะแนนต่ำกว่าองค์ประกอบอื่น ผลการตรวจสอบความเห็นพ้องระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม พบว่า ICC(A,12)=0.750, ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 0.541–0.890, $F(17,187)$=4.09, p<.001 แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งคณะมีความน่าเชื่อถืออยู่ในช่วงระดับปานกลางถึงดี รายละเอียดตามตาราง 4

ตาราง 4 การวิเคราะห์ความเห็นพ้องระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิต่อการประเมินคุณภาพรูปแบบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม

แบบจำลอง	จำนวนข้อประเมิน	จำนวนผู้ประเมิน	ICC	ช่วงความเชื่อมั่น 95%	F	df	p-value
Two-way mixed-effects, absolute agreement, average measures	18	12	0.75	0.541–0.890	4.09	17, 187	< .001

3.2 ผลการประเมินการยอมรับและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติงาน (18 ข้อ) อยู่ในระดับมาก (*M*=3.64, *SD*=0.29) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความถูกต้องครอบคลุม (*M*=3.79) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความยืดหยุ่นของรูปแบบ (*M*=3.44) นอกจากนี้ คะแนนความพร้อมและเงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้ (6 ข้อ) อยู่ในระดับมาก (*M*=3.52, *SD*=0.41) และเมื่อรวมคะแนนทุกส่วน (25 ข้อ) พบว่าคะแนนภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=3.64, *SD*=0.29)

3.3 รูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี ที่พัฒนาแล้ว



ภาพที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุน ฯ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ในจังหวัดเพชรบุรี ตามกรอบ POLC จะอยู่ในระดับมาก แต่ยังพบความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการเชิงรุก (ด้านการนำและการวางแผน) กับกระบวนการเชิงระบบ (ด้านการจัดองค์การและ

การควบคุมกำกับ) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของ Wongsin et al. (2025) ที่พบว่าประสิทธิผลของการบริหารภาครัฐต้องอาศัยการทำงานเชื่อมโยงกันของทุกองค์ประกอบ ไม่ใช่การเน้นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เพราะกลไกการจัดองค์กรและระบบควบคุมเป็นเงื่อนไขสำคัญของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่ผลลัพธ์จริง

ประเด็นเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Gupta et al. (2023) ซึ่งระบุว่าระบบสุขภาพจำนวนมากให้ความสำคัญกับการมีช่องทางมากกว่าคุณภาพของการมีส่วนร่วม ส่งผลให้กิจกรรมหรือแผนงานที่เกิดขึ้นไม่สะท้อนความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ขณะเดียวกัน Akintobi et al.(2025) พบว่าการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงต้องตั้งอยู่บนความไว้วางใจ ความโปร่งใส และความร่วมมือสม่ำเสมอ มากกว่าการจัดเวทีเชิงพิธีการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่าพื้นที่ยังพึ่งพาเอกสารมากกว่ากระบวนการร่วมคิดร่วมออกแบบกับชุมชน

สำหรับข้อจำกัดภาระงานด้านเอกสารและความล่าช้าในกระบวนการอนุมัติโครงการ สอดคล้องกับข้อสังเกตของ Puertas et al. (2020) ที่ระบุว่า ระบบบริหารงานสาธารณสุขแบบดั้งเดิมมักให้ความสำคัญกับการจัดการเชิงเอกสารมากเกินไปและให้ความสำคัญต่อภาวะผู้นำเชิงระบบน้อยเกินไป ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานขาดความคล่องตัวและไม่ได้มุ่งสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพประชาชน นอกจากนี้ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับข้อเสนอของ Shahin et al. (2020) ซึ่งระบุว่า หากระบบติดตามและประเมินผลยังมุ่งเน้นเพียงการตรวจสอบเอกสาร และไม่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ย่อมไม่สามารถนำไปสู่การพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่มีนัยสำคัญได้อย่างแท้จริง

ผลจากการสนทนากลุ่มและเวทีรับฟังความคิดเห็นสะท้อนตรงกันว่า อุปสรรคสำคัญของการดำเนินงานคือ กระบวนการเสนอและอนุมัติโครงการมีความล่าช้า และบุคลากรมีภาระงานประจำมาก ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 51.2 จึงเสนอให้สร้างกลไกสนับสนุนผ่านระบบพี่เลี้ยงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอและให้ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน ประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่า การยกระดับประสิทธิภาพกองทุนฯ ไม่สามารถพึ่งพาการสั่งการจากบนลงล่างได้เพียงด้านเดียว แต่ต้องอาศัยกลไกการเสริมพลัง สอดคล้องกับแนวทางการขับเคลื่อนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน (Lamphun Provincial Administrative Organization, n.d.) ที่พบว่าการสร้างนวัตกรรมทีมพี่เลี้ยงกองทุนในระดับอำเภอและจังหวัด ช่วยแก้ไขปัญหาความไม่เข้าใจระเบียบ เพิ่มอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณที่ถูกต้อง และลดความเหนื่อยล้าของบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิได้อย่างเป็นรูปธรรม

รูปแบบ “Initiate–P–D–C–A”ที่พัฒนาขึ้นจึงตอบโจทย์ช่องว่างเหล่านี้อย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการโครงสร้างการบริหาร POLC เข้ากับวงจรคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จุดเด่นสำคัญของรูปแบบ ได้แก่โครงสร้างเริ่มต้นที่ชัดเจนผ่านขั้น Initiate ช่วยแก้ปัญหาความล่าช้า การเตรียมความพร้อมที่ไม่เพียงพอ และความไม่สอดคล้องของรอบการวางแผนกับปีงบประมาณ มีการสร้างดุลยภาพระหว่างงานเอกสารและผลลัพธ์ ผ่านการกำหนดเครื่องมือมาตรฐาน เช่น checklist และเกณฑ์พิจารณา ช่วยลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มคุณภาพการดำเนินงาน ส่งเสริมการพัฒนาระบบสนับสนุนระดับอำเภอ ซึ่งแก้ปัญหาช่องว่างด้านพี่เลี้ยงและการช่วยเหลือทางเทคนิค ทำให้การทำงานหน่วยบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบมีความหมาย โดยใช้เวทีย่อยและการคืนข้อมูลผ่าน Dashboard ช่วยยกระดับคุณภาพการมี

ส่วนร่วมให้ลึกซึ้งกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความยั่งยืนของโปรแกรมของ Moore et al. (2017) ระบุว่าโปรแกรมด้านสุขภาพจะยั่งยืนได้ก็ต่อเมื่อสามารถแสดงผลลัพธ์ที่จับต้องได้และมีการบูรณาการระบบข้อมูลเข้ากับงานประจำอย่างกลมกลืน นอกจากนี้การสร้างกลไกการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ผ่าน AAR, R2R และ PDCA รายไตรมาส ทำให้หน่วยบริการสามารถพัฒนางานบนฐานข้อมูลและหลักฐานจริง และคำนึงถึงความยืดหยุ่นในการประยุกต์ใช้ และสอดคล้องกับหลักการของระบบสุขภาพท้องถิ่นที่ต้องสามารถปรับตัวตามบริบทพื้นที่ (Sobczyk & Robakowska, 2025)

ดังนั้น รูปแบบ Initiate–P–D–C–A ที่พัฒนาขึ้นนี้ จึงเป็นความคิดริเริ่มในการก้าวข้ามข้อจำกัดของวงจรคุณภาพแบบดั้งเดิม โดยการเพิ่มขั้นตอน Initiate ไว้ก่อนการวางแผน เพื่อเป็นกลไกการเตรียมความพร้อมเชิงกระบวนการและเชื่อมโยงแนวคิด POLC เข้ากับกระบวนการดำเนินงานทั้งระบบ รูปแบบดังกล่าวมีจุดเด่นที่ช่วยเปลี่ยนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการสาธารณสุข จากการดำเนินงานที่แยกส่วนและเน้นความครบถ้วนของเอกสาร ไปสู่ระบบบริหารเชิงยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงการวางแผน การจัดองค์กร ภาวะผู้นำ การควบคุมกำกับ และการเรียนรู้เข้าด้วยกัน ช่วยลดความแตกต่างด้านศักยภาพของหน่วยบริการในบริบทจังหวัดเพชรบุรี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากข้อค้นพบของการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติเพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ดังนี้

1. การปรับโครงสร้างกลไกสนับสนุนและลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการ โดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ควรจัดตั้งศูนย์สนับสนุน กปท. ระดับอำเภอ เพื่อทำหน้าที่เป็นทีมพี่เลี้ยงเชิงวิชาการแก่หน่วยบริการ และควรกำหนดให้ไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ เป็นระยะเตรียมความพร้อม (Initiate) เพื่อทบทวนข้อมูลและมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักให้ชัดเจน เพื่อลดปัญหาความล่าช้าในการอนุมัติโครงการ

2. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการประเมินผลลัพธ์แบบมีส่วนร่วม โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรบูรณาการข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ากับฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) และพัฒนา Dashboard รายตำบล เพื่อคืนข้อมูลสถานะสุขภาพสู่ชุมชนอย่างเข้าใจง่าย ควบคู่กับการพัฒนาชุดเครื่องมือและแบบฟอร์มมาตรฐานกลางเพื่อลดภาระงานธุรการ อีกทั้งควรปรับกลไกการติดตามประเมินผลโดยใช้วงจรบริหารคุณภาพและการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR) ในทุกไตรมาส

3. การบริหารผลการปฏิบัติงานเพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุขควรนำผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพจากโครงการ กปท. ไปบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน (KPI) ของบุคลากร เพื่อช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจเชิงบวกและกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานมุ่งเน้นการจัดบริการที่เกิดผลลัพธ์ที่ส่งผลกระทบที่เป็นรูปธรรมต่อชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อต่อยอดองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการกองทุน กปท. และขยายผล ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยนำรูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (Initiate-P-D-C-A) ไปทดลองใช้ในพื้นที่จริงที่มีบริบทแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 ปีงบประมาณ เพื่อวิเคราะห์ระยะเวลา ขั้นตอน ปัญหาของระบบ และประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยยืนยันความเป็นไปได้และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับการขยายผลในระดับนโยบาย

2. ควรศึกษาความคุ้มค่าของการใช้จ่ายเงินกองทุน กปท. โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนต่อผลลัพธ์ หรือการลดค่าใช้จ่ายจากการลดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลเชิงหลักฐานด้านเศรษฐศาสตร์จะช่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการ สามารถตัดสินใจจัดสรรงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. ควรศึกษารูปแบบการนำเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนฯ เช่น การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางและลดข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลของหน่วยบริการปฐมภูมิ

References

Akintobi, T. H., Bailey, R. E., & Michener, J. L. (2025). Harnessing the power of community engagement for population health. *Preventing Chronic Disease*, *22*, E25. https://doi.org/10.5888/pcd22.250189

Gupta, P., Rouffy-Ly, B., Rohrer-Herold, K., Koch, K., Rao, N., Poulussen, C., Brearley, L., Abou-Taleb, H., & Rajan, D. (2023). Assessing the interactions of people and policy-makers in social participation for health: An inventory of participatory governance measures from a rapid systematic literature review. *International Journal for Equity in Health*, *22*(1), Article 240. https://doi.org/10.1186/s12939-023-01918-2

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. (2011). *The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users* (3rd ed.). SAGE Publications.

Lamphun Provincial Administrative Organization. (n.d.). *Lamphun Provincial Administrative Organization, in collaboration with the Public Health Association, launched a capacity-building program for “mentor teams” to expand the Local Health Security Fund (LHSF) and Long-Term Care (LTC) system for dependent persons across the province*. https://www.lamphunpao.go.th/ltc/ (in Thai).

Ministry of Public Health. (n.d.). *Health Data Center (HDC)*. https://hdc.moph.go.th (in Thai).

Moore, J. E., Mascarenhas, A., Bain, J., & Straus, S. E. (2017). Developing a comprehensive definition of sustainability. *Implementation Science, 12*, 110. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0637-1

Morris, J. (2023). *Strategic management*. Oregon State University.

National Health Security Office. (2022). *Annual report of the National Health Security Office B.E. 2565.* National Health Security Office. (in Thai).

National Health Security Office Region 5 Ratchaburi. (2023, June 2). *Invitation to a meeting* [Official letter No. NHSO 9.37/23911]. (in Thai).

Puertas, E., Sotelo, J., & Ramos, G. (2020). Strategic leadership and management in primary health care-based health systems. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *44*, Article e124. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.124

Phetchaburi Provincial Public Health Office. (2023). *Summary of the performance of the local or area health security fund for fiscal year 2021*. Health Insurance Group. (in Thai).

Phetchaburi Provincial Public Health Office. (2023, July). *Summary of the operation of the local health security fund, Phetchaburi province, fiscal year 2023, and guidelines for the operation of the local health security fund, Phetchaburi province, fiscal year 2024* [Official letter No. PB 0033.002/2693]. (in Thai).

Shahin, Z., Messick, A., Harris, J., Waterfield, K. C., & Shah, G. H. (2020). A scoping review of theoretical models and conceptual frameworks used in Public Health Services and Systems Research (PHSSR) literature. *Global Journal of Medicine and Public Health*, *9*(1), 1–11.

Sobczyk, K., & Robakowska, M. (2025). Editorial: Maximizing local government impact on community health initiatives. *Frontiers in Public Health*, *13*, Article 1660969. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1660969

Tamher, S. D., Rachmawaty, R., & Erika, K. A. (2021). The effectiveness of Plan Do Check Act (PDCA) method implementation in improving nursing care quality: A systematic review. *Enfermería Clínica*, *31*, S627–S631. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.07.006

Wongsin, U., Pannoi, T., Prutipinyo, C., Maruf, M. A., Pongpattrachai, D., Quansri, O., & Sattayasomboon, Y. (2025). Strategic planning and organizational performance in public health sector: A scoping review. *BMC Health Services Research*, *25*(1), Article 1017. https://doi.org/10.1186/s12913-025-13206-6