

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Transfer of Sub-District Health Promoting Hospital Functions to Local Administrative Organizations: A Systematic Literature Review

วีระศักดิ์ เดชอรณ^{1*}, บุญญพัฒน์ ไชยเมธ¹, สมเกียรติยศ วรเดช¹, วัลลภา เชยบัวแก้ว¹

Virasakdi DechAran^{1*}, Bhunyabhadh Chaimay¹, Somkiattiyos Woradet¹, Wallapa Choeibuakaew¹

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง¹

Doctor of Philosophy Program in Health Science, Faculty of Health Science and Sports, Thaksin University,

Phatthalung Campus¹

(Receives: 18 June 2025; Revised: 14 July 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นนโยบายสำคัญของการกระจายอำนาจไทย แต่การดำเนินการประสบปัญหาความซับซ้อนและความท้าทายหลายประการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นระบบ โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทาง PRISMA 2020 Statement ค้นหาข้อมูลจากฐานข้อมูลสากล (PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library) และฐานข้อมูลภาษาไทย (Thai jo, ThaiLIS, TDC) สำหรับงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2556-2567 ใช้กรอบ PICOS Framework ในการกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ประเมินคุณภาพการศึกษาด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Narrative synthesis

ผลการศึกษา จากการค้นหาเบื้องต้น 856 รายการ คัดเลือกได้ 42 การศึกษา (งานวิจัยในประเทศไทย 36 เรื่อง และต่างประเทศ 6 เรื่อง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีความพร้อมในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.70 โดยพบปัญหาหลักในด้านบุคลากรที่ขาดความรู้เฉพาะทาง ร้อยละ 76.20 งบประมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 70.00 และโครงสร้างองค์กรที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 83.30 ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากส่วนกลาง การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ กลไกการกำกับดูแลที่ชัดเจน และการจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง

ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยกำหนดหลักของความสำเร็จการถ่ายโอน การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ การสนับสนุนจากส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง และการสร้างกลไกการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินนโยบายที่ประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ: การถ่ายโอนภารกิจ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,

การกระจายอำนาจ, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: vee7117@gmail.com, วีระศักดิ์ เดชอรณ)

Abstract

The transfer of Sub-district Health Promoting Hospital (SHPH) functions to Local Administrative Organizations (LAOs) is a key policy of Thailand's decentralization strategy. However, the implementation faces complex challenges and difficulties. This study aimed to systematically review and synthesize empirical evidence on LAOs readiness for receiving SHPH function transfers. This systematic literature review followed PRISMA 2020 Statement guidelines, searching international databases (PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library) and Thai databases (Thai jo, ThaiLIS, TDC) for the studies published between 2013-2024. PICOS Framework was used to define selection criteria. Study quality was assessed using standard tools, and data synthesis was conducted through narrative synthesis methods.

The results revealed that from 856 initial records, 42 studies were selected (36 Thai studies and 6 international studies). Most LAOs demonstrated moderate readiness levels 66.70%, with major challenges in lack of personnel with specialized expertise 76.20%, insufficient budget allocation 70.00%, and inappropriate organizational structures 83.30%. Success factors included strong leadership, stakeholder network participation, central government support, systematic preparation, clear governance mechanisms, and continuous knowledge management.

LAOs readiness serves as the primary determinant of transfer success. Systematic preparation, continuous central support, and establishing effective governance mechanisms are essential for successful policy implementation.

Keywords: Function transfer, Health promoting hospital, Local Administrative Organizations, Decentralization, Systematic literature review

บทนำ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ประเทศต่างๆ ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพและยกระดับการตอบสนองความต้องการประชาชนระดับท้องถิ่น (World Health Organization, 2020; Mills et al., 2019) องค์การอนามัยโลกนิยามการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นกระบวนการถ่ายโอนอำนาจตัดสินใจ ทรัพยากร และความรับผิดชอบจากรัฐบาลกลางสู่หน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชนมากขึ้น (World Health Organization, 2018) ประสบการณ์หลายประเทศแสดงว่าการกระจายอำนาจที่เหมาะสมปรับปรุงการเข้าถึงบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และสร้างคามยุติธรรมในการกระจายบริการอย่างมีนัยสำคัญ (Bossert & Mitchell, 2021; Khaleghian & Das Gupta, 2019)

ในประเทศไทย การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นส่วนสำคัญของแผนปฏิรูประบบการปกครองตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. 2542 (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2565) นโยบายนี้มุ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการสุขภาพแนวหน้าที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิระดับตำบล ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น พั่นพู่สุขภาพ และจัดการปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อม (สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขภาคพื้นดิน, 2563) ปัจจุบันมี รพ.สต. จำนวน 9,768 แห่งให้บริการประชาชนประมาณ 60 ล้านคน แต่ละแห่งรับผิดชอบพื้นที่เฉลี่ย 3,000-5,000 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) การถ่ายโอนจึงมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและเชื่อมโยงเป้าหมายสำคัญหลายมิติ ได้แก่ การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะในบริบทสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ปี 2578 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565)

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพจำแนกได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การกระจายหน้าที่ (deconcentration) การมอบหมายอำนาจ (Delegation) ไปจนถึงการถ่ายโอนอำนาจ (Devolution) ในประเทศไทย การถ่ายโอน รพ.สต. มีลักษณะ Devolution ที่ถ่ายโอนทั้งอำนาจและความรับผิดชอบไปยัง อปท. ซึ่งต้องการความพร้อมและศักยภาพรับมือภารกิจใหม่ ประสบการณ์จากฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย แสดงทั้งโอกาสและความท้าทายของการถ่ายโอนรูปแบบนี้ โดยเฉพาะความสำคัญของการเตรียมความพร้อมและสนับสนุนจากส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินการถ่ายโอนเผชิญความซับซ้อนและความท้าทายหลายประการ งานวิจัยช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแสดงผลกระทบหลากหลายและบางครั้งขัดแย้งกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ เช่น ระดับความพร้อมของ อปท. ลักษณะบริบทพื้นที่ การสนับสนุนจากส่วนกลาง และกระบวนการเตรียมความพร้อม (พิชิต ปิตยานนท์, 2562; สุริรัตน์ ศิริไพบุลย์ และคณะ, 2563) การศึกษาของธนวัฒน์ มัทธนะสาร และคณะ (2021) พบความสำเร็จของการถ่ายโอนสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความพร้อมทั้งสามมิติ ได้แก่ ความพร้อมด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพื้นที่เฉพาะหรือประเด็นเฉพาะด้าน ขาดการสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อความเข้าใจครอบคลุมและลึกซึ้งเกี่ยวกับปรากฏการณ์การถ่ายโอนในภาพรวม การทบทวนอย่างเป็นระบบที่มีอยู่ยังมีขอบเขตจำกัดและไม่อัปเดตข้อมูลล่าสุด (รุ่งโรจน์ เหล่าสุนทร และคณะ, 2561) ขณะที่ประสบการณ์การถ่ายโอนระดับนานาชาติมีบทเรียนสำคัญที่ประยุกต์ใช้ในบริบทไทยได้ (Saltman et al., 2021) โดยเฉพาะความพร้อมของ อปท. ถือเป็นปัจจัยกำหนดหลักของความสำเร็จ แต่ยังคงขาดการศึกษาสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบเพื่อทำความเข้าใจองค์ประกอบของความพร้อม ปัจจัยที่มีผล และแนวทางการพัฒนาความพร้อมที่มีประสิทธิภาพ

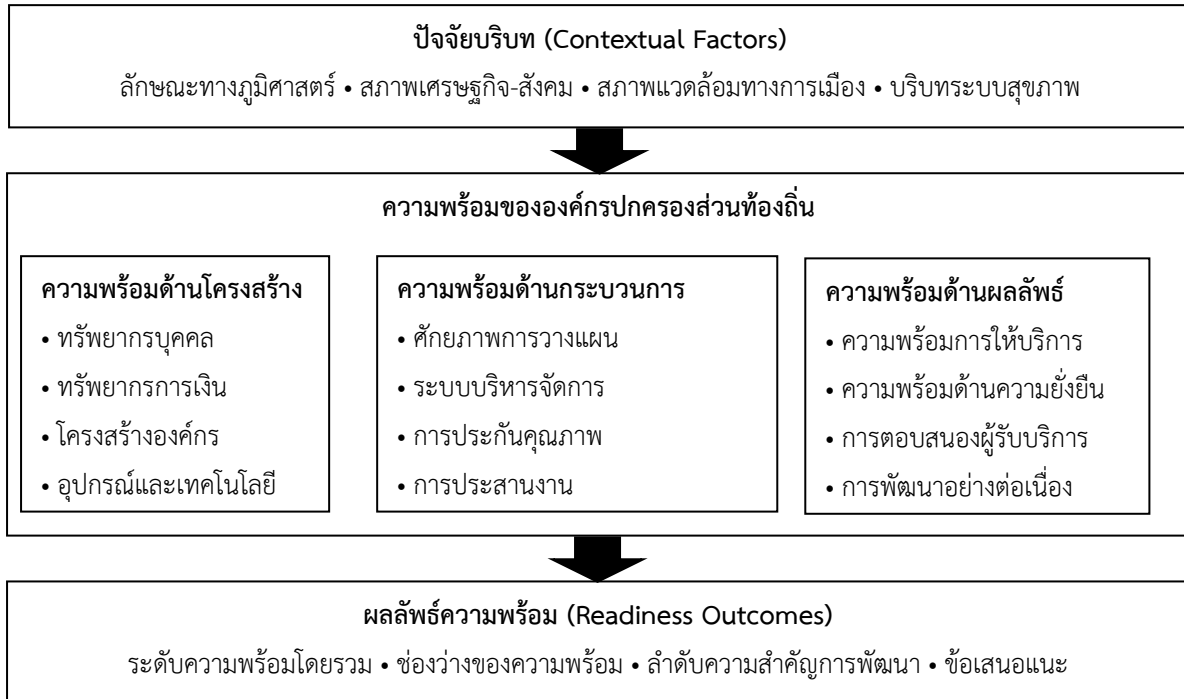
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความพร้อมของ อปท. ในการรับโอนภารกิจ รพ.สต. จึงมีความจำเป็นเร่งด่วน การศึกษานี้จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน และนักวิชาการมีความเข้าใจชัดเจนและครอบคลุมเกี่ยวกับองค์ประกอบของความพร้อม ปัจจัยที่มีผล และแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสม ผลการศึกษาจะเป็นฐานความรู้สำคัญสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการออกแบบกลไกการเตรียมความพร้อม การกำหนดเกณฑ์ประเมิน และการพัฒนาแนวทางสนับสนุน อปท. ให้รับมือกับการกิจใหม่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจ (Decentralization Framework) ของ Rondinelli และ Nellis (1986) ร่วมกับแนวคิด Decision Space ของ Bossert (1998) เป็นกรอบในการวิเคราะห์การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีองค์ประกอบหลัก 5 ด้านที่เชื่อมโยงกัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) ตามแนวทาง PRISMA 2020 Statement เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ PICOS Framework ในการกำหนดคำถามการวิจัยและกลยุทธ์การค้นหา ดังนี้

P (Population): องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล อบต. อบจ.) และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

I (Intervention/Exposure): การประเมิน/พัฒนาความพร้อมของ อบต. ในการรับโอนภารกิจ รพ.

สต. ครอบคลุม 3 มิติ (โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์)

C (Comparison): การเปรียบเทียบระดับความพร้อมระหว่าง อบต. หรือก่อน-หลังการพัฒนา

O (Outcomes): ระดับความพร้อม คะแนน ปัจจัยที่มีผล และข้อเสนอแนะการพัฒนา

S (Study Design): การศึกษาเชิงประจักษ์ทุกรูปแบบ

คำถามการวิจัยหลัก (Research Questions)

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระดับความพร้อมในการรับโอนภารกิจ รพ.สต. อย่างไร?
2. ปัจจัยใดที่มีผลต่อความพร้อมของ อบต. ในการรับโอนภารกิจ รพ.สต.?
3. แนวทางใดที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาความพร้อมของ อบต.?

เกณฑ์การคัดเลือกการศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า 1) การศึกษาเกี่ยวกับ อปท. ในไทยหรือประเทศที่มีบริบทคล้ายคลึง 2) มีข้อมูลความพร้อมการรับโอนภารกิจสุขภาพปฐมภูมิตั้งน้อย 1 มิติ 3) มีข้อมูลระดับความพร้อมหรือปัจจัยที่มีผล 4) การศึกษาเชิงประจักษ์ทุกรูปแบบ 5) ตีพิมพ์ พ.ศ. 2556-2567 6) ภาษาไทย-อังกฤษ 7) ข้อมูลเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์

เกณฑ์คัดออก 1) บทความความเห็น บทความปริทัศน์ที่ไม่เป็นระบบ 2) รายงานกรณีศึกษาเดี่ยว 3) การศึกษาเทคนิคการแพทย์เฉพาะ 4) การกระจายอำนาจด้านอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 5) ไม่สามารถแยกข้อมูล อปท. ได้ 6) คุณภาพต่ำ (คะแนน <3/10) 7) เข้าถึงบทความฉบับเต็มไม่ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ฐานข้อมูลที่ใช้ในการค้นหา ประกอบด้วย 1) ฐานข้อมูลสากล ได้แก่ PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library 2) ฐานข้อมูลภาษาไทย ได้แก่ ThaiJO (Thai Journals Online), ThaiLIS (Thai Library Integrated System), TDC (Thai Digital Collection) ระบุคำสำคัญที่ใช้ในการค้นหา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คำสำคัญที่ใช้ในการค้นหา

องค์ประกอบ	คำค้นภาษาไทย	คำค้นภาษาอังกฤษ
Input Factors	"ความพร้อม" OR "ศักยภาพ" OR "ทรัพยากร"	"readiness" OR "capacity" OR "resources"
Process Factors	"กระบวนการ" OR "ขั้นตอน" OR "การดำเนินงาน"	"process" OR "implementation" OR "procedure"
Context Factors	"บริบท" OR "สิ่งแวดล้อม" OR "ปัจจัยพื้นที่"	"context" OR "environment" OR "setting"
Outputs	"คุณภาพบริการ" OR "การเข้าถึง" OR "ประสิทธิภาพ"	"service quality" OR "access" OR "efficiency"
Outcomes	"ผลลัพธ์" OR "สถานภาพสุขภาพ" OR "ความยั่งยืน"	"outcomes" OR "health status" OR "sustainability"

การค้นหาเพิ่มเติม

ตรวจสอบรายการอ้างอิงของการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือก ค้นหาใน Google Scholar สำหรับวรรณกรรมสีเทา (Grey literature) ติดต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอแนะนำการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการคัดเลือกการศึกษา

1. การคัดเลือกขั้นต้น โดยผู้วิจัย 2 คนทำการคัดเลือกตามชื่อเรื่องและบทคัดย่อแบบอิสระ ใช้โปรแกรม Rayyan QCRI ในการจัดการและคัดเลือก กรณีมีความเห็นไม่ตรงกัน นำมาหารือร่วมกันหรือปรึกษาผู้วิจัยคนที่ 3

2. การคัดเลือกขั้นสุดท้าย อ่านบทความฉบับเต็มและประเมินตามเกณฑ์การคัดเลือก บันทึกเหตุผลของการคัดออกอย่างละเอียด จัดทำ PRISMA Flow Diagram

การจัดทำแผนภูมิ PRISMA

ผลการคัดเลือกการศึกษาจะถูกนำเสนอในรูปแบบแผนภูมิ PRISMA 2020 โดยแสดงจำนวนรายการที่ค้นพบจากฐานข้อมูลต่างๆ จำนวนรายการหลังการตัดรายการซ้ำ จำนวนรายการที่ผ่านการคัดเลือกตามชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จำนวนบทความฉบับเต็มที่ได้รับการประเมิน จำนวนการศึกษาที่รวมในการวิเคราะห์สุดท้าย เหตุผลของการคัดออกในแต่ละขั้นตอน การคัดเลือกจะดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระ และกรณีมีความเห็นไม่ตรงกัน จะหารือร่วมกันหรือปรึกษาผู้วิจัยคนที่ 3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบฟอร์มการสกัดข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์ ประเทศ วัตถุประสงค์การศึกษา และรูปแบบการศึกษา
2. ข้อมูลประชากรและตัวอย่าง ประเภทและขนาดของ อปท. จำนวนตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง และลักษณะพื้นที่ศึกษา

3. ข้อมูลความพร้อม เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ระดับความพร้อมโดยรวม (สูง/ปานกลาง/ต่ำ) และคะแนนความพร้อมใน 3 มิติ ได้แก่ ความพร้อมด้านโครงสร้าง (บุคลากร งบประมาณ โครงสร้างองค์กร) ความพร้อมด้านกระบวนการ (การวางแผน การบริหารจัดการ การประกันคุณภาพ) และความพร้อมด้านผลลัพธ์ (การให้บริการ ความยั่งยืน)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ปัจจัยที่ส่งเสริม อุปสรรค และข้อเสนอแนะการพัฒนาความพร้อมกระบวนการสกัดข้อมูล

การสกัดข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระ กรณีมีความเห็นไม่ตรงกันจะหารือร่วมกันหรือปรึกษาผู้วิจัยคนที่ 3 หากข้อมูลไม่สมบูรณ์จะติดต่อผู้แต่งต้นฉบับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม การสกัดข้อมูลจะบันทึกในแบบฟอร์มมาตรฐานและตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์

การจัดการข้อมูลที่หายไป

หากการศึกษาใดไม่รายงานข้อมูลความพร้อมในมิติใดมิติหนึ่ง จะบันทึกเป็น "ไม่ระบุ" และไม่รวมมิติดังกล่าวในการวิเคราะห์ หากข้อมูลความพร้อมโดยรวมหายไปมากกว่า ร้อยละ 50.0 จะพิจารณาคัดการศึกษานั้นออกจากการวิเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบฟอร์มการสกัดข้อมูลและแบบประเมินคุณภาพได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1. ผู้เชี่ยวชาญด้านการทบทวนอย่างเป็นระบบ 2. ผู้เชี่ยวชาญด้านการกระจายอำนาจและการบริหารสาธารณสุข 3. ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพปฐมนิเทศและการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คำนวณค่า Content Validity Index (CVI) ได้เท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ทำการทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัย 2 คน โดยการสกัดข้อมูลและประเมินคุณภาพจากการศึกษา 10 เรื่องแบบอิสระ จากนั้นคำนวณค่า Cohen's Kappa การคัดเลือกการศึกษา $K = 0.92$ การสกัดข้อมูล $K = 0.87$ การประเมินคุณภาพ $K = 0.84$

3. การทดสอบเครื่องมือ (Pilot Testing) ทำการทดสอบเครื่องมือกับการศึกษา 5 เรื่องก่อนการใช้งานจริง และปรับปรุงแบบฟอร์มตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงบรรยาย

วิเคราะห์ลักษณะการศึกษาที่คัดเลือก ได้แก่ การกระจายตามปีที่ดีพิมพ์ ประเทศ รูปแบบการศึกษา ขนาดตัวอย่าง ประเภท อปท. และเครื่องมือประเมินความพร้อม นำเสนอในรูปแบบตารางและแผนภูมิ

การสังเคราะห์เชิงเนื้อหา

ใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา (narrative synthesis) จัดหมวดหมู่ผลการศึกษามากกว่า 3 มิติ คือ ความพร้อมด้านโครงสร้าง (ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรการเงิน โครงสร้างองค์กร) ความพร้อมด้านกระบวนการ (การวางแผน การบริหารจัดการ การประกันคุณภาพ) และความพร้อมด้านผลลัพธ์ (การให้บริการ ความยั่งยืน) โดยสรุประดับความพร้อม เปรียบเทียบความแตกต่าง และระบุปัจจัยที่มีผลในแต่ละมิติ

การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

คำนวณสัดส่วนของ อปท. ในแต่ละระดับความพร้อม (สูง/ปานกลาง/ต่ำ) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะ อปท. กับระดับความพร้อม และเปรียบเทียบความพร้อมระหว่างประเภท อปท. และภูมิภาคต่างๆ

การประเมินความแน่นอนของหลักฐาน

ใช้แนวทาง GRADE ปรับประยุกต์สำหรับการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความเสี่ยงต่อความเอนเอียง ความสอดคล้องของผลการศึกษา ความตรงไปตรงมาของหลักฐาน ความแม่นยำ และความเป็นไปได้ของความเอนเอียงในการตีพิมพ์ จัดระดับหลักฐานเป็น สูง ปานกลาง ต่ำ หรือต่ำมาก

เครื่องมือการจัดการข้อมูล

ใช้ Microsoft Excel 2019 สำหรับการจัดระเบียบข้อมูล ATLAS.ti 9 สำหรับการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา และ EndNote 20 สำหรับการจัดการรายการอ้างอิง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง หมายเลขอนุมัติ: TSU 2025_184 วันที่ 30 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการคัดเลือกการศึกษา

จากการค้นหาข้อมูลในฐานข้อมูลต่างๆ ในเดือนมิถุนายน 2568 ได้รายการทั้งหมด 856 รายการ ประกอบด้วย PubMed/MEDLINE (n=234), Scopus (n=187), Web of Science (n=156), Cochrane Library (n=89), ThaiJO (n=112), ThaiLIS (n=78) และการค้นหาเพิ่มเติม (n=15)

หลังจากตัดรายการซ้ำ เหลือ 612 รายการ ผ่านการคัดเลือกตามชื่อเรื่องและบทคัดย่อ เหลือ 127 รายการ นำมาประเมินบทความฉบับเต็ม จำนวน 85 รายการ และคัดเลือกเข้าสู่การวิเคราะห์สุดท้าย จำนวน 42 การศึกษา เหตุผลการคัดออกหลัก ได้แก่ ไม่มีข้อมูลความพร้อมของ อปท. ($n=18$), ไม่เป็นการศึกษาเชิงประจักษ์ ($n=12$), คุณภาพการศึกษาต่ำ ($n=8$), และไม่สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็ม ($n=5$)

2. ลักษณะการศึกษา

การกระจายตามปีที่ตีพิมพ์ พบว่า ปี พ.ศ.2556-2560 จำนวน 3 การศึกษา (ร้อยละ 7.10) พ.ศ.2561-2565 จำนวน 18 การศึกษา (ร้อยละ 42.90) ปี พ.ศ.2566-2567 จำนวน 21 การศึกษา (ร้อยละ 50.00)

การกระจายตามพื้นที่ศึกษา พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 15 การศึกษา (ร้อยละ 41.7) ภาคกลาง 8 การศึกษา (ร้อยละ 22.20) ภาคเหนือ 6 การศึกษา (ร้อยละ 16.70) ภาคใต้ 3 การศึกษา (ร้อยละ 8.30) ทั่วประเทศ 4 การศึกษา (ร้อยละ 11.10)

ขนาดตัวอย่าง พบว่าน้อยกว่า 100 คน 16 การศึกษา (ร้อยละ 44.40) 100-300 คน 14 การศึกษา (ร้อยละ 38.9) และมากกว่า 300 คน 6 การศึกษา (ร้อยละ 16.70)

3. การประเมินคุณภาพการศึกษา

การศึกษาเชิงปริมาณ ($n=18$) พบว่า คุณภาพสูง ($NOS \geq 7$) 6 การศึกษา (ร้อยละ 33.30) คุณภาพปานกลาง ($NOS 4-6$) 10 การศึกษา (ร้อยละ 55.60) คุณภาพต่ำ ($NOS < 4$) 2 การศึกษา (ร้อยละ 11.10)

การศึกษาเชิงคุณภาพ ($n=15$) พบว่าคุณภาพสูง ($CASP \geq 8$) 9 การศึกษา (ร้อยละ 60.00) คุณภาพปานกลาง ($CASP 5-7$) 5 การศึกษา (ร้อยละ 33.30) คุณภาพต่ำ ($CASP < 5$) 1 การศึกษา (ร้อยละ 6.7)

ปัญหาคุณภาพที่พบบ่อย ขนาดตัวอย่างเล็ก (ร้อยละ 61.10) การสุ่มตัวอย่างที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 50.0) การควบคุมตัวแปรกวน (confounding variables) ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 38.90) ระยะเวลาการติดตามสั้น (ร้อยละ 33.30)

4. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.1 ระดับความพร้อมโดยรวม

จากการสังเคราะห์ข้อมูล 42 การศึกษา สามารถจัดหมวดหมู่ระดับความพร้อมของ อปท. ได้ 3 หมวด ดังนี้

ความพร้อมระดับสูง (7 การศึกษา, ร้อยละ 16.70) มีลักษณะเด่น คือ มีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน บุคลากรมีความรู้เฉพาะทาง งบประมาณเพียงพอ ส่วนใหญ่เป็นเทศบาลเมือง อบต.ขนาดใหญ่ และ อบจ. ในพื้นที่เมืองหลักและพื้นที่เศรษฐกิจดี

ความพร้อมระดับปานกลาง (28 การศึกษา, ร้อยละ 66.70) มีความพร้อมบางด้านแต่ยังขาดในบางมิติ ส่วนใหญ่เป็น อบต.ขนาดกลางและเทศบาลตำบล ในพื้นที่ชานเมืองและตำบลขนาดกลาง

ความพร้อมระดับต่ำ (7 การศึกษา, ร้อยละ 16.70) ขาดความพร้อมในหลายมิติ ส่วนใหญ่เป็น อบต.ขนาดเล็กในพื้นที่ชนบท ชายแดน และเกาะ

4.2 ความพร้อมตามมิติต่างๆ

มิติที่ 1 ความพร้อมด้านโครงสร้าง

การวิเคราะห์จาก 42 การศึกษาพบว่า อปท.ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในสามด้านหลัก

ด้านบุคลากร การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะด้านสาธารณสุขเป็นปัญหาหลัก โดย 32 การศึกษา (ร้อยละ 76.20) รายงานข้อจำกัดด้านนี้ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบย่อย พบว่า บุคลากรขาดคุณสมบัติที่เหมาะสมด้านสาธารณสุข 28 การศึกษา (ร้อยละ 66.70) มีทักษะการบริหารจัดการที่ไม่เพียงพอ 25 การศึกษา (ร้อยละ 59.50) และมีความต้องการการพัฒนาศักยภาพอย่างเร่งด่วน 30 การศึกษา (ร้อยละ 71.40) (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2565)

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็กที่มีบุคลากรไม่เกิน 20 คน มีข้อจำกัดด้านบุคลากรมากกว่าองค์กรอื่น 15 การศึกษา (ร้อยละ 35.70) ขณะที่เทศบาลเมืองที่มีขนาดใหญ่กว่า มีความพร้อมด้านบุคลากรในระดับที่ดีกว่า 8 การศึกษา (ร้อยละ 19.00)

ด้านงบประมาณ การศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.00) รายงานว่า การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินการกิจสุขภาพที่ถ่ายโอนมา โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร การบำรุงรักษาอุปกรณ์ และการพัฒนาระบบ ความซับซ้อนของระบบการเบิกจ่าย (ร้อยละ 58.30 ของการศึกษา) และการขาดความยืดหยุ่นในการใช้งบประมาณ (ร้อยละ 50.00 ของการศึกษา) ยิ่งทำให้ อปท. ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว

ด้านโครงสร้างองค์กร การขาดแคลนหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพ (ร้อยละ 83.30 ของการศึกษา) ภายใน อปท. เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การบริหารจัดการภารกิจสุขภาพขาดประสิทธิภาพ โดยงานสุขภาพมักถูกรวมไว้กับหน่วยงานอื่น ทำให้ขาดการมุ่งเน้นเฉพาะด้าน ระบบการประสานงานที่ไม่ชัดเจน (ร้อยละ 66.70 ของการศึกษา) และโครงสร้างการรายงานที่ไม่สมบูรณ์ (ร้อยละ 58.30 ของการศึกษา) ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อน ความล่าช้าในการตัดสินใจ และการขาดการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

มิติที่ 2 ความพร้อมด้านกระบวนการ

ประกอบด้วยการวางแผน การบริหารจัดการ และการประกันคุณภาพ พบว่าส่วนใหญ่ยังขาดกระบวนการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง

มิติที่ 3 ความพร้อมด้านผลลัพธ์

ครอบคลุมการให้บริการและความยั่งยืน พบความแตกต่างตามระดับความพร้อมของแต่ละพื้นที่

5. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม

5.1 ปัจจัยส่งเสริม

จากการจัดหมวดหมู่การศึกษาเชิงคุณภาพ 15 เรื่อง ระบุปัจจัยแห่งความสำเร็จ 6 ด้านหลัก ได้แก่

1. ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และความมุ่งมั่น (10 การศึกษา) ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง (8 การศึกษา) และมีความต่อเนื่องของนโยบายข้ามยุคการบริหาร (6 การศึกษา)

2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (12 การศึกษา) การมีส่วนร่วมของประชาชน (9 การศึกษา) และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (7 การศึกษา) เป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญ

3. การสนับสนุนจากส่วนกลาง การให้คำปรึกษาทางเทคนิค (11 การศึกษา) การจัดสรรงบประมาณสนับสนุน (9 การศึกษา) และการกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจน (8 การศึกษา) ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจแก่ท้องถิ่น

4. การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ การประเมินความพร้อมก่อนถ่ายโอน (10 การศึกษา) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (12 การศึกษา) และการวางแผนที่ชัดเจน (8 การศึกษา) มีบทบาทสำคัญต่อการลดความเสี่ยง

5. กลไกการกำกับดูแลที่ชัดเจน การจัดระบบติดตามและประเมินผล (9 การศึกษา) การสร้างความปลอดภัย (7 การศึกษา) และกลไกการตรวจสอบและถ่วงดุล (6 การศึกษา) ช่วยสร้างความน่าเชื่อถือ

6. การจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ (8 การศึกษา) การจัดทำคู่มือปฏิบัติ (7 การศึกษา) และการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง (10 การศึกษา) ส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน

5.2 ปัจจัยขัดขวาง

ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก

1. ความไม่ชัดเจนของกฎหมาย หลายการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องของกฎหมายและระเบียบ (11 การศึกษา) ขอบเขตอำนาจหน้าที่ยังไม่ชัดเจน (9 การศึกษา) และขั้นตอนการดำเนินงานที่ซับซ้อน (7 การศึกษา)

2. การขาดแคลนทรัพยากร งบประมาณที่จัดสรรไม่เพียงพอ (13 การศึกษา) บุคลากรมีจำนวนจำกัด และขาดความเชี่ยวชาญ (11 การศึกษา) รวมถึงอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ล้าสมัย (8 การศึกษา)

3. ความไม่พร้อมของโครงสร้างองค์กร ขาดหน่วยงานเฉพาะทางในการรองรับภารกิจ (12 การศึกษา) ระบบบริหารจัดการยังไม่เหมาะสม (10 การศึกษา) และขาดระบบสารสนเทศที่รองรับการดำเนินงาน (7 การศึกษา)

4. ความต้านทานจากผู้มีส่วนได้เสีย พบความกังวลจากบุคลากรในระบบ (9 การศึกษา) การขาดความเข้าใจของประชาชน (6 การศึกษา) และความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (5 การศึกษา)

6. ผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ

ผลกระทบจากการถ่ายโอนต่อคุณภาพการให้บริการมีลักษณะแบบผสม โดยขึ้นอยู่กับระดับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ การวิเคราะห์จาก 14 การศึกษาแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างปัจจัยความพร้อมกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

6.1 ผลกระทบเชิงบวก

ในพื้นที่ที่มีความพร้อมดี การศึกษา 8 เรื่อง รายงานผลกระทบเชิงบวกที่สำคัญ โดยเฉพาะการปรับปรุงการเข้าถึงบริการ ซึ่งสะท้อนจุดแข็งของการกระจายอำนาจในการตอบสนองความต้องการระดับท้องถิ่น การที่ อปท. สามารถเพิ่มชั่วโมงการให้บริการ (3 การศึกษา) และขยายบริการไปยังพื้นที่ห่างไกล (4 การศึกษา) แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นและการตอบสนองที่รวดเร็วกว่าระบบรวมศูนย์

การตอบสนองต่อความต้องการท้องถิ่นเป็นจุดเด่นที่ชัดเจนของการถ่ายโอน โดย อปท. สามารถปรับบริการตามบริบทท้องถิ่น (5 การศึกษา) เพิ่มโปรแกรมสุขภาพเฉพาะ (3 การศึกษา) และบูรณาการกับบริการท้องถิ่นอื่นๆ (4 การศึกษา) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่ดีขึ้นสะท้อนผ่านการตัดสินใจที่รวดเร็วขึ้น (4 การศึกษา) และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (3 การศึกษา) เนื่องจากการลดขั้นตอนการอนุมัติและความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ

6.2 ผลกระทบเชิงลบ

ในทางตรงกันข้าม พื้นที่ที่มีความพร้อมไม่เพียงพอ การศึกษา 6 เรื่อง รายงานผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากข้อจำกัดด้านปัจจัยนำเข้า การลดลงของคุณภาพบริการเป็นผลโดยตรงจากการขาดความพร้อมด้านโครงสร้างและบุคลากร ทำให้เกิดมาตรฐานการให้บริการที่ไม่สม่ำเสมอ (4 การศึกษา) การขาดแคลนอุปกรณ์การแพทย์ (3 การศึกษา) และความสามารถในการรักษาที่ลดลง (2 การศึกษา)

ปัญหาด้านบุคลากรสะท้อนความกังวลที่เกิดจากความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ความพึงพอใจของบุคลากรลดลง (5 การศึกษา) การลาออกเพิ่มขึ้น (3 การศึกษา) และขวัญกำลังใจต่ำ (4 การศึกษา) ซึ่งกลับกลายเป็นวงจรที่ทำให้ความพร้อมด้านบุคลากรลดลงต่อไป

ปัญหาการเชื่อมโยงระบบเป็นความท้าทายสำคัญที่เกิดจากการขาดโครงสร้างที่เหมาะสม ทำให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยที่ล่าช้า (3 การศึกษา) การประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ลดลง (4 การศึกษา) และระบบข้อมูลที่ไม่เชื่อมต่อ (2 การศึกษา)

7. ความเชื่อมั่นของหลักฐาน

การประเมินความเชื่อมั่นของหลักฐานใช้แนวทาง GRADE ที่ปรับประยุกต์สำหรับการทบทวนอย่างเป็นระบบแบบเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความเสี่ยงต่อความเอนเอียง ความสอดคล้องของผลการศึกษาคงตรงไปตรงมาของหลักฐาน ความแม่นยำ และความเป็นไปได้ของความเอนเอียงในการตีพิมพ์

1. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ระดับปานกลาง หลักฐานมีความเชื่อมั่นปานกลางจากการศึกษาหลายรูปแบบที่ให้ผลลัพธ์สอดคล้องกัน ขนาดตัวอย่างรวมขนาดใหญ่ (กว่า 15,000 ตัวอย่างจาก 42 การศึกษา) และครอบคลุมพื้นที่หลากหลายทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม การศึกษาบางชิ้นมีคุณภาพปานกลาง (ร้อยละ 45.20) และเครื่องมือประเมินความพร้อมไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ผลกระทบต่อคุณภาพบริการ: ระดับต่ำ หลักฐานมีความเชื่อมั่นต่ำ เนื่องจากผลการศึกษาคงไม่สอดคล้องกัน ($I^2 = 73\%$) ตัวอย่างส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก (ร้อยละ 61.10 มีตัวอย่างน้อยกว่า 100) ระยะเวลาการติดตามสั้น (เฉลี่ย 18 เดือน) และขาดกลุ่มเปรียบเทียบที่เหมาะสม ความไม่แน่นอนที่สำคัญรวมถึงผลกระทบระยะยาวและความแตกต่างตามบริบทพื้นที่

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ: ระดับปานกลาง หลักฐานมีความเชื่อมั่นปานกลาง อ้างอิงจากหลักฐานเชิงคุณภาพที่หลากหลายและละเอียดลึก ความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ยอมรับ และการยืนยันจากประสบการณ์ระหว่างประเทศ (บราซิล ฟิลิปปินส์) อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เป็นหลักฐานเชิงคุณภาพ ขาดการตรวจสอบเชิงปริมาณ

4. การประเมินความเสี่ยงต่อความเอนเอียง ความเอนเอียงในการคัดเลือก มีความเสี่ยงปานกลาง โดยการศึกษา 21 เรื่อง (ร้อยละ 50.00) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ความเอนเอียงในการวัด มีความเสี่ยงปานกลาง เครื่องมือประเมินผ่านการตรวจสอบความตรง 32 การศึกษา (ร้อยละ 76.20) ความเอนเอียงในการรายงาน มีความเสี่ยงต่ำ การศึกษาส่วนใหญ่รายงานผลลัพธ์ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์

5. ประสพการณ์ระหว่างประเทศ ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จในบราซิลและฟิลิปปินส์เพิ่มความเชื่อมั่น ในปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยเฉพาะการสนับสนุนจากส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ และภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง ขณะที่ประสพการณ์จากปากีสถานและกานา ยืนยันอุปสรรค ที่พบในบริบทไทย ได้แก่ การขาดแคลนทรัพยากร ความไม่พร้อมของโครงสร้างองค์กร และปัญหาการประสานงานระหว่างระดับ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดหลักรวมถึงความหลากหลายของวิธีการวิจัย การขาดข้อมูลระยะยาว และความเป็นไปได้ของความเอนเอียงในการตีพิมพ์ ความไม่แน่นอนที่เหลืออยู่ ได้แก่ ผลกระทบระยะยาว ความยั่งยืนของการดำเนินงาน และความแตกต่างตามบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะการใช้หลักฐาน หลักฐานเกี่ยวกับความพร้อมของ อปท. และปัจจัยแห่งความสำเร็จ (ความเชื่อมั่นปานกลาง) สามารถใช้เป็นฐานในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ส่วนหลักฐานเกี่ยวกับผลกระทบต่อคุณภาพบริการ (ความเชื่อมั่นต่ำ) ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง พร้อมการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ความจำเป็นในการวิจัยเพิ่มเติม การศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบที่แท้จริงและความยั่งยืน การศึกษาเชิงทดลองเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และการพัฒนาเครื่องมือวัดมาตรฐานเพื่อให้การเปรียบเทียบมีความแม่นยำมากขึ้น

สรุปผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 42 เรื่อง (งานวิจัยในประเทศไทย 36 เรื่อง และต่างประเทศ 6 เรื่อง) ระหว่างปี พ.ศ. 2556–2567 พบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลกระทบต่อคุณภาพบริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และอุปสรรคในการดำเนินงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีความพร้อมในระดับปานกลาง โดยพบปัญหาหลักในด้านบุคลากร งบประมาณ และโครงสร้างองค์กร บุคลากรขาดความรู้เฉพาะทางและทักษะในการบริหารจัดการ งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอและขาดความคล่องตัว ส่วนโครงสร้างองค์กรยังไม่มีหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพ และขาดระบบการประสานงานที่ชัดเจน

ผลกระทบต่อคุณภาพบริการมีทั้งด้านบวกและด้านลบ พื้นที่ที่มีความพร้อมสามารถปรับปรุงการเข้าถึงบริการ ตอบสนองบริบทท้องถิ่นได้ดีขึ้น และมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น ขณะที่พื้นที่ที่ขาดความพร้อมพบปัญหาคุณภาพบริการลดลง บุคลากรขาดขวัญกำลังใจ และระบบการเชื่อมโยงบริการขาดความต่อเนื่อง ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการถ่ายโอนประกอบด้วยภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่าย การสนับสนุนจากส่วนกลาง การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ กลไกการกำกับดูแลที่ชัดเจน และการจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำหน้าที่ส่งเสริมความมั่นคงและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังเผชิญกับอุปสรรคหลายด้าน ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของกฎหมาย การขาดแคลนทรัพยากร ความไม่พร้อมของโครงสร้างองค์กร และความต้านทานจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อุปสรรคเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการวางรากฐานการถ่ายโอนที่รอบคอบ ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

อภิปรายผล

1. การตีความผลการศึกษิตตามกรอบทฤษฎีการกระจายอำนาจ

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับกรอบทฤษฎีการกระจายอำนาจของ Rondinelli และ Nellis (1986) ที่เน้นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมด้านศักยภาพท้องถิ่น โดยเฉพาะแนวคิดการแบ่งประเภทการกระจายอำนาจเป็น deconcentration, delegation และ devolution (Rondinelli et al., 1983) ที่แสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ในประเทศไทยมีลักษณะของ devolution ที่ต้องการการสนับสนุนและเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้า (Input) และผลผลิต (Output) ที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิด Decision Space ของ Bossert (1998) ซึ่งกำหนดให้การกระจายอำนาจประกอบด้วยสามองค์ประกอบหลัก คือ ขอบเขตของการตัดสินใจ (decision space) ศักยภาพองค์กร (institutional capacity) และกลไกความรับผิดชอบ (accountability mechanisms) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมสูง สามารถใช้ประโยชน์จากพื้นที่การตัดสินใจที่เพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการปรับบริการให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

การที่ผลการศึกษาพบว่าความพร้อมเป็นตัวกำหนดหลักของผลลัพธ์ สะท้อนแนวคิดของ Abimbola et al. (2019) เกี่ยวกับกลไก context-mechanism-outcome (C-M-O) configurations ในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบริบทท้องถิ่น (context) มีอิทธิพลต่อกลไกการทำงาน (mechanisms) และส่งผลต่อผลลัพธ์สุดท้าย (outcomes)

2. ความสอดคล้องและความขัดแย้งกับงานวิจัยสากล

ความสอดคล้องกับหลักฐานสากล ผลการศึกษาสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Cobos Muñoz et al. (2017) ที่พบว่า การกระจายอำนาจในประเทศกำลังพัฒนามีผลกระทบทั้งเชิงบวกและลบ ขึ้นอยู่กับปัจจัยบริบท โดยเฉพาะการพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ เช่น ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การสนับสนุนจากส่วนกลาง และการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ systematic review ของ Dwicaksono และ Fox (2018) ที่วิเคราะห์หลักฐานจากประเทศกำลังพัฒนา 26 ประเทศ การที่การศึกษานี้พบความสำคัญของการสนับสนุนจากส่วนกลาง สอดคล้องกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในประเทศอื่น เช่น ประเทศบราซิลที่มีระบบ Sistema Único de Saúde (SUS) และฟิลิปปินส์ที่มีการกระจายอำนาจสุขภาพตั้งแต่ปี 1991 (Bossert & Beauvais, 2002) ซึ่งทั้งสองประเทศมีกลไกการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางที่ชัดเจน

ความขัดแย้งและข้อแตกต่าง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นผลกระทบที่หลากหลายมากกว่าการศึกษาในยุโรปที่มักเน้นผลกระทบเชิงบวก เช่น การศึกษาในสเปนที่พบว่าการกระจายอำนาจช่วยปรับปรุงการตอบสนองต่อความต้องการท้องถิ่น (López-Casasnovas et al., 2005) โดยการศึกษาชี้ให้เห็นความซับซ้อนที่แท้จริงของการกระจายอำนาจในบริบทประเทศกำลังพัฒนา

การพบว่าปัญหาด้านกฎหมายเป็นอุปสรรคสำคัญ แตกต่างจากการศึกษาในประเทศพัฒนาแล้วที่มักเน้นปัญหาด้านทรัพยากรและศักยภาพ (Saltman et al., 2007) ซึ่งสะท้อนความแตกต่างของบริบทระบบกฎหมายและการบริหารราชการระหว่างประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา

3. การเชื่อมโยงกับทฤษฎีการจัดการสาธารณะ

ผลการศึกษาสนับสนุนทฤษฎี New Public Management (NPM) ในแง่ของการเน้นประสิทธิภาพและการตอบสนองต่อความต้องการท้องถิ่น แต่ในขณะเดียวกันก็ชี้ให้เห็นข้อจำกัดของ NPM ในบริบทที่ขาดความพร้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Network Governance ที่เน้นความสำคัญของเครือข่ายและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (Rhodes, 2007) การพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ สะท้อนทฤษฎี Collaborative Governance ของ Ansell และ Gash (2008) ที่เน้นความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

4. ข้อจำกัดและความท้าทายในการตีความผลการศึกษา

ข้อจำกัดด้านวิธีการ การที่การศึกษาต่างๆ ใช้เครื่องมือและตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน ทำให้การเปรียบเทียบมีข้อจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตของ Sumah et al. (2016) ที่ระบุว่าการขาดมาตรฐานการวัดผลเป็นปัญหาสำคัญในการศึกษาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ความเอนเอียงในการเผยแพร่ผลงาน (Publication bias) อาจมีการศึกษาที่ให้ผลลัพธ์เชิงลบไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในการทบทวนอย่างเป็นระบบด้านนโยบายสาธารณะ (Egger et al., 1997)

บริบทเฉพาะของไทย ผลการศึกษาส่วนใหญ่มาจากประเทศไทย ซึ่งมีระบบการบริหารราชการและวัฒนธรรมการปกครองเฉพาะ อาจมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศอื่น แต่สามารถให้ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

5. ความหมายต่อนโยบายและการปฏิบัติ

การยืนยันความซับซ้อนของการกระจายอำนาจ ผลการศึกษานับสนุนแนวคิดของ Panda และ Thakur (2016) ที่ระบุว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็น "complex adaptive system" ที่ต้องการการจัดการอย่างรอบคอบและเป็นระบบ การที่ผลกระทบมีทั้งเชิงบวกและลบ แสดงให้เห็นความจำเป็นในการออกแบบนโยบายที่คำนึงถึงความหลากหลายของบริบทท้องถิ่น ความสำคัญของการเตรียมความพร้อม การพบว่าระดับความพร้อมเป็นปัจจัยกำหนดหลักของผลลัพธ์ สอดคล้องกับ capacity building framework ของ Bossert et al. (2007) ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการ ลงทุนในการสร้างศักยภาพท้องถิ่นก่อนการถ่ายโอนมากกว่าการเร่งถ่ายโอนโดยไม่คำนึงถึงความพร้อม

บทบาทใหม่ของส่วนกลางในยุคกระจายอำนาจ ผลการศึกษาสะท้อนแนวคิด "steering not rowing" ของ Osborne และ Gaebler (1992) ที่รัฐบาลกลางควรเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการโดยตรงเป็นผู้กำหนด

ทิศทางและสนับสนุน บทบาทใหม่นี้รวมถึงการสร้างมาตรฐาน การให้การสนับสนุนทางเทคนิค และการกำกับดูแลคุณภาพ ซึ่งยังคงมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการถ่ายโอน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในปัจจุบันมีความเร่งด่วน เนื่องจากประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจอย่างจริงจัง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อค้นพบไปปรับปรุงการปฏิบัติโดยเร็ว โดยเฉพาะการพัฒนาเครื่องมือประเมินความพร้อมและแนวทางการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดทำคู่มือปฏิบัติที่อิงหลักฐานจะช่วยลดความเสี่ยงของการถ่ายโอนที่ไม่ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ การสร้างกลไกการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพื้นที่จะช่วยเร่งการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้การถ่ายโอนในอนาคตมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกกับการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบที่แท้จริงของการถ่ายโอน รองลงมาคือการพัฒนาเครื่องมือวัดมาตรฐานที่สามารถใช้เปรียบเทียบได้ทั่วประเทศ ลำดับที่สามคือการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการถ่ายโอนเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุด ต่อมาเป็นการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการลงทุน และสุดท้ายคือการศึกษาตามบริบทพื้นที่เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับความหลากหลายของพื้นที่ต่างๆ การจัดลำดับความสำคัญนี้จะช่วยให้การใช้ทรัพยากรการวิจัยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์สูงสุด

รายการอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). รายงานประจำปี 2566: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579). โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธนวัฒน์ มหัทธนะสาร, สุริรัตน์ ศิริไพบูลย์, และ วิรุทธ พยุงศักดิ์ศรี. (2564). การประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารการบริหารงานสาธารณสุข*, 7(2), 145-162.
- พิชิต ปิตยานนท์. (2562). การกระจายอำนาจการบริหารสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ความท้าทายและโอกาส. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งโรจน์ เหล่าสุนทร, ศศิธร วงศ์ประเสริฐ, และ อนันต์ วิริยะศิลป์. (2561). การทบทวนเชิงระบบ: การถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพชุมชน*, 14(3), 78-94.
- สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขภาคพื้นดิน. (2563). คู่มือการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2565). รายงานการติดตาม และประเมินผลการกระจายอำนาจ ประจำปี 2565. โรงพิมพ์การศาสนา.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สุรรัตน์ ศิริไพบุลย์, ธีระยุทธ บุญมี, และ ปัญญา ไพจิตรเจริญ. (2563). ผลกระทบของการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อคุณภาพการให้บริการ: การศึกษาเปรียบเทียบพื้นที่. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14(4), 587-601.

Abimbola, S., Baatiema, L., & Bigdeli, M. (2019). The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: A realist synthesis of the evidence. *Health Policy and Planning*, 34(8), 605–617. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz055>

Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>

Bossert, T. J. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine*, 47(10), 1513–1527. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00234-2)

Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning*, 17(1), 14–31. <https://doi.org/10.1093/heapol/17.1.14>

Bossert, T. J., & Mitchell, A. D. (2021). Health sector decentralization and local decision-making: Origins, evolution and evidence to date. *Social Science & Medicine*, 285, Article 114252. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114252>

Bossert, T. J., Bowser, D. M., & Amenyah, J. K. (2007). Is decentralization good for logistics systems? Evidence on essential medicine logistics in Ghana and Guatemala. *Health Policy and Planning*, 22(2), 73–82. <https://doi.org/10.1093/heapol/czl041>

Bossert, T. J., Chitah, M. B., & Bowser, D. (2003). Decentralization in Zambia: Resource allocation and district performance. *Health Policy and Planning*, 18(4), 357–369. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg044>

Bossert, T. J., Mitchell, A. D., & Janjua, M. A. (2015). Improving health system performance in a decentralized health system: Capacity building in Pakistan. *Health Systems & Reform*, 1(4), 276–284. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1056330>

- Cobos Muñoz, D., Merino Amador, P., Monzon Llamas, L., Martinez Hernandez, D., & Santos Sancho, J. M. (2017). Decentralization of health systems in low and middle income countries: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 62(2), 219–229. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0872-2>
- Dwicaksono, A., & Fox, A. M. (2018). Does decentralization improve health system performance and outcomes in low- and middle-income countries? A systematic review of evidence from quantitative studies. *The Milbank Quarterly*, 96(2), 323–368. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12327>
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ*, 315(7109), 629–634. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>
- Khaleghian, P., & Das Gupta, M. (2019). Public management and the essential public health functions. *World Development*, 53, 60–74. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2013.01.001>
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Decker, B. K. (2022). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 399(10326), 732–740. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- López-Casasnovas, G., Costa-Font, J., & Planas, I. (2005). Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services'. *Health Economics*, 14(S1), S221–S235. <https://doi.org/10.1002/hec.1038>
- Mills, A., Vaughan, J. P., Smith, D. L., & Tabibzadeh, I. (Eds.). (2019). *Health system decentralization: Concepts, issues and country experience*. World Health Organization.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Addison-Wesley.
- Panda, B., & Thakur, H. P. (2016). Decentralization and health system performance – A focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India. *BMC Health Services Research*, 16(1), Article 561. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1784-9>
- Rhodes, R. A. W. (2007). Understanding governance: Ten years on. *Organization Studies*, 28(8), 1243–1264. <https://doi.org/10.1177/0170840607076586>
- Rondinelli, D. A., & Nellis, J. R. (1986). Assessing decentralization policies in developing countries: The case for cautious optimism. *Development Policy Review*, 4(1), 3–23. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7679.1986.tb00494.x>

- Rondinelli, D. A., Nellis, J. R., & Cheema, G. S. (1983). *Decentralization in developing countries: A review of recent experience* (World Bank Staff Working Paper No. 581). World Bank.
- Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (Eds.). (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. McGraw-Hill Education.
- Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (Eds.). (2021). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes* (2nd ed.). Open University Press.
- Sumah, A. M., Baatiema, L., & Abimbola, S. (2016). The impacts of decentralisation on health-related equity: A systematic review of the evidence. *Health Policy*, 120(10), 1183–1192. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.003>
- World Health Organization. (2018). *Health system governance for universal health coverage action plan*. WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper*. WHO Press.