



Policy Brief

โครงการขับเคลื่อนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์: การขยายผลแนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

จัดทำโดย



ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

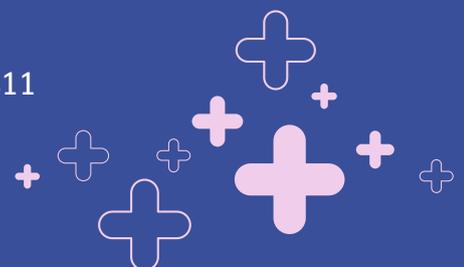
ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย): โครงการขับเคลื่อนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์: การขยายผลแนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ): Research Utilization Project: Diffusion of Primary Healthcare Management Approaches under the Auspices of Provincial Administrative Organizations

นักวิจัยหลัก: รองศาสตราจารย์ ดร.ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา (Tatchalerm Sudhipongpracha, Ph.D.)

URL รายงานวิจัย: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6411>

Website โครงการ: www.thailocalprimarycare.com



สาระสำคัญเชิงนโยบาย

- การศึกษานี้เป็นการวิจัยการนำนโยบายและผลงานวิจัยไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research) โดยทดลองนำแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงานของ อบจ. รพ.สต. และหน่วยงานสังกัด สธ. ไปใช้ขับเคลื่อนในพื้นที่ 10 จังหวัด ได้แก่ มุกดาหาร นครราชสีมา ปทุมธานี ชลบุรี สงขลา พิจิตร ขอนแก่น ยะลา สมุทรสาคร และศรีสะเกษ โดยมี “นักวิจัยพี่เลี้ยง” ผู้สนับสนุนข้อมูลนวัตกรรมและแนวทางปฏิบัติที่ดี และ “นักวิจัยในพื้นที่” ทำหน้าที่สร้างกระบวนการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริงบนฐานงานวิจัย
- หลังจากนั้น จึงดำเนินการประเมินผลโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Multiple-group, Pre-test-Post-test Design) และระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ด้วยตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (ผลผลิตและผลลัพธ์จากการจัดบริการปฐมภูมิ) และการทดสอบเชิงสถิติเปรียบเทียบกลุ่มจังหวัด (Two-way Mixed ANOVA) และวิเคราะห์ผลผลิตภาพ (Productivity) และประสิทธิภาพเชิงเทคนิคในการจัดบริการด้วยเทคนิค Data Envelopment Analysis (DEA) และดัชนีผลผลิตภาพของมาล์มควิสต์ (MPI)
- สำหรับการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System และกรอบแนวคิด Evidence-based Practice Education (EBP) ในการวิเคราะห์กระบวนการเรียนรู้ในระดับพื้นที่ “ก่อน” และ “หลัง” การศึกษาวิจัยเพื่อฉายภาพกระบวนการเรียนรู้ของ อบจ. รพ.สต. และหน่วยงานสังกัด สธ. ในระดับพื้นที่
- ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การบูรณาการเครือข่ายและการขยายผลนวัตกรรมส่งผลให้ผลผลิตและผลลัพธ์จากการจัดบริการปฐมภูมิในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มผลผลิตภาพและประสิทธิภาพเชิงเทคนิคโดยไม่ต้องเพิ่มทรัพยากรนำเข้า ในขณะเดียวกัน การวิเคราะห์กระบวนการเรียนรู้ตามกรอบ Evidence-based Practice (EBP) แสดงให้เห็นการเปลี่ยนผ่านเชิงระบบของระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ 10 จังหวัด จาก “การทำงานตามคำสั่ง” และ “การทำงานแยกส่วน (Silo)” สู่ “การตัดสินใจบนฐานข้อมูลและการเรียนรู้ร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย”

วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

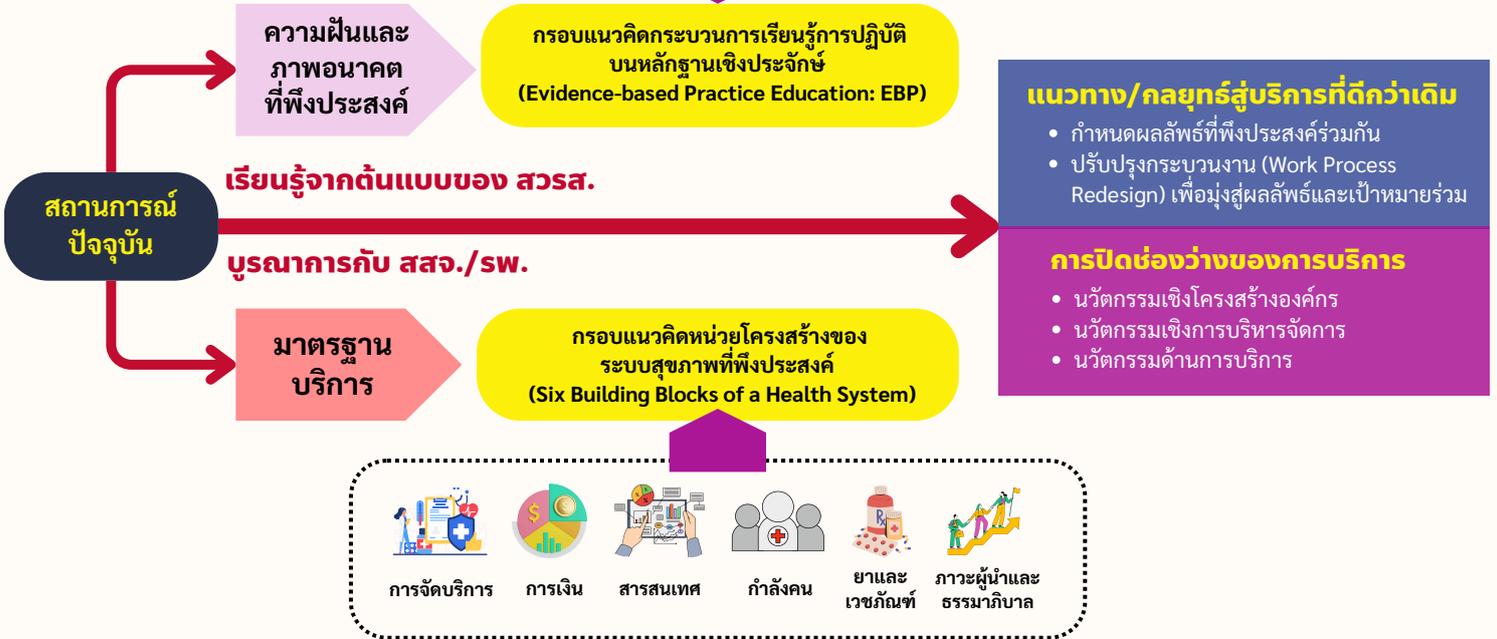
- ประเมินผลรูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ตามแนวคิดการประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation: DE) และแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรม (Diffusion of Innovation)
- ประเมินรูปแบบเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างพื้นที่จังหวัดต้นแบบจากโครงการวิจัยที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สนับสนุนในปี พ.ศ. 2567 กับ อบจ. อื่นในปี พ.ศ. 2568 โดยเน้นที่กระบวนการเรียนรู้ระหว่าง อบจ. และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัดในการประยุกต์นวัตกรรมและแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศไปปรับใช้ในการพัฒนา รพ.สต. ถ่ายโอนให้สอดคล้องกับสภาพบริบทพื้นที่ของตนเอง
- ประเมินผล ถอดบทเรียน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายจากการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสมของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. โดยตั้งอยู่บนฐานความร่วมมือของ อบจ. รพ.สต. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรภาคีหุ้นส่วน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- แนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วยหลักวิทยาศาสตร์ครอบคลุมและแนวคิดการจัดการเครือข่ายที่เน้นการทำงานข้ามสังกัดและข้ามภาคส่วน
- ระบบการบูรณาการยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข และมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นต่ำที่ช่วยกำหนดกรอบแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่และแนวทางการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และ อบจ. ให้ชัดเจนและมียุทธศาสตร์มากขึ้น



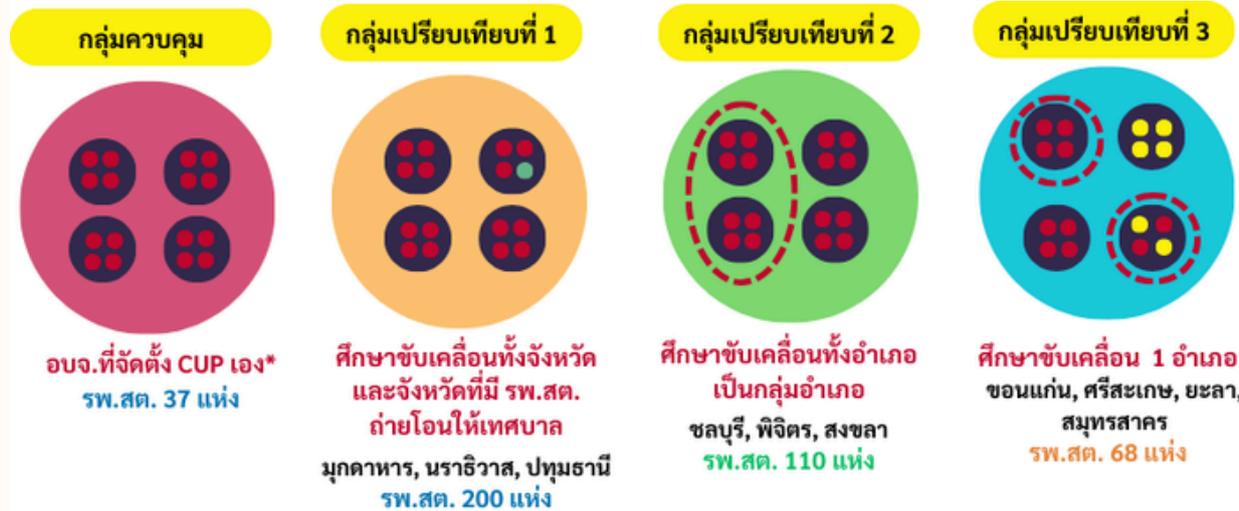
กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย



- ในการศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ โดยเริ่มจาก “สถานการณ์ปัจจุบัน” เป็นจุดตั้งต้นของการวิเคราะห์และสะท้อนบทเรียนเชื่อมโยงไปสู่ “ความฝันและภาพอนาคตที่พึงประสงค์” เพื่อกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลงอย่างมีเป้าหมาย กระบวนการสำคัญคือการ “เรียนรู้จาก อบรม. ต้นแบบของ สวรส.” และการบูรณาการความร่วมมือกับ สสจ. และ รพ. แม่ข่ายเพื่อสร้างการเปลี่ยนผ่านเชิงระบบ
- แกนกลางของกรอบแนวคิดคือ Evidence-based Practice Education (EBP) ซึ่งเน้นการเรียนรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ การตั้งคำถาม การทำความเข้าใจข้อมูล การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนผลเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง ควบคู่กับการใช้กรอบ “Six Building Blocks of a Health System” เป็นโครงสร้างวิเคราะห์ระบบสุขภาพในมิติหลัก ได้แก่ การให้บริการ การเงิน สารสนเทศ กำลังคน ยาและเวชภัณฑ์ และภาวะผู้นำ/ธรรมาภิบาล เพื่อให้การพัฒนาเป็นระบบครบวงจร ไม่เน้นเพียงมิติใดมิติหนึ่ง
- ในด้านยุทธศาสตร์ แนวทางปรับปรุงบริการหลังถ่ายโอนให้ดีกว่าเดิม โดยกำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ร่วมกัน ปรับปรุงกระบวนการงาน (Work Process Redesign) และสร้างเป้าหมายร่วมระหว่างหน่วยงาน ในขณะเดียวกันต้อง “ปิดช่องว่างของการบริการ” ผ่านนวัตกรรมบริการ นวัตกรรมการบริหารจัดการ และนวัตกรรมด้านการเงิน เพื่อยกระดับคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ

“ การศึกษานี้ใช้โมเดลการพัฒนากระบวนการสุขภาพปฐมภูมิถ่ายโอนภายใต้สังกัด อบรม. ที่ผสมผสานการเรียนรู้เชิงหลักฐานเชิงประจักษ์กับกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ระบบสุขภาพเชิงระบบ เพื่อมุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงจากข้อมูลจริงสู่การออกแบบบริการปฐมภูมิของ อบรม. ที่ตอบโจทย์อนาคตอย่างยั่งยืนและมีธรรมาภิบาล ”

ในการศึกษานี้ แบ่งพื้นที่ศึกษาวิจัยเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม กลุ่มเปรียบเทียบที่ 1 (มุกดาหาร นราธิวาส ปทุมธานี) กลุ่มเปรียบเทียบที่ 2 (ชลบุรี พิจิตร สงขลา) และกลุ่มเปรียบเทียบที่ 3 (ขอนแก่น ศรีสะเกษ ยะลา สมุทรสาคร) และกลุ่มควบคุม คือ อบจ. ที่จัดตั้ง CUP เองของ อบจ. โดย อบจ. กลุ่มควบคุมไม่ใช่ อบจ. ที่ได้รับการแทรกแซงในการศึกษานี้ แต่เป็น Benchmark เพื่อเปรียบเทียบระหว่าง อบจ. ที่บูรณาการกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบเครือข่าย กับ อบจ. ที่จัดตั้ง CUP เองและดำเนินการจัดบริการปฐมภูมิในลักษณะการแข่งขัน (Competition) กับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข



กลไกการแทรกแซงในพื้นที่ (Intervention)

- 1 ในแต่ละพื้นที่ต้องมี “นักวิจัยในพื้นที่” ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้อำนวยการกองสาธารณสุขของ อบจ.
- 2 มี “นักวิจัยพี่เลี้ยง” จากส่วนกลางและจาก อบจ. ต้นแบบ ของ สวรส. ถ่ายทอดนวัตกรรมและความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการจัดบริการและข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบ และหลักเกณฑ์
- 3 มีฐานข้อมูลผลฐานวิจัยและนวัตกรรมพร้อมใช้งานที่ อบจ. รพ.สต. และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- กระบวนการ Action Research ที่ใช้กลไก “นักวิจัยในพื้นที่” และ “นักวิจัยพี่เลี้ยง” บูรณาการการทำงานจริงในพื้นที่และ “นักวิจัยในพื้นที่” ร่วมกันคิด “โครงการเรือธง (Flagship Project)” โดยประยุกต์นวัตกรรมจากพื้นที่ต้นแบบเพื่อแก้ไข Pain Point ของพื้นที่ตนเอง
- **เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ**จากระบบ Health Data Center (HDC) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสุขภาพประชากร 21 ตัวชี้วัดเปรียบเทียบข้อมูล “ก่อน” – “หลัง” การแทรกแซง (ปี พ.ศ. 2567–2568)
- **เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ**ผ่านการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้เสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิในแต่ละจังหวัด 40 คน และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) “ก่อน” และ “หลัง” กระบวนการ Action Research โดยมีผู้เข้าร่วม 895 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

- **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ** - เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลผลิตและผลลัพธ์ “ก่อน” – “หลัง” การศึกษาวิจัย และทดสอบความแตกต่างในเชิงสถิติด้วยเทคนิค Two-way Mixed ANOVA รวมทั้งวิเคราะห์ประสิทธิภาพเชิงเทคนิคและผลิตภาพโดยใช้เทคนิค Data Envelopment Analysis (DEA) และดัชนี Malmquist Productivity Index (MPI)
- **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ** - วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามนิยามเชิงปฏิบัติการในกรอบแนวคิดที่ได้รับ การทดสอบความเที่ยงของผู้ถอดรหัส (Inter-coder Reliability: ICR)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

- **ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพ** - การวิเคราะห์ผลผลิตภาพและประสิทธิภาพเชิงเทคนิคของ รพ.สต. สังกัด อบจ. “ก่อน” และ “หลัง” การศึกษาวิจัย ชี้ให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของ “ผลผลิตภาพการผลิตรวม (Total Factor Productivity: TFP)” และการเกิด “ผลได้ต่อขนาดเพิ่มขึ้น (Increasing Returns to Scale)” ในพื้นที่จังหวัดที่สามารถบูรณาการความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนประสิทธิภาพจึงไม่ใช่การเพิ่มงบประมาณหรือกำลังคน แต่คือ การทำงานเชิงเครือข่าย และการนำข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) งานวิจัยและนวัตกรรมการจัดการมาใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย
- **ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผล** - ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Two-way Mixed ANOVA พบว่า ภายหลังจากการศึกษาวิจัย รพ.สต. สังกัด อบจ. มีการเพิ่มขึ้นของ “ผลผลิตด้านบริการ” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายตัวชี้วัด โดยเฉพาะ
 1. อัตราการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป
 2. อัตราการติดตามยืนยันการวินิจฉัยในกลุ่มสงสัยป่วย
 3. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็ก
 4. การดูแลต่อเนื่องและการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านนอกจากนี้ บริการทันตกรรมและการคัดกรองมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ สะท้อนการขยายขอบเขตบริการเชิงรุกมากกว่าการรอรับบริการใน รพ.สต. อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณา “ผลลัพธ์ด้านสุขภาพประชากร” โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและการควบคุมความดันโลหิต พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นในบางจังหวัด แต่ยังไม่ปรากฏนัยสำคัญทางสถิติในภาพรวม ซึ่งสะท้อนว่า การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพต้องอาศัยระยะเวลาในการก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- การขยายผลงานวิจัยและนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ไม่ได้เป็นเพียงการคัดลอกโครงการเรือธงจาก อบจ.ต้นแบบ แต่เป็นกระบวนการ “ปรับใช้เชิงบริบท (Contextual Adaptation)” โดยแต่ละพื้นที่นำแนวทางปฏิบัติที่ดีมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม โครงสร้างเครือข่าย และศักยภาพบุคลากรของตนเอง ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของ (Ownership) และแรงจูงใจภายในของผู้ปฏิบัติงาน
- การวิเคราะห์ตามกรอบกระบวนการเรียนรู้การปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice Education: EBP) สะท้อนวงจรการเรียนรู้ 5 ขั้น ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) การโน้มน้าวใจ (Persuasion) การตัดสินใจ (Decision) การนำไปปฏิบัติ (Implementation) และการยืนยัน (Confirmation) บุคลากรในสังกัด อบจ. และ รพ.สต. และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ได้เปลี่ยนผ่านจาก “ความกังวลต่อการถ่ายโอน” ไปสู่ “ความกระตือรือร้น” ในการบูรณาการความร่วมมือกัน และการเรียนรู้ข้อมูลและนวัตกรรมจากพื้นที่ต้นแบบของ สวรส. และนำไปประยุกต์ในพื้นที่ของตนเองจนก่อให้เกิดผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิถ่ายโอน กระบวนการ เรียนรู้ดังกล่าวก่อให้เกิด “วัฒนธรรมการทำงานใหม่” ที่เน้นข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามองค์กร
- การวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System ขององค์การอนามัยโลก สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในทุกมิติ โดยเฉพาะบทบาทใหม่ของ อบจ. ในฐานะ “ผู้อภิบาลสุขภาพเชิงพื้นที่ (Area-based Health Steward)” ที่ทำหน้าที่ประสานกำลังคน ทรัพยากร ข้อมูล และภาคีเครือข่าย ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังคงมีบทบาทสำคัญในการกำกับมาตรฐานและสนับสนุนทางวิชาการ แต่อย่างไรก็ตาม บางพื้นที่ยังมีความท้าทายจากการขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือระบบพี่เลี้ยงที่ยังไม่เข้มแข็ง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของบริการปฐมภูมิของ อบจ. ในอนาคต

ความสำเร็จของการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือการขยายผลนวัตกรรมขึ้นอยู่กับ “ภาวะผู้นำเชิงเครือข่าย (Network-based Leadership)” “ภาวะผู้นำที่กระจายตัวในทุกระดับ (Distributed Leadership)” ความไว้วางใจระหว่างหน่วยงาน และกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันมากกว่าปัจจัยด้านโครงสร้างเพียงอย่างเดียว การกระจายอำนาจจึงเป็นทั้งกระบวนการปรับตัวเชิงสถาบัน (Institutional Adaptation) และกระบวนการเรียนรู้เชิงสังคม (Social Learning) ในระดับพื้นที่ ที่ต้องอาศัยเวลา ความร่วมมือ และการเสริมพลังเชิงวิชาการอย่างต่อเนื่อง

นวัตกรรมหรือแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice) จากพื้นที่กรณีศึกษา

นวัตกรรมหรือ Good Practice ของทั้ง 10 จังหวัดมีลักษณะร่วมกัน คือ การออกแบบระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ และยกระดับบทบาทของ อบจ. จาก “ผู้รับโอนภารกิจ” ไปสู่ “ผู้กำกับทิศทางการระบบสุขภาพปทุมภูมิ” อย่างเป็นรูปธรรม โดยสามารถสังเคราะห์เป็นกลุ่มนวัตกรรมสำคัญได้ดังนี้



นวัตกรรมด้านข้อมูลและการกำกับทิศทาง (Data-driven Stewardship) ซึ่งพบได้ในหลายจังหวัด โดยเฉพาะ “กระดานข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพประชากร (Population Health Data Dashboard)” ที่ใช้ข้อมูลจาก HDC และฐานข้อมูลท้องถิ่นในการติดตามสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการเข้าถึงบริการ ทำให้การจัดสรรทรัพยากรและกำหนดเป้าหมายเชิงพื้นที่ที่มีความแม่นยำมากขึ้น ลดการตัดสินใจแบบอาศัยประสบการณ์ส่วนบุคคล และสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์



นวัตกรรมการจัดบริการเชิงรุกและการดูแลต่อเนื่อง (Proactive & Continuity of Care Model) หลายจังหวัดพัฒนาโครงการเรือธงที่เน้นการคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเชื่อมโยง รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่ายและ อสม. นวัตกรรมลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิด “สร้างนำซ่อม”



นวัตกรรมเชิงเครือข่ายความร่วมมือ (Collaborative Governance) จังหวัดส่วนใหญ่พัฒนารูปแบบการทำงานแบบบูรณาการระหว่าง อบจ. สสจ. โรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต. โดยอาศัยการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงทุกระดับในพื้นที่ ส่งผลให้เกิด “ระบบนิเวศการทำงานร่วมกัน” ลดความตึงเครียดจากการถ่ายโอน และสร้างความไว้วางใจข้ามองค์กร



นวัตกรรมการบริหารจัดการภายในองค์กร (Intra-organizational Network) บางจังหวัดพัฒนาเครือข่ายภายใน อบจ. เพื่อบูรณาการกองสาธารณสุขเข้ากับกองอื่น ๆ ในการสนับสนุนภารกิจสุขภาพทำให้การจัดบริการไม่จำกัดอยู่ที่มติดการแพทย์ แต่เชื่อมโยงกับการพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต เช่น การขับเคลื่อนงานผ่านกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นต้น

“

นวัตกรรมของทั้ง 10 จังหวัดมิได้จำกัดเพียงโครงการเฉพาะกิจ หากแต่สะท้อนการเปลี่ยนผ่านเชิงระบบใน 3 มิติหลัก ได้แก่ (1) การกำกับทิศทางบนฐานข้อมูล (2) การจัดบริการเชิงรุกและต่อเนื่องระดับประชากร และ (3) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงพื้นที่ นวัตกรรมเหล่านี้แสดงศักยภาพของ อบจ. ในการเป็นกลไกสำคัญของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และสามารถขยายผลไปยังจังหวัดอื่นได้ภายใต้เงื่อนไขของภาวะผู้นำ ความร่วมมือ และการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง

”

สรุปผลการศึกษา

- แนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเชิงบูรณาการภายใต้สังกัด อบจ. ในการศึกษาครั้งนี้ ส่งผลให้ผลผลิตด้านบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพประชากรมีแนวโน้มดีขึ้นในบางตัวชี้วัด แม้ยังไม่ปรากฏนัยสำคัญ ทางสถิติในภาพรวม
- รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและยังคงไว้ซึ่งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ CUP มีแนวโน้มเกิด “ผลได้ต่อขนาดเพิ่มขึ้น (Increasing Returns to Scale)” และมีการเพิ่มขึ้นของผลิตภาพการผลิตรวม (Total Factor of Productivity: TFP) โดยการเปลี่ยนแปลงของประสิทธิภาพในเชิงบวกนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการยอมรับและประยุกต์ใช้งานวิจัย นวัตกรรม และข้อมูลทางวิชาการ มากกว่าการเพิ่มปัจจัยนำเข้า (เงินและคน) เพียงอย่างเดียว
- ผลการศึกษาเน้นย้ำว่า ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการเชิงเครือข่ายเป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จ ที่สำคัญที่สุดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยเฉพาะรูปแบบ “ภาวะผู้นำที่กระจายอยู่ทุกระดับ (Distributed Leadership)” ซึ่งเอื้อให้เกิดการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม ความไว้วางใจ และการประสานงานข้ามสังกัดอย่างมีประสิทธิภาพ
- การวิเคราะห์ภายใต้กรอบ Six Building Blocks of a Health System สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นการจัดบริการ กำลังคน การเงิน ยาและเวชภัณฑ์ สารสนเทศ และภาวะผู้นำ โดยเฉพาะบทบาทใหม่ของโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งเปลี่ยนจาก “ผู้รับส่งต่อผู้ป่วย” ไปเป็น “หน่วยสนับสนุนทางวิชาการ” และพี่เลี้ยงเชิงระบบของ รพ.สต. ทำให้ระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิทำงานเสริมพลังกันมากกว่าการทำงานแบบแยกส่วน
- นอกจากนี้ การถอดบทเรียนตามกรอบกระบวนการเรียนรู้การปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice Education: EBP) แสดงให้เห็นการเปลี่ยนผ่านเชิงวิธีคิด วิธีทำงาน และวิธีตัดสินใจของบุคลากรในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การรับรู้โอกาสจากการถ่ายโอน การสร้างทัศนคติเชิงบวก การตัดสินใจบนฐานข้อมูล การทดลองปฏิบัติจริง ไปจนถึงการยืนยันและขยายผลแนวทางปฏิบัติ ที่ประสบความสำเร็จ จนกลายเป็นวัฒนธรรมการทำงานใหม่ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- กระทรวงสาธารณสุขควรปรับบทบาทจาก “ผู้ควบคุมระบบสุขภาพ” ไปสู่ “ผู้เสริมพลังและพี่เลี้ยงเชิงระบบ” โดยสนับสนุนการจัดการความรู้จากงานวิจัย การพัฒนาศักยภาพด้านการเงินสุขภาพ และการออกแบบกลไกความร่วมมือเชิงวิชาการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต. ถ่ายโอน
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรปรับเปลี่ยนบทบาทจาก “การมุ่งถ่ายโอนภารกิจ” ไปสู่ “การถ่ายโอนขีดความสามารถ (Capacity-oriented Decentralization)” โดยใช้แนวคิดกระบะทรายเชิงนโยบาย (Policy Sandbox) และออกแบบหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ และระบบการจัดสรรเงินอุดหนุนที่แตกต่างกันตามสภาพบริบทของแต่ละพื้นที่
- อบจ. ควรพัฒนาบทบาทจาก “ผู้รับโอน” ไปสู่ “ผู้นำระบบนิเวศสุขภาพเชิงพื้นที่” ผ่านการบูรณาการการทำงานภายในองค์กรและภายนอกองค์กร การลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ด้านข้อมูลและโทรเวชกรรม และการพัฒนาความรู้ด้านการเงินสุขภาพ
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นควรทำหน้าที่เป็น “ตัวเร่งปฏิบัติการเรียนรู้” ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเชื่อมโยงเครือข่ายท้องถิ่น มากกว่า “การกำกับดูแลเชิงระเบียบกฎหมาย” เพียงอย่างเดียว
- หน่วยงานวิจัยและมหาวิทยาลัยควรปรับเปลี่ยนบทบาทจาก “ผู้ผลิตความรู้” ไปสู่ “หุ้นส่วนการเปลี่ยนแปลง” โดยทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และทำหน้าที่เป็น “ผู้อำนวยความสะดวกการเรียนรู้ (Learning Facilitator)” ในระบบนิเวศสุขภาพของพื้นที่

“การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. เป็นหน้าต่างแห่งโอกาสในการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย หากทุกภาคส่วนสามารถปรับบทบาทจาก “การทำงานแบบแยกส่วน”

ไปสู่ “การร่วมสร้างระบบนิเวศสุขภาพปฐมภูมิ”

ที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ ภาวะผู้นำเชิงพื้นที่ และกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ระบบสุขภาพปฐมภูมิจะสามารถทำหน้าที่เป็น “ตาข่ายคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net)”

ที่มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และยั่งยืน