
ORIGINAL ARTICLE

Integrating Primary Health Care Systems between the Provincial Public Health Office and the Chanthaburi Provincial Administrative Organization**Phanit Kittisatra, B.N.S., M.Ed., Banyapon Niyomna, B.P.H.**

Chanthaburi provincial public health office

Received: February 12, 2026 **Revised:** March 24, 2026 **Accepted:** April 7, 2026

ABSTRACT

BACKGROUND: The transfer of primary health care functions in accordance with the Decentralization Act B.E. 2543 (2000) has encountered several challenges, obstacles, and operational limitations.

OBJECTIVE: This study aimed to examine the current situation and to develop integrated guidelines for strengthening the primary health care system between the Provincial Public Health Office and the Provincial Administrative Organization in Chanthaburi Province.

METHODS: A mixed-methods study employing a convergent parallel design was conducted. Quantitative data were collected using structured questionnaires from 342 participants selected through simple random sampling. Qualitative data were obtained from 29 key informants through focus group discussions. Quantitative data were analysed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (ANOVA), while qualitative data were analysed through content analysis. The study was conducted between October 2024 and April 2025.

RESULTS: Quantitative findings significantly supported the qualitative results, revealing statistically significant differences in perceptions between organizations regarding roles and responsibilities, the workforce, and performance indicators ($p < 0.001$). The proposed integration framework emphasized service quality and equitable access for the population through a dual governance structure. Under this structure, the Provincial Public Health Office assumes responsibility for academic oversight and standard setting, while the Provincial Administrative Organization is responsible for operational management. This arrangement operates under clearly defined shared governance mechanisms and aligns with the six components of the health system based on the Six Building Blocks framework, alongside the principles of Primary Health Care.

CONCLUSION: The integrated framework for the primary health care system following decentralization clearly delineates the relationship between regulatory (oversight) roles and administrative (managerial) roles. The application of these findings should consider contextual limitations and local variations to ensure appropriateness and sustainability across different settings.

KEYWORDS: integration, primary health care, provincial public health office, provincial administration organization

บทนำ

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 และแผนการกระจายอำนาจฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 กำหนดให้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2564 กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ที่ผ่านหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมระดับดีขึ้นไปสามารถดำเนินไปตามกลไกที่ได้กำหนดไว้^{1,2} โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนยังคงได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งบริการปฐมภูมิและบริการทั่วไปตามมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวน รพ.สต. ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. และเทศบาลทั่วประเทศ จำนวน 4,537 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 45.93³ ทั้งนี้ผลการวิจัยหลายฉบับพบว่า การถ่ายโอน รพ.สต. ดังกล่าว การดำเนินของแต่ละจังหวัดขึ้นอยู่กับบริบทและความพร้อมของจังหวัดนั้น ๆ ส่งผลให้การจัดการภารกิจด้านการสาธารณสุขไม่ราบรื่น บุคลากรสาธารณสุขของทั้ง 2 สังกัดยังขาดการเตรียมความพร้อมก่อนการถ่ายโอน ขาดจุดเชื่อมประสานที่มีความรู้ความชำนาญด้านการสาธารณสุขทำให้บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานร่วมกันของทั้งสององค์กรไม่มีความชัดเจน ภาวะผู้นำของพื้นที่ที่แปรผันตามการเมืองในพื้นที่ ปัญหาการบริหารจัดการเงินกองทุนบัตรทองและงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบค่าเสื่อมในบางพื้นที่ ทั้งการประสานงานของ รพ.สต. กับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีเพียงร้อยละ 33.76 การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ รวมถึงปัญหาด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ และการจัดบริการตามมาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิ^{4,5,6}

จังหวัดจันทบุรีได้มีการถ่ายโอนภารกิจหน่วยงานจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 92 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.72 ซึ่งประสบปัญหาเช่นเดียวกับจังหวัดที่มีการถ่ายโอนไปก่อน

หน้า แม้ผู้บริหารของทั้งสององค์กรได้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง สสจ. และ อบจ. ผู้วิจัยมีข้อสังเกตที่น่าสนใจว่าการถ่ายโอนสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ รพ.สต. นั้น ไม่มีกรอบบูรณาการเชิงระบบ ทั้งควรมีแนวทางการบูรณาการร่วมกันอย่างไรจึงจะสามารถขับเคลื่อนระบบสุขภาพของจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพดังเช่นจุดมุ่งหมายสำคัญของการกระจายอำนาจ ทั้งยังไม่มีงานศึกษาที่สังเคราะห์มุมมองผู้ปฏิบัติงานหลังการถ่ายโอน จึงมีแนวคิดนำองค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพ 6 องค์ประกอบร่วมด้วยมาตรฐานบริการปฐมภูมิ^{4,7,8} มาเป็นกรอบแนวทางในการศึกษาวิจัยให้มีความจำเพาะมากขึ้น เมื่อจบงานวิจัยเกิดรูปแบบให้จังหวัดอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์หลังการถ่ายโอน พัฒนาแนวทางการบูรณาการระบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีและองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี เพื่อสังเคราะห์กรอบการดำเนินงานเชิงนโยบายในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: วิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mix Methods Research) รูปแบบ Explanatory Sequential Design นี้ ผสมผสานวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ⁹ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ประเด็นสำคัญตามกรอบการศึกษา และสร้างแบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสำหรับการสังเคราะห์รูปแบบบูรณาการฯ โดยการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่ COA No.087/67

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 2,342 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan, 1970 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 331 คน เพื่อกำหนด

สูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 347 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า มีดังนี้ 1) ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ 2) เริ่มปฏิบัติงานก่อนมีการถ่ายโอนภารกิจอย่างน้อย 1 ปี และเกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามหรือร่วมสนทนากลุ่ม 2) เจ็บป่วยจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือร่วมสนทนากลุ่มได้ 3) โยกย้ายสถานที่ทำงานไปต่างจังหวัด หรือลาออก/เสียชีวิต

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยมี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จ้างสหกรณ์บริการและส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มเป้าหมายตามสัดส่วนเจ้าหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 347 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนาด้วยเทคนิค Focus Group Discussion ในผู้ปฏิบัติงานของทั้ง 2 องค์กร โดยการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 1 กลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 29 คน ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาแนวทางบูรณาการเพื่อสังเคราะห์กรอบการดำเนินงานเชิงนโยบายในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่าง สสจ.กับ อบจ. ในระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 - เมษายน พ.ศ. 2568

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในบุคลากรทั้ง 2 สังกัด 4 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ด้านกำลังคน ด้านตัวชี้วัด และด้านงบประมาณ แบบสอบถามใช้มาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scales) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ 4.21-5.00=เห็นด้วยมากที่สุด, 3.41-4.20=เห็นด้วยมาก, 2.61-3.40=เห็นด้วยปานกลาง, 1.81-2.60=เห็นด้วยน้อย และ 1.00-1.80=ไม่เห็นด้วย และ 2) แบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion)

การตรวจสอบความคุณภาพเครื่องมือ: แบบสอบถามเชิงโครงสร้างและแนวคำถามการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดและ

ทฤษฎีที่ศึกษา แบบสอบถามมีค่า IOC=8.25 จากนั้นนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ใช้ระยะเวลาการตอบโดยเฉลี่ย 10 นาที นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficeint) เท่ากับ 0.79 รายด้านเท่ากับ 0.74, 0.74, 0.82 และ 0.86

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้รับการตอบกลับจำนวน 342 คน ซึ่งเพียงพอต่อการศึกษา และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มด้วยเทคนิค Focus group Discussion จนกว่าจะได้คำตอบที่อิ่มตัวระยะเวลา 3 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมสนทนา 29 คน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง บันทึกข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลภาคสนาม บันทึกเทปถ่ายภาพ และการสังเกต โดยผู้ดำเนินการสนทนาที่ผู้วิจัยเชิญมาจัดกระบวนการไม่ใช่คนในองค์กรของทั้ง 2 ฝ่าย เพื่อความเป็นกลางมากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยโปรแกรม SPSS version 27 ข้อมูลเชิงคุณภาพควบคุมคุณภาพการเก็บโดยยึดหลักความถูกต้องน่าเชื่อถือ (Credibility) และข้อมูลมีความคงที่ (Dependability) ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของมิลเลอร์และแครปรี¹⁰ โดยสร้างโครงร่างจัดหมวดหมู่ข้อมูลไว้ล่วงหน้า ถอดเทปคำสัมภาษณ์ กำหนดรหัส จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ประเด็นหลักและวิเคราะห์เนื้อหาเชื่อมโยงกรอบแนวคิดให้ครบถ้วน

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 – 30 เมษายน พ.ศ. 2568 ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า บุคลากรจากทั้ง 4 หน่วยงานมีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 3.5–3.9 ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีค่าเฉลี่ยรวมสูงที่สุด (3.9+0.6) รองลงมา คือ กองสาธารณสุข อบจ. (3.7+0.6) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (3.7+0.6) และ รพ.สต.ถ้ำยาโอน (3.5+0.6) (Table 1)

Table 1 Mean Scores, Standard Deviations, and Levels of Opinion of Personnel Participating in the Project, Classified by Study Factors and Agencies

Study Factors	Participating Agency							
	Chanthaburi Provincial Public Health Office		District Public Health Offices		Subdistrict Health Promotion Hospitals		Chanthaburi Provincial Administrative Organization	
	Mean±S.D.	Level of Opinion	Mean±S.D.	Level of Opinion	Mean±S.D.	Level of Opinion	Mean±S.D.	Level of Opinion
Changes in Roles and Responsibilities	3.9±0.4	Strongly Agree	3.7±0.4	Strongly Agree	3.3±0.5	Strongly Agree	3.9±0.5	Strongly Agree
Health Workforce Capacity	3.4±0.6	Strongly Agree	3.9±0.6	Strongly Agree	3.4±0.7	Strongly Agree	3.8±0.6	Strongly Agree
Performance Indicators	4.0±0.6	Strongly Agree	4.2±0.7	Strongly Agree (Highest)	3.6±0.6	Strongly Agree	3.8±0.6	Strongly Agree
Health Financing and Budget Management	3.4±0.6	Strongly Agree	3.6±0.7	Strongly Agree	3.6±0.8	Strongly Agree	3.4±0.7	Strongly Agree
Overall Mean	3.7±0.6	Strongly Agree	3.9±0.6	Strongly Agree	3.5±0.6	Strongly Agree	3.7±0.6	Strongly Agree

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของบุคลากร 4 หน่วยงาน พบว่า ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ด้านกำลังคน และด้านตัวชี้วัดพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$)

ด้านงบประมาณไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.67$) สะท้อนความแตกต่างของระดับการรับรู้ตามบทบาทหน้าที่และภารกิจเชิงโครงสร้างของแต่ละหน่วยงานในบริบทการดำเนินงานของจังหวัด (Table 2)

Table 2 Analysis of Differences in Mean Opinion Scores Among Agencies

Aspects	Test Results		
	F	P-value	Summary of Findings
Changes in Roles and Responsibilities	8.4	<0.001	Significant
Health Workforce Capacity	12.4	<0.001	Significant
Performance Indicators	9.2	<0.001	Significant
Health Financing and Budget Management	2.4	0.67	Not significant

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ทั้งสองหน่วยงานได้กำหนดกรอบความร่วมมือ ผ่านบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (MOU) และยังคงอาศัยกลไกเครือข่ายบริการเดิมเป็นฐานการดำเนินงาน วิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks of Health System ดังนี้

1) งานบริการสุขภาพ (Service Delivery)

รพ.สต. ยังคงให้บริการในรูปแบบเดิม แต่เผชิญข้อจำกัดด้านการขาดแคลนแพทย์และทันตบุคลากร ความล่าช้าในระบบส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases (NCDs)) และการะงาน

เฝ้าระวังโรคที่เพิ่มขึ้น มีการใช้ Telemedicine และการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนร่วมวางแผนการรักษา แม้ช่วยประคับประคองระบบ แต่เพิ่มระยะเวลารอคอยและความซ้ำซ้อนบางส่วน งานคุ้มครองผู้บริโภคและการประเมินมาตรฐานยังดำเนินการในภาพเครือข่าย โดยมีบุคลากร อบจ.ร่วมเรียนรู้

2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

เป็นประเด็นท้าทายสำคัญ เนื่องจากหลายแห่งมีบุคลากรต่ำกว่ากรอบอัตรากำลังตั้งแต่ก่อนถ่ายโอน และบางส่วนไม่สมัครใจถ่ายโอน ส่งผลให้การระดมเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะงาน NCDs ที่พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบหลัก อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนบุคลากรสายสนับสนุนจาก อบจ. และการอบรมพัฒนาศักยภาพจาก สสจ. ช่วยลดผลกระทบเชิงลบได้บางส่วน

3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information Systems) ทั้งสองหน่วยงานใช้ฐานข้อมูลและระบบรายงานเดียวกัน โดยพัฒนา Dashboard เชื่อมโยงข้อมูล 43 แฟ้ม ทำให้การติดตามตัวชี้วัดและการเฝ้าระวัง สปสช. มีความสะดวกและลดความซ้ำซ้อน อย่างไรก็ตาม การเพิ่มตัวชี้วัดระหว่างปีสร้างภาระงานแก่หน่วยบริการและกระทบผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย

4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to Essential Medicines and Vaccines) โรงพยาบาลชุมชนยังสนับสนุนยาและวัคซีนในรูปแบบเครือข่ายเดิม ขณะเดียวกัน อบจ.เริ่มพัฒนาระบบเบิกจ่ายอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเพิ่มความคล่องตัว สะท้อนการเปลี่ยนผ่านที่ยังต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กร

5) กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Health Financing) อบจ.จัดสรรงบประมาณตรงสู่ รพ.สต. ตามขนาดและภาระงาน ส่งผลให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ร่วมกับงบจาก สปสช. (งบผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน และงบค่าเสื่อม) อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัดใน

กระบวนการเคลมค่ารักษาผู้ป่วยประกันสังคมและแรงงานต่างด้าว ซึ่งได้รับการแก้ไขผ่านการชี้แจงแนวทางโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership & Governance) แม้มี MOU รองรับ แต่ยังคงมีความกังวลต่อความไม่ชัดเจนของบทบาท เสนอให้จัดตั้งคณะทำงานร่วมและใช้กลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่เป็นกลไกเชิงนโยบาย เพื่อเสริมความชัดเจนและความต่อเนื่องในการกำกับติดตาม

การบูรณาการผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Integration of Findings)

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณสนับสนุนข้อค้นพบเชิงคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญในหลายมิติ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนความไม่ชัดเจนของบทบาทภาระงานที่ไม่สมดุล และความยุ่งยากจากการเพิ่มตัวชี้วัดระหว่างปี แสดงให้เห็นว่า ความไม่สอดคล้องเชิงโครงสร้างและกระบวนการ เป็นประเด็นร่วมที่ได้รับการยืนยันจากทั้งสองวิธีวิจัย ในด้านการเงินการคลัง ผลเชิงปริมาณไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$) สะท้อนการรับรู้ภาพรวมที่ใกล้เคียงกัน ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นข้อจำกัดเชิงกระบวนการ เช่น การเคลมสิทธิประโยชน์บางประเภท

สามารถสรุปประเด็นแนวทางการบูรณาการระบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างสสจ. กับ อบจ. ตามกรอบแนวคิด และจัดลำดับพิจารณาระดับความสำคัญจากผลกระทบต่อความต่อเนื่องบริการ (Continuity Impact) ความเสี่ยงต่อคุณภาพระบบ (System Risk) และความเร่งด่วนเชิงนโยบาย (Policy Urgency)^{4,7} ดังแผนภาพแสดงการสังเคราะห์ (Conceptual Model Diagram) และอธิบายการเชื่อมโยงจาก Structure & System Framework ไปสู่ Integration Framework (Figure 1)

Integrated Primary Health Care System

Provincial Health Office (PHO) & Provincial Administrative Organization (PAO) - Chanthaburi

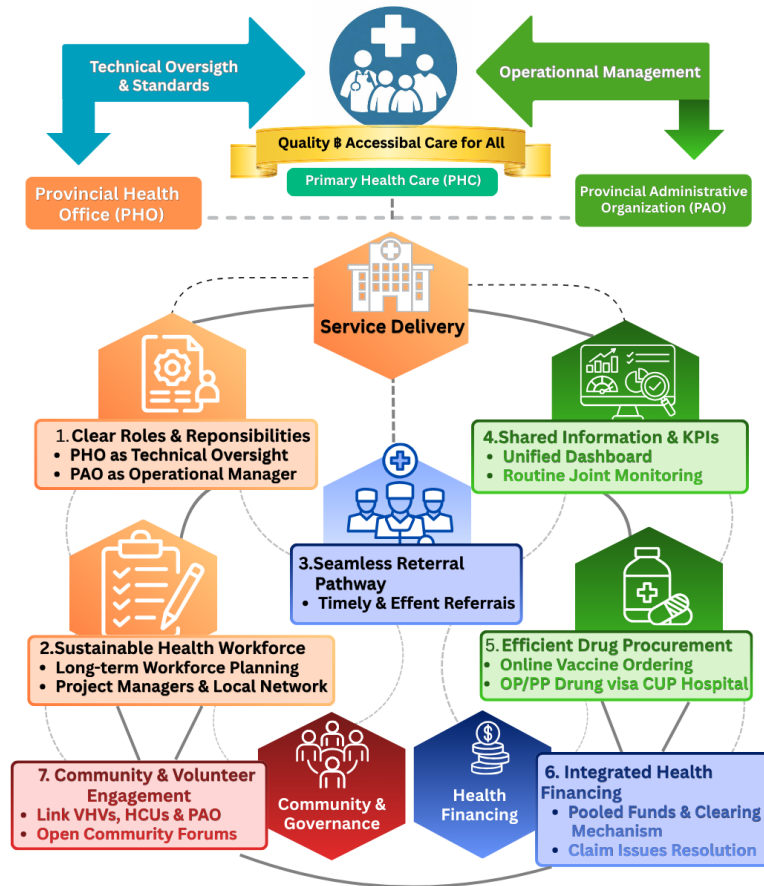


Figure 1 Integrated Primary Health Care System Provincial Health office & Provincial Administrative Organization Chanthaburi

การอภิปรายผล

การวิเคราะห์สถานการณ์หลังการถ่ายโอน ผลการวิจัยสะท้อนว่า ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิยังคงดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องในเชิงโครงสร้าง (structural continuity) แต่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดเชิงระบบ (systemic constraints) โดยเฉพาะด้านกำลังคน บทบาทหน้าที่ และระบบส่งต่อผลเชิงปริมาณพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในมิติด้านกำลังคน บทบาทหน้าที่ และตัวชี้วัด^{8,9} ซึ่งสอดคล้องกับผลเชิงคุณภาพที่สะท้อนความไม่ชัดเจนเชิงบทบาทระหว่างหน่วยงาน และภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรในระดับ รพ.สต. การขาดแคลนแพทย์ และบุคลากรทันตกรรม⁵ ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า “ความเปราะบางของระบบ” มิได้เกิดจากการ

ถ่ายโอนโดยตรง แต่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่มีอยู่เดิม และถูกทำให้เห็นชัดขึ้นภายใต้บริบทการเปลี่ยนผ่าน^{8,9,11} เมื่อพิจารณาผ่านกรอบ Six Building Blocks พบว่า มิติที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ Health Workforce และ Leadership & Governance ขณะที่มิติด้าน Essential Medicines และ Financing มีเสถียรภาพในระดับหนึ่ง สะท้อนว่าการสนับสนุนจากหน่วยงานเดิมช่วยลดผลกระทบในช่วงเปลี่ยนผ่านในมุมมองของ PHC ผลการศึกษายืนยันว่าความต่อเนื่องของบริการ (continuity of care) และการเข้าถึงบริการ (accessibility)^{7,11} เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการปกป้องในกระบวนการกระจายอำนาจ เพื่อให้บริการของ รพ.สต. ไปตามมาตรฐานที่กำหนด^{8,11} แบบไร้รอยต่อ⁷ และที่สำคัญคือ กองสาธารณสุข อบจ. มีบุคลากรไม่เพียงพอและยังไม่

เข้าใจระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ¹² ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งความต้องการการสนับสนุนความรู้ สนับสนุนส่งเสริมการวิจัย พัฒนาความรู้และนวัตกรรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขของอบจ.^{11, 12} ด้านข้อมูลสารสนเทศจะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ^{4,7,8} ซึ่งจะส่งผลให้ง่ายต่อการติดตามผลการดำเนินงานและตัวชี้วัดและไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรของ รพ.สต. ทั้งการบริหารและเวชภัณฑ์ ใช้อย่างเหมาะสม เพื่อเป็นการลดอุบัติเหตุกรณีเชื้อดื้อยา เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข⁷ กลไกคลังด้านสุขภาพ อบจ.ได้ตั้งกรอบการจัดสรรงบประมาณให้กับ รพ.สต. โดยใช้เกณฑ์ประชากรเป็นเกณฑ์กำหนด^{2,5} ส่วนด้านงบประมาณที่ไม่พบความแตกต่าง อาจเนื่องจากทุกหน่วยงานยังดำเนินงานภายใต้กรอบการจัดสรรงบประมาณภาครัฐที่มีข้อจำกัดเชิงระบบใกล้เคียงกัน การมีภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของบุคลากรทั้งของ สสจ.และอบจ. ก็จะส่งผลดีต่อการดำเนินงานร่วมกันของบุคลากรในทุกกระดับ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยในเขตสุขภาพที่ 3¹²

การพัฒนาแนวทางการบูรณาการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากผลการวิเคราะห์เชิงผสมผสานงานวิจัยได้พัฒนาแนวทางการบูรณาการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้เป้าประสงค์ ระบบไม่สะดุด คุณภาพไม่ลดลง บุคลากรมีขวัญกำลังใจ และประชาชนเข้าถึงบริการต่อเนื่อง ข้อเสนอเชิงบูรณาการมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ 1) การแยกบทบาททำกับ บริหาร อย่างชัดเจน โดย สสจ. ทำหน้าที่กำกับเชิงวิชาการ มาตรฐาน และประเมินผล ขณะที่ อบจ. ทำหน้าที่บริหารจัดการเชิงปฏิบัติ เป็นกลไกสำคัญในการลดความซ้ำซ้อนและความสับสนเชิงอำนาจ^{2,7,11} 2) การสร้างกลไกเชื่อมระบบ (integration mechanisms) ได้แก่ ระบบส่งต่อไร้รอยต่อการใช้ Telemedicine ร่วมกัน การแต่งตั้ง Project Manager รายประเด็น และการใช้ Dashboard ตัวชี้วัดร่วม ซึ่งช่วยเสริม Health Information Systems และ Service Delivery ให้สอดคล้องกัน^{2,8,12} 3) การเสริมความยั่งยืนของกำลังคนและการเงินการคลัง การวางแผนกำลังคนระยะยาว การสร้างบุคลากรถ่ายโอน และกลไก

clearing ด้านการเงิน เป็นองค์ประกอบที่ช่วยสร้างเสถียรภาพเชิงระบบแนวทางดังกล่าวสะท้อนการประยุกต์ Six Building Blocks ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยเพิ่ม “กลไกบูรณาการระหว่างองค์กร” เป็นแกนกลาง ซึ่งมีได้ปรากฏชัดในกรอบดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) แต่มีความจำเป็นในบริบทการกระจายอำนาจของประเทศไทย^{2,4,12} การสังเคราะห์กรอบการดำเนินงานเชิงนโยบายในการปฏิบัติงานร่วมกัน ผลการวิจัยนำไปสู่การสังเคราะห์กรอบการดำเนินงานเชิงนโยบายที่มี 3 ชั้น (Three-layer Policy Framework) ดังนี้ ชั้นที่ 1: Governance Core ประกอบด้วยความชัดเจนเชิงบทบาท กลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และเวทีหารือสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและธรรมาภิบาล^{2,11,12} ชั้นที่ 2: System Integration Mechanisms ประกอบด้วยระบบส่งต่อ ระบบข้อมูลร่วม กลไกการเงิน และการจัดการกำลังคน ซึ่งเป็นกลไกเชิงปฏิบัติที่เชื่อมโยงองค์กรทั้งสอง^{2,11,12} ชั้นที่ 3: Primary Health Care Sustainability Platform ประกอบด้วยมาตรฐานหน่วยบริการ ระบบยา และเครือข่าย อสม. เพื่อรักษาคุณภาพและความยั่งยืนในระยะยาว กรอบดังกล่าวสะท้อนว่าความสำเร็จของการปฏิบัติงานร่วมกันมิได้ขึ้นอยู่กับโครงสร้างการถ่ายโอนเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับความสามารถในการสร้าง “กลไกกำกับร่วม” (collaborative governance) และ “ระบบเชื่อมประสาน” (system integration) ที่ชัดเจน^{4,7,8} ประโยชน์และการนำไปใช้ คือ ข้อค้นพบเชิงทฤษฎีและเชิงนโยบายในบริบทการกระจายอำนาจจำเป็นต้องเพิ่มมิติ “Inter-organizational Governance” เข้าเป็นองค์ประกอบสำคัญในเชิงนโยบาย ผลการศึกษาชี้ว่า หากสามารถกำหนดบทบาทชัดเจน เสริมกำลังคนอย่างยั่งยืน ใช้ระบบข้อมูลเดียว สร้างกลไกการเงินร่วม รักษาการมีส่วนร่วมของชุมชน จะสามารถสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับหลักการ PHC และคงคุณภาพบริการภายใต้การกระจายอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ ยังไม่ได้ศึกษามุมมองของประชาชนผู้รับบริการโดยตรงรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ ซึ่งอาจทำให้การสะท้อนผลกระทบต่อผู้ใช้บริการยังไม่ครบถ้วนในทุกมิติ

สรุปผลการดำเนินการวิจัย การศึกษานี้จะให้ข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการบูรณาการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่อย่างมาก โดยใช้กลไกคณะกรรมการระดับจังหวัด ภายใต้ระบบข้อมูลร่วมการวางแผนด้านกำลังคนระยะยาว

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี

กิตติกรรมประกาศ: งานวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการรับรองสถิติจาก ดร.อัญชลี เหมชะญาติ อดีตหัวหน้าสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- Office of the Council of State. Decentralization Plan and Procedures Act, B.E. 2542 (1999) [Internet]. 2003 [cited 2024 May 10]. Available from: https://www.obtnongpan.go.th/index/load_data/?doc=9908
- Sudhipongpracha T, Tewtong K, Kaewchiangwang A, Mungdee T, Tungcharoendee B, Thachmakerat P. Developing a model of a primary care system for provincial administrative organizations (PAOs) and an action plan for inter-agency collaboration and citizen engagement: cases of Suphanburi provincial administrative organization and Prachinburi provincial administrative organization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2023.
- The Coverage. Update on the latest figures of subdistrict health promotion hospital transfers in 2025 [Internet]. 2024 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/7614>
- World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Sringernyuang L, Siriwan P, Vongjinda S, Chuenchom S. Health center devolution: lesson learned and policy implications [Internet]. 2013 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3860?locale-attribute=th>
- Supawong C, Chunharas S, Damrikanlerd L, Srivanichakorn S, Wetsutthanon K, Sirilak S. Service provision manual for subdistrict health promotion hospitals. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2009.
- Watanasrichai S. Six pillars of the health system [Internet]. 2019 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.hsri.or.th/media-issue/492>
- Thai government gazette. Primary Health System Act, B.E. 2562 (2019) [Internet]. 2019 [cited 2024 May 20]. Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T_0165.PDF
- Crabtree BF, Miller WL. A template approach to text analysis: developing and using codebooks. In: Crabtree BF, Miller WL, editors. Doing qualitative research. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1992. p. 93-109.
- Ruangrattanaat W, Chaisilp K, Chantra S, Pimla S, editors. Lesson learned from management of task transfer of Queen Sirikit 60th birthday anniversary health stations and subdistrict health promotion hospitals to provincial administrative organizations, 2022 October - 2023 January. Proceedings of the workshop; 2023 Jan 16-17; Nakhon Ratchasima. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023.
- Chantra R, Krirkgulthorn T, Chuenkint T, Nimwatanakul S, Sarakshetrin A, Khamngoen R, et al. The roles of provincial public health office and district public health office after devolution of sub-district health promotion hospital to provincial administrative organization [Internet]. 2023 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.thecoverage.info/sites/default/files/attach-files/2024-11/bthbathkhxngsanakngansartharn-sukhcanghwadaelasa.pdf>
- Dherasariskul P, Promdit B, Nawamawat J. An evaluation of health mission transferred to local government organizations in regional health 3. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2018;35(2):203-13.

ORIGINAL ARTICLE

**แนวทางการบูรณาการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
และองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี**

ผาณิต กิตติศาสตร์, พย.บ., ศษ.ม., บัณฑิต นิชมนา, ส.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: การถ่ายโอนภารกิจตามรัฐธรรมนูญการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2543 พบปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงานหลายประการ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนาแนวทางในการบูรณาการระบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี

วิธีการศึกษา: วิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mix Methods Research) รูปแบบ Explanatory Sequential Design นี้ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่าย จำนวน 342 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยเทคนิค Focus Group Discussion จำนวน 29 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ ANOVA และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะเวลาศึกษาระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2567-เมษายน พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา: ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณสนับสนุนข้อค้นพบเชิงคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบความแตกต่างด้านการรับรู้ระหว่างหน่วยงานในมิติบทบาทหน้าที่ กำลังคน และตัวชี้วัด ($p < 0.001$) แนวทางการบูรณาการทั้งหมดมุ่งสู่คุณภาพบริการและการเข้าถึงที่เท่าเทียมของประชาชน ในลักษณะโครงสร้างการกำกับร่วม (Dual Governance Structure) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่กำกับเชิงวิชาการและมาตรฐาน ส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัดรับผิดชอบการบริหารจัดการเชิงปฏิบัติ ภายใต้กลไกธรรมาภิบาลร่วมอย่างชัดเจน เชื่อมโยงองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของระบบสุขภาพตามกรอบ Six Building Blocks ควบคู่กับการพัฒนาตามหลักการ Primary Health Care

สรุป: กรอบการบูรณาการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอน จัดวางโครงสร้างให้เห็นความสัมพันธ์ของบทบาทเชิงกำกับ และบทบาทเชิงบริหารอย่างชัดเจน การนำผลไปใช้ควรพิจารณาข้อจำกัดดังกล่าวควบคู่กัน เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ: การบูรณาการ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, องค์การบริหารส่วนจังหวัด