

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

Strategic Proposals for Developing the 30 Baht Policy to Treat Disease Anywhere with a Single ID Card in Thailand.

สุนันทา กาญจนพงศ์

Sunanta Kanjanapong

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

เบอร์โทรศัพท์ 08-1535-6272; E-mail : trayanan12@gmail.com

วันที่รับ 29 พ.ค. 2567; วันที่แก้ไข 20 มิ.ย. 2567; วันที่ตอบรับ 28 มิ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบ สำคัญในการดำเนินงาน (2) พัฒนาข้อเสนอเชิง ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษา ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (3) ประเมินผล ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 รวม จำนวน 8 จังหวัด จำนวน 48 คน บุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในแต่ละระดับ จำนวน 56 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 4 จังหวัด นำร่อง จำนวน 1,325 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมองและแบบ ประเมิน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ

เชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดย การจำแนก และจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) ทุกจังหวัดให้ความสำคัญ ในเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของ หน่วยบริการทุกระดับ ปัญหาอุปสรรค เช่น การยืนยันตัวตนของประชาชนยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มยังไม่เห็นความ สำคัญ เป็นต้น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ในการดำเนินงาน เช่น การบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพและการทำงานร่วมกันอย่างบูรณา การในทุกระบบที่สะดวกรวดเร็วมีประสิทธิภาพ เป็นต้น (2) การพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ ดำเนินการ วิเคราะห์ SWOT, SPIDER CHART, TOWS MATRIX นำไปปฏิบัติในจังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ติดตามกำกับ พัฒนา ในระดับพื้นที่ ได้ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาฯ ซึ่งประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก

รวดเร็ว ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ ซึ่งมี 8 ยุทธศาสตร์ มาตรการดำเนินการ จำนวน 33 มาตรการ และตัวชี้วัดในการควบคุมกำกับ ประเมินผล จำนวน 23 ตัวชี้วัด (3) การประเมินผลยุทธศาสตร์ฯ พบว่าด้านความถูกต้องของยุทธศาสตร์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}= 4.25$, $S.D = 0.54$) ด้านความเหมาะสม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}= 4.20$, $S.D= 0.54$) ด้านความเป็นไปได้ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}= 4.41$, $S.D= 0.60$) ส่วนการประเมินผลความสำเร็จผลการดำเนินงาน 10 ด้าน พบว่ามีผลสำเร็จเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ข้อเสนอแนะ ควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนา 30 รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ระดับประเทศ เพื่อให้ทุกจังหวัดได้นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

คำสำคัญ : การดำเนินนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”; ข้อเสนอเชิงนโยบาย; การประเมินผล

Abstract

This is research and development. The objectives were to (1) study the current situation, problems, obstacles, and important factors in operations; (2) develop strategic proposals for developing 30 baht policy, treatment everywhere with one ID card; and (3) evaluate strategic proposals for developing 30 baht policy, treatment everywhere with one ID card in Thailand. The sample group included 48 executives in provincial public health offices in the four pilot provinces. There are 56 medical and public health personnel working at each level and 1,325 stakeholders in the four pilot provinces. Research instruments

include document analysis, in-depth interviews, focus groups, brainstorming sessions, and various assessment forms. Quantitative data were analyzed with descriptive statistics such as frequency, percentage, and mean. For qualitative data, the data were analyzed by classifying and grouping the data.

The results found that (1) every province places importance on linking health data among service units at all levels. Obstacles such as verifying people's identities have not yet reached the goal because some groups of people still don't see the importance, etc. Important factors that affect operational success, such as efficient management and integrated collaboration across all systems that are convenient, fast, and efficient, etc. (2) Development of strategic proposals Follow the TOWSMATRIX process to select and define (draft) development strategies. It consists of a vision, mission, and goals with the aim of providing people with convenient and fast services using the digital health technology system, which has 8 strategies, 33 operational measures, and 23 indicators for control, supervision, and evaluation. (3) Evaluation of the correctness of the strategy: The overall picture is at a high level ($\bar{x}= 4.25$, $S.D= 0.54$), In terms of suitability, the overall picture is at a high level ($\bar{x}= 4.20$, $S.D= 0.54$. In terms of feasibility, overall it was at a high level ($\bar{x}= 4.41$, $S.D= 0.60$, and performance in various areas increased continuously. Suggestions: A manual, guidelines, or measures for operations should be prepared. So that every province that has operations according to the policy "30 baht,

treatment everywhere with one ID card" will be in the same direction.

Keywords : Implementation of the policy “30 baht, treatment everywhere with one ID card”; Policy proposals; Evaluation

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนราชการที่มีภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้แก่คนไทยทุกคนโดยไม่เลือกชนชั้น มีเป้าหมายประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน^[1] และตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2562 บัญญัติให้ กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับ การสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการป้องกันควบคุมโรค การรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแบ่งโครงสร้างการบริหารงานเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง และ การบริหารราชการส่วนภูมิภาค^[2] การบริหารราชการส่วนกลาง ประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง กรมต่าง ๆ มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับสนับสนุนภารกิจของรัฐบาล พัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ฯลฯ ส่วนการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักสาธารณสุขอำเภอ โดยมีอำนาจหน้าที่ พัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับพื้นที่ การแปลงนโยบายสู่ การปฏิบัติการบริหารทรัพยากรสุขภาพ มีโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยปฏิบัติการ มีหน้าที่ประสานงานและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนทำงานด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้านชุมชน แต่ในช่วงเวลาที่ผ่านมาเป็นช่วงเวลาที่ทำลายใน การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพภายใต้ นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่ ของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในอันที่จะเพิ่มคุณภาพการให้บริการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างเสริมความแข็งแกร่งให้กับประชาชนคนไทย สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทั่วถึง โดยใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในฐานะเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับแนวทาง เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน มีหลักประกันสุขภาพภายใต้ นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่ ประสบความสำเร็จให้เร็วที่สุด

ในปีงบประมาณ 2567 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศ 10 นโยบาย เน้นหนักยกระดับ 30 บาท รักษาทุกโรค โดยจะต้องเกิด Quick Win ใน 100 วัน นโยบาย 10 เรื่อง ได้แก่ (1) โครงการพระราชดำริฯ/เฉลิมพระเกียรติ/เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ (2) โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร 50 เขต 50 โรงพยาบาลและปริมณฑล โดยจัดตั้งโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง (3) สุขภาพจิตและยาเสพติด โดยจัดตั้งศูนย์มินิ รัษฎารักษ์เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดทุกจังหวัด (4) มะเร็งครบวงจร โดยให้วัคซีน HPV ในหญิงอายุ 11-20 ปี จำนวน 1 ล้านโดส (5) สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร (6) สถานชีวภิบาล

เขตละ 1 แห่ง (7) บัตรประชาชนใบเดียวรักษา
ทุกที่ โดยใช้บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ 4
เขตสุขภาพและ 200 โรงพยาบาลอัจฉริยะ (8) ส่ง
เสริมการมีบุตร (9) เศรษฐกิจสุขภาพ โดยพัฒนา
Blue Zone และเมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน
(10) นักท่องเที่ยวปลอดภัย จึงเห็นได้ว่านาย
แพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวง
สาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะให้
กระทรวงสาธารณสุข ผลักดันให้นโยบายบัตร
ประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ เกิดผลสำเร็จใน
พื้นที่โดยเร็ว และในวันที่ 3 มกราคม 2567 บอร์ด
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
ได้เห็นชอบข้อเสนอการขับเคลื่อนนโยบาย
รัฐบาล 30 บาท อัปเกรด “บัตรประชาชนใบ
เดียวรักษาทุกที่ 4 จังหวัดนำร่อง” และอนุมัติ
ขยายประเภทบริการนวัตกรรมเป็น 8 ประเภท
พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ ติดตามขับเคลื่อน 3.65 ล้านบาท รวม
กรอบวงเงินดำเนินการทั้งหมด 366.57 ล้าน
บาท โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ได้มีมติเห็นชอบข้อเสนอการขับเคลื่อน
นโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่”
รวมทั้งเห็นชอบกรอบงบประมาณสำหรับการขยาย
ประเภทบริการนวัตกรรมจาก 4 ประเภทเป็น
8 ประเภทในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่
จังหวัดแพร่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดเพชรบุรี
และ จังหวัดนครราชสีมา โดยมีหลักการสำคัญ
คือ เน้นการเพิ่มเข้าถึงบริการ โดยพัฒนาระบบ
การบริหารการจ่าย การติดตามประเมินผลให้

มีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดคือ (1) คงรายการ
และรูปแบบการจ่ายแบบเดิม สำหรับรายการ
ปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ (OP anywhere) และ
หน่วยนวัตกรรม โดยมีการปรับระบบการเบิก
จ่ายในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด ใช้ระบบแสดงตน
ยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเช่นเดียวกับ
สวัสดิการ (2) เน้นการจัดระบบเพื่อควบคุม
การบริหาร การเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพ ใน
หน่วยบริการและรายการบริการที่มีอยู่เช่น คลินิก
เอกชน คลินิกการพยาบาลฯ ค่าบริการไตวายเรื้อรัง
ค่าอุปกรณ์ (instrument) ปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ เจ็บ
ป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) โดยพิจารณาการ
ออกแบบ การจ่ายให้มีประสิทธิภาพ (3) เพิ่มการ
ทำงานแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทำงานร่วม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หน่วยบริการ และ
สปสช.เขต โดยให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมิบทบาทเป็น
หน่วยกำกับดูแล และเพิ่มเติมหน่วยบริการอีก
4 ประเภท คือ (1) คลินิกเวชกรรม ให้บริการ
ตรวจรักษาโรคเฉียบพลัน (acute) หรือโรคเรื้อรัง
(chronic) ใน 42 กลุ่มโรค (2) คลินิกทันตกรรม ให้
บริการชุดอุด ถอน เคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบ
ฟลูออไรด์ (3) รถทันตกรรมเคลื่อนที่ ให้บริการ
ชุด อุด ถอน เคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบฟลู
ออไรด์ แก่กลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ต้องขังและเด็ก
ในสถานพินิจ และ (4) คลินิกแพทย์แผนไทย ให้
บริการ นวด ประคบ อบสมุนไพร เพื่อการรักษา³¹
ในการขับเคลื่อนนโยบาย ยกเว้นบัตร 30 บาท
บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ โดยกระทรวง
สาธารณสุข ได้กำหนดพื้นที่นำร่องใน 4 เขต

สุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดเพชรบุรี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดนครราชสีมา และในระยะเวลาที่ 2 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดพื้นที่ขยายในระยะเวลาที่ 2 มี 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดพังงา จังหวัดนนทบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดสระแก้ว โดยกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก ร้านยา โรงพยาบาลเอกชนสามารถดำเนินการ (1) เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพหน่วยบริการทุกระดับ (2) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนใน การรับบริการ (3) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชน โดยมีกรอบการพัฒนาระบบ/พัฒนางาน ดังนี้ (1) พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ผ่าน HIS, JHIS, EHP หมอพร้อม Station, สอน.บัดดี้ และระบบอื่น ๆ (2) พัฒนาระบบยืนยันตัวตน โดยเน้นการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ การยืนยันตัวตนของผู้ให้บริการ การตรวจสอบสิทธิ์ การยืนยันเข้าบริการ การลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ การยืนยันตัวตนต่างด้าว (3) พัฒนาระบบ MOPH Data Hub โดยเน้นการดำเนินการ ประวัตสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ สมุดสุขภาพประชาชนใบรับแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยา/ใบสั่งแล็บการแพทย์และเภสัชทางไกล การนัดหมายออนไลน์ บริการรับส่งยาทางไปรษณีย์การเบิกจ่ายกับกองทุนสุขภาพ บริการจ่ายเงินออนไลน์ การส่งต่อการรักษาพยาบาล บริการเจาะเลือดใกล้บ้าน

และเชื่อมโยงข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (4) พัฒนาระบบเชื่อมต่อประชาชน โดยพัฒนา Line OA, การพัฒนา Application

ภายใต้การขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ 30 บาท ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ต้องเร่งขับเคลื่อนให้เห็นรูปธรรมภายใน 100 วัน เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มคุณภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนวางระบบสาธารณสุขรูปแบบใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข และดำเนินการทันทีในพื้นที่นำร่องใน 4 จังหวัดใน 4 เขตสุขภาพ และจากการดำเนินการที่ผ่านมาใน Quick Win ที่เกิดขึ้น ยังพบโอกาสพัฒนาและข้อจำกัดในการพัฒนา “บัตรประชาชนเดียว รักษาทุกที่” ในหลายประเด็น อาทิ การนำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการและการสนับสนุนบริการ การเชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน การพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพและศักยภาพสูงภายใต้โรงพยาบาลอัจฉริยะ พร้อมทั้งลดภาระงานที่ซ้ำซ้อนของบุคลากรด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบพิสูจน์ตัวตนและยืนยันตัวตนทางดิจิทัลที่คล่องตัว การพัฒนาระบบเข้าถึงบริการของประชาชนที่ง่าย สะดวกสบาย ลดระยะเวลาารอคอย ฯลฯ ดังนั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิต ของประชาชนดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย เพื่อเป็นข้อ

เสนอเชิงวิชาการให้กับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน ต่อหน่วยบริการทางด้านสุขภาพ และประเทศชาติ ในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย
3. เพื่อประเมินผลข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

ขอบเขตของการวิจัย

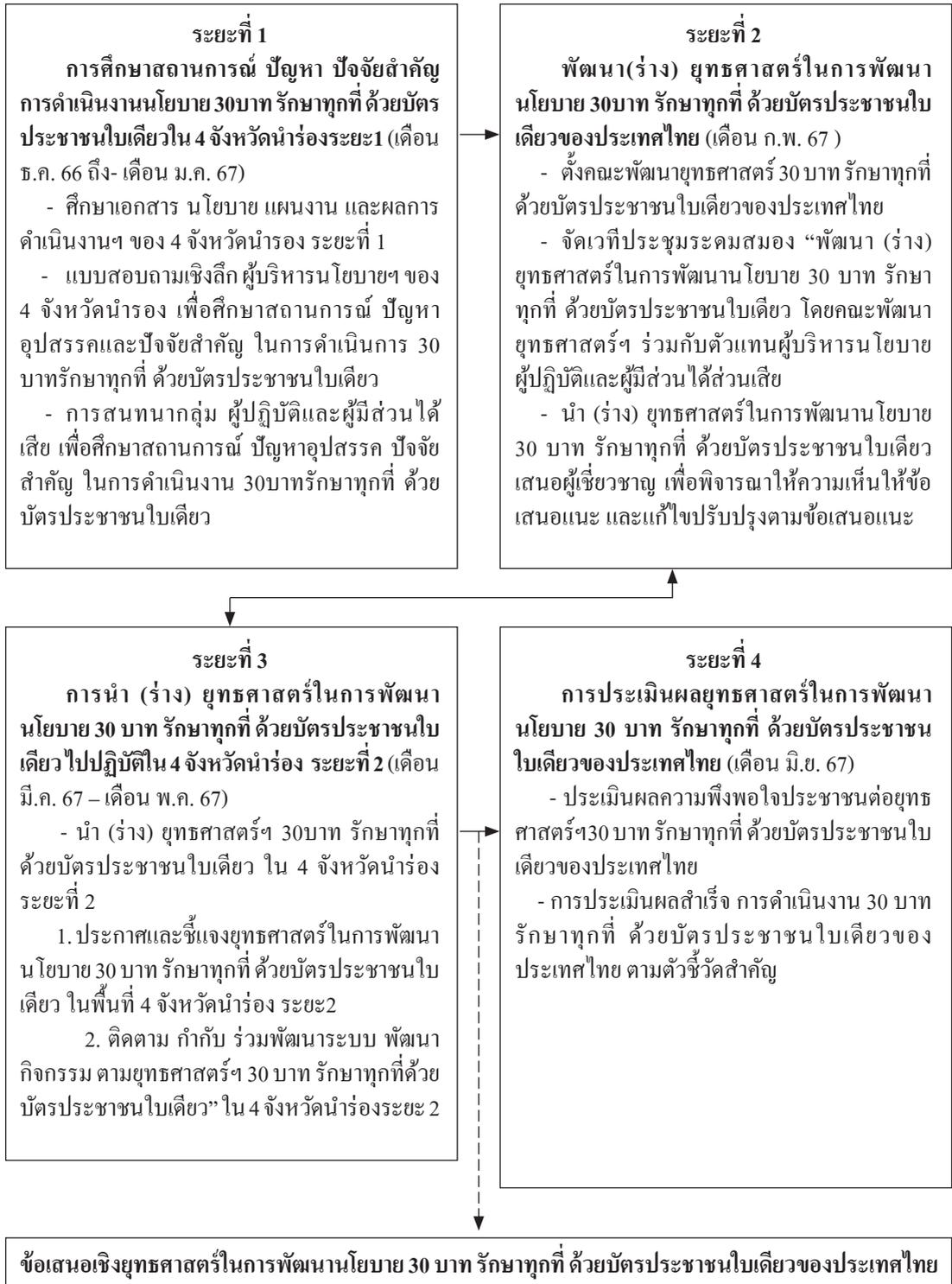
1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ผู้วิจัยจะศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยการวิจัยที่เน้นการศึกษาไปพร้อมกับการพัฒนาในพื้นที่ไปพร้อมกัน มีขอบข่ายชัดเจน และศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลในทุกประเด็น เป็นการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาการนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวไปสู่การปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของไทยในระยะต่อไป พร้อมการประเมินผลความเป็นไปได้ของ

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ฯ ที่พัฒนาขึ้น

2. ขอบเขตด้านประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็น (1) ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 4 จังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ที่ดำเนินการตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” (2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน 4 จังหวัดนำร่อง (3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ใน 4 จังหวัด นำร่อง ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ (1) ผู้วิจัยเลือกผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 4 จังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ที่ดำเนินการ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ระยะที่ 1 จำนวน 48 คน (2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนำร่องที่ดำเนินการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจำนวน 56 คน (3) ผู้วิจัยเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 4 จังหวัดนำร่อง จำนวน 1,325 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านเวลา ผู้วิจัยจึงจะศึกษาการพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ใน 4 จังหวัดนำร่อง ในระยะเวลา 7 เดือน โดยศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่

(1) ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 4 จังหวัดนำร่องระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ที่ดำเนินการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน 4 จังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ที่ดำเนินการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ใน 4 จังหวัดนำร่องระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ (1) ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 4 จังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ที่ดำเนินการ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ระยะที่ 1 ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกจากผู้บริหารตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขด้านเวชกรรมป้องกัน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้านส่งเสริมพัฒนา หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัล และพร้อมให้ความร่วมมือและสนับสนุนงานวิจัย จำนวน 48 คน (2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนำร่องที่ดำเนินการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขตามที่กำหนด ได้แก่ ผู้อำนวยการหรือแพทย์โรงพยาบาลทั่วไป หัวหน้าฝ่ายประกันสุขภาพ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการหรือแพทย์โรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าฝ่ายประกันสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพร้อมให้ความร่วมมือและสนับสนุนงานวิจัยจำนวน 56 คน (3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 4 จังหวัดนำร่อง ที่ดำเนินการ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 โดยเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน นายกอบต/เทศบาล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับตำบลและพร้อมให้ความร่วมมือและสนับสนุนงานวิจัย โดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 1,324 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย โดยศึกษาใน 4 จังหวัดนำร่อง ประกอบด้วย (1) แบบวิเคราะห์เอกสารและรายงาน โดยศึกษาใน 4 จังหวัดนำร่อง อาทิ คำสั่ง รายงาน

การประชุม เอกสารประกอบการประชุมต่าง ๆ เอกสารรายงานต่าง ๆ (2) แบบภษาณ์แบบเจาะลึก เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

ระยะที่ 2 พัฒนา (ร่าง) ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย ประกอบด้วย (1) จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ฯ เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย (2) แบบประชุมระดมสมองของคณะกรรมการพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ฯ และผู้เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมระดมสมอง จำนวน 1 ครั้ง 40 คน เพื่อยกร่าง ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (3) แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว โดยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อเป็นผู้ให้ความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 การนำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย ประกอบด้วย แบบบันทึกติดตามเยี่ยมพื้นที่ เพื่อใช้บันทึกผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ตามยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย โดยติดตามเยี่ยมเดือนละ 1 – 2 ครั้งต่อเดือน เพื่อการติดตาม

การพัฒนา การปรับปรุง ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในระดับจังหวัด

ระยะที่ 4 การประเมินผล ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ของยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย (2) แบบผลประเมินผลความสำเร็จ ของการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยกำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบติดตามผลการดำเนินงาน แบบประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และแบบประเมินผลความสำเร็จ เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ พงศธร พอกเพิ่มดี รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์พัฑฐ์ ณะแพศย์ ผู้อำนวยการสำนักดิจิทัล นายแพทย์ศิเรก สุดแดน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ตรวจสอบและแก้ไข (2) การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำ

การทดสอบความเที่ยง จึงอาศัยการทดสอบความเที่ยงตรงเพียงอย่างเดียว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (1) ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลแบบบันทึก ที่เก็บรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเอกสาร วารสาร บทความ สิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ เอกสารสรุปประชุมของคณะกรรมการฯ แผนงาน/โครงการ เอกสารรายงานต่าง ๆ และเอกสารประชาสัมพันธ์ผ่าน Website ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนา นโยบายและการดำเนินการตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยใช้แบบการวิเคราะห์เอกสาร จำนวน 1 ชุด

(2) ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลจากการสำรวจ (survey research) ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประชุมระดมสมอง แบบแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ แบบติดตามผลการดำเนินงาน แบบประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้แบบประเมินผลสำเร็จ ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (S.D.) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมอง การติดตามผลการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ มาทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

2.1 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (data triangulation) โดยการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งประกอบด้วยแหล่งเวลา สถานที่และบุคคล โดยพิจารณาข้อมูลที่ได้มาในแต่ละจุดเป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือซ้ำ ๆ กับผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้และเป็นข้อมูลจริงและเชื่อถือบันทึกได้

2.2 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (method logical triangulation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตในแต่ละกิจกรรมควบคู่กับการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าว ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส NRPH 161 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2566 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รหัส KHE 2566-161 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2566 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญ ในการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

พบว่า ในการขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในระยะที่ 1 ประกอบด้วย 4 เขต 4 จังหวัด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดเพชรบุรี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดนราธิวาส ทั้ง 4 จังหวัด มี 49 อำเภอ 441 ตำบล 4,441 หมู่บ้าน มีประชากรรวม 3,030,857 คน โดยภาพรวมผลการดำเนินงาน พบว่า ทุกจังหวัดมีเป้าหมายที่มุ่งเน้นให้ทุกหน่วยบริการในจังหวัดต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ มีหน่วยบริการรวม 1,422 แห่ง เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 49 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 578 แห่ง เป็นโรงพยาบาลเอกชนหรือรัฐนอกสังกัด 4 แห่ง เป็นคลินิกและร้านยา 795 แห่ง เป้าหมายที่จะต้องยืนยันตัวตน Health ID จำนวน 2,701,478 คน มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการยืนยันตัวตน Provider ID จำนวน 20,319 คน ทุกจังหวัดให้ความสำคัญในเรื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับ การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการ การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย ด้านลักษณะประชากร พบว่า ผู้บริหารระดับจังหวัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.1) มีสถานะภาพคู่ (ร้อยละ 64.3) มีการศึกษาระดับ

ปัญญาโทเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.5) ส่วนมาก ดำรงตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 42.9) และมีประสบการณ์ในการบริหารและ ดำเนินงานหลักประกันสุขภาพสุขภาพ มีความ พึงพอใจต่อนโยบายนี้ในระดับสูง**พบความต้องการ ของประชาชน** เช่น การใช้บัตรประชาชนใบเดียว สามารถรักษาได้ทุกที่โดยไม่ต้องจ่ายเงิน การมี ระบบการรับส่งยาถึงบ้านที่หลากหลายวิธี การจองคิว และนัดหมายล่วงหน้าได้ การรักษาและให้ คำปรึกษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลได้เป็นต้น **พบ ผลการดำเนินงาน** ก่อนการ Kick off ระยะเวลาที่ 1 ใน บางกิจกรรม อยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย อาทิ การยืนยันตัวตนในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ Provider ID ผลการดำเนินงานอยู่ที่ 10,140 คน จากเป้าหมาย 20,319 คน คิดเป็น 49.9% (2) การ ยืนยันตัวตนของประชาชน HealthID ผลการดำเนินงานอยู่ที่ 1,250,337 คน จากเป้าหมาย 2,701,478 คน คิดเป็น 46.28 % การพัฒนาโรงพยาบาลผ่าน HAIT พบว่า ยังไม่มีโรงพยาบาลที่สามารถยื่นการขอรับ รองคุณภาพฯ ได้ทั้ง 49 แห่ง ในบางกิจกรรม บรรลุ เป้าหมาย อาทิ การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ (PHR) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผลการ ดำเนินงาน 49 แห่ง คิดเป็น 100 % การพัฒนา โรงพยาบาลอัจฉริยะมีโรงพยาบาลที่ผ่าน การ ประเมินฯ 49 แห่ง จากเป้าหมาย 49 แห่ง คิดเป็น 100% โดยผ่านระดับพื้นฐาน จำนวน 17 แห่ง (ร้อยละ 34.69) ผ่านการประเมินระดับเงิน จำนวน 38 แห่ง (ร้อยละ 57.14) ผ่านการประเมินระดับ เพชร จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 2.04) การให้บริการ การแพทย์ทางไกล มีโรงพยาบาลที่สามารถ

ดำเนินการ ได้ 41 แห่ง จากเป้าหมาย 49 แห่ง คิดเป็น 83.67% มีผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย เฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 60 การรับ-ส่งยาถึงบ้านด้วย Health Rider และไปรษณีย์ พบว่า มีโรงพยาบาลที่มีการดำเนิน การฯ 34 แห่ง จากเป้าหมาย 49 แห่ง คิดเป็น 69.39% ในส่วนการสั่งยา-สั่ง Lab มีร้านยาที่สามารถส่งยา ตามแบบ Model 1 เฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 60 ที่เหลืออยู่ ระหว่างดำเนินการ การนัดหมายออนไลน์ พบว่า มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการฯ 41 แห่ง จากเป้าหมาย 49 แห่ง คิดเป็น 83 % (9) การยื่นขอใบรับรองแพทย์ ดิจิทัลพบว่ามีโรงพยาบาลที่ดำเนินการฯ ได้ 43 แห่ง จากเป้าหมาย 49 แห่ง คิดเป็น 87.76 % ที่เหลือ อยู่ระหว่างดำเนินการ การเชื่อมต่อ Financial Data Hub พบว่า ในทุกโรงพยาบาลสามารถเชื่อม ต่อระบบ Financial Data Hub ได้ทุกแห่ง คิดเป็น 100 % การสื่อสารประชาสัมพันธ์และรับฟังความ คิดเห็น ทุกจังหวัด มีการดำเนินการ 100 % โดยมีการจัดตั้ง War Room มีศูนย์ Call Center มีการ จัด ตั้งจุดรับเรื่องร้องเรียน

พบปัญหาอุปสรรค เช่น การยืนยันตัว ตนของประชาชนยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจาก ประชาชนบางกลุ่มยังไม่เห็นความสำคัญ มีข้อ จำกัดในการใช้ Application ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสมาร์ตโฟน ไม่มีอินเทอร์เน็ต พบว่าการทำงาน เชิงรุกยังไม่เชื่อมต่อกับ รพ.สต. ถ่ายโอนฯ มีเวลา จำกัดมีอุปสรรคจำกัด ระบบระบบข้อมูลหรือ โปรแกรมที่เกี่ยวข้องไม่พร้อมใช้งาน การเบิก-จ่าย ค่าชุดเวชภัณฑ์รักษาพยาบาลระบบส่งเครมประกัน ระบบส่งข้อมูลผู้ป่วย ระบบการรายงานการจัด เก็บข้อมูล การประมวลผลข้อมูลยังไม่ชัดเจน

และความไม่ชัดเจนเชิงนโยบายระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ **พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน** ประกอบด้วย การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการในทุกระบบที่สะดวกรวดเร็วมีประสิทธิภาพ การสื่อสารประชาสัมพันธ์และรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลทางสุขภาพของหน่วยบริการที่ส่งผลให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบายในเข้ารับบริการ อาทิ การจองคิวออนไลน์ การชำระเงินออนไลน์ ประวัติสุขภาพออนไลน์ การพัฒนาศักยภาพ ความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มความคล่องตัวและประสิทธิภาพในงาน โดยพบสิ่งสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชนในเรื่องการเข้าใจสิทธิประโยชน์/การใช้งาน/การสื่อสาร/การรับบริการ หน่วยบริการมีความพร้อม ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ ความรู้ ประสบการณ์ และความพร้อมของระบบต่าง ๆ หน่วยบริการมีความพร้อมในระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ และโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ **พบข้อพึงระวังที่สำคัญ** ได้แก่ การระมัดระวังเรื่องพฤติกรรมของประชาชนที่อาจเปลี่ยนแปลงไป เช่น การข้ามขั้นตอนในการให้บริการจากปฐมภูมิไปสู่ทุติยภูมิที่ง่ายขึ้น การ Shopping ยาของผู้ป่วย การระมัดระวังเรื่องการจัดการค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

ที่เหมาะสม การระมัดระวังเรื่อง การระมัดระวังเรื่องความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากผลกระทบของการดำเนินงาน 30 บาทฯ

พบแนวทางการพัฒนาที่ควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ ในระยะต่อไป ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัล โดยการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผ่านระบบหมอพร้อมแพลตฟอร์ม การพัฒนาระบบบริการอัจฉริยะหรือโรงพยาบาล Smart Hospital โดยการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการ การพัฒนาคุณภาพระบบ การส่งต่อ การพัฒนาระบบบริการทางไกล การพัฒนาระบบบริการ Home Service การพัฒนาระบบการเงินการคลัง การพัฒนาระบบ การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการ การร่วมคิดร่วมทำร่วมดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยการอบรมออนไลน์ (e-Learning) การติดตามและประเมินผลบุคลากร **พบภาคีเครือข่ายความร่วมมือที่สำคัญ** ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดฯ และหัวหน้าส่วนราชการ ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดที่สั่งการในระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำท้องที่ซึ่งมีทรัพยากรในการสนับสนุนและประชาชนให้ความไว้วางใจพร้อมให้ความร่วมมือ

2. การพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

ผู้วิจัย ได้ตั้งคณะทำงานพัฒนายุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตร

ประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย โดยได้เชิญผู้แทนผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในจังหวัดนำร่องระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ประกอบด้วย ผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนหน่วยบริการทุกระดับ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เชิญเป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะ พร้อมทีมวิจัยรวมจำนวน 30 ท่าน โดยจัดประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนา (ร่าง) ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย ในวันที่ 3-5 เมษายน 2567 ณ ห้องประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการ วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบที่สำคัญ ประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ SWOT Analysis วิเคราะห์ SPIDER CHART หรือ ขอบเขตและทิศทางของยุทธศาสตร์ พบว่า อยู่ตำแหน่ง STAR หรือตำแหน่งยุทธศาสตร์เชิงรุก และดำเนินการระดมสมองจัดทำ TOWS METRIX นำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ฯ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน นำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย ไปสู่การปฏิบัติในจังหวัดนำร่องระยะที่ 1 จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดแพร่ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดนำร่องระยะที่ 2 จำนวน 4 จังหวัด นำร่อง ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดพังงา จังหวัดเพชรบูรณ์

จังหวัดสิงห์บุรี ในระยะเวลา 3 เดือน ดำเนินการติดตามเยี่ยม เดือนละ 1-2 ครั้งต่อเดือน เพื่อพัฒนาปรับปรุง ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว สามารถสรุป ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย ดังนี้

วิสัยทัศน์ ได้แก่ ประชาชนไทย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว **พันธกิจ** ได้แก่ (1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็วมีคุณภาพ (2) พัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองเพื่อการดูแลสุขภาพทุกมิติ (3) พัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ **มีเป้าหมาย** ได้แก่ ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ มี **8 ยุทธศาสตร์** ในการดำเนินการ ได้แก่ (1) เร่งรัดพัฒนาคุณภาพบริการให้มีศักยภาพระดับอัจฉริยะ (2) เสริมสร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ (3) การพัฒนาระบบข้อมูลด้วยเทคโนโลยีและดิจิทัลสุขภาพ (4) พัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพสูง (5) พัฒนาศักยภาพเพื่อยกระดับบุคลากรและอาสาสมัครทางการแพทย์และสาธารณสุข (6) พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก การรับฟังความคิดเห็น และการตอบโต้ข่าว (7) พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (8) พัฒนางานวิจัยและประเมินผลระดับพื้นที่และประกอบด้วยมาตรการดำเนินการ จำนวน 33 มาตรการ และตัวชี้วัดในการควบคุมกำกับประเมินผล จำนวน 23 ตัวชี้วัด ดังภาพ

วิสัยทัศน์
 ประชาชนไทย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว
 bath of 1 ID card for treatment anywhere

พันธกิจ		1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ 2. พัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองเพื่อการดูแลสุขภาพทุกมิติ 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ					
เป้าหมาย		ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ					
ยุทธศาสตร์ 1	ยุทธศาสตร์ 2	ยุทธศาสตร์ 3	ยุทธศาสตร์ 4	ยุทธศาสตร์ 5	ยุทธศาสตร์ 6	ยุทธศาสตร์ 7	ยุทธศาสตร์ 8
เร่งรัดพัฒนาคุณภาพบริการให้มีศักยภาพระดับอัจฉริยะ	เสริมสร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ	พัฒนาระบบข้อมูลด้วยเทคโนโลยีและดิจิทัลสุขภาพ	พัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพสูง	พัฒนาศักยภาพเพื่อยกระดับบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข	พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกและตอบโต้ข่าว	พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	พัฒนางานวิจัยและประเมินผลระดับพื้นที่
9 มาตรการเพิ่มหน่วยบริการ, พัฒนาข้อมูล PHR, พัฒนา รพ. อัจฉริยะ, พัฒนาระบบส่งต่อ, เปิดให้บริการทางไกล, พัฒนา Home Service, คิวออนไลน์, การส่งยาถึงบ้าน, การชำระเงินออนไลน์	3 มาตรการพัฒนาศูนย์อำนาจฯ, บูรณาการร่วมกับ พชด/พชม, สร้างความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งรัฐและเอกชนร่วมดำเนินงาน	6 มาตรการเร่งรัด Personal & Health ID, พัฒนา HAIT, การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ, ระบบปฏิบัติการหนึ่งเดียว, พัฒนา Data Security, พัฒนาศักยภาพสูง	4 มาตรการพัฒนาระบบตรวจสอบค่าใช้จ่าย, พัฒนาระบบการเบิกจ่าย, เพิ่มศักยภาพศูนย์เรียกเก็บ, พัฒนาศูนย์ไกล่เกลี่ยและแก้ไขปัญหา	2 มาตรการพัฒนาบุคลากรในการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลสุขภาพ, พัฒนาบุคลากร/อสม./จิตอาสาสุขภาพให้เป็นนักสุขภาพพื้นที่/ เป็น Health Rider / เป็น Care Giver	4 มาตรการพัฒนาศูนย์จัดการข้อมูลแบบเบ็ดเสร็จ, พัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์, การตอบโต้ข่าว Fake News, รณรงค์ และ Kick off ระดับจังหวัด	2 มาตรการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ, พัฒนาระบบตรวจสอบและควบคุมภายใน	2 มาตรการพัฒนาระบบควบคุมกำกับและประเมินผลโครงการ 30 บาท, พัฒนางานวิจัยประเมินผลโครงการ 30 บาท
7 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด	3 ตัวชี้วัด	4 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด	1 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด

ภาพ 2 ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

3. การประเมินผล ยุทธศาสตร์ในการ พัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตร ประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

3.1 การประเมินผล ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ต่อยุทธศาสตร์ในการ พัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตร ประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้ ส่งแบบประเมินผลไปให้ผู้เชี่ยวชาญฯ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในจังหวัด นำร่อง ระยะที่ 1 และจังหวัด นำร่อง ระยะที่ 2 รวม จำนวน 8 จังหวัด 186 คน และนำแบบประเมินผล ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ต่อ ยุทธศาสตร์ฯ มาวิเคราะห์ สามารถสรุป ข้อค้นพบ ดังนี้ **ด้านลักษณะประชากร** พบว่า ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.7) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.6) ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 54.3) ดำรงตำแหน่งเป็นนักวิชาการ สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.4) **ผลการ ประเมินผล** พบว่าความถูกต้อง ของยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.25, S.D=0.54$) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด ($\bar{X}= 4.56, S.D = 0.53$) รองลงมาคือ วัสดุภัณฑ์ ($\bar{X}=4.36, S.D=0.65$) พันธกิจ ($\bar{X}=4.34, S.D=0.44$) ตามลำดับ โดยชื่อยุทธศาสตร์ฯ มีค่าเฉลี่ยน้อย ที่สุด ($\bar{X}= 4.09, S.D= 0.68$) ส่วน ความเหมาะสม ของยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.20, S.D=0.54$) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ย สูงที่สุด คือ วัสดุภัณฑ์ ($\bar{X}= 4.35, S.D = 0.64$) รองลงมาคือ พันธกิจ ($\bar{X}= 4.31, S.D = 0.65$) และ ยุทธศาสตร์ ($\bar{X}=4.34, S.D=0.44$) ตามลำดับ โดย ชื่อยุทธศาสตร์ฯ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}= 4.11,$

$S.D = 0.69$) ส่วน ความเป็นไปได้ ของยุทธ ศาสตร์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.41, S.D=0.60$) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ พันธกิจ ($\bar{X}= 4.19, S.D = 0.70$) รองลงมา คือ วัสดุภัณฑ์ ($\bar{X}=4.17, S.D=0.65$) และยุทธศาสตร์ ($\bar{X}= 4.11, S.D = 0.72$) ตามลำดับ โดย มาตรการ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}= 3.97, S.D = 0.79$)

3.2 การประเมินผลความสำเร็จของ ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุก ที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย โดย ผู้วิจัย ประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่สามารถเก็บ ได้จาก ระบบรายงานปกติ จากระบบรายงานผล การดำเนินงานตามนโยบาย Quick win ของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกตัว ชี้วัดสำคัญ จำนวน 10 ตัวชี้วัด มีข้อค้นพบด้านผล สำเร็จตามตัวชี้วัดสำคัญดังนี้ (1) ผลการดำเนินงาน ยืนยันตัวตนของบุคลากรทางการแพทย์หรือ Provider ID มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 10,140 คน (ร้อยละ 49.90) เป็น 13,930 คน (ร้อยละ 68.56) (2) ผลผลการดำเนินงานยืนยันตัวตนของ ประชาชนหรือ Health ID มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 1,250,337 คน (ร้อยละ 46.28) เป็น 1,412,863 คน (ร้อยละ 53.30) (3) ผลการดำเนินงานเชื่อมโยง ข้อมูลผู้ป่วย (PHR) มีผลงานครบทั้ง 49 แห่ง หรือ ร้อยละ 100 (4) ผลการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาล อัจฉริยะ (SMART HOSPITAL) มีโรงพยาบาล ที่ผ่านการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ จำนวน 49 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100 โดยผ่านระดับ พื้นฐานจำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 34.69) ผ่านระดับเงิน จำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 85.71) ผ่านระดับทอง จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 2.04) ผ่านระดับเพชร จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 10.20) (5) ผลการดำเนินงาน

พัฒนาคุณภาพมาตรฐานด้าน HAIT จากไม่มีโรงพยาบาลใดสามารถยื่นขอประเมินผลได้เพิ่มเป็น มีโรงพยาบาลสามารถยื่นขอประเมินผลการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานด้าน HAIT จำนวน 10 แห่ง (20.40%) (6) ผลการดำเนินงานพัฒนาการแพทย์ทางไกล มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 41 แห่ง (ร้อยละ 83.67) เป็น โรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ 48 แห่ง (ร้อยละ 97.96) (7) ผลการดำเนินงานส่งยาผ่าน Health Rider มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 34 แห่ง (ร้อยละ 69.39) เป็น โรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ 45 แห่ง (ร้อยละ 91.84) (8) ผลการดำเนินงานส่งยาทางไปรษณีย์มีผลงานเพิ่มขึ้นจากโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ 34 แห่ง (ร้อยละ 69.39) เป็น 45 แห่ง (ร้อยละ 91.84) (9) การนัดหมายออนไลน์ มีผลงานเพิ่มขึ้นจากโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ 41 แห่ง (ร้อยละ 83.39) เป็น 46 แห่ง (ร้อยละ 93.88) (10) ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล มีผลงานเพิ่มขึ้นจากจากโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ 43 แห่ง (ร้อยละ 87.76) ผลงานออกใบรับรองดิจิทัล จำนวน 250 ราย เป็น 46 แห่ง (ร้อยละ 93.88) ผลงานออกใบรับรองดิจิทัล จำนวน 1,602 ราย

อภิปรายผล

1. ด้านสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

ในการขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในระยะที่ 1 ทุกจังหวัดมีเป้าหมายที่มุ่งเน้นให้ทุกหน่วยบริการในจังหวัด ต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยให้

ความสำคัญในเรื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการ การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ โดยพบว่าทีมผู้บริหารระดับจังหวัดมีประสบการณ์ในการบริหารและดำเนินงานหลักประกันสุขภาพสุขภาพ มีความพึงพอใจต่อนโยบายนี้ ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย และคณะ^[4] ที่กล่าวว่าในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดส่วนใหญ่มีการเร่งรัดผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ พบความต้องการของประชาชน ได้แก่ การใช้บัตรประชาชนใบเดียวสามารถรักษาได้ทุกที่โดยไม่ต้องจ่ายเงิน การมีระบบการรับส่งยาถึงบ้านที่หลากหลายวิธีการจองคิวและนัดหมายล่วงหน้าได้ การรักษาและให้คำปรึกษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลได้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ และขอใบรับรองแพทย์ได้ พบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ การยืนยันตัวตนของประชาชนยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มยังไม่เห็นความสำคัญ มีข้อจำกัดในการใช้ Application ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสมาร์ตโฟน ไม่มีอินเทอร์เน็ต พบว่าการทำงานเชิงรุกยังไม่เชื่อมต่อกับ รพ.สต. ถ่ายโอนฯ มีเวลาจำกัดมีอุปกรณ์จำกัด ระบบระบบข้อมูลหรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้องไม่พร้อมใช้งาน การเบิก-จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลระบบส่ง เคมรมประกันระบบส่งข้อมูลผู้ป่วยยังเป็นปัญหา ระบบความปลอดภัยทางไซเบอร์ไม่มีความพร้อม ระบบ การรายงานการจัดเก็บข้อมูลการประมวลผลข้อมูลยังไม่ชัดเจน ระบบปฏิบัติการที่มีความแตกต่างกันของหน่วยบริการรัฐและเอกชน ระบบเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย PHR

ยังไม่ครอบคลุม การประชาสัมพันธ์โครงการฯ ยังไม่ทั่วถึง และความไม่ชัดเจนเชิงนโยบาย ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการในทุกระบบที่สะดวกรวดเร็วมีประสิทธิภาพ การสื่อสารประชาสัมพันธ์และรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้าน การพัฒนา โครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลทางสุขภาพของหน่วยบริการที่ส่งผลให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบายในเข้ารับบริการ อาทิ การจองคิวออนไลน์ การชำระเงินออนไลน์ ประวัติสุขภาพออนไลน์ การพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มความคล่องตัวและประสิทธิภาพในงาน โดยพบสิ่งสนับสนุน ที่สำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชนในเรื่องการเข้าใจสิทธิประโยชน์/การใช้งาน/การสื่อสาร/การรับบริการ หน่วยบริการมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ยาเวชภัณฑ์ ความรู้ ประสบการณ์ และความพร้อมของระบบต่าง ๆ หน่วยบริการมีความพร้อมในระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและ โครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ การสนับสนุนทรัพยากรที่พอเพียงและตรงความต้องการ จะทำให้เกิดประสิทธิภาพ คุณภาพในการดำเนินงานมากขึ้นในระยะต่อไปที่ยังไม่มีการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ผลกระทบการดำเนินงานก่อนการดำเนินงาน การระมัดระวังเรื่องความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากผลกระทบของ การดำเนินงาน 30 บาทฯ สอดคล้อง

กับงานวิจัยของสุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และคณะ⁴⁾ ที่กล่าวว่าทุกจังหวัดส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญกับการ แก้ไขปัญหาาระบบข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยใน เพื่อการเบิกจ่ายและการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา คงพลี⁵⁾ ที่กล่าวว่า การพัฒนาด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่วัสดุอุปกรณ์ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพ พบแนวทางการพัฒนาที่ควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ในระยะต่อไป ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัล โดยการพัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผ่านระบบหมอพร้อมแพลตฟอร์ม การพัฒนาระบบบริการอัจฉริยะหรือโรงพยาบาล Smart Hospital โดยการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการ การพัฒนาคุณภาพระบบการส่งต่อ การพัฒนาระบบบริการทางไกล การพัฒนาระบบบริการ Home Service การพัฒนาระบบการเงินการคลัง โดยการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ การพัฒนาคุณภาพข้อมูลและการตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาล การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการ การร่วมคิดร่วมทำ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบ สอดคล้องกับแนวคิดของเทพศักดิ์บุญจรตน์พันธุ์⁵⁾ ที่กล่าวว่า ความสำคัญการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ไว้ว่า การบริหารเชิงยุทธศาสตร์ทำให้องค์กรภาครัฐมียุทธศาสตร์ต่าง ๆ ที่ชี้ทิศทางของการบริหารองค์กรในระยะยาวได้อย่างชัดเจน โดยทุกยุทธศาสตร์ที่กำหนดขึ้นมาจะถูกใช้เป็น แรงขับเคลื่อนที่สำคัญมากเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ที่องค์กรได้กำหนดไว้ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยการอบรมออนไลน์ (e-Learning) การติดตามและประเมินผลบุคลากรการศึกษาวิจัย การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อการดำเนินงานในระบบที่มีความสะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบ การสื่อสารประชาสัมพันธ์และการรับฟังความคิดเห็น เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึงสามารถแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัยและคณะ^[4] ที่กล่าวว่าในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับทิศทางและยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพพบภาคีเครือข่ายความร่วมมือ ที่สำคัญได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดฯ และหัวหน้าส่วนราชการ ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดที่สั่ง การในระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำท้องที่ซึ่งมีทรัพยากรในการสนับสนุน และประชาชนให้ความไว้วางใจพร้อมให้ความร่วมมือ

2. การพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ 3 พันธกิจ 1 เป้าหมาย 8 ยุทธศาสตร์ 33 มาตรการ 23 ตัวชี้วัด สอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา คงพลี^[6] ที่กล่าวว่า การพัฒนาด้านโครงสร้างการทำงาน การพัฒนาด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่วัสดุอุปกรณ์ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์และการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติตามโครงการหลักประกันสุขภาพ เมื่อได้มีการนำไปปฏิบัติในจังหวัดระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ในระยะเวลา 3 เดือน พบว่ามีการผสม

ผสาน เป้าหมาย พันธกิจ ในเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การพัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง การพัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เข้าร่วมดำเนินการด้วย ในด้านเป้าหมาย ทุกจังหวัดมี การผสมผสานและตั้งเป้าหมายเพิ่ม เพื่อให้สอดคล้องเชื่อมโยงกับนโยบาย 30 บาทฯ โดยทุกจังหวัดให้ความสำคัญกับเป้าหมาย เรื่องของ ประชาชนจะต้องได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา คงพลี^[6] ที่กล่าวว่า เป้าหมาย พันธกิจ ที่ชัดเจน จะทำให้การพัฒนางานประสบความสำเร็จ ในด้าน 8 ยุทธศาสตร์ 33 มาตรการ 23 ตัวชี้วัด ทุกจังหวัด มีการผสมผสานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของจังหวัดตนเอง และมีการเชื่อมโยงทั้ง 8 ยุทธศาสตร์ เข้าไปด้วย โดยมีรายละเอียดเนื้อหาการกระตุ้น เร่งรัด ติดตาม การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ อย่างเข้มข้น และจริงจัง สอดคล้องกับงานวิจัยของพงศวิสิษฐ์ แก้วชัยและจิตติมา โห้ถ่ายอง^[7] ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพ สอดคล้องกับบุคลากร ความสะดวกรวดเร็วในการได้รับบริการ และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

3. การประเมินผลข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

เมื่อได้มีการนำยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย ไปปฏิบัติในระดับจังหวัดและพื้นที่ของตนเอง ในระยะเวลาหนึ่ง ได้มีการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสมความเป็นไปได้ ต่อยุทธศาสตร์ฯ พบว่า ทั้ง ความถูกต้อง ความเหมาะสมความเป็นไปได้ ของยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 เรื่อง

ส่วนประเมินผลความสำเร็จของยุทธศาสตร์ฯ โดยประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่สามารถเก็บได้จากระบบรายงานปกติ จากระบบรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบาย Quick win ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกตัวชี้วัดสำคัญจำนวน 10 ตัวชี้วัด ในจังหวัดนำร่องระยะที่ 1 และจังหวัดนำร่องระยะที่ 2 พบว่าผลการดำเนินงานยืนยันตัวตนของบุคลากรทางการแพทย์หรือ Provider ID ผลผลการดำเนินงานยืนยันตัวตนของประชาชนหรือ Health ID ผลการดำเนินงานเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย (PHR) ผลการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานด้าน HAIT ผลการดำเนินงานพัฒนาการแพทย์ทางไกล ผลการดำเนินงาน ส่งยาผ่าน Health Rider ผลการดำเนินงาน ส่งยาทางไปรษณีย์ ผลการดำเนินงาน การนัดหมายออนไลน์ ผลการดำเนินงาน ใบบรรองแพทย์ดิจิทัล มีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ทกตัวชี้วัด สอดคล้องกับงานวิจัยของนิชนันท์ สุวรรณกัญ สุภัทร นักรู้กำลังพัฒนา และเรืองศิลป์ เกื่อนนาดี^[8] และสอดคล้องกับงานวิจัยของพงศวิญญู แก้วชัยและจิตติมา โห้ถ้อย^[7] ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพ สอดคล้องกับบุคลากร ความสะดวกรวดเร็วในการได้รับบริการ และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการหลักประกันสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย มีความถูกต้องเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ สามารถนำไป

ใช้ในการดำเนินงานตามนโยบาย 30 รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ได้ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ควรนำไปเป็นนโยบาย หรือกำหนดเป็นมาตรการในการปฏิบัติ เพื่อให้ทุกจังหวัดที่จะดำเนินการนำร่องการดำเนินงาน 30 รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ใน Phase 3 และ Phase 4 ได้ถือเป็นนโยบายหรือมาตรการในการปฏิบัติต่อไป

1.2 จากผลการวิจัย พบว่า มีข้อเสนอในการแก้ไขพัฒนา โดยประกอบไปด้วย 1 เป้าหมาย 8 ยุทธศาสตร์ 33 มาตรการ และ 23 ตัวชี้วัด ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพทุกเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ควรนำไปเป็นแนวทางหรือมาตรการในการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกจังหวัดที่มีการดำเนินงานตามนโยบาย 30 รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อไป

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

2.1 ความสำคัญของการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ให้สำเร็จได้ อยู่ที่การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ และการควบคุมกำกับประเมินผล ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ดังนั้น ผู้บริหารในระดับพื้นที่ทุกระดับ ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ทุกระดับ จึงควรสร้างเครือข่ายในการทำงาน สร้างทีมงานและให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม สร้างกระบวนการและสร้างกลไกในการทำงาน การแก้ไขปัญหาบางอย่างเป็นระบบ สร้างการสื่อสารทำความเข้าใจ สร้างกระบวนการควบคุมกำกับประเมินผล โดยเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2.2 ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย เกิดจากการนำนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลปัจจุบัน ผสมผสมกับแนวคิดทฤษฎีการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ และสะท้อนบริบทที่เกิดขึ้นจริงในระดับจังหวัดที่กำลังดำเนินการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงสามารถนำข้อค้นพบ ไปประยุกต์ใช้ได้ในทุกพื้นที่ทุกระดับตั้งแต่ระดับเขตระดับจังหวัดระดับอำเภอระดับตำบลหรือนำไปปรับใช้ได้โดยไม่ควรละเลยข้อค้นพบ ที่เป็นความต้องการ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญ แนวทางแก้ไขข้อพึงระวัง ฯลฯ แต่ควรเร่งแก้ไขพัฒนาเพื่อให้ยุทธศาสตร์ใน การพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อย่างแท้จริงต่อไป

3. ข้อเสนอเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผล ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

[1] กระทรวงสาธารณสุข.แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ.2560-2565 และแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

[2] สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.พระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2562 ใน ราชกิจจานุเบกษา. (ตอน 4ก).

6 ตุลาคม 2562 เล่ม 1, 2562.

[3] โอภาส การย์กวินพงศ์. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

[4] สุกสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และคณะ. การอุดหนุนและเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างสถานบริการในการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะนำร่อง. พิษณุโลก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2546.

[5] เทพศักดิ์ บุญรัตพันธ์. การศึกษานโยบายสาธารณะของไทยกรณีศึกษานโยบายการบริการกิจการบ้านเมืองที่ดี ในประมวลสาระชุดวิชานโยบายสาธารณะ หน่วยที่ 8 สาขาวิชาวิทยาการจัดการ. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา; 2553

[6] โชติกา คงพลี. ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.

[7] พงศ์วิชัย แก้วชัย และ จุติมา ให้อภัยอง. ความพึงพอใจต่อการให้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารราชชนรินทร์ 2560; มกราคม - มิถุนายน : 73-9.

[8] นิชนันท์ สุวรรณคุณ สุภภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ และ เรืองศิลป์ เกื้อนนาคี. การรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2562; 13(3) : 339 - 49.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ฅนศึกษา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

Development of the health resource management model of the District Public Health Office Under the transfer of the Sub-district Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization, a case study of the District Public Health Office, Nakhon Ratchasima Province

กวี ชื่นจอหอ

Kawee Chinjoho

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office

เบอร์โทรศัพท์ 08-1878-7167 ; E-mail : kawee_c@yahoo.com

วันที่รับ 21 มิ.ย. 2567; วันที่แก้ไข 26 มิ.ย. 2567; วันที่ตอบรับ 28 มิ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (2) พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (3) ประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด นครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ (1) สาธารณสุขอำเภอที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 27 คน และเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอค้ำบริหารและผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอค้ำวิชาการ จำนวน 54 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสารการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม

การสังเกตพฤติกรรมแบบไม่มีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนก และจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถส่งคืนที่ดินและส่งคืนอาคารและสิ่งปลูกสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนฯ แก่กรมธนารักษ์ ได้เรียบร้อย จำนวน 42 แห่ง (23.07%) ส่วนการบริหารแผนงานด้านสุขภาพ ให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพประจำปีร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา (2) การพัฒนารูปแบบฯ พบว่า สาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทหน้าที่ บริหารจัดการด้านงบประมาณสุขภาพ, บริหารจัดการด้านบุคลากรสุขภาพ, บริหารจัดการด้านสินทรัพย์พัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง, บริหารจัดการด้านระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข, บริหาร

จัดการด้าน การส่งเสริมสุขภาพและควบคุม ป้องกันโรค,บริหารจัดการ ด้านแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพ, ประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น, บริหารจัดการระบบข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ,ปฏิบัติตาม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (3) การประเมิน ผลรูปแบบฯ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X}=4.05$, $S.D. = 0.07$) การประเมินผล สำเร็จจากตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เช่น การเบิก-จ่ายงบประมาณของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอทันเวลา มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 20 แห่งเป็นครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) การจัดทำแผน ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ มีผล งานเพิ่มขึ้นจาก 19 แห่งเป็นครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) และหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์ ประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบตรวจสอบและ ควบคุมภายใน มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 25 แห่งครบ ทุกแห่ง (ร้อยละ 100) ข้อเสนอแนะ คือ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ควรเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับ องค์กรบริหารส่วนจังหวัดในการสนับสนุนรูปแบบ การบริหารทรัพยากรสุขภาพของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ในหลายๆ ด้าน ควรเพิ่ม ช่องการสื่อสารที่หลากหลาย และการสื่อสาร สาธารณะที่มากขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การบริหารจัดการ ทรัพยากรสุขภาพ; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ; การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

This is action research. The objectives are to: (1) study the current situation, problems, and health resource management of the District Public Health Office; (2) develop a model for health re-

source management of the District Public Health Office; and (3) evaluate the health resource management model of the District Public Health Office under the transfer of Sub-district Health Promoting Hospital to the Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization. The sample groups in the research include: (1) district public health officials who have transferred sub-district health promoting hospitals to the Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization, totaling 27 people; and (2) district public health assistants in administrative matters and district public health assistants in academic matters, totaling 54 people. Research instruments include document analysis, in-depth interviews, focus groups, and non-participant behavioral observation. Data analysis section Qualitative data analysis involves classifying and grouping data.

This research found that (1) the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office is able to return land, buildings, and structures of sub-district health-promoting hospitals to the Treasury Department, totaling 42 places (23.07%) in the health plan administration section. An annual strategic health plan must be prepared jointly between the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office and the Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization. (2) Development of health budget management models Has the duty to manage the budget in the basic budget category. Management of health personnel It is responsible for preparing the annual personnel development plan and

managing the medical and public health service systems to assess the quality and standards of health service facilities. (3) In the evaluation of the model, the overall mean satisfaction was at a high level ($M = 4.05$, $S.D. = 0.07$), evaluating success from public health performance indicators such as timely disbursement and disbursement of the District Public Health Office's budget. There was an increase in work from 20 places (74.07%), preparation of strategic plans, and health action plans. There was an increase in work from 19 places (70.37%), and the district public health department passed the standard assessment criteria for the development of internal inspection and control systems. There was an increase in work from 25 places (92.59%). The suggestions are that the Provincial Public Health Office should be the main host, together with the Provincial Administrative Organization, to support the health resource management model of the District Public Health Office in many aspects and should add a variety of communication channels and greater public communication.

Keywords : Model development; Health resource management; District Public Health Office; Transferring of the Sub-district Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนราชการที่มีภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้แก่คนไทยทุกคนโดยไม่เลือกชนชั้น มีเป้าประสงค์

เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน^[1] และตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2562บัญญัติให้กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุมโรค การรักษาโรคภัย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน แบ่งโครงสร้างการบริหารงานเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค^[2] การบริหารราชการส่วนกลาง ประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง กรมต่าง ๆ มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับสนับสนุนภารกิจของรัฐบาล พัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ฯลฯ ส่วนการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมีอำนาจหน้าที่ พัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับพื้นที่ การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ การบริหารทรัพยากร มีโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยปฏิบัติการ มีหน้าที่ประสานงานและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นภาคีเครือข่ายทำงานด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้านชุมชน แต่ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีเป็นช่วงเวลาที่ท้าทายต่อศักยภาพของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในอันที่จะลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ประกอบกับการมุ่งเน้นที่จะสร้างความแข็งแกร่งให้กับประชาชนคนไทย ให้มีความอยู่เย็นเป็นสุข โดยสร้างการมีส่วนร่วมและใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในฐานะเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ หน่วยงานของรัฐต้องปรับตัว

ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนและภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมคิด ร่วมทำงานด้านสุขภาพในมิติต่าง ๆ มากขึ้น

นับตั้งแต่ประเทศไทยมีกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2540 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2550 ส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้พึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเอง ในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ระบุให้มีการปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นอิสระจากรัฐบาล มีความริเริ่มของตนเองให้มากขึ้น พร้อมอำนาจหน้าที่รอบด้านเพื่อสนองตอบความต้องการของท้องถิ่นหรือทำให้ความใฝ่ฝันของคนท้องถิ่นเป็นจริงมากขึ้น มีการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2543 ส่งผลสืบเนื่องมาถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2560 ที่ถูกนำมาบังคับใช้จนถึงปัจจุบัน เห็นได้จากในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ โดยในมาตรา 250 ระบุว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชน การพัฒนาระบบสุขภาพในท้องถิ่น มุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชุมชนเอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและจัดบริการสาธารณะ^[2] ประกอบกับกฎกระทรวงมหาดไทยซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาลการป้องกันและบำบัดรักษาโรคติดต่อและแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 ประกอบกับ

แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานอนามัยโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ด้วยความสอดคล้องต่อเนื่องของกฎหมายหลายฉบับ จึงทำให้รัฐบาลได้สร้างนโยบายสาธารณะด้านต่าง ๆ จำนวนมาก ซึ่งหนึ่งในนั้นมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพรวมอยู่ด้วย ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเป็นนโยบายที่สำคัญในระดับพื้นที่

องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นรูปแบบของการปกครองท้องถิ่น ที่ถือว่าเป็นเครื่องมือที่รัฐบาลให้แก่ประชาชน เพื่อที่ประชาชนในท้องถิ่นต่างๆมีอำนาจหน้าที่มีทรัพยากรมีกฎหมายเพียงพอที่จะสร้างบ้านสร้างเมืองของตนเองเป็นการสร้างประชาธิปไตยในระดับท้องถิ่นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วม ให้ประชาชนมีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม ด้วยความเสียสละด้วยความรับผิดชอบ และด้วยความกระตือรือร้นโดยประชาชนใช้อำนาจผ่านตัวแทน ซึ่งประชาชนจะหมายถึงประชาชนในเขตเลือกตั้ง (constituency) และจะเลือกตัวแทนหรือนักการเมืองที่รู้ความต้องการในเขตเลือกตั้งของตัวเอง^[3] โดยภายใต้พระราชบัญญัติสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2552 กำหนดให้เป็นองค์การที่เป็นนิติบุคคล มีสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำหน้าที่ทางนิติบัญญัติ มีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากประชาชนทำหน้าที่เป็นฝ่ายบริหาร มีพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบชัดเจนมีอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดจากผลตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงาน การบริหาร

งานบุคคลและการคลังขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และอำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกว้างขวางขึ้นอย่างมาก มีทั้งหน้าที่ที่ต้องกระทำ หน้าที่ที่อาจกระทำ หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ ซึ่งอำนาจหน้าที่เหล่านี้อยู่ในรูปของนโยบาย แผนงาน โครงการ ซึ่งก็คือ นโยบายสาธารณะที่จะต้องนำไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ และส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่อยู่ดีกินดี มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

การถ่ายโอนภารกิจของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการกระจายอำนาจการปกครองไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน รวมทั้งลดภาระของข้าราชการส่วนกลาง ให้อำนาจประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมใน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุข ได้ถ่ายโอนภารกิจแล้ว จำนวน 7 ภารกิจ ได้แก่ (1) การสนับสนุนเพื่อ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ งบประมาณ 525,090,000 บาท (2) การแก้ไขปัญหาคัดค้าน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ งบประมาณ 386,800,000 บาท (3) การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด งบประมาณ 832,478,000 บาท (4) การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก (5) การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน (6) การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และ (7) การส่งเสริมสุขภาพเด็กและผู้สูงอายุ และในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ.2550^[4] กระทรวงสาธารณสุข ได้ถ่ายโอนสถานีอนามัย 35 แห่งให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 30 แห่ง

ใน 23 จังหวัด โดยเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกระทรวงสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว และยึดหลัก การสถานีอนามัยไป บุคลากรสมัครใจไป อัตราตำแหน่งและเงินเดือนตามตัวไป

ในปีงบประมาณ 2566 ได้เริ่มมีการดำเนินการถ่ายโอน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกครั้งหนึ่ง โดยดำเนินการถ่ายโอน ในวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ตามมติคณะรัฐมนตรี (ครม.) เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 และวันที่ 26 กรกฎาคม 2565 โดยมี ครม.ดังกล่าวส่งผลให้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี(สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 3,264 แห่ง จากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 9,775 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.39 โดยมีการถ่ายโอนบุคลากร การด้านสาธารณสุข ไปทั้งสิ้น 21,829 ราย เป็นข้าราชการด้านสุขภาพ จำนวน 11,992 ราย และเป็นประเภทการจ้างงานอื่น ๆ จำนวน 9,837 ราย รวมจังหวัดที่มีการถ่ายโอนฯ จำนวนทั้งสิ้น 49 จังหวัด มีจังหวัดที่มีการถ่ายโอนฯ ไปทั้งจังหวัดจำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น ปราจีนบุรี มุกดาหาร หนองบัวลำภู และสุพรรณบุรี นอกนั้นมีการถ่าย โอนฯ ไปเพียงบางส่วนตามความพร้อมและ ความสมัครใจ ในการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข ได้มีระบบรองรับ การประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้การถ่ายโอนฯ ประสบความ

สำเร็จ ราบรื่น รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะหน่วยงานต้นสังกัดเดิม ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังต้องให้ช่วยเหลือดูแล เป็นที่ปรึกษา แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่าน อาทิ การจัดการระบบบริการด้านสุขภาพ การให้บริการด้านสุขภาพ การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ฯลฯ ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่ให้ข้อคิดเห็นว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องไม่ตัดขาดจากสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนแล้วในทันทีควรต้องมีบทบาทหนุนเสริมในด้านวิชาการ หรือการเป็นที่พึ่งพาได้ ทางวิชาการ ช่วยติดตาม และประเมินการถ่ายโอนอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของคณะกรรมการปกครองท้องถิ่น สถานิติบัญญัติ ที่ได้รายงานผลการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการ ปกครองท้องถิ่น เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2560 ที่ว่า กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการผลักดันสนับสนุน ส่งเสริมในการเตรียม การก่อนและหลัง การถ่ายโอนก่อให้เกิด ประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายของการถ่ายโอนฯสามารถบริการประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 32 แห่ง มีสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 347 แห่ง รวมทั้งสิ้น 348 แห่ง มีบุคลากรในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 146 คน มีบุคลากรในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 3,370 คน ในปี 2565 ได้มี

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ใน 27 อำเภอ จำนวน 182 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.3 เหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 166 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 47.7 มีบุคลากรสาธารณสุขถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 1,433 คน เหลือบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ได้ถ่ายโอนจำนวน 1,876 คน โดยจังหวัดนครราชสีมา ได้แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ตามคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ที่ 5461/2564 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่และมีวาระ การดำรงตำแหน่ง ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น และได้พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้เกิด การบริหารทรัพยากรทางด้านสุขภาพไปด้วยความเรียบร้อยและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดครอบคลุมหน่วยบริการทางด้านสุขภาพทั้งที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาและหน่วยบริการที่อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดิม โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านยุทธศาสตร์และแผนงาน และด้านติดตามและประเมินผล แต่ผลการดำเนินงานยังพบว่ามีข้อจำกัดในการดำเนินงานและความไม่ชัดเจนอยู่หลายประการ อาทิเช่น ระบบการบริหารและสนับสนุนงบประมาณทางด้านสุขภาพและโครงการหลักประกันสุขภาพการบริหารบุคลากรทางด้านสุขภาพ ระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบการควบคุมโรค ระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่จำเป็นและนอกจากนั้นยังมีข้อโต้แย้งและปัญหาที่เกิดขึ้น

หลายประการ โดยเฉพาะประเด็นการบริหาร ทรัพยากรที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการมี และการสนับสนุนทรัพยากรที่ไม่ชัดเจนและ มากพอ โครงสร้างองค์การที่ไม่สนับสนุน การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพ การขาดการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ สมรรถนะของบุคลากร รวมถึง ความไม่มั่นใจในสวัสดิการ บำเหน็จบำนาญ และ ผลประโยชน์อื่น ๆ ที่บุคลากรจะได้รับ^[5]

จากที่กล่าวมาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ใน 27 อำเภอ ยังต้องดำเนินการให้เป็นไปตาม บทบาทหน้าที่ ที่มีอยู่เดิม และยังคงต้องปรับ บทบาทให้สอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกัน ออกไป จึงส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ส่ง ผลกระทบต่อการอภิบาลระบบสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบกับจาก ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในการถ่ายโอนสถานี อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังพบ ว่ามีข้อจำกัดในการดำเนินงานและความไม่ชัดเจน อยู่หลายประการ โดยเฉพาะ ระบบการบริหารและ สนับสนุนงบประมาณทางด้านสุขภาพและงบ ประมาณระบบหลักประกันสุขภาพ การบริหาร บุคลากรทางด้านสุขภาพ ระบบการสนับสนุน ทรัพยากรในการควบคุมป้องกันโรค และระบบ สนับสนุนอื่น ๆ ที่จำเป็น โดยเฉพาะการบริหาร ทรัพยากรสุขภาพที่ไม่ชัดเจน เป็นไปตามระเบียบ ของทางราชการ และมากเพียงพอ ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษา รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากร สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ประชาชนและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันสภาพปัญหา การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การโอนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วน จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ ทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุข อำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด นครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผล รูปแบบการบริหาร จัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วน จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

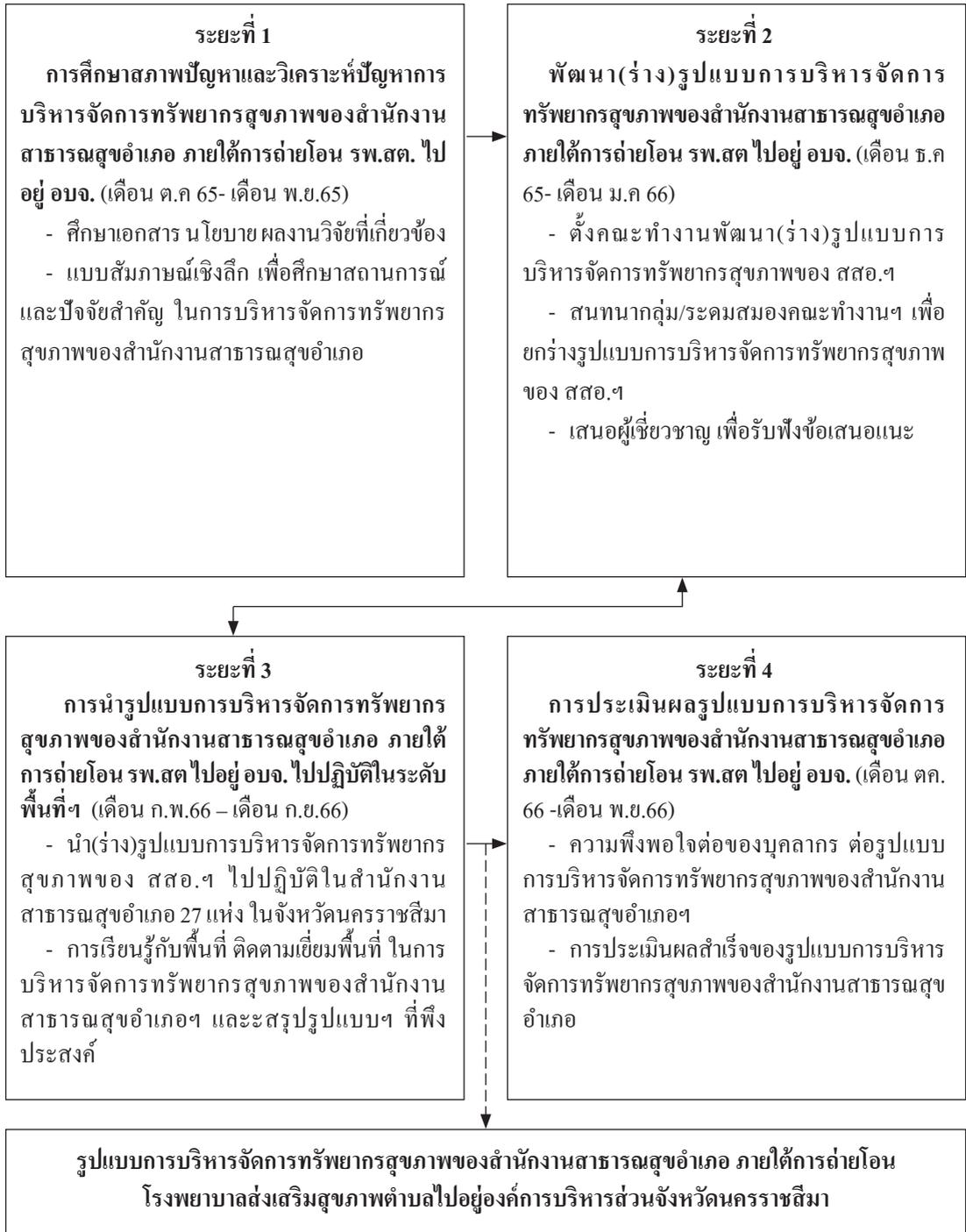
ผู้วิจัยจะศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยเป็นการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการ บริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัด นครราชสีมา จำนวน 27 อำเภอ

ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ (1) เป็น สาธารณสุขอำเภอที่บริหารสำนักงานสาธารณสุข อำเภอที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด นครราชสีมาในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 27 คน (2) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ด้านบริหาร และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอด้าน วิชาการ จำนวน 54 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 81 คน

ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1)

สาธารณสุขอำเภอที่บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 27 คน (2) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ด้านบริหาร และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ด้านวิชาการ จำนวน 54 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 81 คน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ ดังนี้

2.1 แบบวิเคราะห์เอกสารและรายงาน ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ทั้งใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบไม่มีโครงสร้าง ในการศึกษา แนวทางพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยประกอบด้วยข้อมูลลักษณะประชากร จำนวน 7 ข้อ และประเด็นศึกษาครอบคลุม 10 ประเด็นทุกที่ที่เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่บริหารจัดการของสาธารณสุขอำเภอ

2.3 แบบคำถามการสนทนากลุ่ม ของคณะ

พัฒนารูปแบบฯ และผู้เกี่ยวข้อง ประชุม จำนวน 1 ครั้ง 25 คน เพื่อระดมสมองร่างรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ครอบคลุม 10 ประเด็นทุกที่ที่เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่บริหารจัดการของสาธารณสุขอำเภอ

2.4 แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ด้าน การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และด้านการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ เพื่อให้ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ ในประเด็นบทบาทหน้าที่บริหารจัดการของสาธารณสุขอำเภอ

2.5 แบบประเมินผล ความพึงพอใจ การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ประกอบไปด้วยคำถามลักษณะสำคัญประชากร 7 ข้อ คำถามประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 คำถามแบบ Rating Scale ได้แก่ ไม่พึงพอใจ น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยกำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่มีโครงสร้าง แบบสนทนากลุ่ม แบบแสดงความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ แบบประเมินความพึงพอใจ เมื่อสร้างคำถาม จัด

รูปแบบและโครงสร้างแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำเครื่องมือทั้ง 3 แบบ ไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ด้าน จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยตลอดจนภาษาที่ใช้ ผลทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้หาค่า IOC 0.89 และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความเที่ยง จึงอาศัยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพียงอย่างเดียว

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเอกสารวารสาร บทความ สิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ เอกสารสรุปประชุมของคณะกรรมการฯ แผนงาน/โครงการ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบการวิเคราะห์เอกสาร จำนวน 1 ชุด

4.2 ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลจากการสำรวจ (survey research) ด้วยแบบวิเคราะห์เนื้อหา แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความรู้ แบบสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจ ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล นำไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่และ ค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านบริหารทรัพยากรต่าง ๆ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเป็นการนำข้อมูลจากการสังเกต การสนทนากลุ่ม มาทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความเพียงพอและความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อความครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

5.2.1 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (data triangulation) โดยการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งประกอบด้วยแหล่งเวลา สถานที่และบุคคล โดยพิจารณาข้อมูลที่ได้มาในแต่ละจุดเป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือซ้ำ ๆ กับผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้และเป็นข้อมูลจริงและเชื่อถือบันทึกได้

5.2.2 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) ผู้วิจัยใช้การสังเกต ในแต่ละกิจกรรมควบคู่กับการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

5.3 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.3.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ

(percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

5.3.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

6. การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2023-115 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2565 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้แจ้งวัตถุประสงค์ การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินการ สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

จากการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปประเด็นสำคัญในการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ภายใต้การโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ได้ดังนี้

(1) ด้านที่ดินสิ่งปลูกสร้างและครุภัณฑ์ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 182 แห่ง พบว่ากระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถส่งคืนที่ดินและสิ่งปลูกสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนฯ แก่กรมธนารักษ์ ได้เรียบร้อยแล้วจำนวน 42 แห่ง (23.07%) อยู่ระหว่างรอ การพิจารณารับขึ้นทะเบียนอาคารและสิ่งปลูกสร้างจากกรมธนารักษ์ จำนวน 54 แห่ง (29.67%) อยู่ระหว่างนำส่งขึ้นทะเบียนที่ราชพัสดุ จำนวน 51 แห่ง (28.03%) อยู่ระหว่างตรวจสอบข้อมูลที่ดินในครอบครอง จำนวน 35 แห่ง (19.23%) พบปัญหาโดยรวม ได้แก่ การไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่ดินมาตั้งแต่การเริ่มที่ครอบครองที่ดินสิ่งปลูกสร้าง การไม่ดำเนินการส่งคืนที่ราชพัสดุตามแบบ ทบ.6 หรือนำส่งคืนที่ราชพัสดุแต่ที่ยังไม่ได้นำที่ดินหรืออาคารและสิ่งปลูกสร้างขึ้นทะเบียนให้เรียบร้อยแล้ว ฯลฯ ส่วนด้านครุภัณฑ์ มีปัญหาไม่มาก โดยจะติดปัญหาในประเด็นการดำเนินการตามระเบียบพัสดุ ได้แก่ กระบวนการตัดโอนทะเบียนครุภัณฑ์จากสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ไปขึ้นเป็นทะเบียนครุภัณฑ์สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

(2) ด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่าเป็นข้าราชการถ่ายโอนฯ จำนวน 785 คน (52.48%) เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 486 คน (32.53%) เป็นลูกจ้าง

จำนวน 166 คน (11.11%) เป็นลูกจ้างเหมาบริการ จำนวน 58 คน (3.88%) พบปัญหา ได้แก่ บุคลากรที่ถ่ายโอนฯ มี จ.18 ไม่ตรงโดยประมาณร้อยละ 50 และผู้ที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอน จะต้องหาส่วนราชการใหม่ให้ไปปฏิบัติงานแทน และพบว่าบุคลากรไม่มีความประสงค์จะถ่ายโอนฯ และมีบุคลากรส่วนหนึ่งถ่ายโอน จึงทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งนั้นมีบุคลากรไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานหรือให้บริการประชาชน

(3) ด้านงบประมาณหลักประกันสุขภาพ ในระยะเริ่มต้นของการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังคงสถานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้มีการถ่ายโอนไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด นครราชสีมาแล้วก็ตาม และให้ได้รับเงินหลักประกันสุขภาพจากหน่วยบริการประจำแม่ข่าย ในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพไปก่อน โดยหน่วยบริการประจำ แม่ข่ายจะจัดสรรให้ตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละเครือข่ายได้ทำข้อตกลงกำหนดไว้โดยไม่น้อยกว่าปีที่ผ่านมา ไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณก่อนการถ่ายโอน และต้องเสมอภาคเท่าเทียมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ยึดรูปแบบการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2565 ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 ในส่วนการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพเพื่อสนับสนุนค่าเวชภัณฑ์ยาและมิใช่ยา ให้สนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ เท่ากับจำนวนงบประมาณค่าเวชภัณฑ์ยาและมิใช่ยาในปีที่ผ่านมา

โดยสนับสนุนในรูปของการยืมเวชภัณฑ์ยาและมิใช่ยาในช่วงแรกไปก่อน จนกว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาจะสามารถบริหารจัดการการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาและมิใช่ยาได้เอง

(4) ด้านการบริหารแผนงานด้านสุขภาพ ให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพประจำปีร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมาและองค์การบริหารส่วนจังหวัด นครราชสีมา เพื่อใช้เป็นเป้าหมาย และทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกัน ในส่วนแนวทาง การบริหารแผนงานด้านสุขภาพใช้รูปแบบ การบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ ในส่วน การบริหารแผนงานด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังยึดและปฏิบัติตามแนวทาง แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ นำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกสาธารณสุขอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.6) รองลงเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 9.4) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.0) รองลงมาสถานะภาพโสด (ร้อยละ 28.6) ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 78.2) รองลงมาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 15.6) ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.7) รองลงมาตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 6.3) พบสถานการณ์ปัจจุบันฯ ดังนี้ **ด้านการบริหารงบประมาณสุขภาพ** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังได้รับงบประมาณค่อนข้างจำกัด โดยจะได้

รับงบประมาณในหมวดรายจ่ายประจำหรือ Fix Cost หมวดงบดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ระดับพื้นที่ หมวดคงผลสัมฤทธิ์ของงาน จากโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการการเงินการคลังจังหวัด (CFO จังหวัด) จะได้รับงบประมาณในหมวดงบพื้นฐาน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เงินงบประมาณ) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายงบดำเนินงานตามกิจกรรมที่มีเป้าหมายเฉพาะจากกระทรวงสาธารณสุข โดยในแต่ละปีจะได้รับงบประมาณในจำนวนที่แตกต่างกันไป แต่ไม่เกิน 200,000 บาท และนอกจากนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังมีเงินบำรุงในฐานะหน่วยบริการ แต่ส่วนมากมักไม่มีรายได้จากการให้บริการทางด้านสุขภาพ มักจะใช้รับเงินจากโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการอื่นเป็นหลัก และใช้จ่ายบัญชีเงินบำรุงตามระเบียบเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นบทบาทหลักของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จึงบริหารงบประมาณที่ได้รับให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและบทบาทในการควบคุมติดตาม กำกับ การบริหารงบประมาณของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนฯ หรือมีถ่ายโอนฯ เพียงบางส่วน ให้ถูกต้องตามระเบียบฯ ซึ่งเป็นบทบาทคงเดิม และบทบาทนี้จะหมดลงเมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ่ายโอนฯ ทั้งหมด ด้านการบริหารบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังต้องดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขประจำปี ยังต้องดำเนินการให้ความเห็นชอบในกระบวนการโยกย้ายบุคลากรหรือบริหารจัดการบุคลากรบุคลากรในระดับพื้นที่หรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ ยังต้องดำเนินการสรรหาบุคลากรใหม่หรือร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ตามกระบวนการสรรหาบุคลากรของกลุ่มงานบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังต้องดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อการเลื่อนขั้นเงินเดือน หรือความดีความชอบ หรือการสอบข้อเท็จจริงของบุคลากร และพบว่า มีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นได้แก่ การจัดทีมสุขภาพปฐมภูมิหรือการจัดทีมสหวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ เพื่อให้ระบบเดิมคงอยู่ และการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการบริหารจัดการพัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังต้องดำเนินการตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการบริหารพัสดุ พ.ศ. 2560 ได้แก่ การจัดซื้อจัดจ้าง การตรวจรับพัสดุ การบริหารจัดการพัสดุ การตรวจสอบพัสดุประจำปี การดำเนินการอื่น ๆ อาทิ การทำลายพัสดุ การยืม การจำหน่ายพัสดุฯลฯ และยังพบว่า ยังต้องควบคุมกำกับการบริหารทรัพยากร ที่ดิน สิ่งปลูกสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนฯ หรือมีการถ่ายโอนฯ เพียงบางส่วน และบทบาทหน้าที่จะหมดลง เมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการถ่ายโอนฯ ไปทั้งหมด จะควบคุมกำกับการบริหารทรัพยากร ที่ดินสิ่งปลูกสร้าง เฉพาะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเท่านั้น ด้านการบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น ในการปรับแนวทางระบบบริการปฐมภูมิใหม่ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ต้องมีบทบาทในการเป็นเจ้าพนักงานระดับอำเภอ

ในการประเมินคุณภาพมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายควบคุมสถานบริการสุขภาพ ต้องดำเนินการคงเดิมในเรื่องควบคุม กำกับ ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนฯ เพื่อให้ประชาชนในระดับพื้นที่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพด้วยความเสมอภาคเป็นธรรมมีประสิทธิภาพมีคุณภาพด้านการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการระบบการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุในระดับพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล ภาาติเครือข่ายต่าง ๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการระบบควบคุมป้องกันโรคในระดับอำเภอ ผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอ (EOC ระดับอำเภอ) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาาติเครือข่ายต่าง ๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีบทบาทหน้าที่หลักในการดำเนินการสอบสวนโรคด้วยการพัฒนาทีม SRRT ที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ และมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นในเรื่องการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อร้ายแรง โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ให้กับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ การบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังมีบทบาทหลักในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เป็นทิศทางหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับอำเภอ ยังมีบทบาทหลักในการการนำยุทธศาสตร์

สู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดแผนปฏิบัติการยังมีบทบาทหลักในการประเมินแผนยุทธศาสตร์เพื่อวัดความสำเร็จของงานด้านสุขภาพ ยังมีบทบาทในการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) โดยนายอำเภอ เป็นประธาน มีภาคีเครือข่ายร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพแบบบูรณาการ ระดับอำเภอ ตำบล ด้านการประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทใหม่ในการเป็น ผู้ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ ในช่วงเปลี่ยนผ่าน อาจประสานความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการได้แต่ในช่วงต่อไปจะเป็นประสานความร่วมมือแบบทางการด้วยระบบหนังสือทางราชการเป็นสำคัญ เนื่องจากความสัมพันธ์เดิมขาดหายไป ยังเป็นบทบาทหลักของสาธารณสุขอำเภอ ในการประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ยังเป็นบทบาทหลักของสาธารณสุขอำเภอในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ในระดับพื้นที่และประชาชนได้รับรู้ข้อมูลสุขภาพอย่างทั่วถึง ด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังเป็นบทบาทหลักที่ต้องรับผิดชอบที่มากขึ้น ในการพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ โดยเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้มีข้อมูลสุขภาพมีความทันสมัย ถูกต้อง ควบถ้วนทันเวลา ในการนำมาใช้เพื่อการพัฒนางานด้าน

สุขภาพ ยังต้องดำเนินการพัฒนาระบบรักษาความปลอดภัยทางไซเบอร์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนฯ ยังต้องดำเนินการพัฒนาระบบการเชื่อมข้อมูลผู้ป่วย (personal health record) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

(1) ได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา(ร่าง)รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยได้เชิญผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ และผู้ทรงคุณวุฒิ รวมจำนวน 25 ท่าน ได้ดำเนินการจัดประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนา(ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอฯ

(2) คณะทำงาน ฯ พัฒนาและเขียน (ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การ

บริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาฯ และเสนอ(ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อให้ข้อเสนอแนะและข้อปรับปรุงต่าง ๆ

(3) นำ (ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ได้นำไปสู่การปฏิบัติ โดยนำรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ไปปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ จำนวน 27 อำเภอ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ เดือน เมษายน 2567 เป็นต้นไป และผู้วิจัยและทีมวิจัย ได้ติดตามผลการพัฒนาและการดำเนินงานตาม รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยได้ติดตามเยี่ยมผลการดำเนินงานและผลการพัฒนาใน 3 อำเภอ มีข้อสรุป ดังนี้ **การบริหารจัดการด้านงบประมาณสุขภาพ** มีหน้าที่บริหารจัดการเงินงบประมาณหมวดคงพื้นฐาน มีหน้าที่บริหารจัดการเงินนอกงบประมาณหมวดรายจ่ายประจำหรือ FIX COST มีหน้าที่บริหารจัดการเงินนอกงบประมาณหมวดเงินบำรุง โดยบริหารจัดการตามแผนเงินบำรุงที่ได้รับอนุมัติ หรือในรูปแบบ BLOCK GRANT (เงินรวม) และมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุม ติดตาม

กำกับ ประเมินผลการบริหารจัดการงบประมาณ สุขภาพ การบริหารจัดการด้านบุคลากรสุขภาพ มีหน้าที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี, มีหน้าที่พิจารณาการโยกย้าย การสรรหา การเกื้อย อัตรากำลังบุคลากร ระดับอำเภอ, มีหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรระดับอำเภอ, มีหน้าที่การตรวจสอบข้อเท็จจริงของบุคลากรเมื่อถูกข้อร้องเรียน, มีหน้าที่จัดทีมสหวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้ง 2 สังเกต การบริหารจัดการด้านสินทรัพย์ พัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์สุขภาพ มีหน้าที่ในการบริหารจัดการพัสดุ ภายใต้การปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการบริหารพัสดุ พ.ศ. 2560 และพัฒนาระบบควบคุมภายใน ในการบริหารพัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ให้ถูกต้องตามระเบียบ การบริหารจัดการด้านระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานในการประเมินคุณภาพมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ, มีหน้าที่ในการควบคุมกำกับ ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ, มีหน้าที่พัฒนาคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอรูปแบบใหม่ (คปสอ_Plus โดยเพิ่มสมาชิกสภาจังหวัด (สจ) เป็นรองประธานกรรมการ การบริหารจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค มีหน้าที่พัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัย ผ่านกลไกต่าง ๆ อาทิ พชอ. เครือข่ายสุขภาพอสม. มีหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ผ่านกลไก พชอ., EOC, ภาคีสสุขภาพ และ อสม. มีหน้าที่ในการสอบสวนโรคด้วยทีม SRRT ระดับอำเภอ การบริหารจัดการด้านแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ มีหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้าน

สุขภาพ เพื่อกำหนดทิศทางด้านสุขภาพระดับอำเภอ, มีหน้าที่จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อนำสู่การปฏิบัติ, มีหน้าที่พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล เพื่อวัดความสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพ การประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ มีหน้าที่ประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในระดับอำเภอ, มีหน้าที่ออกแบบระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การตอบโต้ข่าวเพื่อสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน, มีหน้าที่ออกแบบความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนฯ ทั้งรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการการบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ มีหน้าที่พัฒนาระบบสุขภาพให้ถูกต้อง รวดเร็ว ทันสมัย ในการให้บริการประชาชน, มีหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการบริหาร, มีหน้าที่พัฒนาระบบปลอดภัยทางไซเบอร์, มีหน้าที่พัฒนาระบบการเชื่อมข้อมูลผู้ป่วย การปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามกฎหมาย” ภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง อาทิ พรบ. การสาธารณสุข ปี 2535, พรบ.ควบคุมโรคติดต่อ ปี 2558, พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมปี 2562, มีหน้าที่พัฒนางานและปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขภายใต้กฎหมาย อาทิ พรบ. ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ปี 2565, พรบ.สุขภาพปฐมภูมิ ปี 2562, ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 สามารถสรุปรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

3.การประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการ
ทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
นครราชสีมา

ได้ทำการประเมินผลรูปแบบการ
บริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วน
จังหวัดนครราชสีมาใน 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 การประเมินผลความพึงพอใจ
การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วน
จังหวัดนครราชสีมา จากผู้ตอบแบบประเมิน
ผลความพึงพอใจ การบริหารจัดการทรัพยากร
สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้
การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป
อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาพบว่า
ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา ส่วน
ใหญ่เป็นเพศชาย(ร้อยละ 64.1) รองลงเป็นเพศหญิง
(ร้อยละ 35.9) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่(ร้อยละ
76.6) รองลงมาสถานะภาพโสด(ร้อยละ 14.1) ส่วน
มากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ
70.3) รองลงมาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 21.9)
ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่
(ร้อยละ 84.4) รองลงมาตำแหน่งเจ้าพนักงาน
สาธารณสุข (ร้อยละ 12.5) ผลการประเมินผลความ
พึงพอใจฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยความ พึงพอใจโดยรวม
อยู่ในระดับมาก(\bar{x} =4.05, S.D.=0.07)เมื่อพิจารณา
รายด้าน พบว่า 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ

งบประมาณสุขภาพ, ด้าน การบริหารบุคลากร
ทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการบริหาร
จัดการพัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ทางการแพทย์, ด้านการบริหารจัดการระบบบริการ
ทางการแพทย์และสาธารณสุข, ด้าน การบริหาร
จัดการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกัน
โรค, ด้านการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ ด้าน
สุขภาพ, ด้านการประสานงานและการปฏิบัติ
งานร่วมกับหน่วย งานอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยความ
พึงพอใจอยู่ในระดับมาก และ 2 ด้าน ได้แก่
ด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยี
สารสนเทศด้านสุขภาพและด้านการปฏิบัติตาม
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยความพึง
พอใจอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด
ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ด้าน
สุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (\bar{x} = 4.22,
S.D. = 0.25) ด้านรองลงมา ได้แก่ ด้าน การบริหาร
จัดการงบประมาณสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน
ระดับมาก (\bar{x} =4.10, S.D. = 0.14) และด้านที่มีค่า
เฉลี่ยต่ำ ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูล
เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ โดยค่าเฉลี่ยอยู่
ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.96, S.D. = 0.16) ในส่วน
ข้อย่อย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การมีบทบาท
หน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
เพื่อกำหนดทิศทางด้านสุขภาพระดับอำเภอ โดย
มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (\bar{x} =4.42, S.D. = 0.50),
รองลงมาได้แก่ การมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำ
แผนปฏิบัติการ เพื่อกำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้าน
สุขภาพสู่การปฏิบัติระดับอำเภอ โดยมีค่าเฉลี่ย
อยู่ในระดับมาก (\bar{x} =4.17, S.D. = 0.35) และ
การมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร
ประจำปี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (\bar{x} =4.17,

S.D. = 0.38) ซ้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำ ได้แก่ มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบปลอดภัยทางไซเบอร์ด้านข้อมูลโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.82, S.D. = 0.39)

3.2 การประเมินผลความสำเร็จของรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยประเมินผลสำเร็จจากตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยประเมินผลงานจากระบบรายงานผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 ตัวชี้วัด พบว่า (1) การเบิก-จ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทันเวลา มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 20 แห่ง (74.07 %) เป็นดำเนินการ ครบทุกแห่ง (100%) (2) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 19 แห่ง (70.37 %) เป็นดำเนินการครบทุกแห่ง (100%) (3) หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอมีการบริหารกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตำแหน่งว่างไม่เกิน 3%) มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 16 แห่ง (59.26 %) เป็นดำเนินการ 26 แห่ง (96.29 %) (4) หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน การพัฒนาระบบตรวจสอบและควบคุมภายใน มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 25 แห่ง (92.59 %) เป็นดำเนินการครบทุกแห่ง (100%) (5) หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 98 แห่ง เป็นดำเนินการ 160 แห่ง (96.38%) (6) อำเภอมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ตามแนวทาง

ที่จังหวัดกำหนดมีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 1 แห่ง (3.50%) เป็นดำเนินการครบทุกแห่ง (100%) (7) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอผ่านมาตรฐานตามแนวทางกรมควบคุมโรค ระดับพื้นฐานขึ้นไป มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 2 แห่ง (7.40%) เป็นดำเนินการครบทุกแห่ง (100%) (8) หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสุขภาพมีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 12 (44.44 %) เป็นดำเนินการ 26 แห่ง (92.59 %) (9) หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงาน หน่วยงานภาครัฐ (ITA) จากรอ การประเมิน เป็นมีผลงานเพิ่มขึ้นทุกแห่ง (100 %) (10) อำเภอมีการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 20 แห่ง (74.07 %) เป็นดำเนินการครบทุกแห่ง (100 %)

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาใน 27 อำเภอ จำนวน 182 แห่ง พบสถานการณ์ปัจจุบันสภาพ ปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยพบว่า ด้านการบริหารงบประมาณสุขภาพ ยังได้รับงบประมาณค่อนข้าง

จำกัด สอดคล้องกับบรรเจิด สิงคะเนติ และคารุณี พุ่มแก้ว^[13] ที่ได้ทำการศึกษาและพบว่า คลังของหน่วยงาน คลังท้องถิ่น มีปัญหาการได้รับการจัดสรรงบประมาณที่ขาดหลักเกณฑ์ที่เพียงพอ ค่าเช่า ไม่สามารถคาดการณ์จำนวนเงิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะได้รับงบประมาณในหมวดรายจ่ายประจำ หมวดคงพื้นฐาน เงินบำรุงของตนเอง โดยมีบทบาทในบริหารงบประมาณที่ได้รับให้มีประสิทธิภาพสูงสุด มีบทบาทในการควบคุม ติดตาม กำกับ การบริหารงบประมาณให้ถูกต้องตามระเบียบฯ บทบาทนี้จะหมดลงเมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนฯ ทั้งหมดด้านการบริหารบุคลากร ยังต้องดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ยังต้องให้ความเห็นชอบในกระบวนการโยกย้ายบุคลากรหรือบริหารจัดการบุคลากรในระดับพื้นที่ ยังต้องดำเนินการสรรหาบุคลากรใหม่หรือร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ตามกระบวนการสรรหาบุคลากร ยังต้องดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และพบว่ามีบทบาทเพิ่มได้แก่ การจัดทีมสุขภาพปฐมภูมิหรือการจัดทีมสหวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการบริหารจัดการพัสดุที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ยังต้องดำเนินการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการบริหารพัสดุพ.ศ.2560 และการควบคุมกำกับการบริหารทรัพยากร ที่ดิน สิ่งปลูกสร้าง ด้าน การบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีหน้าที่ในการปรับแนวทางระบบบริการปฐมภูมิใหม่ให้มีความเหมาะสม เป็นเจ้าพนักงานในการประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ ต้องดำเนินการควบคุมกำกับ ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค

ยังมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุยังมีหน้าที่ควบคุมป้องกันโรคในระดับอำเภอ ยังมีหน้าที่สอบสวนโรคด้วยทีม SRRT มีหน้าที่ในการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรถ่ายโอนฯ และประชาชน ด้านการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ยังมีหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ นำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติ มีหน้าที่ในการประเมินแผนยุทธศาสตร์เพื่อวัดความสำเร็จของงานด้านสุขภาพ พร้อมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ ด้านการประสานงาน และการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่ในการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการถ่ายโอนฯ ทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ มีบทบาทในการประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ มีหน้าที่ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ยังมีหน้าที่ในการพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ พัฒนาและบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพให้ข้อมูลสุขภาพมีความทันสมัย ถูกต้อง ควบถ้วน ยังต้องพัฒนาระบบรักษาความปลอดภัยทางไซเบอร์ ยังต้องดำเนินการพัฒนาระบบการเชื่อมข้อมูลผู้ป่วย ของหน่วยบริการ

2. รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

จากการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ภายใต้ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ประกอบไปด้วย (1) การบริหารจัดการด้านงบประมาณสุขภาพ มีหน้าที่บริหารจัดการเงินงบประมาณหมวดงบประมาณพื้นฐาน มีหน้าที่บริหารจัดการเงินนอกงบประมาณ หมวดรายจ่ายประจำหรือ FIX COST มีหน้าที่บริหารจัดการเงินนอกงบประมาณหมวดเงินบำรุง โดยบริหารจัดการตามแผนเงินบำรุงที่ได้รับอนุมัติ หรือในรูปแบบ BLOCK GRANT (เงินรวม) และมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุม ติดตาม กำกับ ประเมินผลการบริหารจัดการงบประมาณสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลือชัย ศรีเงินยวง^[7] ที่ได้ทำการศึกษาประเมินและติดตามผลกระทบของการถ่ายโอนสถานอนามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่างบประมาณจะได้รับการสนับสนุนจากแหล่งเดิมได้แก่เงินงบประมาณจากกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจาก CUP (Fixed cost) เงิน On Top จาก สปสช. และเงินบำรุงที่สะสมไว้ (2) การบริหารจัดการด้านบุคลากรสุขภาพมีหน้าที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี, มีหน้าที่พิจารณาการโยกย้าย การสรรหา การเกลี้ยอัตรากำลังบุคลากร ระดับอำเภอ, มีหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรระดับอำเภอ, มีหน้าที่การตรวจสอบข้อเท็จจริงของบุคลากรเมื่อถูกข้อร้องเรียน, มีหน้าที่จัดทีมสหวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้ง 2 สังกัด (3) การบริหารจัดการด้านสินทรัพย์ พัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์สุขภาพ มีหน้าที่ในการบริหารจัดการพัสดุ ภายใต้การปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการบริหารพัสดุ พ.ศ. 2560 และพัฒนาระบบควบคุมภายใน

ในการบริหารพัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ให้ถูกต้องตามระเบียบ (4) การบริหารจัดการด้านระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานในการประเมินคุณภาพมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ, มีหน้าที่ในการควบคุม กำกับ ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ, มีหน้าที่พัฒนาคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอรูปแบบใหม่ (คปสอ ที่เพิ่มสมาชิกสภาจังหวัด (สจ) เป็นรองประธานกรรมการ (5) การบริหารจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค มีหน้าที่พัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัยผ่านกลไกต่าง ๆ อาทิ พชอ. เครือข่ายสุขภาพอสม. มีหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคผ่านกลไก พชอ., EOC, ภาคีสสุขภาพ และ อสม. มีหน้าที่ในการสอบสวนโรคด้วยทีม SRRT ระดับอำเภอ (6) การบริหารจัดการด้านแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ มีหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อกำหนดทิศทางด้านสุขภาพระดับอำเภอ, มีหน้าที่จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อนำสู่การปฏิบัติ, มีหน้าที่พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผลเพื่อวัดความสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพ (7) การประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ มีหน้าที่ประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในระดับอำเภอ, มีหน้าที่ออกแบบระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การตอบโต้ข่าว เพื่อสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน, มีหน้าที่ออกแบบความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนฯ ทั้งรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ สอดคล้องกับการศึกษาของสันติ ทวยมีฤทธิ์^[8] ที่ได้ทำการศึกษา การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจาย

อำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย ที่พบว่า การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับ 6 องค์ประกอบ โดย 3 ใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารงานองค์การ การสื่อสารองค์การ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (8) การบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ มีหน้าที่พัฒนาระบบสุขภาพให้ถูกต้องรวดเร็ว ทันสมัย ในการให้บริการประชาชน, มีหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการบริหาร, มีหน้าที่พัฒนาระบบปลอดภัยทาง ไซเบอร์, มีหน้าที่พัฒนาระบบการเชื่อมข้อมูลผู้ป่วย(9) การปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามกฎหมาย” ภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง อาทิ พรบ. การสาธารณสุข ปี 2535, พรบ.ควบคุมโรคติดต่อ ปี 2558, พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมปี 2562, มีหน้าที่พัฒนางานและปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขภายใต้กฎหมาย อาทิ พรบ.ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ปี 2565, พรบ.สุขภาพปฐมภูมิ ปี 2562, ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561

3. การประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

จากการประเมินผลความพึงพอใจ รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วน

จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.07) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการงบประมาณสุขภาพ, ด้านการบริหารบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข, ด้านการบริหารจัดการพัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ทางการแพทย์, ด้านการบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข, ด้านการบริหารจัดการการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค, ด้าน การบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ, ด้านการประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วย งานอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพและด้านการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ออกเป็นเพราะอาจปรับบทบาทและปรับภารกิจของสาธารณสุขอำเภอได้รวดเร็ว ทำให้สาธารณสุขอำเภอมุ่งมั่นงานที่รับผิดชอบมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ไม่น้อยลงหรือมีแนวโน้มใน การทำงานในเชิงบูรณาการที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสันติ ทวยมีฤทธิ์⁸¹ ที่ได้ทำการศึกษาการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย ที่พบว่า การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ นโยบายสุขภาพ องค์การ ทรัพยากรองค์การ สิ่งแวดล้อมภายนอก องค์การ การบริหารงานองค์การ การสื่อสาร องค์การ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การประเมินผลความสำเร็จของรูปแบบ การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยประเมินผลสำเร็จจากตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 พบว่า การเบิกจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทันเวลา การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ การบริหารกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตำแหน่งว่างไม่เกิน 3%) ผ่านเกณฑ์ ประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบตรวจสอบและควบคุมภายใน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอผ่านมาตรฐานตามแนวทางกรมควบคุมโรคระดับพื้นฐานขึ้นไปผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสุขภาพ ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ (ITA) มีการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 พบว่าในทุกตัวชี้วัดมีผลงานเพิ่มขึ้น มีผลลัพธ์ความสำเร็จที่ดีขึ้น อาจเป็นเพราะ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถปรับบทบาท และปรับภารกิจของสาธารณสุขอำเภอได้รวดเร็ว หรืออาจเป็นเพราะมีภารกิจบางภารกิจหายไปไม่ต้องรับผิดชอบ ทำให้สาธารณสุขอำเภอและทีมงานมีเวลาในการปฏิบัติงานที่มากขึ้น ในขณะที่เดียวความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพไม่น้อยลงหรือมีแนวโน้มในการทำงานในเชิงบูรณา

การที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสันติ ทวยมีฤทธิ์^[8] ที่ได้ทำการศึกษา การนำนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย ที่พบว่า การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ นโยบายสุขภาพขององค์การ ทรัพยากรองค์การ สิ่งแวดล้อมภายนอกองค์การ การบริหารงาน องค์การ การสื่อสารองค์การ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กระทรวงสาธารณสุข ควรนำรูปแบบ การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วน จังหวัดไปดำเนินการขยายผล เพื่อให้สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานสาธารณสุข อำเภอที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้นำรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไปปรับใช้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการบริหารทรัพยากร สุขภาพต่อไป

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเป็น เจ้าภาพหลักร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือใช้กลไกคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) ในการสนับสนุนรูปแบบการบริหารทรัพยากร สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ใน หลาย ๆ ด้าน เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถบริหารจัดการงานทรัพยากรสุขภาพเชิงบูรณา

การร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดกับ ประชาชนในระดับพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ผู้รับผิดชอบของงานของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ควรเพิ่มช่องการสื่อสารที่ หลากหลาย และการสื่อสารสาธารณะที่มากขึ้น ในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากร สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

2.2 ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ควรเพิ่มการพัฒนาศักยภาพของ สาธารณสุขอำเภอ ในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ มีความพร้อมในการทำงานภายใต้การเปลี่ยนผ่าน การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลกระทบ รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การ บริหารส่วนจังหวัด

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจความ พึงพอใจด้านสุขภาพและความคาดหวังของ ประชาชนในการให้บริการด้านสุขภาพ ภายหลัง การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

- [1] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงาน ปลัด กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- [2] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.): สหพัฒนไพศาล ห้างหุ้นส่วนจำกัด; 2550.
- [3] ปฐม มณีโรจน์. สาธารณคดี : ภาครัฐในมุมมองกฎหมายการเมืองและการบริหาร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สุภาพการพิมพ์; 2554.
- [4] ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. การประเมินผล ท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบสุขภาพใน บริบทการกระจายอำนาจ: การสังเคราะห์ บทเรียนและข้อเสนอเชิงนโยบาย ภาควิชา สังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และ มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ; 2555.
- [5] ชัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ. โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบ เชิงนโยบาย การถ่ายโอนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบ สุขภาพ; 2564
- [6] วัลลภ ลำพวย และพันธ์เทพ วิทิตอนันต์. ความพร้อมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2549.
- [7] วุฒิสาร ตันไชย. นโยบายสาธารณะ และ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ .กรุงเทพฯ : สำนักงานกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, 2554.
- [8] พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอน

- การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา. (ตอนที่ 114ก). 17 พฤศจิกายน 2542 หน้า 48–66. กรุงเทพฯ : คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา, 2542.
- [9] แผนปฏิบัติการกำหนดค้ำขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำเนียบรัฐบาล; 2551.
- [10] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. ราชกิจจานุเบกษา. (ตอนที่ 47ก). 24 สิงหาคม 2550 หน้า 115-116. กรุงเทพฯ : คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2550.
- [11] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 115-116. กรุงเทพฯ : คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2560.
- [12] สุขชัยวาระประภาสและปิยาภร หวังมหาพร นโยบายสาธารณะ ระดับท้องถิ่นไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทจุดทองจำกัด; 2555.
- [13] สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย. การเตรียมรับการถ่ายโอน รพ. สต. ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด. นนทบุรี : สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย; 2564.
- [14] สุระ วิเศษศักดิ์. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. 49 ออบจ เตรียมรับการถ่ายโอน รพ. สต. 3.264 แห่ง. [ออนไลน์]. (2555). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org /content/2022/09/26078>
- [15] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบโครงสร้างองค์กรการเพื่อรองรับการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2550.
- [10] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- [11] สุวิทย์วิบูลผลประเสริฐ. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
- [12] บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2543.
- [13] ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. การประเมินผลท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบสุขภาพในบริบทการกระจายอำนาจ : การสังเคราะห์บทเรียนและข้อเสนอเชิงนโยบาย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ; 2555.
- [14] สันติ ทวยมีฤทธิ์. การนํานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย. [ดุสิตินพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต; 2556.
- [15] อุดมทุมโฆสิต. การปกครองท้องถิ่นสมัยใหม่: บทเรียนจากประเทศพัฒนาแล้ว. กรุงเทพฯ : แชนโทรพัร์พริ้นตัง จำกัด; 2552.