

การศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขในการรับถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุข : มุมมองระดับนโยบาย

รศ.ดร.รัชตะวรรณ, ปร.ด.¹ ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ปร.ด.^{2*} มาริสา สุวรรณราช, ปร.ด.³ จารุณี วาระห์, พย.ม.³ นัยนันต์ เตชะวนิช, ปร.ด.³
อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง, พย.ม.³ เกษศิริพร ภูเพชร, พย.ม.³ ทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์, พย.ม.³ สุกัญญา บำรุงวงศ์, วท.ม.³

วันที่รับ: 19 พฤษภาคม 2569 วันที่แก้ไข: 29 สิงหาคม 2569 วันที่ตอบรับ: 30 สิงหาคม 2569

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ส่งผลให้ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับพื้นที่ การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการกองสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัด ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุข พื้นที่ศึกษาครอบคลุม 8 จังหวัด จาก 4 ภูมิภาค ผู้ให้ข้อมูลรวม 256 คน ประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน และผู้แทนภาคประชาชน โดยมีผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ผู้วิจัย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวทางสนทนากลุ่มและแบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า การสะท้อนกลับข้อมูล และการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากถ่ายโอน บทบาทของผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเปลี่ยนจากผู้บริหารงานสาธารณสุขทั่วไปสู่ “ผู้จัดการระบบ” ที่ต้องเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยบริการ หน่วยงานกำกับ และภาคีในระบบสุขภาพ สรุปได้ 5 ประเด็น ได้แก่ (1) การปรับโครงสร้างและระบบบริหารให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ (2) การบริหารทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (3) ความท้าทายด้านมาตรฐานบริการและระบบกำกับคุณภาพ (4) การประสานงานเครือข่ายและกลไกการอภีบาล และ (5) การจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิในฐานะเครือข่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ การพัฒนากลไกกำกับดูแลและระบบข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจน การเสริมสร้างสมรรถนะด้านการอภีบาลระบบสุขภาพของผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิมีคุณภาพ ต่อเนื่อง และประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค

คำสำคัญ: การถ่ายโอนภารกิจ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข, การบริหารจัดการสุขภาพ

พะเยา

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, นักวิจัยอิสระ

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

³ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บรรณานุกรม อีเมล siriwan.c@tsu.ac.th

A situational analysis of primary health care system management by directors of public health divisions in provincial administrative organizations following the transfer of responsibilities from the Ministry of Public Health: a policy-level perspective

Ratthayanaphit Ratchathawan, Ph.D.¹ *Siriwan Chukumnird*, Ph.D.^{2*} *Marisa Suwanraj*, Ph.D.³

Jarunee Warahut, M.N.S.³ *Naiyanan Tejavanija*, Ed.D.³ *Apisit Chuakompeng*, M.N.S.³

Kedsirin Phuphet, M.N.S.³ *Tipsiri Sahaworapan*, M.N.S.³ *Sukanya Bamrungwong*, M.H.E.³

Received: May 19, 2026 Revised: Aug 29, 2026 Accepted: Aug 30, 2026

Abstract

The transfer of public health responsibilities to Provincial Administrative Organizations (PAOs) has expanded the role of Public Health Division Directors in managing primary health care systems at the local level, particularly in service governance and health network coordination. This descriptive qualitative study aimed to analyze the primary health care management situation of Public Health Division Directors in PAOs following the transfer of responsibilities from the Ministry of Public Health. The study covered eight provinces across four regions of Thailand. A total of 256 informants participated, comprising policymakers, practitioners, transferred primary care unit personnel, and community representatives, with Public Health Division Directors serving as the primary informants. Research instruments comprised the researchers, semi-structured interview guides, focus group guides, and a related-data record form. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussions, and document review, and analyzed using content analysis. Trustworthiness was established through triangulation, member checking, and peer debriefing. The findings revealed that the role of Public Health Division Directors had shifted from general public health administrators to "system managers" responsible for coordinating service units, regulatory bodies, and health system stakeholders. Five key themes emerged: (1) structural and administrative adaptation to local contexts, (2) human resource management and competency development, (3) challenges in service standards and quality governance, (4) network coordination and governance mechanisms, and (5) primary health care system organization as a network under the National Health Security system. Policy recommendations include developing clear governance mechanisms and health information systems, strengthening health system governance competencies among Public Health Division Directors, and fostering inter-agency collaboration at the local level to ensure quality, continuity, and equitable access to primary health care services.

Keywords: Transfer of responsibilities, Primary healthcare system, Director of public health division, Health management

¹ Assistant Professor, Independent Researcher

² Assistant Professor, Faculty of Nursing Thaksin University.

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding email: siriwan.c@tsu.ac.th

บทนำ

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) เป็นหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับแรกที่สำคัญของประเทศไทย ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนในระดับพื้นที่และตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวมและต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการ การส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพทั้งมิติกาย จิต และสังคม ทั้งนี้ พันธกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิถูกขับเคลื่อนผ่าน 4 หมวดงานหลัก ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมเชิงบูรณาการที่เชื่อมโยงรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน การบริหารจัดการระบบ การพัฒนางานวิชาการ และการติดตามประเมินผล โดยมุ่งบูรณาการงานรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (Primary Health Care System Support Division, 2022)

หลักการสำคัญของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างอำนาจหน้าที่ในปัจจุบัน คือการกระจายอำนาจผ่านการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเป็นการปรับบทบาทการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิจากระบบที่ขับเคลื่อนโดยส่วนกลาง ไปสู่การบริหารจัดการในระดับพื้นที่มากขึ้น ตามแนวนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจ หน่วยบริการที่ถ่ายโอนสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะต้องจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค (Office of Decentralization to Local Government Organization Committee, 2021) เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ที่เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าการดำเนินงานการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจะมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่ในหลายพื้นที่ยังคงต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านโครงสร้างองค์กร ข้อจำกัดในการบริหารงบประมาณ การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนความพร้อมของกำลังคนและการประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่าย (Kulthanmanusorn et al., 2018; Yeerong, 2020; Sarakshetrin et al., 2022; Phongoui et al., 2022) ภายใต้บริบทความท้าทายนี้ บทบาทของผู้อำนวยการกองสาธารณสุขจึงมีความสำคัญยิ่งขึ้น โดยมีบทบาทเพิ่มขึ้นจากการบริหารงานสาธารณสุขทั่วไป ไปสู่การดูแลและประสานการจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพิ่มขึ้น ต้องทำหน้าที่ทั้งด้านการวางแผน กำหนดทิศทาง การกำกับคุณภาพบริการและการประสานการทำงานร่วมกับหน่วยงานในเครือข่ายสุขภาพ (Singweratham et al., 2025) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ (Governance for Health) ที่เน้นย้ำความสำคัญของภาวะผู้นำในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ (World Health Organization [WHO] & United Nations Children's Fund [UNICEF], 2020)

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เป็นหมุดหมายสำคัญที่ทำให้ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ต้องยกระดับทักษะด้านการวางแผน การบริหารทรัพยากร และการประเมินผลเชิงระบบ งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการถ่ายโอน รพ.สต. ในไทยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัญหาและอุปสรรคในภาพรวม โดยรายงานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (2567) ระบุว่า การถ่ายโอนดำเนินไปอย่างเร่งรีบ ขาดการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ประกอบกับปัญหาด้านกำลังคนและงบประมาณที่ไม่เพียงพอ จนคณะกรรมการฯ เสนอให้รัฐบาลชะลอการถ่ายโอนไว้ก่อนหากปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข สอดคล้องกับ Singweratham et al. (2025) ที่พบว่า การถ่ายโอนมีผลต่อคุณภาพบริการคัดกรองในบางพื้นที่ และ Abhicharttibutra et al. (2025) ที่เสนอแนวทางบริหารกำลังคนรองรับการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม งานส่วนใหญ่มุ่งศึกษาบทบาทของหน่วยงานฝั่งกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ สำนักงานสาธารณสุข (สสอ.) (Chantra et al., 2023) หรือประเมินความก้าวหน้าเชิงโครงสร้างและกำลังคนของ อบจ. ในภาพรวม (Sarakshetrin et al., 2023) โดยยังไม่พบงานที่ศึกษาบทบาทของผู้บริหารระดับกลางในสังกัด อบจ. โดยเฉพาะผู้อำนวยการกองสาธารณสุขในฐานะผู้เชื่อมโยบายส่วนกลางกับการปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตระดับสากล (WHO & UNICEF, 2020; Organisation for Economic Co-operation and

Development [OECD], 2020) ที่ว่าความสำเร็จของการกระจายอำนาจมิได้ขึ้นกับโครงสร้างองค์กรเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับสมรรถนะการอภิบาลระบบ (governance capacity) ของผู้บริหารระดับกลางในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและต่อเนื่อง

ข้อค้นพบข้างต้นมีความสำคัญยิ่งในบริบทไทย เนื่องจากตำแหน่งผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบจ. เพิ่งเกิดขึ้นใหม่และยังไม่มีกรอบสมรรถนะรองรับที่ชัดเจน ทั้งที่บทบาทของผู้บริหารระดับกลางมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนนโยบายสู่การปฏิบัติ (Birken et al., 2018) ด้วยเป็นช่องว่างเชิงปรากฏการณ์และกระบวนการมากกว่าเชิงตัวแปร การวิจัยนี้จึงใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (qualitative descriptive design) ตามแนวคิดของ Sandelowski (2000; 2010) ซึ่งเหมาะกับการบรรยายปรากฏการณ์ สถานการณ์ และสมรรถนะที่จำเป็นในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูล อันจะนำไปสู่ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการออกแบบหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้อำนวยการกองสาธารณสุขที่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการกองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในการรับถ่ายโอนภารกิจระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในมุมมองระดับนโยบาย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative study) เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 25 ธันวาคม 2566 ถึง วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567 ทั้งนี้งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพผู้อำนวยการกองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในการรับถ่ายโอนภารกิจระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ”

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากรของการวิจัยนี้ คือ ผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ หน่วยบริการ และภาคประชาชน ใน 8 จังหวัด 4 ภูมิภาคฯ ละ 2 จังหวัด ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงหรือมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนและการกำกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และจำแนกผู้ให้ข้อมูลเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ที่มีบทบาทโดยตรงต่อการบริหารจัดการภายหลังการถ่ายโอนในระดับปฏิบัติการซึ่งถือเป็นหน่วยวิเคราะห์หลัก (primary unit of analysis) และผู้ให้ข้อมูลรอง/สนับสนุน คือ กลุ่มที่ใช้สะท้อนมุมมองประกอบและตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (data triangulation) โดยมีรายละเอียดแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ระดับปฏิบัติ (สัมภาษณ์เชิงลึก): หัวหน้างานยุทธศาสตร์ หัวหน้างานปฐมภูมิ และหัวหน้างานพัฒนาบุคลากรจาก สสจ. ผู้อำนวยการกองฯ อบจ. และนักทรัพยากรบุคคล จังหวัดละ 5 คน รวม 40 คน คัดเข้า: ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบริหารระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือการถ่ายโอนมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน คัดออก: อยู่ระหว่างรักษาการหรือปฏิบัติงานแทนชั่วคราว

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลรอง ระดับนโยบาย (สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม): ผู้บริหารระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขและ อบท. ผู้อำนวยการ สปสช. เขต (เขตละ 1 คน) ผู้มีอำนาจด้านการบริหาร และตัวแทน กสพ. จังหวัดละ 15 คน รวม 120 คน คัดเข้า: ดำรงตำแหน่งบริหารหรือมีอำนาจกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน และมีประสบการณ์ตรงในกระบวนการถ่ายโอน คัดออก: ดำรงตำแหน่งไม่ถึง 6 เดือน หรือไม่เกี่ยวข้องโดยตรง

กลุ่มที่ 3 ผู้ให้ข้อมูลรอง จากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน (สนทนากลุ่ม): ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุขจาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. จังหวัดละ 5 คน รวม 40 คน คัดเข้า: มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยบริการทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน

กลุ่มที่ 4 ผู้ให้ข้อมูลรอง ภาคประชาชน/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (สนทนากลุ่ม): ผู้แทนภาคประชาชนในเขตบริการ ได้แก่ ประธาน อสม. กำนัน และตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน จังหวัดละ 7 คน รวม 56 คน คัดเข้า: อาศัยในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และมีประสบการณ์ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มผ่านช่องทางที่เป็นทางการและผู้ประสานงานในพื้นที่ (gatekeeper) โดยกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 เข้าถึงผ่านหนังสือขอความร่วมมือถึงหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและประสานผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ส่วนตัวแทนคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เข้าถึงผ่านฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการฯ กลุ่มที่ 3 ประสานผ่านกองสาธารณสุข อบจ. และผู้อำนวยการ รพ.สต. และกลุ่มที่ 4 เข้าถึงผ่านเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และผู้นำชุมชน เช่น ประธาน อสม. และกำนัน เพื่อเชิญผู้เข้าร่วมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) (2) แนวทางการสนทนากลุ่ม (3) ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือหลักของการวิจัยเชิงคุณภาพ ทุกคนมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม โดยก่อนเก็บข้อมูลได้ทบทวนวัตถุประสงค์การวิจัย เป้าหมายของข้อคำถาม และแนวทางการสนทนาให้เข้าใจตรงกัน และ (4) แบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง สำหรับรวบรวมข้อมูลทฤษฎี 3 หมวด ได้แก่ กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของ สอน. และ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน ความพร้อมในการจดทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายตามเกณฑ์ สปสช. และผลการดำเนินงานด้านสุขภาพประชาชน 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35–74 ปี ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และร้อยละของสตรีอายุ 30–60 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี

แบบสัมภาษณ์และแนวทางการสนทนากลุ่มครอบคลุมประเด็นสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ขอบเขตความรับผิดชอบของกองสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระเบียบ แนวทางในการในการพัฒนาบุคลากรกองสาธารณสุขของ อบจ.

ตัวอย่างคำถามหลัก เช่น 1) ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจฯ กองสาธารณสุขมีบทบาทและขอบเขตความรับผิดชอบ ครอบคลุมด้านใดบ้าง และเปลี่ยนแปลงจากก่อนถ่ายโอนอย่างไร 2) ปัจจุบันกองสาธารณสุข มีระเบียบแนวทาง หรือกลไกใดในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้รองรับภารกิจระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นต้น

ประเด็นที่ 2 ความพร้อมในการจดทะเบียนหน่วยปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิของ สอน. และ รพ.สต. ตามเกณฑ์ สปสช. เช่น 1) หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนมีความพร้อมในการจดทะเบียนเป็นหน่วยปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยปฐมภูมิตามเกณฑ์ของ สปสช. ในระดับใด และมีช่องว่าง/ปัญหาด้านใดบ้าง 2) ในกระบวนการเตรียมการจดทะเบียนหรือรักษาสถานะหน่วยบริการตามเกณฑ์ สปสช. พบอุปสรรคหรือปัจจัยเอื้อสำคัญอะไรบ้าง เป็นต้น

ประเด็นที่ 3 ผลการพัฒนาบุคลากรกองสาธารณสุขของ อบจ. 3 ปีซ้อนหลัง (งบประมาณ 2565-2567) เช่น 1) ในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 กองสาธารณสุข อบจ. ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในรูปแบบใดบ้าง และมีเป้าหมายเพื่อรองรับภารกิจใด 2) ท่านประเมินว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรดังกล่าวส่งผลต่อ “สมรรถนะการบริหารจัดการระบบ” อย่างไร เป็นต้น

เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและสะท้อนประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยใช้ คำถามเจาะลึก (probing questions) ควบคู่กับคำถามหลักอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งให้เกิดการขยายความ ชี้แจงเหตุผล และยกตัวอย่างประกอบ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น “ขอให้ท่านอธิบายประเด็นนี้เพิ่มเติม” “ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดสถานการณ์ดังกล่าวคืออะไร” “ขอให้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่สะท้อนปัญหานี้” และ “จากประสบการณ์ของท่าน ประเด็นนี้ส่งผลต่อประชาชน/หน่วยบริการอย่างไร”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวทางการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการสุขภาพระดับปฐม

ภูมิจำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 คน หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้ว เครื่องมือดังกล่าวได้นำไปทดสอบกับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องของคำตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ดำเนินการตามแนวคิดของ Lincoln and Guba (1985) ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) โดยการใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง และการสะท้อนกลับข้อมูล (member checking) โดยนำข้อค้นพบสำคัญกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันการตีความ (2) การนำผลไปใช้ในบริบทอื่น (transferability) โดยนำเสนอบริบทการศึกษาและลักษณะผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดเพียงพอเพื่อให้ผู้อ่านพิจารณาการประยุกต์ใช้ผลการวิจัย (3) ความสม่ำเสมอของกระบวนการวิจัย (dependability) โดยกำหนดแนวทางการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจน และทบทวนความสอดคล้องของรหัสผ่านการประชุมทีมผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง และ (4) ความเป็นกลางของผลการวิจัย (confirmability) โดยจัดทำหลักฐานการตรวจสอบย้อนกลับ (audit trail) ได้แก่ บันทึกภาคสนาม บันทึกการสัมภาษณ์ และหลักฐานประกอบการตีความ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 (รหัส SCPHYLIB-2566/291) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อสิทธิหรือการปฏิบัติงาน พร้อมขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย (informed consent) กรณีบันทึกเสียง ผู้วิจัยขออนุญาตล่วงหน้าทุกครั้ง โดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิไม่อนุญาตได้ ข้อมูลทั้งหมดเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้นามแฝงหรือรหัสแทนตัวบุคคลในการถอดเทปและรายงานผล โดยไม่นำเสนอข้อมูลที่ระบุตัวตนได้ จัดเก็บในอุปกรณ์ที่มีรหัสผ่านและจำกัดผู้เข้าถึงเฉพาะคณะผู้วิจัย ก่อนทำลายข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนดหลังสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2566 ถึง 2 กุมภาพันธ์ 2567 ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ครอบคลุม 8 จังหวัดใน 4 ภาค ด้วย 2 วิธี ได้แก่ (1) การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้างกับผู้ให้ข้อมูลระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ (ประมาณ 45–60 นาทีต่อราย) และ (2) สนทนากลุ่มกับตัวแทน กสพ. บุคลากร รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และภาคประชาชน (ประมาณ 90–120 นาทีต่อครั้ง) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล โดยจัดสนทนากลุ่มจังหวัดละ 1 ครั้งต่อกลุ่ม กลุ่มหน่วยบริการกลุ่มละ 5 คน และกลุ่มภาคประชาชนกลุ่มละ 7 คน

การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มทั้งหมดดำเนินการแบบพบหน้า (face-to-face) ณ สถานที่ปฏิบัติงานหรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์ 1 ครั้งเป็นหลัก และมีการติดตามเพิ่มเติมทางโทรศัพท์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในบางรายเมื่อต้องการขยายความหรือตรวจสอบความถูกต้อง จนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (data saturation) ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก และเข้าใจในประเด็นที่ศึกษา โดยก่อนลงพื้นที่ได้ประชุมเตรียมความพร้อมเพื่อทบทวนวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจแนวคำถามให้ตรงกัน และกำหนดมาตรฐานการจดบันทึกและการบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการควบคู่กับการเก็บข้อมูล เพื่อปรับปรุงประเด็นการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลถูกถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยผู้ร่วมวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องกับไฟล์เสียงต้นฉบับ จากนั้นวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวทาง 7 ขั้นตอนของ Crabtree and Miller (1992) ได้แก่ 1) การจัดแฟ้ม 2) การลงรหัสข้อมูล 3) การจัดประเภทของข้อมูล โดยรวมข้อมูลที่มีรหัสคล้ายกันไว้ด้วยกัน 4) การสร้างหมวดหมู่ ด้วยการตีความข้อมูล 5) การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ 6) การตรวจสอบความถูกต้อง และ 7) การสรุปและรายงานผล

ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง คณะผู้วิจัยจัดให้มีผู้ดำเนินการสนทนาและผู้จดบันทึกกลุ่มละ 1 คน ส่วนการวิเคราะห์ดำเนินการโดยผู้วิจัยหลัก 2 คน ซึ่งวิเคราะห์อย่างอิสระแล้วร่วมอภิปรายเพื่อหาข้อตกลงร่วม (consensus)

จากนั้นนำเสนอผลเชิงพรรณนาพร้อมคำให้สัมภาษณ์ประกอบ โดยเน้นข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกฯ เป็นหลัก และใช้ข้อมูลจากกลุ่มอื่นสนับสนุนและตรวจสอบความสอดคล้อง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ 5 ประเด็น ได้แก่ (1) การปรับโครงสร้างและระบบบริหารให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ (2) การบริหารทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (3) ความท้าทายด้านมาตรฐานบริการและระบบกำกับคุณภาพ (4) การประสานงานเครือข่ายและกลไกการอภิบาล และ (5) การจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิในฐานะเครือข่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

ประเด็นที่ 1. การปรับโครงสร้างและระบบบริหารให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

1.1 ความหลากหลายของโครงสร้างกองสาธารณสุข

โครงสร้างกองสาธารณสุข อบจ. ภายหลังการถ่ายโอนมีความหลากหลายตามศักยภาพของนายก อบจ. และผอ.กองสาธารณสุข รวมถึงจำนวนบุคลากรและหน่วยบริการที่รับถ่ายโอน สะท้อนการเปลี่ยนผ่านบทบาทจาก "หน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพ" สู่ "ผู้จัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ" โดยโครงสร้างพื้นฐานที่พบส่วนใหญ่ในพื้นที่ศึกษาคือโครงสร้างที่กำหนดจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 3 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข ฝ่ายส่งเสริมสาธารณสุข และฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค ดังตัวอย่างข้อมูล

"โครงสร้างกองสาธารณสุขเราไม่ได้ปรับเปลี่ยน มีทั้งหมด 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข ฝ่ายส่งเสริมสาธารณสุข และฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค" (PHS1, PAdS1)

อย่างไรก็ตาม พบว่าหลายพื้นที่ดำเนินการปรับขยายโครงสร้างเพิ่มเติมจากที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด โดยเพิ่มฝ่ายบริหารงานทั่วไปเพื่อรองรับงานธุรการ การวางแผน งบประมาณ พัสดุ และงานบุคคล รวมถึงกลุ่มงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 และกลุ่มงานบริการสาธารณสุข ดังข้อมูลระบุว่า

"...ปริมาณงานมันเยอะขึ้นแน่ ๆ เลยต้องเพิ่มมาอีกฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไปเพื่อมารองรับงานด้านธุรการ การวางแผน แผนงานด้านงบประมาณ การจัดหาพัสดุ งานบุคคลที่ไม่เข้ากับ 2 ฝ่ายนั้น" (PCC1)

"โครงสร้างกองสาธารณสุขต้องเพิ่มอีกเยอะ เพราะว่ามันไม่ใช่แค่บทบาทที่ดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือด้านสาธารณสุขเชิงนโยบายสาธารณะอย่างเดียว แต่มันเป็นเรื่องของการจัดบริการด้วย..." (PPAdNE2)

ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า การปรับขยายโครงสร้างที่พบไม่ใช่เพียงการปรับตามความต้องการเฉพาะหน้า แต่สะท้อนความจำเป็นเชิงหน้าที่ใน 3 ประเด็นหลัก คือ "1) การกำกับติดตามคุณภาพบริการ 2) การกำกับติดตามการเบิกขุดเซย และ 3) การกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน" ซึ่งล้วนเป็นบทบาทที่กองสาธารณสุขไม่เคยรับผิดชอบในยุคก่อนการถ่ายโอน เพราะเดิมเป็นหน้าที่ของ สสอ. และ สปสช. นอกจากนี้ ความหลากหลายของโครงสร้างที่พบยังสะท้อนความแตกต่างด้านศักยภาพการบริหาร จำนวนบุคลากร และขนาดของการรับถ่ายโอนในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการออกแบบโครงสร้างกองสาธารณสุข สังกัด อบจ. จึงต้องครอบคลุมบทบาทการบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างครบถ้วน โดยมีบุคลากรที่มีสมรรถนะตรงตามกลุ่มงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานและตัวชี้วัดของ สปสช. และประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่อง

1.2 การแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในระดับท้องถิ่น

นอกจากนี้ กองสาธารณสุข อบจ. ยังมีบทบาทสำคัญในการ "แปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ" โดยถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับชาติสู่หน่วยบริการในพื้นที่ แม้จะถ่ายโอนสังกัดแล้ว แต่การดำเนินงานยังต้องเชื่อมโยงกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า

"...ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขรับนโยบายมาจากรัฐบาลกลาง ก็จำเป็นจะต้องมีการถ่ายทอดถึงหน่วยปฏิบัติ...ไม่ว่าสังกัดไหน ถ้ารับผิดชอบพื้นที่ รับผิดชอบประชาชนก็ต้องปฏิบัติในหลักการเดียวกัน" (PPAdS1)

"...ตัวชี้วัดอันนั้นเป็นตัวชี้วัดกลางที่ทุกคนทั้งส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นควรรับรู้ร่วมกัน และนำสู่การปฏิบัติอย่างเต็มศักยภาพ...เมื่อขยายโครงสร้างก็ต้องเตรียมขยายในเรื่องกำลังคน..." (PPAdS1)

เมื่อพิจารณาร่วมกับบริบทการถ่ายโอน พบว่า การยกระดับโครงสร้างกองสาธารณสุขไม่ควรมุ่งเพียงการเพิ่มหน่วยงานหรือบุคลากร แต่ต้องรวมถึงการพัฒนาระบบกำกับติดตาม การนิเทศ และการเตรียมกำลังคนให้สามารถขับเคลื่อนนโยบายและรักษามาตรฐานบริการได้อย่างต่อเนื่องในบริบทของท้องถิ่น

ประเด็นที่ 2 การบริหารทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสู่ อบจ. ทำให้รูปแบบการบริหารทรัพยากรบุคคลต้องปรับเปลี่ยนจากการบริหารภายในหน่วยบริการเดิม ไปสู่การบริหารในลักษณะเครือข่ายที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งในมิติการจัดการกำลังคนเชิงพื้นที่ และมิติการพัฒนาสมรรถนะขององค์กร

2.1 การจัดการบุคลากรเชิงเครือข่าย

การจัดการบุคลากรภายใต้โครงสร้างใหม่ไม่ได้อาศัยเพียงการแบ่งหน้าที่ตามกลุ่มงานในกองสาธารณสุขเท่านั้น แต่มีการพัฒนากลไกเครือข่ายระดับพื้นที่ขึ้นมาเพื่อรองรับการบริหารจัดการที่ครอบคลุมหน่วยบริการหลายแห่งพร้อมกัน นอกจาก กสพ. ซึ่งทำหน้าที่พิจารณา ควบคุมกำกับนโยบาย และติดตามประเมินผลแล้ว ในบางจังหวัด นายก อบจ. ยังได้แต่งตั้ง "คณะกรรมการกลุ่มพื้นที่" จากการรวมกลุ่มของ สอน. และ รพ.สต. ในเขตพื้นที่เดียวกัน โดยมีขอบเขตหน้าที่ครอบคลุมการบริหารจัดการ คน เงิน และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อให้หน่วยบริการมีความพร้อมให้บริการประชาชนอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลอธิบายกลไกนี้ว่า

"มีการแต่งตั้งกลุ่มสุขภาพพื้นที่ เรามีกลุ่มสุขภาพพื้นที่ เพื่อให้การทำงานและประสานกันง่ายขึ้น ทำหน้าที่คล้ายสาธารณสุขอำเภอ แต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร" (PCNE2)

กลไกดังกล่าวแสดงว่า อบจ. ตระหนักถึงความจำเป็นสำหรับบทบาทที่ สสอ. เคยทำหน้าที่กำกับดูแล รพ.สต. ในระบบเดิม สะท้อนว่า อบจ. ตระหนักดีว่า ต้องการกลไกระดับอำเภอเพื่อเชื่อมการบริหารจากกองสาธารณสุข ลงสู่ รพ.สต. แต่ละแห่ง ถึงกระนั้นประสิทธิภาพของกลไกนี้ยังขึ้นอยู่กับ การได้รับมอบอำนาจที่ชัดเจนและการยอมรับจากบุคลากรในพื้นที่

2.2 การยกระดับขีดสมรรถนะบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การพัฒนาสมรรถนะภายหลังการถ่ายโอนครอบคลุมการยกระดับขีดความสามารถขององค์กรในการกำกับและติดตามระบบบริการทั้งเครือข่ายและภารกิจทั้ง 3 ประเด็น ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า อบจ. จำเป็นต้องปรับบทบาทให้สอดคล้องกับภารกิจใหม่ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า

"...เมื่อขับเคลื่อนโครงสร้างก็ต้องเตรียมขยับในเรื่องกำลังคน อาจจะมีการสอดคล้องกันว่าแต่ละฝ่าย แต่ละคน แต่ละงาน จำเป็นจะต้องดูแลเรื่องอะไร เรื่องเทคนิคของการดำเนินการ เรื่องของความรู้ เรื่องของทักษะ เรื่องของประสบการณ์ต่างๆ" (PPAdS1)

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายระบุถึงขอบเขตที่เฉพาะเจาะจงของการยกระดับสมรรถนะนี้ว่า ผู้อำนวยการกองฯ ควรมีขอบเขตในการบริหารจัดการกำลังคนระบบสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมคุณภาพใน 3 ประเด็นหลัก คือ

"เมื่อขับเคลื่อนโครงสร้าง จำเป็นต้องเตรียมเรื่องกำลังคนให้สอดคล้องกันว่าแต่ละฝ่าย แต่ละคน แต่ละงาน จำเป็นต้องใช้เทคนิคของการดำเนินการ ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ใดบ้าง การบริหารจัดการ สอน. และ รพ.สต. ควรครอบคลุม 3 ประเด็น คือ กำกับติดตามการบริการกับคุณภาพ กำกับติดตามการเบิกชดเชย และ การกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน" (NHNE1)

ภารกิจทั้ง 3 ประเด็นนี้ล้วนเป็นบทบาทใหม่ที่กองสาธารณสุขไม่เคยรับผิดชอบมาก่อน สอดคล้องกับช่องว่างเชิงโครงสร้างที่ได้กล่าวถึงในหัวข้อ 3.1 ซึ่งบทบาทกำกับคุณภาพบริการและการเบิกชดเชยเดิมอยู่ในความรับผิดชอบของ สสอ. และ สปสช. ดังนั้น การ "ยกระดับสมรรถนะ" ในที่นี้จึงไม่ใช่การเพิ่มความเชี่ยวชาญในงานเดิม แต่คือการสร้างความสามารถในงานที่องค์กรไม่เคยรับผิดชอบมาก่อน ซึ่งต้องอาศัยเวลาและทรัพยากรที่แตกต่างจากการพัฒนาบุคลากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ

ประเด็นที่ 3: ความท้าทายด้านมาตรฐานบริการและระบบกำกับคุณภาพ

การถ่ายโอนภารกิจส่งผลให้เกิดช่องว่างของบทบาทกำกับคุณภาพในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะเมื่อหน่วยบริการถูกถ่ายโอน แต่หน่วยงานกำกับเดิมยังคงอยู่ในสังกัดเดิม ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดทั้งด้านการกำกับมาตรฐานบริการ ระบบข้อมูล และการคุ้มครองสิทธิประชาชน

3.1 ช่องว่างของระบบกำกับคุณภาพ

ภายหลังการถ่ายโอน อบจ. ต้องรับผิดชอบทั้งบทบาทผู้ให้บริการ (Provider) และผู้ควบคุมกำกับ (Regulator) ในเวลาเดียวกัน ขณะที่ สสอ. ซึ่งเคยทำหน้าที่กำกับดูแลโดยตรงยังอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้โครงสร้างกำกับคุณภาพระดับพื้นที่ไม่สมบูรณ์ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีบทบาทในระดับนโยบายระบุว่า

"พอ อบจ. เอามา อบจ. จะต้องทำหน้าที่ในการ Provider ด้วย ก็ต้องเป็น Regulator ด้วย...สสอ. ดูแล รพ.สต. โดยตรง กำกับเรื่องของ Regulator เนื่องจากกว่ามีการถ่ายโอน แล้ว สสอ. ไม่ได้ถ่ายโอน เพราะฉะนั้นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรกลุ่มเหล่านี้ยังไม่ได้ทำเต็มที่" (NHNE2)

ปัญหาเชิงระบบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบการถ่ายโอนทำให้ อบจ. ต้องรับบทบาทที่ขัดแย้งกันเองในเชิงธรรมาภิบาล กล่าวคือ ต้องเป็นทั้งผู้ให้บริการและผู้กำกับดูแลตนเองไปพร้อมกัน ในขณะที่หน่วยงานซึ่งเคยทำหน้าที่กำกับดูแลอย่าง สสอ. ยังไม่ได้ถูกถ่ายโอนตามไปด้วย บทบาทการกำกับคุณภาพในระดับพื้นที่จึงยังไม่สมบูรณ์ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนไว้

3.2 ผลกระทบต่อระบบข้อมูลและความครอบคลุมของบริการ

ภายหลังการถ่ายโอน ระบบข้อมูลสุขภาพและความครอบคลุมของบริการปฐมภูมิมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยด้านกำลังคนและความไม่ชัดเจนของตัวชี้วัดภายหลังการเปลี่ยนสังกัด ผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทในการกำกับติดตามระบบข้อมูลสุขภาพระดับเขตระบุถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่า

"Health Information หลังจากถ่ายโอนไปแล้ว...ลดแน่ ๆ มีผลกระทบแรงๆ 2 ส่วน คือ 1) คนออกไม่ครบ มีบุคลากรส่วนหนึ่งต้อง move ไปช่วยราชการอยู่ที่ สสอ. หรือโรงพยาบาล และ 2) กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถรับข้อมูล รพ.สต. ได้ ไม่สามารถรวม PDPA อันนั้นก็ทำให้ drop ลง" (NHNE1)

ข้อมูลนี้เผยให้เห็นว่าการลดลงของข้อมูลสุขภาพมีอย่างน้อย 2 ปัจจัยที่ดำเนินไปพร้อมกัน ได้แก่ ปัญหากำลังคนที่ยังถ่ายโอนไม่ครบ และปัญหาด้านกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ซึ่งทำให้ระบบข้อมูลขาดความต่อเนื่องในช่วงเปลี่ยนผ่าน

3.3 การคุ้มครองสิทธิและมาตรฐานวิชาชีพ

แม้โครงสร้างการกำกับดูแลระดับพื้นที่จะอยู่ระหว่างการปรับตัว แต่กลไกภายนอกด้านมาตรฐานวิชาชีพและการคุ้มครองสิทธิยังคงมีบทบาทสำคัญในการรักษาคุณภาพมาตรฐานของบริการสุขภาพและสร้างความเชื่อมั่นของประชาชน ผู้ให้ข้อมูลที่รับผิดชอบด้านระบบหลักประกันสุขภาพตั้งคำถามสำคัญที่สะท้อนความกังวลของระบบว่า

"ถ่ายโอนไปแล้วประชาชนจะได้รับบริการได้อย่างเดิมหรือไม่...ยังสามารถที่จะไปรับบริการได้โดยที่ไม่มี ความแตกต่างได้หรือไม่...ได้รับบริการในเรื่องของการบริการปฐมภูมิดีขึ้นกว่าเดิมอย่างไร" (NHNE1)

ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกรายอธิบายถึงกลไกที่ยังคงทำหน้าที่กำกับคุณภาพในระดับวิชาชีพว่า

"ทำอยู่นะ คุณภาพจะดูจากการเข้ารับบริการ ประชาชนต้องได้ตามสิทธิประโยชน์ที่ทาง สปสช. กำหนด ...สภาวิชาชีพก็จะมีส่วนร่วม...สปสช. เองก็คุ้มครองผ่านการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ" (NHS1)

ในช่วงเปลี่ยนผ่านที่โครงสร้างกำกับดูแลระดับพื้นที่ยังไม่สมบูรณ์ กลไกกำกับภายนอก 3 ระดับยังคงทำหน้าที่ ได้แก่ สภาวิชาชีพ (กำกับมาตรฐานวิชาชีพ) สปสช. (คุ้มครองสิทธิการเข้าถึงบริการ) และกฎหมายสาธารณสุขระดับชาติ อย่างไรก็ตามกลไกเหล่านี้ล้วนทำหน้าที่ตรวจสอบและแก้ไขภายหลังปัญหาเกิดขึ้นแล้ว ไม่ใช่การป้องกันล่วงหน้า จึงไม่สามารถทดแทนระบบกำกับคุณภาพเชิงรุกในระดับพื้นที่ได้อย่างสมบูรณ์

ประเด็นที่ 4 การประสานงานเครือข่ายและกลไกการอภิบาล

ก่อนการถ่ายโอน สสจ. และ สสอ. มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน กำกับติดตาม และเชื่อมประสานการดำเนินงานของ สอน. และ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอน พบการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่กระทบต่อประสิทธิภาพการประสานเครือข่ายและการอภิบาลระบบในระดับพื้นที่อย่างชัดเจน

4.1 บทบาทที่ลดลงของกลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพเดิม

บทบาทของ สสจ. และ สสอ. ในการกำกับติดตามและประสานงานกับหน่วยบริการที่ถ่ายโอนมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากสายการบังคับบัญชาที่เปลี่ยนไป ทำให้กลไกที่เคยขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอสูญเสียประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทในการประสานงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ อบจ. ระบุถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมาว่า

"สสอ...ทำงานร่วมกับ CUP แม่ข่าย...แต่บทบาทหลักที่เขาค่อยๆ รพ.สต. ตอนนี้อยู่ไม่มี" (NHN1)

นอกจากนี้ การเกิดหน่วยบริการรูปแบบใหม่ยังสร้างความซับซ้อนเพิ่มเติมในการกำกับดูแล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายเดียวกันอธิบายว่า

"หน่วยนวัตกรรมเพิ่งเข้ามาสู่ระบบหลักประกัน และเป็นหน่วยเอกชน ยังไม่มีใครดูแลที่ชัดเจน สปสช. เองขึ้นทะเบียนแล้วแต่เราไม่สามารถดำเนินการได้ทั่วถึงขนาดนั้น" (NHN1)

ข้อค้นพบทั้งสองประการชี้ให้เห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจได้ก่อให้เกิดช่องว่างการกำกับดูแลขึ้นอย่างน้อย 2 จุด คือ (1) ช่องว่างในการกำกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน เนื่องจาก สสอ. ไม่มีอำนาจกำกับดูแลหน่วยงานที่อยู่ต่างสังกัด และ (2) ช่องว่างในการกำกับดูแลหน่วยนวัตกรรมที่เป็นหน่วยเอกชน ซึ่งยังไม่มีหน่วยงานได้รับผิดชอบที่ชัดเจน เมื่อช่องว่างทั้งสองจุดนี้เกิดขึ้นพร้อมกัน ทำให้ระบบกำกับคุณภาพระดับพื้นที่มีจุดอ่อนมากกว่าที่เห็นในภาพรวม

4.2 ความจำเป็นในการสร้างกลไกประสานใหม่

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการถ่ายโอน กลไกประสานงานระดับอำเภอที่เคยขับเคลื่อนระบบสุขภาพในพื้นที่มีบทบาทลดลงหรือหยุดทำงาน โดยผู้ให้ข้อมูลอธิบายสถานการณ์ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ว่า

"บางอำเภอไม่ได้ประชุมรวมกันเลย องค์การที่จะประสานงานระดับอำเภอ เรามีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอที่เรียกว่า คปสอ. ไม่ได้ประชุมเลย การขับเคลื่อนงานตรงจุดนี้ไม่มีเลย" (NHN1)

เมื่อกลไกเดิมขาดความต่อเนื่อง หลายพื้นที่จึงพยายามใช้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นกลไกประสานงานทดแทน เพื่อเชื่อมการทำงานระหว่าง อบจ. และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม การใช้ กสพ. ทดแทนกลับเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่พบซ้ำในหลายพื้นที่ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายเดียวกันอธิบายว่า

"กสพ. ประธานคือนายก รองคือนายแพทย์ สสจ. ตามกฎหมาย อบจ. ไม่ได้เป็นผู้บังคับบัญชาของนายแพทย์ สสจ. ฉะนั้น กสพ. จะไปขับเคลื่อนก็ลำบาก แต่จะเป็นองค์กรที่มาพิจารณาการจัดสรรงบประมาณ" (NHN1)

จากข้อจำกัดดังกล่าว บางพื้นที่จึงพัฒนาทางออกเชิงนวัตกรรมโดยอาศัยอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดจัดตั้งกลไกประสานงานระดับจังหวัดขึ้นใหม่ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า

"สสจ. ก็เลยตั้งคล้ายๆ กับเป็นคำสั่งของจังหวัดขึ้นมา โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน เลขาเป็นนายแพทย์ สสจ. ...เรียกว่าคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด" (PAAdN2)

ข้อค้นพบข้างต้นสะท้อนความย้อนแย้งเชิงโครงสร้างของ กสพ. กล่าวคือ แม้ถูกออกแบบให้เป็นกลไกประสานงาน แต่การที่ประธาน (นายก อบจ.) และรองประธาน (นายแพทย์ สสจ.) ไม่มีความสัมพันธ์เชิงสายบังคับบัญชาต่อกัน ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงานได้จริง การที่บางพื้นที่แก้ปัญหาโดยยกระดับไปใช้อำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัด จึงชี้ให้เห็นว่ากลไกประสานงานที่ระบบต้องการภายหลังการถ่ายโอนไม่ใช่เพียงคณะกรรมการที่มีอำนาจจำกัด แต่คือกลไกที่มีผู้มีอำนาจสั่งการข้ามหน่วยงานได้จริง

ประเด็นที่ 5 การจัดระบบปฐมภูมิในฐานะเครือข่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมทั้งมิติโครงสร้างของเครือข่าย มิติการเงินการคลัง มิติสมรรถนะผู้บริหาร และมิติแผนยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่ ซึ่งล้วนมีความเชื่อมโยงกันในการกำหนดคุณภาพและความต่อเนื่องของบริการ

5.1 รูปแบบ "อบจ. เป็นลูกข่าย": จุดแข็งในช่วงเปลี่ยนผ่าน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าการคงสถานะ อบจ. เป็นลูกข่ายภายใต้เครือข่าย CUP ของกระทรวงสาธารณสุขยังมีประโยชน์ในช่วงเปลี่ยนผ่าน เนื่องจากช่วยให้ระบบสามารถประคับประคองการดำเนินงานได้โดยไม่ต้องสร้างระบบใหม่ทั้งหมด ผู้ให้ข้อมูลที่รับผิดชอบด้านระบบหลักประกันสุขภาพอธิบายถึงข้อได้เปรียบของรูปแบบนี้ว่า

"เวลา สปสช. บริหารจัดการงบประมาณ เรามองภาพ CUP วงเงินภาพใหญ่ระดับ CUP...สามารถเกลี้ย...เติมเงิน...เกณฑ์คนมาช่วย" (NHNE1)

อย่างไรก็ตาม ความต่อเนื่องของเครือข่ายไม่ได้ขึ้นอยู่กับโครงสร้างเพียงอย่างเดียว ดังที่หลายจังหวัดพยายามสร้างกลไกประสานงานร่วมระดับจังหวัดเพิ่มเติม โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน เพื่อให้การสื่อสารเชิงนโยบายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (PADN2)

รูปแบบลูกข่ายมีประโยชน์จริงในช่วงเปลี่ยนผ่าน เพราะช่วยให้ อบจ. สามารถใช้ระบบการเงิน บุคลากร และการส่งต่อที่มีอยู่แล้วได้ต่อเนื่อง แต่ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของรูปแบบนี้ขึ้นกับ "ความสัมพันธ์เดิมและบุคลิกของผู้บริหารทั้ง 2 ฝ่าย" ซึ่งหมายความว่ากลไกนี้ไม่มีความเสถียรในระยะยาว และอาจล้มเหลวได้เมื่อมีการเปลี่ยนผู้บริหาร

5.2 รูปแบบ "อบจ. เป็นแม่ข่าย": ความคล่องตัว แต่เสี่ยงต่อความไม่พร้อมเชิงระบบ

แม้การเป็นแม่ข่ายจะเพิ่มความคล่องตัวด้านงบประมาณ แต่การบริหารระบบปฐมภูมิครอบคลุมมิติที่กว้างกว่านั้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า

"การบริหารงบประมาณมันไม่ใช่เงินทั้งหมด...มันมีทั้ง คน...ฐานข้อมูล วัคซีน ยา...กอปกับ อบจ. ไม่มีหน่วยบริการประจำในการรองรับการส่งต่อผู้ป่วย จึงเป็นองค์ประกอบที่กองสาธารณสุขยังไม่มีความพร้อมในการบริหารจัดการในบทบาทของแม่ข่าย" (NHNE1)

การเป็นแม่ข่ายจึงต้องการความพร้อมที่มากกว่างบประมาณ ทั้งด้านบุคลากรสหวิชาชีพ ยาและวัคซีน ระบบข้อมูลสุขภาพ และระบบส่งต่อ โดยเฉพาะการที่ อบจ. ไม่มีหน่วยบริการประจำเป็นจุดอ้างอิงสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย

5.3 สมรรถนะใหม่ของกองสาธารณสุข: จากงานสร้างเสริมสู่การกำกับระบบหลักประกัน

บทบาทของผู้อำนวยการกองสาธารณสุขกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ จากผู้บริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ ไปสู่ ผู้จัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่ต้องมีสมรรถนะด้านระบบหลักประกันสุขภาพควบคู่กับสมรรถนะด้านสาธารณสุขเดิม ผู้ให้ข้อมูลจากหน่วยงานกำกับระบบหลักประกันสุขภาพระบุถึงขอบเขตสมรรถนะที่จำเป็นอย่างเป็นรูปธรรมว่า

"หลักๆ แล้ว service ใน รพ.สต. ต้องมีคนดู service กับคุณภาพให้ไปด้วยกัน 2. เรื่องของกำกับติดตามการเบิกขดเชย อันนี้ยังงี้ก็ต้องมี 3 เรื่องของหน่วย monitor และ evaluate คิดว่า 3 อัน" (NHC1)

สมรรถนะทั้ง 3 ด้านนี้ล้วนเป็นบทบาทของ สปสช. และ สสอ. ในระบบเดิม การถ่ายโอนจึงสร้างความต้องการสมรรถนะใหม่ ที่ ผู้อำนวยการกอง ฯ ต้องพัฒนาในระยะเวลาสั้น

สมรรถนะที่ต้องการเพิ่มเติมนี้สะท้อนให้เห็นว่าบทบาทของ ผู้อำนวยการกอง ฯ กำลังขยายครอบคลุมอย่างน้อย 4 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสารเชิงนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การจัดทำยุทธศาสตร์และแปลงสู่แผนปฏิบัติการในระดับพื้นที่ การพัฒนากำลังคนให้มีสมรรถนะสอดคล้องกับภารกิจใหม่ และการจัดการงบประมาณภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ระบุว่า

"เรื่องของระบบหลักประกันสุขภาพ ผมว่าประเด็นนี้เป็นประเด็นสำคัญ ที่ ผอ.กอง จะต้องมียุทธศาสตร์ด้านนี้ เพราะว่าไม่เช่นนั้นแล้วจะไม่เข้าใจระบบ" (NHNE1)

5.4 การแปลงแผนสุขภาพระดับจังหวัดสู่การขับเคลื่อนเครือข่ายในพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากถ่ายโอน หน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งเผชิญภาวะขาดทิศทางในการดำเนินงาน โดยผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงจากการรับถ่ายโอนสะท้อนถึงความเสี่ยงที่พบจริงว่า

"ถ่ายโอนมาแล้วยังไม่รู้จะทำอะไร ซึ่งเป็นคำตอบที่อันตรายมาก...แผนสุขภาพระดับจังหวัดจะต้องชัดเจน ไม่แน่ว่าแผนได้ถูกสื่อสารอย่างเข้าใจตรงกันไหมว่า เป้าหมายของแผนได้ออกมาเป็น action plan แล้วจะต้องทำอย่างไร" (NHNE1)

ภาวะไม่รู้อะไรจะทำอะไรของ รพ.สต. ดังกล่าว เมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูลจากพื้นที่อื่น พบว่าไม่ได้มีต้นตอจากการขาดบุคลากรหรืองบประมาณเป็นหลัก แต่สะท้อนความไม่ชัดเจนของแผนสุขภาพระดับจังหวัดและความล้มเหลวในการสื่อสารและแปลงแผนสู่การปฏิบัติ กล่าวคือ เมื่อแผนขาดความชัดเจนหรือไม่ถูกถ่ายทอดอย่างเข้าใจตรงกัน หน่วยบริการย่อมไม่มีทิศทางในการเชื่อมโยงงานของตนกับเป้าหมายร่วมของเครือข่าย

ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า ความชัดเจนและการสื่อสารแผนสุขภาพระดับจังหวัดเป็นเงื่อนไขสำคัญที่กำหนดว่า เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิจะขับเคลื่อนได้จริงหรือไม่ ผลการดำเนินงานที่ลดลงบางส่วนจึงมีต้นตอจากการบริหารและแปลงแผนสู่การปฏิบัติในระดับกองสาธารณสุข มิใช่เพียงปัญหากำลังคนหรืองบประมาณ ดังนั้น แผนสุขภาพระดับจังหวัดจึงไม่ควรเป็นเพียงเอกสารเชิงนโยบาย แต่ควรเป็นเครื่องมือกำหนดทิศทางร่วมที่หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

โดยสรุป ผลการศึกษาพบว่า การจัดระบบบริการปฐมภูมิภายหลังจากถ่ายโอนไม่ได้ขึ้นอยู่กับงบประมาณเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องอาศัยกลไกประสานงานเครือข่ายที่มีอำนาจสั่งการจริง แผนงานที่ชัดเจนและถ่ายทอดได้ และสมรรถนะของผู้จัดการเครือข่ายในพื้นที่ที่ครอบคลุมทั้งด้านสาธารณสุข ระบบหลักประกันสุขภาพ และการอภิบาลระบบ เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพสามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบจ. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิภายหลังจากถ่ายโอน มิได้เป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงสังกัดของหน่วยบริการ แต่เป็นความท้าทายเชิงระบบในมิติของการอภิบาลระบบสุขภาพ (health system governance) ซึ่งทำให้ผู้อำนวยการกองฯ ต้องปรับบทบาทจากผู้บริหารงานสาธารณสุขทั่วไป ไปสู่การเป็น "ผู้จัดการระบบ" (system manager) ที่ประสานความสัมพันธ์ระหว่างผู้ซื้อบริการ (สปสช.) ผู้ให้บริการ (สอน. และ รพ.สต.) และหน่วยงานกำกับคุณภาพ ให้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญที่นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายได้ 5 ประเด็น ดังนี้

1) การปรับโครงสร้างและระบบบริหารให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

องค์การบริหารส่วนจังหวัดหลายแห่งมีการปรับโครงสร้างและระบบบริหารให้สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น ภายหลังจากถ่ายโอน โดยไม่ได้ยึดรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานเพียงอย่างเดียว แต่พยายามออกแบบระบบบริหารจัดการให้สามารถตอบสนองต่อบริบทและปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มากขึ้น การปรับเปลี่ยนดังกล่าวแสดงถึงความพยายามของท้องถิ่นในการเพิ่มศักยภาพการจัดบริการสุขภาพให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ในสองประเด็น ประเด็นแรก Kulthanmanusorn et al. (2018) ซึ่งประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ 51 แห่ง พบว่า อบต. ที่รับถ่ายโอนยังขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพ ประเด็นที่สอง Pinyopornpanich et al. (2022) ชี้ว่าการกำหนดกรอบอัตรากำลังของ อบต. ที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันก่อให้เกิดปัญหาการทำงานและช่องว่างระหว่างหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้ให้ข้อค้นพบเพิ่มเติมในมิติที่งานก่อนหน้ายังไม่ได้อธิบายชัดเจน คือ ปัจจัยเชิงสถาบันที่อยู่เบื้องหลังความหลากหลายของโครงสร้างกองสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ โดยความแตกต่างของโครงสร้างมิได้เกิดจากนโยบายส่วนกลางเพียงอย่างเดียว แต่

ขึ้นอยู่กับศักยภาพการบริหารของนายก อบจ. และผู้อำนวยการกองฯ ตลอดจนจำนวนหน่วยบริการที่รับถ่ายโอนในแต่ละพื้นที่

ในแง่นี้ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงการให้อิสระแก่ท้องถิ่นเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยความสามารถในการรักษาสมดุลระหว่าง "ความยืดหยุ่นของพื้นที่" กับ "มาตรฐานบริการของระบบสุขภาพ" บทบาทของผู้อำนวยการกองฯ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะผู้เชื่อมโยงนโยบายระดับชาติกับการดำเนินงานในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพที่เน้นบทบาทผู้นำในการกำกับติดตาม ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ (WHO & UNICEF, 2020; WHO, 2021)

2) การบริหารทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร

การบริหารบุคลากรภายหลังการถ่ายโอนภารกิจมีแนวโน้มเปลี่ยนจากการบริหารภายในหน่วยบริการ ไปสู่การบริหารกำลังคนในลักษณะเครือข่ายมากขึ้น หลายพื้นที่มีการใช้กลไกความร่วมมือ เช่น คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ หรือกลุ่มสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้การตัดสินใจด้านบุคลากรและทรัพยากรมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากขึ้น ขณะเดียวกัน บทบาทของผู้อำนวยการกองฯ ก็จำเป็นต้องพัฒนาไปสู่ความรู้ความสามารถด้านการกำกับมาตรฐานบริการ การบริหารงบประมาณ และระบบเบิกจ่ายชดเชย

ผลการศึกษายืนยันข้อค้นพบของ Sarakshetrin et al. (2022) ที่พบว่าสมรรถนะบุคลากรด้านการบริหารจัดการ การสื่อสารจูงใจ และการปรับปรุงคุณภาพงานมีค่าคะแนนต่ำในช่วงเปลี่ยนผ่าน พร้อมเสนอว่า อบจ. ต้องกำหนด ลักษณะงาน (Job Description) และ คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job Specification) ที่ชัดเจนให้แก่บุคลากรที่ถ่ายโอนทุกระดับ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้เพิ่มเติมมิติที่งานดังกล่าวยังไม่ได้เน้น คือ การพัฒนาสมรรถนะในมิติ ระบบ ไม่ใช่รายบุคคล โดยปัญหาสำคัญไม่ได้อยู่ที่การขาดบุคลากร แต่อยู่ที่การขาดผู้มีสมรรถนะด้านการอภิบาลระบบ สอดคล้องกับ Lortakul et al. (2021) ที่พบว่า บุคลากรของ อบท. ยังต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจในระบบบริการปฐมภูมิและทักษะที่จำเป็น

ผลการศึกษาทำให้เห็นว่า ความท้าทายสำคัญหลังการถ่ายโอนไม่ได้อยู่ที่การขาดบุคลากรเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่การเปลี่ยนลักษณะของภาวะผู้นำ ในระบบสุขภาพปฐมภูมิจากผู้บริหารงานสาธารณสุขทั่วไป ไปสู่ผู้บริหารเครือข่ายบริการและการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ กล่าวอีกนัยหนึ่ง การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรหลังการถ่ายโอนควรมองในระดับ ระบบ มากกว่ารายบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้นำในการกำหนดทิศทาง กำกับติดตาม และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (WHO & UNICEF, 2020; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2020)

3) ความท้าทายด้านมาตรฐานบริการและระบบกำกับคุณภาพ

ข้อค้นพบสำคัญคือ การเกิดช่องว่างด้านการกำกับคุณภาพบริการ (regulatory gap) เนื่องจากหน่วยงานกำกับเดิมในระดับอำเภอไม่ได้ถ่ายโอนมาพร้อมกับหน่วยบริการ ส่งผลต่อการกำกับมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพ

งานวิจัยก่อนหน้าระบุปัญหาในทิศทางเดียวกัน โดย Dherasarikul et al. (2018) ซึ่งศึกษาการถ่ายโอนในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าการขาดกลไกกำกับดูแลที่ชัดเจนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อคุณภาพบริการ Pinyopornpanich et al. (2022) เตือนว่าการกำหนดกรอบอัตราค่าจ้างที่ไม่เป็นมาตรฐานและการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อนระหว่าง อบท. กับ รพ.สต. อาจทำให้ประชาชนขาดสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ และ Phongoui et al. (2022) พบช่องว่างและอุปสรรคในการถ่ายโอน รพ.สต. โดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่ อบท. ยังขาดความพร้อม อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้ชี้เพิ่มเติมว่าช่องว่างดังกล่าวมีลักษณะเฉพาะในบริบทการถ่ายโอนสู่ อบจ. คือ อบจ. ต้องรับบทบาทผู้ให้บริการและผู้กำกับดูแลในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่งานก่อนหน้ายังไม่ได้วิเคราะห์

การถ่ายโอนหน่วยบริการเพียงอย่างเดียวจึงยังไม่เพียงพอ หากระบบกำกับติดตามในพื้นที่ยังไม่ชัดเจน เพราะอาจทำให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิขาดทั้งคุณภาพบริการและความรับผิดชอบ (accountability) ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการอภิบาลระบบสุขภาพ (WHO & UNICEF, 2020) แนวคิดนี้สอดคล้องกับปฏิญญาเอสตานา (WHO & UNICEF, 2018) ซึ่งย้ำว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งต้องไม่ใช่เพียงการมีหน่วยบริการในพื้นที่ แต่

ต้องมีระบบอภิบาล การกำกับติดตาม คุณภาพบริการ ความรับผิดชอบ และการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้บริการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน

4) การประสานงานเครือข่ายและกลไกการอภิบาล

การเปลี่ยนแปลงสายการบังคับบัญชาหลังการถ่ายโอน ส่งผลให้บทบาทสนับสนุนจาก สสจ. และ สสอ. ลดลง ขณะที่กลไกความร่วมมือเดิมในหลายพื้นที่ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

การศึกษาของ Kulthanmanusorn et al. (2018) และ Yeerong (2020) ต่างยืนยันว่า กลไกการประสานงานระหว่าง อปท. กับหน่วยงานสาธารณสุขเป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จของการถ่ายโอน งานวิจัยครั้งนี้เพิ่มเติม โดยพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่า คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งเคยเป็นกลไกหลักของระบบ ได้หยุดดำเนินการในหลายพื้นที่ภายหลังการถ่ายโอน และ กสพ. ที่ถูกออกแบบมาเป็นกลไกทดแทนก็มีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างเพราะไม่มีอำนาจบังคับบัญชาที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Sutthipongpracha (2022) ที่ชี้ว่าหลังการถ่ายโอนจำเป็นต้องพัฒนากลไกการขับเคลื่อนรูปแบบใหม่ที่บูรณาการทั้งสองระบบเข้าด้วยกัน

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่า แม้บางพื้นที่มีงบประมาณเพียงพอ แต่หากขาดกลไกประสานงานระหว่างหน่วยงาน การขับเคลื่อนงานปฎิบัติก็ยังคงติดขัด ดังนั้นความสามารถในการสร้างกลไกการประสานงานและความรับผิดชอบร่วมระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับแนวคิด governance for health ที่เน้นการทำงานแบบบูรณาการระหว่างภาคส่วนและองค์กรต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ (WHO, 2016)

5) การจัดระบบปฎิบัติในฐานเครือข่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

ภายหลังการถ่ายโอน อบจ. ต้องเผชิญกับความท้าทายในการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะการเชื่อมโยงกับกลไกการบริหารงบประมาณและระบบบริการภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้บทบาท ผู้อำนวยการกองฯ ขยายจากงานสร้างเสริมสุขภาพไปสู่การเป็น "ผู้จัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ" ที่ต้องมีความเข้าใจทั้งด้านระบบหลักประกันสุขภาพ การบริหารงบประมาณ การเบิกจ่ายค่าบริการ และกระบวนการตรวจสอบทางการเงิน

Kulthanmanusorn et al. (2018) ประเมิน 51 พื้นที่พบว่า ความสำเร็จของการถ่ายโอนไม่ได้ขึ้นกับงบประมาณเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับความสามารถของท้องถิ่นในการบริหารจัดการระบบบริการอย่างครบถ้วน งานวิจัยครั้งนี้เพิ่มเติมในมิติที่งานดังกล่าวยังไม่ได้วิเคราะห์ คือ บทบาทเฉพาะของผู้ผู้อำนวยการกองฯ ในฐานะผู้จัดการเครือข่าย โดยพบว่าข้อจำกัดด้านระบบข้อมูลสุขภาพ การบริหารยาและเวชภัณฑ์ และระบบการส่งต่อล้วนเชื่อมโยงกับขีดความสามารถของผู้ผู้อำนวยการกองฯ ในการกำกับเครือข่าย สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Phongou et al. (2022) และ Pinyopornpanich et al. (2022) ทั้งหมดนี้ยืนยันแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ว่า การบริหารระบบสุขภาพปฎิบัติต้องอาศัยความเข้มแข็งด้านการอภิบาลเครือข่าย (network governance) และการบูรณาการบริการเพื่อให้ระบบสุขภาพตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง (WHO & UNICEF, 2020; OECD, 2020)

โดยสรุป ทั้ง 5 ประเด็นข้างต้นชี้ตรงกันว่า ความสำเร็จของการบริหารระบบบริการสุขภาพปฎิบัติภายหลังการถ่ายโอนขึ้นอยู่กับขีดความสามารถด้านการอภิบาลระบบของผู้ผู้อำนวยการกองฯ เป็นสำคัญ จึงนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ การพัฒนากลไกกำกับดูแลและระบบข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจน การเสริมสร้างสมรรถนะด้านการอภิบาลระบบสุขภาพแก่ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ เพื่อให้บริการสุขภาพปฎิบัติมีคุณภาพ ต่อเนื่อง และประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับผู้ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบจ. โดยเน้นสมรรถนะที่จำเป็นต่อการบริหารระบบบริการสุขภาพปฎิบัติ ได้แก่ การจัดโครงสร้างและระบบบริหาร การบริหารทรัพยากรมนุษย์ผ่านกลไกเครือข่าย การกำกับมาตรฐานและคุณภาพบริการ และการประสานความร่วมมือระหว่างจังหวัด อำเภอ และหน่วยบริการ เพื่อเสริมประสิทธิภาพการบริหารจัดการในระดับพื้นที่

2. สนับสนุนการสร้าง กลุ่มสุขภาพพื้นที่ ให้ทำหน้าที่คล้าย สสอ. โดยมีคณะกรรมการที่มาจากหลายวิชาชีพ ร่วมกำกับและติดตามบริการอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดหรือพื้นที่ที่มีระดับความพร้อมแตกต่างกันในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน เพื่อให้เห็นปัจจัยเอื้อ ปัจจัยขัดขวาง รูปแบบการบริหารจัดการ และแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงประเมินผลระยะกลางและระยะยาวภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โดยเฉพาะในช่วง 3–5 ปี เพื่อประเมินผลกระทบต่อคุณภาพบริการ ความต่อเนื่องของบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจ และประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

3. ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบกลไกการประสานงานและการกำกับติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอน โดยเน้นกลไกที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความสนับสนุนเอื้อเฟื้อจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Abhicharttibutra, K., Wichaikhum, O.-A., Nantsupawat, A., & Udkunta, K. (2025). Policy recommendations for health workforce management in response to pandemic for primary care units under the provincial administrative organization. *Journal of Health Systems Research, 19*(2), 162–179. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jhsr/article/view/2852> (in Thai)
- Birken, S., Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., Larson, M., Walker, J., & Charns, M. (2018). Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review. *Implementation Science, 13*(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0843-5>
- Chantra, R., Kirkgulthorn, T., Chuenktin, T., Nimwatanakul, S., Sarakshetrin, A., Khamngoen, R., & Junwin, B. (2023). *The roles of provincial public health office and district public health office after devolution of sub-district health promotion hospital to provincial administrative organization*. Health Systems Research Institute (in Thai)
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). A template approach to text analysis: Developing and using codebooks. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research in primarcare: Multiple strategies* (pp. 93–109). Sage.
- Dherasariskul, P., Promdit, B., & Nawamawat, J. (2018). An evaluation of health mission transferred to local government organizations in regional health 3. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center, 35*(2), 101–111. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/113195/97919> (in Thai)
- Health, 33(1), 77–84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Kulthanmanusorn, A., Saengruang, N., Wanwong, Y., Kosiyaporn, H., Witthayapipopsakul, W., Srisasalux, J., . . . , Patcharanarumol. W. (2018). *Evaluation of the devolved health centers:*

synthesis lesson learnt from 51 health centers and policy options. [Research report].

Health Systems Research Institute (in Thai)

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Lortakul, T., Krasang, A., & Manmee, T. (2021). The readiness of local administrative organizations in accepting transferring mission of tambon health Promoting Hospital (Hph) in Phra Nakhon Si Ayutthaya district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*, 7(6), 31–42. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jsa-journal/article/view/249196/171599> (in Thai)

Office of Decentralization to Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for the transfer of missions of the Chalermpriakiat 60th anniversary Nawamindra the great health station and subdistrict health promoting hospitals to provincial administrative organizations*. Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee Ministry of Interior.

<https://drive.google.com/file/d/1aldKh0TwdEiVLRlHB5Jdm95EFAKHyyhAF/view> (in Thai)

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Realising the potential of primary health care (OECD Health Policy Studies)*. OECD Publishing.

<https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

Phongoui, W., Nalert, P., & Bodeerat, C. (2022). The gaps and obstacles are one of the missions of the sub-district health promoting hospitals to the local administrative organizations.

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 2(4), 205–220. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index> (in Thai)

Pinyopornpanich, B., Suchatsoonthorn, C., & Ruangrattanatrai, W. (2022). The national public health reforms and the challenges of primary care service systems. *Disease Control Journal*, 48(3), 667–679. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/250978/174714> (in Thai)

Primary Health Care System Support Division. (2022). *Primary health care service quality standards manual B.E. 2566 (2023)*. Veterans Welfare Organization Printing House under Royal Patronage. (in Thai)

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)

Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing &*

Sarakshetrin, A., Rongmuang, D., Chantra, R., Sridawruang, C., Kansukcharearn, A., Saengthong, W.,

Sukrungruang, I., Nimwatanakul, S., & Chuephram, T. (2023). *Fringe benefit, welfare and career path of personnel in health promotion hospital under provincial administrative organization*. Health Systems Research Institute. (in Thai)

Sarakshetrin, A., Sriyasak, A., Chantra, R., Krirkgulthorn, T., Nimwatanakul, S., Chuenklin, T., Rongmuang, D., Namprom, S., & Ratchathawan, R. (2022). *Policy proposal of health manpower management in a transitional period from sub-district health promotion hospitals to provincial administrative organizations* [Research report]. Health Systems Research Institute. (in Thai)

- Senate Standing Committee on Public Health. (2024, May 29). *Problems and obstacles in the transfer of health centers and health-promoting hospitals to Provincial Administrative Organizations, with recommendations*. Senate of Thailand.
<https://www.senate.go.th/view/386/News/จันทร์Society/162/TH-TH>
- Singweratham, N., Sriratanaban, J., Komwong, D., Maneechay, M., & Siewchaisakul, P. (2025). The lack of impact of primary care units on screening services in Thailand and the transition to local administrative organization policy. *Healthcare*, 13(15), Article 1884.
<https://doi.org/10.3390/healthcare13151884>
- Sutthipongpracha, T. (2022, July 7–8). *What's next? Transferring to the Provincial Administrative Organization—Then what? The next step of health decentralization* [Conference presentation]. 30th Anniversary Academic Conference of the Health Systems Research Institute (HSRI): To the Next Decade—Enhance Research for Life, Bangkok, Thailand.
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5676>
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2018). *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018*. World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2020). *Operational framework for primary health care: Transforming vision into action*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011700>
- World Health Organization. (2016). *Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>
- World Health Organization. (2021). *Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems through a primary health care lens*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>
- Yeerong, W. (2020). Mission transfer to local administrative organization: progress and problems of transferring obstacles. *Thai Journal of Public Administration, Public Affairs, and Management*, 18(2), 27–57. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pajournal/article/view/246109> (in Thai)

พะเยา