

กลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนภายใต้แผนปฏิบัติการเขตสุขภาพที่ 7 Strategies for Achieving Sustainable Health under the Operational Plan of Health Region 7

วารุณี วิลาจันทร*

Warunee Wilachan

Corresponding author: E-mail: wa.sura.7777@gmail.com

(Received: December 6, 2024; Revised: December 13, 2024; Accepted: January 9, 2025)

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินกลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนภายใต้แผนปฏิบัติการ เขตสุขภาพที่ 7

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จากจังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งสิ้น 160 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและจากโปรแกรม Cockpit V.3 เขตสุขภาพที่ 7 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : กลยุทธ์ สู่การมีสุขภาพดี อย่างยั่งยืน ประกอบด้วย 1) การเตรียมการ (Preparation Phase) 2) การวางแผนการดำเนินงาน (Operational Planning) 3) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Implementation) 4) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) 5) การปรับปรุงและพัฒนากลยุทธ์ (Continuous Improvement) และ 6) การสร้างความยั่งยืน (Sustainability Development) เมื่อนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติแล้ว พบว่า ตัวชี้วัดทั้ง 4 Excellences มีทั้งหมด 83 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ประเมิน 60 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 68.55 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ตัวชี้วัดด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลมีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์การประเมินมากที่สุด (87.5%) รองลงมา คือ ด้านบริการเป็นเลิศ (70.05%) และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (66.67%) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการพัฒนากลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนครั้งนี้ ส่งผลต่อการประเมินตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ดังนั้น จึงควรนำกลยุทธ์ดังกล่าวไปใช้ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : กลยุทธ์; การมีสุขภาพดี; แผนปฏิบัติการ

Abstract

Purposes : To develop and evaluate strategies for achieving sustainable health under the Regional Health Office 7 Operational Plan.

Study design : This study employed a mutual collaborative action research design.

Materials and Methods : The study included 160 participants, comprising strategic planning practitioners from provincial health offices, regional hospitals, general hospitals, community hospitals, and district health offices across Khon Kaen, Roi Et, Kalasin, and Maha Sarakham provinces. Data collection was conducted using structured questionnaires and the Cockpit V.3 software specific to Regional Health Office 7. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Main findings : The developed strategies for sustainable health encompassed six phases: (1) Preparation Phase, (2) Operational Planning, (3) Implementation, (4) Monitoring and Evaluation, (5) Continuous Improvement, and (6) Sustainability Development. Upon implementation, 83 key performance indicators (KPIs) were evaluated, of which 60 met the assessment criteria, accounting for 68.55%. Governance Excellence recorded the highest KPI achievement rate (87.5%), followed by Service Excellence (70.05%) and Promotion and Prevention Excellence (66.67%).

Conclusion and Recommendations : The strategic development process for achieving sustainable health demonstrated effective outcomes, with the majority of KPIs meeting targeted benchmarks. These findings suggest that the proposed strategies should be adopted and implemented across relevant organizational units to enhance health system performance.

Keywords : Strategies; Health; Operational Plan

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ที่มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) นโยบายประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ใน 4 ระยะ คือ ระยะปฏิรูประบบ (พ.ศ. 2560-2564) ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2565-2569) ระยะสู่ความยั่งยืน (พ.ศ. 2570-2574) ระยะเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย (พ.ศ. 2579)¹ ผลจากการศึกษาพบว่า ในปัจจุบันประเทศไทยบรรลุเป้าหมายติดระดับที่ 1 (I" Terciles) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย เพียง 9 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 39.1) อันดับที่ 1-15 และจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มประเทศที่มีการพัฒนาทางด้านสุขภาพสูงมี 24 ประเทศ (ร้อยละ 51.1) จาก 3 กลุ่มประเทศ ซึ่งสถานภาพการพัฒนาของประเทศไทยดีกว่าประเทศกลุ่มที่ 1 และเอเชีย (เทียบกับค่ากลางมัธยฐาน) มี 5 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 21.7) มีข้อค้นพบว่า ประเทศไทยต้องเร่งรัดลดปัญหาที่มีความรุนแรงมาก จากอุบัติเหตุจราจรทางถนน การคลอดในวัยรุน การฆ่าตัวตาย วัณโรค ในอันดับแรก ตามด้วยการลดปัญหาการถูกทำร้าย มลพิษทางอากาศโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การตายทารก เด็ก และมารดา การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ตลอดจนยกระดับการพัฒนาให้ทัดเทียมและนำประเทศในเอเชียโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ มาเลเซีย เกาหลีใต้ บรูไนดารุสซาลาม มัลดีฟส์ อิสราเอล บาห์เรน ไชปรัส อารัมเบมิเรตส์ กาตาร์ คูเวต และซาอุดีอาระเบีย²

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการกระจายอำนาจ การบริหารจัดการแบบเขตสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขเน้นด้านการบริการสุขภาพ ในขณะที่ สปสช. เน้นการจัดการ

ด้านการเงินการคลัง การดำเนินงานเขตสุขภาพดังกล่าว มีลักษณะเป็นการอภิบาลโดยรัฐ (Governance government) อันเป็นการบริหารจัดการโดยรัฐเป็นหลัก ในขณะที่กลไกในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ในยุคระบบสุขภาพพหุลักษณะ ต้องอาศัยการอภิบาลแบบเครือข่าย เป็นสำคัญ เพื่อเอื้อให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน และวิชาการ เข้ามาทำงานร่วมกัน แบบหุ้นส่วน (Partnership) ได้อย่างแท้จริง แนวคิดการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนนี้ จึงแตกต่างกับแนวคิดเขตสุขภาพของหน่วยงานรัฐต่างๆ ที่มีอยู่เดิม โดยมีสาระสำคัญของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนคือยึดประโยชน์สุขภาวะประชาชนในเขตพื้นที่เป็นศูนย์กลาง โดยทุกภาคส่วนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสุขภาพ สุขภาวะของคน ชุมชน และสังคม มีความเป็นเจ้าของ มีความผูกพัน ร่วมรับผิดชอบ (Collective accountability) ร่วมกัน กำหนดวิสัยทัศน์ ประเด็นสุขภาพและร่วมกันขับเคลื่อนงานเพื่อจัดการสุขภาพ ในทุกมิติอย่างครบวงจร ยึด “หลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย” ตามมติ 6.8 ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ.2556 ประกอบด้วย (1) การปฏิรูประบบการเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการภัยคุกคามสุขภาพ (2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (3) การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ (4) การปฏิรูประบบการเงิน การคลังและระบบหลักประกันสุขภาพ และ (5) การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามภารกิจ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area -Function - Participation : AFP) และเน้นการประสานพลังปัญญา พลังสังคมและพลังรัฐ³

การดำเนินงานให้เพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กรนั้น จะต้องอาศัยการกำหนดกลยุทธ์ (Strategy Formulation) หรือการวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Planning) ซึ่งเป็นการกำหนดทางเลือกและเลือกจากทางเลือกที่สามารถบรรลุจุดประสงค์เป็นแผนที่สำคัญและเป็นแผนระยะยาวในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขทั้งนี้การปฏิบัติตามกลยุทธ์ (Strategy

Implementation) และการควบคุมเชิงกลยุทธ์ (Strategic Control) เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ให้เป็นกลยุทธ์ที่เป็นจริงประกอบด้วย การผสมผสาน (Integration) โดยมีคนในหน่วยงานทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โครงสร้างองค์การ (Organization Structure) การปฏิบัติตามกลยุทธ์ ต้องการช่องทางการติดต่อสื่อสารภายในองค์การ ความรับผิดชอบที่กำหนดไว้มีการมอบหมายอำนาจหน้าที่ ซึ่งผู้บริหารจะกำหนดโครงสร้างขององค์การ⁴

เช่นเดียวกับเขตสุขภาพที่ 7 ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตอนบน) ของประเทศไทย มีพื้นที่ทั้งสิ้น 31,588.33 ตารางกิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดมหาสารคามมีประชากร รวมทั้งสิ้น จำนวน 5,010,756 คน จำแนกเป็นเพศชาย 2,468,696 คน เพศหญิง 2,542,060 คน คิดเป็นสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1 : 1.03 จังหวัดที่มีประชากรมากที่สุด คือ จังหวัดขอนแก่น รองลงมาคือจังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดมหาสารคามตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจำนวนประชากร 5 ปีย้อนหลัง พบว่าจำนวนประชากรมีแนวโน้มลดลงทุกปี ซึ่งทุกจังหวัดมีแนวโน้มเช่นเดียวกัน เมื่อคิดสัดส่วนต่อประชากรของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้ง 4 ประเภท ที่ปฏิบัติงานจริงในเขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่าแพทย์คิดสัดส่วนต่อประชากร 1: 2,787 คน ทันตแพทย์ คิดสัดส่วนต่อประชากร 1: 10,102 คน เภสัชกร คิดสัดส่วนต่อประชากร 1: 6,473 คนและพยาบาลวิชาชีพ คิดสัดส่วนต่อประชากร 1: 539 คน และได้ จัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพของสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellences) ภายใต้อนุยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) คือแผนด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ บริการเป็นเลิศ บุคลากรเป็นเลิศ และบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถ ประเมินผลได้⁵

อย่างไรก็ตามจากการประเมินผลการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบปัญหาที่สำคัญ เช่น อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาและผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี และภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic retinopathy, DR)⁵ ประเด็นลดป่วย ลดตาย (สาขาหลอดเลือดสมอง) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน เช่น การสร้างความตระหนักให้ประชาชน (Stroke alert and awareness/NCD) ต้องใช้เวลาและความต่อเนื่อง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้มีแนวโน้มลดลง พบข้อสังเกตในพื้นที่ว่า มีภาวะ Atrial fibrillation ร่วมด้วย ในผู้ป่วย Ischemic Stroke การเข้าถึง Stroke Fast Track ในจังหวัดกาฬสินธุ์ช้ากว่าที่คาดหวัง (Diagnosis to Needle time <45 นาที พยาบาลเฉพาะทางไม่เพียงพอ ข้อมูลที่ได้รับจาก HDC ไม่ตรงกับข้อมูลจากพื้นที่และ ยังไม่มี Mechanical thrombectomy ใน รพ.สังกัด กระทรวงสาธารณสุข โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอ เพื่อปรับปรุงพัฒนาสำหรับพื้นที่ คือ การบูรณาการ NCD service plan โดยเน้นสร้างความตระหนักให้ประชาชน ระวัง ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มเสี่ยง (High risk approach) และประชากร ในชุมชน (Population approach) ตลอดจนการวินิจฉัย และติดตามในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงให้ มารับการรักษาและติดตามผล การพิจารณาเก็บข้อมูล Onset to Door และ Door to Diagnosis ในเขตสุขภาพ เพื่อเป็นต้นแบบข้อมูลสำหรับวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาได้ แม่นยำขึ้น และวางแผนการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทาง ในระดับเขตให้เพียงพอ และขยายการฝึกอบรมให้เขตใกล้เคียง⁵

นอกจากนี้ยังพบว่าสถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ามีแนวโน้มในการคัดกรองที่ดี มีการใช้เทคโนโลยี เช่น HPV soft test เพิ่มขึ้น และการคัดกรองด้วย Colposcopy ทำได้ดีโดยการ จัดตั้ง โรงพยาบาลแม่ข่าย (Nodes) ในการจัดการ แม้ว่าจะมี

อุปสรรคจากปัญหาการถ่ายโอนบุคลากรไปสู่องค์กร การปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนยังมีความเชื่อ และความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดกรองก็ตาม ส่วนสถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบว่าการคัดกรองด้วย FIT test นั้นประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี แต่การตรวจคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงด้วย Colonoscopy ยังเป็นปัญหาใหญ่ในการดำเนินงานด้วยเหตุที่ที่ FIT test ทำให้ปริมาณมากทำให้เกิดภาวะคอขวดในการตรวจด้วย Colonoscopy ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือและผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแต่ละจังหวัดมีการกระจายตัวแตกต่างกัน โดยจังหวัดต่างๆ ในเขตภาพได้เล็งเห็นถึงถึงปัญหาจึงได้การวางแผนรองรับ ไม่ว่าจะเป็นขอความร่วมมือจากหน่วยงานนอกสังกัด การบริหารทรัพยากรด้วยการจัดเวรตรวจนอกเวลา การสลับให้ผู้เชี่ยวชาญไปใช้อุปกรณ์ในโรงพยาบาลที่ว่าง หรือการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องที่บ้านเพื่อลดความแออัด ในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามส่วนกลางควรจัดสรร บุคลากรและครุภัณฑ์เพื่อเพิ่มศักยภาพใน การปฏิบัติหน้าที่ ของเขตสุขภาพต่อไป เมื่อวิเคราะห์ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อน ปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน เช่น การขาดแคลนบุคลากรจากนโยบายถ่ายโอนบุคลากรสู่ การปกครองส่วนท้องถิ่น การแสดงผลของ HDC ไม่เป็นปัจจุบัน ความเข้ากันได้ของโปรแกรมเก่าและใหม่ (HF/2020 กับ HDC) ความสามารถที่ลดลงของโปรแกรมที่ใช้ในปัจจุบัน (HDC) ไม่ตอบโต้กับผู้ไข้เวม รหัส ICD10-TM ไม่สอดคล้องกับตัวชี้วัด ทำให้การรายงานผลไม่ตรงกับ ผลงานที่แท้จริง ประชาชนยังขาดความรู้เข้าใจและ ความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งโดยมีข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุง พัฒนา คือ ควรปรับปรุงระบบรายงานผล HDC ให้เป็น ปัจจุบัน (Realtime) ผู้ใช้งานทั้งส่วนกลางและในพื้นที่ สามารถนำข้อมูลไปใช้งานได้ทั้งคู่ ถ้ายังคงสนใจตัวชี้วัด ปัจจุบัน ควรปรับปรุงรหัส ICD10-TM ให้สอดคล้องกับ ตัวชี้วัด เพื่อให้การลงข้อมูลของบุคลากรในพื้นที่เป็นไปได้ โดยสะดวกราบรื่นและประมวลได้ตรงสถานการณ์จริง และ ควรมีการผลักดันให้มีการบูรณาการแนวทางการรายงานผล จัดเก็บรายได้ของโปรแกรม HDC โดยมสานข้อดี

จากโปรแกรมที่ใช้ในการนำร่อง เช่น โปรแกรม HPV/c:2020 และทบทวนตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่น มะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งพบมากในเขตสุขภาพที่ 7⁵

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็น ความสำคัญของการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งควรเน้น กระบวนการที่มีระบบและสามารถตรวจสอบได้ โดยใช้แนวคิดการบริหารจัดการและทฤษฎีเชิงกลยุทธ์ ที่สอดคล้องกับงานด้านสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ การเตรียมการ (Preparation Phase) การวางแผนการดำเนินงาน (Operational Planning) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Implementation) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) การปรับปรุงและพัฒนากลยุทธ์ (Continuous Improvement) และการสร้างที่ยั่งยืน (Sustainability Development)⁶⁻⁷ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ พัฒนากลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนภายใต้แผนปฏิบัติ ราชการเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อให้องค์กรการบรรลุเป้าหมาย และพันธกิจ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทำให้ การใช้ทรัพยากร เช่น บุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์ เป็นไปอย่างคุ้มค่าและตรงจุดลดความซ้ำซ้อนของงาน และ ปรับปรุงการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน และการสร้างระบบ ที่ยั่งยืนส่งเสริมความต่อเนื่องในกระบวนการทำงาน เช่น การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผลช่วยให้องค์กรปรับตัวได้ต่อสถานการณ์ใหม่ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินกลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนภายใต้แผนปฏิบัติราชการเขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินกลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ภายใต้แผนปฏิบัติราชการ เขตสุขภาพที่ 7 โดยให้เครือข่ายสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ พัฒนาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการค้นหา ปัญหาและสาเหตุของปัญหา การกำหนดแนวทาง และ

วางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบผสมผสาน ทั้งข้อมูลในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและครบถ้วน อันจะนำไปสู่ข้อค้นพบอื่นๆ ที่มีประโยชน์ต่อการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติต่อไป

การเลือกพื้นที่ศึกษา การเลือกพื้นที่ทำการวิจัยครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากข้อมูลสถานะสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ามีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 4,992,416 คน (ที่มา : HDC สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย ณ 1 มค. 2567) อัตราเกิดของประชากรจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม เท่ากับ 6.64, 5.20, 5.20 และ 4.79 ตามลำดับ ในภาพรวม เขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 5.64 ต่อประชากรพันคน อัตราการตายจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม เท่ากับ 3.27, 6.42, 1.88 และ 3.56 ตามลำดับ ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 3.75 ต่อการเกิดมีชีพพันคน (HDC ณ 16/11/67) อัตราตายจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม เท่ากับ 9.30, 8.64, 8.60 และ 8.94 ตามลำดับ ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 8.93 ต่อประชากรพันคน และอัตราการเพิ่มตามธรรมชาติ จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม เท่ากับ -2.66, -3.44, -3.40 และ -4.15 ตามลำดับ ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ -3.29 (ระบบฐานข้อมูลการเกิด - ตาย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยส่วนใหญ่ คือ โรคเบาหวาน อัตราป่วย 25,520 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุนำ อัตราป่วย 19,561 ต่อแสนประชากร โรคเนื้อเยื่อผิดปกติ อัตราป่วย 15,822 ต่อแสนประชากร และจากการทบทวนผลการประเมินตัวชี้วัดตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2563 พบว่าตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 9.43%, 13.24%, 13.24 และ 26.42% ตามลำดับ

ผู้ร่วมวิจัย และบทบาทของผู้ร่วมวิจัย

1. ผู้ร่วมวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนากลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดี

อย่างยั่งยืนภายใต้แผนปฏิบัติการเขตสุขภาพที่ 7 ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจากจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม รวม 160 คน

2. บทบาทของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย มีบทบาทตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของวิโรจน์ สารรัตน์⁸ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 วงรอบ 10 ขั้นตอน

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ กลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนภายใต้แผนปฏิบัติการเขตสุขภาพที่ 7 มีขั้นตอนการพัฒนากลยุทธ์ฯ ดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และข้อค้นพบจากการวิจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน หรือปัญหาจากเอกสารผลการวิจัยหรือจากการสังเกตสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดหลักการ เป้าหมาย และองค์ประกอบอื่นๆ ของรูปแบบให้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระเบียบ การกำหนดเป้าหมายของรูปแบบจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเลือกรูปแบบไปใช้ให้ตรงจุดมุ่งหมาย เพื่อให้การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขบรรลุผลสูงสุด 3) กำหนดแนวทางการนำรูปแบบไปใช้ประกอบด้วย รายละเอียดของวิธีการและเงื่อนไขต่างๆ เช่น ใช้ดำเนินงานกับกลุ่มใหญ่หรือกลุ่มย่อย เพื่อให้การใช้รูปแบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น และ 4) การประเมินรูปแบบเป็นการประเมินเพื่อทดสอบความมีประสิทธิภาพของรูปแบบที่สร้างขึ้นโดยการประเมินความเป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีและทางปฏิบัติการโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ซึ่งจะประเมินความสอดคล้องภายในระหว่างองค์ประกอบต่างๆ พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามลักษณะทางประชากรของผู้ร่วมวิจัย และ CockpitV.3 เขตสุขภาพที่ 7

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยแบ่งเป็น 1 วงรอบ (Loops) 10 ขั้นตอน ดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ (Preparation) แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยแต่ละระยะประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การชี้แจงแนวคิดและแนวปฏิบัติ (ตุลาคม 2566) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยให้รับรู้และเข้าใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ตามจรรยาบรรณที่ว่า ผู้วิจัยต้องแสดงให้เห็นถึงธรรมชาติของกระบวนการวิจัยแต่เริ่มแรก รวมทั้งข้อเสนอแนะและผลประโยชน์ให้แก่ผู้ร่วมวิจัยทราบ และการแสดงบทบาทของการเป็นผู้นำการวิจัย ผู้วิจัยจะแสดงบทบาทการเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนและอำนวยความสะดวก รวมทั้งบทบาทอื่นๆ ตามที่กำหนดไว้ตามระเบียบวิธีวิจัย โดยการนั่งประชุมสนทนากับแบบโต๊ะกลม (Round Table)

ระยะที่ 2 การเสริมพลังความรู้เบื้องต้นสำหรับการวิจัย (พฤศจิกายน 2566) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 2 วัน ดังนี้ (1) ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (2) เทคนิคการวางแผนเชิงปฏิบัติการและการนำแผนสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (3) เทคนิคการสังเกตและการบันทึกข้อมูล และ (4) เทคนิคการระดมสมองและการถอดบทเรียน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน (Planning) ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติ (พฤศจิกายน 2566) โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมการตั้งศักยภาพของผู้ร่วมวิจัย 2) กิจกรรมผู้วิจัยนำเสนอเนื้อหาเชิงทฤษฎีแก่ผู้ร่วมวิจัย และ 3) กิจกรรมการพบกันของธารสองสาย สายประสบการณ์และสายวิชาการ (ภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎี) เพื่อให้มีการบูรณาการความรู้เชิงวิชาการที่ได้รับ (ในกิจกรรมข้อ 2) เข้ากับสิ่งที่ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันคิด และกำหนด (ในกิจกรรมข้อ 1) (กันยายน 2566)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติ (Acting) (ธันวาคม-มีนาคม 2567) โดยผู้วิจัยยังคงมีบทบาทการเป็นผู้มีส่วนร่วม

โดยเป็นผู้อำนวยความสะดวก ให้มีการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ โดยมุ่งให้บรรลุผลในโครงการฯ ที่กำหนดไว้จากขั้นตอนที่ 2 คอยให้กำลังใจและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง พิจารณาถึงการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทางการบริหาร คือ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการในการนำแผนสู่การปฏิบัติ เช่นการจัดทีมงาน การแบ่งงาน การมอบอำนาจหน้าที่ การกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบ การกำหนดเครือข่ายการติดต่อสื่อสาร ทั้งในแนวตั้งและแนวนอน การจัดระบบการติดตามผล เป็นต้น ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ โครงการพัฒนาระบบและกลไกการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ 4 การสังเกต (Observing) (มีนาคม 2567) เป็นการสังเกตเกี่ยวกับความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้และความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นในระดับตัวบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 5 การสะท้อนผล (Reflecting) (เมษายน 2567) ในขั้นตอนนี้เป็นการนำเอาเทคนิคการถอดบทเรียนมาใช้เป็นเทคนิคการทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การทำงานในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยทั้งภายในภายนอก ซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ทั้งที่สำเร็จหรือไม่สำเร็จ เน้นการระดมสมอง พูดคุยเล่าเรื่อง สังเคราะห์จับประเด็นกระบวนการทำงานเชิงบทเรียนหรือประสบการณ์ เป็นการสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์จากผู้ร่วมวิจัย พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน การเรียนรู้ และความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานทั้งที่สำเร็จหรือไม่สำเร็จ เพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และสามารถเผยแพร่ ศึกษาเรียนรู้ได้

ขั้นตอนที่ 6 การวางแผนใหม่ (Re-Planning) (เมษายน 2567) ในวงจรใหม่ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมทบทวนผลการพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนข้อมูลการดำเนินงานในทุกขั้นตอนที่ผ่านมา และ 2) กิจกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 7 การปฏิบัติใหม่ (Re-Acting) (เมษายน-กันยายน 2567) เพื่อแก้ปัญหาที่ใหม่ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมกำหนดแนวปฏิบัติร่วมกันใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันวางแผนปฏิบัติการใหม่บรรลุตามจุดมุ่งหมาย และเพื่อร่วมกันพิจารณา ทบทวนแก้ไขเครื่องมือการวิจัยเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากการปฏิบัติงานใหม่ และ 2) กิจกรรมการนำแผน กลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันลงมือ ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการใหม่ที่ได้จากการจัดทำร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 8 การสังเกต (Reserving) (เมษายน-กันยายน 2567) เช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 4 คือ เป็นการสังเกต เกี่ยวกับความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน เป็นผลในเรื่องที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ และ ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นในระดับตัวบุคคล ระดับกลุ่ม และ ระดับหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 9 การสะท้อนผล (Reflecting) เช่นเดียวกับ ขั้นตอนที่ 5 คือ นำเอาเทคนิคการถอดบทเรียนมาใช้ เป็นเทคนิคการทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การทำงาน ในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียด ของเหตุปัจจัย ทั้งภายในภายนอก ซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ทั้งที่สำเร็จ หรือไม่สำเร็จ เน้นการระดมสมอง พุดคุย เล่าเรื่อง สังเคราะห์ จับประเด็นกระบวนการทำงานเชิงบทเรียนหรือ ประสบการณ์ เป็นการสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงาน โดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์จากผู้ร่วมวิจัย พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนและผลการปฏิบัติงาน การเรียนรู้และความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นทั้งที่สำเร็จหรือไม่สำเร็จ เพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการปฏิบัติงาน ให้บรรลุเป้าหมาย และสามารถเผยแพร่ศึกษาเรียนรู้ได้

ขั้นตอนที่ 10 การสรุปผล (กันยายน 2567) มี 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อถอดบทเรียนศึกษาทบทวนผลการดำเนินงานในขั้นตอน ที่ 6-9 และ 2) กิจกรรมประชุมเชิงวิชาการ จุดมุ่งหมาย เพื่อ (1) สรุปผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1-9 และ (2) หาข้อสรุป ในประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้จากการปฏิบัติ และองค์ความรู้จากการปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยตามกรอบแนวคิดของ Mills⁹ ซึ่งจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) แบบสังเกต (Observation) 2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) และ 3) แบบตรวจสอบหรือบันทึก (Examine/Record)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีบทบาทหน้าที่ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยเริ่มจาก การปฏิบัติภาคสนามในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งเป็น 2 วงรอบโดยวงรอบที่ 1 เดือนธันวาคม 2566 - มีนาคม 2567 และวงรอบที่ 2 เดือนเมษายน-กันยายน 2567 เพื่อให้เห็นสภาพข้อเท็จจริงทั้งในส่วนที่เห็นชัดและ แฝงเร้นจากขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทั้ง 10 ขั้นตอน โดยจะนำเสนอเฉพาะผลการประเมิน ภาพรวมในวงรอบที่ 2 เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลที่ได้รับจากเครื่องมือวิจัย ที่ได้จากการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ร่วมกัน เป็นระยะๆ มีดังนี้ 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และประสบการณ์ รับผิดชอบงานแผนงานและการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ของทั้ง 4 จังหวัด วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ข้อมูลสภาพการนำแผน กลยุทธ์ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอำนาจเจริญ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3) ข้อมูลการประเมินตัวชี้วัด วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1772565 เมื่อวันที่ 26 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 และเลขที่ COE 1802566 เมื่อวันที่ 26 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของผู้ร่วมวิจัย ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 160 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นหญิง (56.3%)

อายุเฉลี่ย 39 ปี (SD.=9.87) จบการศึกษาระดับปริญญาโท (50.0%) และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานแผนงานฯ เฉลี่ย 12 ปี (SD.= 6.63) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรของผู้ร่วมวิจัย (n=160)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	7(43.8)
	หญิง	90(56.3)
อายุ	Mean(SD.)	39.06(9.87)
	Min(max)	23.0(58.0)
ระดับการศึกษาสูงสุด	ปริญญาตรี	76(47.5)
	ปริญญาโท	80(50.0)
	ปริญญาเอก	4(2.5)
ประสบการณ์รับผิดชอบงานแผนงานฯ		
Mean(SD.)		11.58(6.63)
Min(Max)		2.0(30.0)

2. กลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนภายใต้แผนปฏิบัติการสุขภาพที่ 7 ที่ได้จากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้เป็น 6 ขั้นตอน คือ

1) การเตรียมการ (Preparation Phase) โดยการสร้างความเข้าใจกลยุทธ์ในองค์กร โดยจัดประชุมชี้แจงแผนกลยุทธ์แก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์และเป้าหมายใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

2) การวางแผนการดำเนินงาน (Operational Planning) โดยการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด (KPIs): กำหนดเป้าหมายย่อยที่ชัดเจน (SMART Goals: Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) กำหนดตัวชี้วัด

3) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Implementation) โดยการบริหารทรัพยากร (Resource Allocation) จัดสรรงบประมาณและบุคลากรตามความต้องการของแต่ละพื้นที่บูรณาการทรัพยากรจากหน่วยงานอื่นๆ

4) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) การติดตามผลเป็นระยะโดยใช้ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแผน

5) การปรับปรุงและพัฒนากลยุทธ์ (Continuous Improvement) เช่น การถอดบทเรียน (Lesson Learned) วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการปฏิบัติ

6) การสร้างความยั่งยืน (Sustainability Development) การสร้างความร่วมมือระยะยาว โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐและชุมชนสร้างระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง

3. ผลการประเมินกลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนภายใต้แผนปฏิบัติการสุขภาพที่ 7 พบว่า ตัวชี้วัดทั้ง 4 Excellences หมด 83 ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ประเมิน 60 ตัว คิดเป็นร้อยละ 68.55 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ตัวชี้วัดด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลมีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์การประเมินมากที่สุด (87.5%) รองลงมาคือ ด้านบริการเป็นเลิศ (70.05%) และ

ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นเลิศ (66.67%)
ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านบุคลากรเป็นเลิศ

ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์การประเมินน้อยที่สุด (50.0%) ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผลการประเมินตัวชี้วัด 4 Excellences ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

กลยุทธ์ด้าน	ตัวชี้วัดทั้งหมด	ผลการเปรียบเทียบผลงาน กับเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัด	
		ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ	27	18	66.67
ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	38	27	70.05
ด้านบุคลากรเป็นเลิศ	2	1	50.00
ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	16	14	87.5
เฉลี่ยโดยรวม	83	60	68.55

4. สรุปผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1-9 และข้อสรุป ในประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้จากการปฏิบัติ และองค์ความรู้จากการปฏิบัติ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

4.1 ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

1) สถานการณ์ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย เขตสุขภาพที่ 7 มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลคิดเป็นร้อยละ 70.26 ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดร้อยละ 65 โดยพบว่าการดำเนินการได้ดีในประเด็น อสม. ใช้แอปพลิเคชัน Smart อสม. เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานและรายงานผล ผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายในทุกจังหวัด และในประเด็นการคัดกรองภาวะถดถอยในกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านให้กับผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 91.81 เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย แต่พบว่า ในประเด็นการติดตามการเข้าถึงยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีการเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์ได้เพียงร้อยละ 9.05 เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการตั้งค่าเป้าหมายที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนประมาณการหญิงตั้งครรภ์ในปีงบประมาณ รวมทั้งการย้ายถิ่นฐานของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ไปทำงานต่างถิ่น ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป

2) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อการเข้าถึงความสำเร็จของงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อการเข้าถึงความสำเร็จของงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ กำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ ผู้ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ น้อย/โยกย้าย ขาดแรงจูงใจ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ไม่สามารถออกให้บริการได้ การขาดแคลนอัตราากำลัง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ ในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. การจัดระบบบริการสุขภาพภายหลังการถ่ายโอน บางกิจกรรมยังไม่มีรูปแบบ ระบบที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ สสอ. รพช. รพ.สต. สอน. มีการเข้าถึง ความเข้าใจ สื่อสาร Health package เพื่อส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามกลุ่มวัย แต่สิ่งแวดล้อมดี (Environmental Health Accreditation : EHA) และ เมืองสุขภาพดี และกินดี โดยการรับรองเมนูสุขภาพแบบออนไลน์ ยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ และประเด็นการติดตามการเข้าถึงยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า มีการเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์ได้เพียงร้อยละ 9.05 เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดคิดเป็นร้อยละ 2.72

3) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ กำหนดนโยบายเร่งรัดให้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแผน โดยเฉพาะในหน่วยที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและในอำเภอที่ผลงานยังไม่ได้

ตามเป้าหมาย สนับสนุนการอบรมแพทย์ระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อขึ้นทะเบียนฯ และเพิ่มศักยภาพแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว ในการบริการด้าน Home Ward และ Telemedicine การสร้างความร่วมมือและออกแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด และรพ.แม่ข่าย การใช้กลไกการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ควรมีการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง และมีการประเมินรับรองผลโดยคณะกรรมการ คปคม. ที่แต่งตั้งโดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ตามระเบียบและแนวทางที่กำหนดไว้ใน ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง มาตรการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2565 ส่งเสริมสนับสนุนโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้เป็นที่เลี้ยงแก่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ให้คำปรึกษา และสนับสนุนในระบบบริการที่สำคัญ ได้แก่ ระบบห้องปฏิบัติการ ระบบยา ระบบการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ ระบบ IT และการจัดทำแนวทางการรักษาและส่งต่อในโรคที่สำคัญ (CPG) หน่วยงานและองค์กร รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควรมีการกำหนดนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ (HL officer) สสอ. รพช. รพ.สต. สอน. ให้ขับเคลื่อน/แนวทาง/เครื่องมือ/โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนตามกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกตำบล การติดตามการเข้าถึงยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ ให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน การปรับปรุงค่าเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ให้มีความสอดคล้องกับประมาณการหญิงตั้งครรภ์ในปีงบประมาณ การนำข้อมูลการคัดกรองภาวะถดถอยในกลุ่มผู้สูงอายุไปดำเนินการคัดกรองซ้ำโดยหมอบุคคลที่ 2 และส่งต่อเพื่อพบหมอบุคคลที่ 3

(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือหมอบริการบ้าน) เพื่อวางแผนการดูแลรายบุคคล รวมถึงการประสานกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ หรือกองทุน Long Term Care ในการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน จำแนกผู้ป่วย ได้แก่ ไม่อยู่ในพื้นที่ (Telemed /ส่งยาไปรษณีย์) รักษาคลินิก/ไม่เข้าถึงบริการ/ปฏิเสธการรักษา/ตาย)

4.2 ประเด็นสุขภาพจิตและยาเสพติด

1) สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ยังไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดที่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.81 ต่อแสนประชากรดังรายละเอียดเป็นรายจังหวัด จังหวัดกาฬสินธุ์พบว่าเกินเกณฑ์ที่อัตรา 8.05 ต่อแสนประชากร ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ 6.35, 6.49 และ 6.76 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 90 ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 พบร้อยละ 95.22 มากกว่าค่าเป้าหมาย ในจังหวัดพบว่าจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 95.83, 99.06, 94.15 และ 91.85 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ร้อยละ 55 ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ผลงานร้อยละ 91.13 ในรายจังหวัดพบว่าจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ร้อยละ 93.02, 88.84, 91.01 และ 94.33 ตามลำดับ ส่วนร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 85 ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ทำได้ดี ผลงานร้อยละ 91.06 โดยในจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่ร้อยละ 82.28 และ ส่วนขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ผลงานร้อยละ 86.03, 113.40 และ 88.17 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด

2) ปัญหา/จุดรวมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน คือ ระบบข้อมูล เช่น โปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลหลายระบบและการบันทึกรายงาน

506 V11 มีรายละเอียดมากเกินไป การประมวลผลยาก การปฏิบัติงาน เช่น การลงข้อมูลในระบบไม่เป็นปัจจุบัน และบุคลากร เช่น ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตปฏิบัติงานไม่ตรงกรอบโครงสร้าง PG เด็กปฏิบัติงานไม่ตรงสายงาน และบางอำเภอยังขาดทั้ง PG เด็ก และ PG จิตเวช

3) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา คือ ด้านโครงสร้างเพิ่มอัตรากำลัง นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก ในโรงพยาบาลชุมชนให้อย่างน้อย 1 คน และปฏิบัติงานตรงสายงาน รพ.ที่ขาด PG จิตเวช ผู้ใหญ่ มี 2 แห่งคือ รพ.ศรีสมเด็จ และ รพ.โพธิ์ชัย รพ.ที่ขาด PG เด็กมี 1 แห่ง คือ รพ.โพธิ์ชัย ควรมีแผนการพัฒนาศักยภาพส่งเสริมเพิ่มเติมในหลักสูตรดังกล่าว และด้านการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย (ในระดับผู้ปฏิบัติงาน) มีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงกระจายไปยังอำเภอเพื่อติดตามดูแล เน้นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด ผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ให้ประเมิน 8Q ทุกเดือน สอนญาติกลุ่มเสี่ยงสังเกตสัญญาณเตือน warning sign และคัดกรอง MHCI เทอมละ 1 ครั้ง ในโรงเรียนมัธยมทุกอำเภอ เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงมาดูแลช่วยเหลือให้เร็ว พร้อมจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา

4.3 ประเด็นมะเร็งครบวงจร

1) สรุปสถานการณ์ สถานะผลการดำเนินงาน เทียบเท่ากับเป้าหมาย จังหวัดขอนแก่น การคัดกรองมะเร็งประสบความสำเร็จตามเกณฑ์ ยกเว้นการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีข้อจำกัดจากมาตรฐานการรักษาความลับผู้ป่วย ทำให้ Case manager ไม่สามารถดึงรายชื่อกลุ่มเป้าหมายได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ทำได้ตามเป้าหมายทั้งหมด มีการพัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการมะเร็งครบวงจร และดำเนินการใช้งานจริงประกอบด้วย Your Colonoscopy, Cancer Cervical@Khonkaen, Cancer Registry เพื่อใช้ในการนัดหมาย ติดตามผู้ป่วยให้มารับการตรวจโดยไม่ต้องเสียเวลารอนัดหมาย อีกครั้ง รวมถึงส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยังส่วนกลาง จังหวัดร้อยเอ็ด การคัดกรองมะเร็งประสบความสำเร็จตามเกณฑ์ ยกเว้นการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ดำเนินการมาเป็นปีที่ 5 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของโครงการ ทำให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่

ได้รับการคัดกรองไปแล้ว ประกอบกับกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานทำให้เกิดความยากลำบากในการคัดกรอง ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ยกเว้นการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นมาก และแนวโน้มชนิดของมะเร็งเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมที่มีอัตราการตรวจพบเพิ่มสูงขึ้น มีผลงาน Best practice ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการมะเร็งครบวงจร ได้แก่ Thai Cancer Link ที่ขยายผลการนำไปใช้สู่ระดับประเทศ จังหวัดมหาสารคามได้มีการคัดกรองมะเร็งประสบความสำเร็จตามเกณฑ์ยกเว้น Colonoscopy ที่ติดปัญหาขอขวดการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ทำได้ตามเป้าหมายทั้งหมด ผลการดำเนินงานด้านมะเร็งประสบความสำเร็จ และมีความก้าวหน้า ทำให้เกิดงานวิจัยและสามารถนำเสนอผลงานวิชาการระดับนานาชาติโดยบุคลากรของหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป รพ.มหาสารคาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้การคัดกรองมะเร็งประสบความสำเร็จตามเกณฑ์ โดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่คัดกรองได้สูงถึงร้อยละ 129.14 ส่งผลต่อการตรวจด้วย Colonoscopy ทำให้เกิดปัญหาขอขวด แต่พื้นที่ได้วางแผนการจัดมหกรรมส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ในพื้นที่โรงพยาบาลเครือข่าย (อ.ภูผามาศ) เพื่อลดการรอคอยและอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นมาก และแนวโน้มชนิดของมะเร็งเปลี่ยนแปลงไป มีผลงาน Best practice ได้แก่ การบูรณาการคัดกรองร่วมกับ ODS/MIS และมหกรรมส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ในพื้นที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

2) ประเด็นท้าทาย/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน คือ การพัฒนา Cancer informatics system ระดับเขตสุขภาพ การจัดหาบุคลากรในพื้นที่ที่ขาดแคลน เช่น พยาบาลเคมีบำบัดการเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง / ผู้ป่วยของผู้รับผิดชอบโดยไม่ผิดพรบ.PDPA การสนับสนุนพัฒนางานวิจัย / Best practice ให้มีการเผยแพร่ไปสู่ระดับชาติหรือนานาชาติ การสร้าง Health literacy สู่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อเพิ่มความเข้าใจของประชาชนนำไปสู่การเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ข้อมูล

ใน HDC ล่าช้ากว่าความเป็นจริง ทำให้การรายงานผลล่าช้า มีผลต่อการวางแผนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ขาดแคลน บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง มีปัญหาลาออก โยกย้าย และไม่สนใจเรียนต่อในสาขา ขาดแคลน การบังคับใช้กฎหมายสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์มีน้อยลงจากการลาออก และมีไม่เพียงพอ ในบางสาขา เช่น เภสัชกร อีกทั้งสถานที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่สามารถพัฒนาต่อยอดเป็นโรงพยาบาล แม่ข่ายได้ เช่น โรงพยาบาลเกษตรวิสัย สุวรรณภูมิ โพนทอง และเสลภูมิ เป็นต้นการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยทำงาน การดำเนินงานบางส่วนยังขาดแคลนบุคลากร เช่น ในกรณี การคัดกรองมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีพบว่า การคัดกรองมีความ ล่าช้าในช่วงแรกของการดำเนินงานเนื่องจากขาดบุคลากร ที่มีความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องอัลตราซาวด์ (Nurse sonographer) และข้อมูลใน HDC ล่าช้ากว่าความเป็นจริง ทำให้การรายงานผลล่าช้า

3) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุง คือ การพัฒนา Cancer informatics system ในระดับเขต สุขภาพเพื่อปิดช่องโหว่ของการดำเนินการมะเร็งครบวงจร ในกรณีของขอนแก่นที่มีโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ การพัฒนาแนวคิดการรายงานประสิทธิภาพ Cancer treatment ด้วย Survival rate ซึ่งเป็นมาตรฐานทาง วิชาการและใช้อ้างอิงได้ในระดับนานาชาติ เพื่อแสดงผล การดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมตามมาตรฐานสากล การสนับสนุนให้ส่วนกลางถ่ายทอดนโยบายเร็วขึ้น เพื่อให้พื้นที่มีเวลาดำเนินการได้มากขึ้น การสนับสนุน ทรัพยากรเพื่อให้สอดคล้องกับศักยภาพของบุคลากร ในอนาคตของพื้นที่ เช่น เครื่อง Colonoscopy, เครื่องอนุภาค เร่งส่งเสริมให้มีหมอผู้ช่วยมะเร็งโดยเฉพาะ เพื่อรองรับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นในจังหวัดกาฬสินธุ์ การสนับสนุนและพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายให้สอดคล้อง กับทรัพยากร เช่น รพ.ยางตลาดมีศัลยแพทย์มากกว่า เครื่องมือ และ รพ.สมเด็จมีเครื่องมือแต่ไม่มีแพทย์ เป็นต้น การวางแผนรับมือกับแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง ของชนิดมะเร็งที่ตรวจคัดกรองพบในพื้นที่ การสนับสนุน ให้ส่วนกลางถ่ายทอดนโยบายเร็วขึ้น เพื่อให้พื้นที่มีเวลา

ดำเนินการโครงการได้มากขึ้น การสนับสนุนทรัพยากร ทั้ง บุคลากร งบประมาณและครุภัณฑ์ เพื่อให้สอดคล้องกับ ศักยภาพของบุคลากรในอนาคตของพื้นที่การสนับสนุน ให้ส่วนกลางถ่ายทอดนโยบายเร็วขึ้น เพื่อให้พื้นที่มีเวลา ดำเนินโครงการได้มากขึ้น การสนับสนุนครุภัณฑ์เพื่อให้ สอดคล้องกับศักยภาพของบุคลากรในอนาคตของพื้นที่ เช่น เครื่อง Colonoscopy, Laparoscope 4K ที่ตรวจคัดกรอง มะเร็งได้ไวขึ้น ทำให้ต้องการเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูง เพื่อกำจัดมะเร็งที่พบในระยะแรกในจังหวัดร้อยเอ็ด การนำ เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการต่างๆ ภายใต้ การดำเนินงานของโครงการที่เกี่ยวข้อง เช่น การนัดตรวจ คัดกรองแบบแสดงผล Realtime เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ ผู้รอรับบริการ และการพัฒนา Cancer data center ในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนทั้งวิชาการ เทคโนโลยี และงบประมาณจากส่วนกลาง

4.4 ประเด็นดิจิทัลสุขภาพ

1) สรุปสถานการณ์ เขตสุขภาพที่ 7 การเปิดให้ บริการต่อเนื่องจากปีงบประมาณที่ผ่านมา โดยใน ปีงบประมาณ 2567 มีการให้บริการแพทย์ทางไกลจำนวน ทั้งหมด 107,031 ครั้ง มีโรงพยาบาลเปิดใช้ระบบ จำนวน 77 แห่ง

2) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยง ต่อความสำเร็จของงานระบบโปรแกรมสำหรับการทำ Telemedicine ในการเชื่อมต่อระหว่างแพทย์กับผู้รับ บริการมีใน HIS หมอพร้อมสแตชั่น สอน.บัดดี้ ซึ่งพบว่า การดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล อยู่ในรูปแบบของการให้บริการไปที่สถานพยาบาลแห่งหนึ่ง ไปยังอีกสถานพยาบาลแห่งหนึ่ง หรือสถานที่ที่เตรียมไว้ ไม่ได้ใช้เครื่องมือที่สามารถเชื่อมโยงการให้บริการที่บ้านได้ ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เช่น หมอพร้อมสแตชั่น และ สอน.บัดดี้ เป็นต้น และ ผู้ป่วย กลุ่มสูงอายุ มีการใช้ Smart Phone น้อย และไม่สามารถ เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ทุกคน

3) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุง พัฒนา การให้การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลาง/ จังหวัด ในด้านเครื่องมือจำเป็นและสถานที่สำหรับการ

จัดระบบ Telemedicine เช่น กล้องที่มีความละเอียด 720 pixel ขึ้นไป เครื่องอ่าน Smart card และสัญญาณ WIFI เคลื่อนที่ การผลักดันให้เกิดการบริการ Telemedicine ไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคลากรด้านไอที ขอให้ดำเนินการผลักดันแบบมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานภายใน รพ. เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน และการให้บริการ Telemedicine เหมาะสมกับ รพ.ที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก รพ.ขนาดเล็กจำนวนผู้ป่วยน้อย แพทย์น้อย ก็จะไม่สามารถเปิดระบบ Telemedicine ได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการดำเนินงานมะเร็งครบวงจรในพื้นที่ 4 จังหวัดมีความก้าวหน้า ทั้งการคัดกรองและการรักษา แต่เผชิญข้อจำกัดด้านบุคลากร เครื่องมือ และการเข้าถึงข้อมูล เช่น การขาดพยาบาลเฉพาะทางและอุปกรณ์ Colonoscopy รวมถึงปัญหาคอขวดในบางพื้นที่ ขณะเดียวกัน ระบบดิจิทัลสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 พัฒนาต่อเนื่อง แต่ยังขาดการเชื่อมโยงถึงบ้านผู้ป่วยสูงอายุ และขาดอุปกรณ์พื้นฐาน เสนอแนวทางแก้ไขด้วยการเพิ่มทรัพยากร พัฒนาระบบข้อมูล และสนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการในทุกระดับ

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืนในจังหวัดพิษณุโลกผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนามี 4 ด้าน การพัฒนาทีมงานและการมีส่วนร่วม ความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม ความยั่งยืนด้านเศรษฐกิจ และความยั่งยืนด้านสังคม และยังพบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในระดับสูง แต่ยังมีปัญหาด้านข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและการประสานงานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่¹⁰ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 20 ปี (ประเทศไทย) ยุทธศาสตร์แบ่งเป็น 4 ระยะ (5 ปีต่อระยะ) เพื่อเป้าหมายความยั่งยืนด้านสุขภาพมี 3 ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ การกำกับและตรวจสอบมาตรฐานบริการ การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการจัดการองค์กร แต่ก็ยังปัญหาที่พบ เช่น ข้อจำกัดด้านงบประมาณและการเชื่อมโยง

ข้อมูลระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ¹¹ ในทำนองเดียวกับการพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพในเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัย พบว่ากระบวนการพัฒนาแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การพัฒนากลยุทธ์ การดำเนินงาน และการประเมินผล ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์มีความเหมาะสมสูง ($\mu=4.27$) โดยมีผลลัพธ์เชิงบวกถึง 97.46% ภายใน 12 เดือน และเสนอแนะให้ขยายการใช้กลยุทธ์ไปยังเครือข่ายสุขภาพอื่น¹²

2. ผลการประเมินกลยุทธ์สู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนภายใต้แผนปฏิบัติการเขตสุขภาพที่ 7 สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมานประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาปัญหาและวางแผน (Investigation and Planning;) การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ (Doing) การควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล (Evaluation monitoring and control; E) การปรับปรุงและสะท้อนผล (Learning and Sharing; L) ด้วยวิธีการสะท้อนข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางปรับแผนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยรูปแบบการขับเคลื่อนฯ ที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, SD. = 0.32) 2) การประเมินผลการปฏิบัติราชการ พบว่า ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน โดยรวมของตัวชี้วัดทั้งหมด 31 ตัวชี้วัดอยู่ในระดับดีมากและดี (91.2%) เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์พบว่า ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (100.0%) รองลงมา คือ ด้านบริการเป็นเลิศ (ร้อยละ 91.7) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (90.0%) และด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (88.9%) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสนใจว่ามี 3 ตัวชี้วัด ที่ผลการปฏิบัติราชการที่อยู่ในระดับต่ำ (8.8%) ได้แก่ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และระดับความสำเร็จของประชาชนที่สามารถเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพของตนเอง การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบสำหรับ
หน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะ หากจะนำไปใช้กับ
หน่วยบริการระดับอื่น ๆ ควรมีการปรับปรุงแก้ไขให้
เหมาะสมต่อไป¹³ และสอดคล้องกับการประเมินผล
การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วย
และบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564 พบว่า
จากผลการประเมินพบว่าความไม่ปลอดภัยทางการแพทย์
ที่ป้องกันได้ของประเทศไทยในพ.ศ. 2559-2563 มีจำนวน
สูงถึง 434,408 ครั้งต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 7 ของ
การนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับวันนอนใน
โรงพยาบาลเฉลี่ยสูงถึง 4,443,511 วันต่อปี และคิดเป็น
ความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 11,849 ล้านบาทต่อปี
หรือประมาณร้อยละ 6.2 ของงบประมาณของกองทุนหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้ง การระบาดของโควิด-19
ในช่วงที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของ
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางสาธารณสุขทั้งก่อให้เกิดการเจ็บป่วย
ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้ต้องกักตัว และเสียชีวิต
ดังนั้น ความไม่ปลอดภัยในการให้หรือรับบริการทางสาธารณสุข
จึงถือเป็นประเด็นสำคัญของระบบสาธารณสุขในประเทศ
และการมียุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและ
บุคลากรสาธารณสุขจึงถือเป็นนโยบายที่ควรได้รับการ
สนับสนุนให้ดำเนินงานต่อไป

ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ทั้ง 5 ยุทธศาสตร์
มีความครอบคลุมและสามารถนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย
ของยุทธศาสตร์ คือ เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย
และบุคลากรสาธารณสุข โดยการดำเนินงานในช่วง
พ.ศ. 2561-2564 ผู้ประเมินพบหลักฐานการดำเนินงาน
ตามกลยุทธ์จำนวน 28 กลยุทธ์ จาก 30 กลยุทธ์
(หรือร้อยละ 93 ของกลยุทธ์ทั้งหมด) โดยกลยุทธ์ที่ไม่พบ
หลักฐานการดำเนินงานเกิดจากความไม่พร้อมของระบบ
ข้อมูลและมีการเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานตาม
ความเหมาะสมของสถานการณ์ในประเทศที่มีการแพร่
ระบาดของโรคโควิด นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ
ได้ทำให้ผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐบาล
และเอกชนจำนวนมากถึง 764 แห่ง ตระหนักถึงความสำคัญ

ของยุทธศาสตร์และสมัครใจเข้าร่วมรายงานอุบัติการณ์
ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบ
ฐานข้อมูลของประเทศ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
มีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ต่ำสุด (50%) ควรเน้นการพัฒนาทักษะ
เฉพาะทางของบุคลากร เช่น การใช้เทคโนโลยี AI และ IoT
ในงานสุขภาพ และเพิ่มโอกาสในการศึกษาต่อหรืออบรม
เฉพาะทาง เพื่อยกระดับสมรรถนะของบุคลากรในทุกระดับ
2. ส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการ กระตุ้น
ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และชุมชน
เพื่อบูรณาการทรัพยากรที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น
การใช้ทรัพยากรร่วมระหว่างเขตสุขภาพในการแก้ไขปัญหา
ขาดแคลนปรับปรุงระบบข้อมูลสุขภาพ

3. การใช้ระบบข้อมูลเรียลไทม์ในการประเมินและ
ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถ
ปรับปรุงแผนงานได้ทันต่อสถานการณ์

4. ยกระดับธรรมาภิบาล โดยการใช้ความสำเร็จ
ในด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (87.5%) เป็นต้น
แบบในการพัฒนากลยุทธ์ในด้านอื่น ๆ โดยส่งเสริมให้
ทุกหน่วยงานมีการดำเนินงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และ
มีความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์

5. สร้างคู่มือแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices)
ถอดบทเรียนจากแผนงานที่ประสบความสำเร็จ เช่น
ด้านบริหารเป็นเลิศ เพื่อสร้างคู่มือสำหรับการพัฒนากลยุทธ์
ที่สามารถนำไปปรับใช้ในบริบทต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความลึกซึ้งในด้านบุคลากร เช่น
วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลว
ของตัวชี้วัดด้านบุคลากรเป็นเลิศ เช่น ปัญหาด้านแรงจูงใจ
ความพึงพอใจในการทำงาน และอุปสรรคในการพัฒนา
ทักษะ

2. การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษา
ความคิดเห็นของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเชิงลึก

เพื่อระบุแนวทางปรับปรุงที่ตรงจุด

3. การประเมินผลกระทบของเทคโนโลยี โดยศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น AI และ IoT ในการจัดการข้อมูลสุขภาพ และผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพในด้านต่าง ๆ

4. พัฒนากลไกการบริหารจัดการแบบยั่งยืน โดยศึกษาโมเดลการบริหารจัดการที่ยั่งยืนในเขตสุขภาพอื่น ๆ และเปรียบเทียบกับเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุด

5. สร้างกรอบตัวชี้วัดใหม่ โดยพัฒนาตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับบริบทปัจจุบันและอนาคต โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036), 1st revised ed, 2nd ed.(2 February 2018). Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2018.
2. สุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม. การศึกษาจัดกลุ่มประเทศในเอเชียตามลักษณะการพัฒนาทางด้านสุขภาพรองรับเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579). วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(6):101-12.
3. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน. รูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
4. อาภาภรณ์ ภูศรี, พชรวิทย์ จันทร์ศิริสร. กลยุทธ์การพัฒนาภาวะผู้นำเชิงดิจิทัลสำหรับผู้บริหารสถานศึกษาขนาดเล็กสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคาม เขต 2. วารสารพุทธปรัชญาวิวัฒน์. 2565;6(2):200-11.
5. คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ฯ เขตสุขภาพที่ 7. แผนปฏิบัตินโยบายเขตสุขภาพที่ 7 ระยะ 5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2570) เขตสุขภาพที่ 7; 2566.
6. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association. 1988;260(12):1743-8.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Measuring success in global health: Tracking progress through health indicators. Seattle, WA: IHME; 2021.
8. วิโรจน์ สารัตนะ. การวิจัยทางการบริหารการศึกษ:แนวคิดและกรณีศึกษา. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
9. Mill R A. The Tourism System. New Jersey: Prentice Hall; 2007.
10. พชรดนัย วัชรธนพัฒนธาดา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืนในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการของจังหวัดพิษณุโลก. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2562;7(2):392-406.
11. สุชาติ เลาบริพัตร. การศึกษาวิจัยยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;(15)1:20-9.
12. นรากร สุทธิประภา, ยุทธนา ผือโย. กระบวนการพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;2(2):57-68.
13. รติยา วิภักดิ์, เสฐียรพงษ์ ศิวินา, กุศลาลัย สุราอามาตย์. รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;6(3):149-61.
14. วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิต. รายงานฉบับสมบูรณ์การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP); 2565.