

การสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี
A SYNTHESIS OF A MANAGEMENT MODEL FOR THE DISTRICT
HEALTH SYSTEM AFTER THE DEVOLUTION
OF SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTION HOSPITALS TO PROVINCIAL
ADMINISTRATIVE ORGANIZATION : A CASE STUDY CHONBURI PROVINCE

กิตติ บุญรัตนเนตร

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

KITTI BUNRATNET

BANGLAMUNG DISTRICT PUBLIC HEALTH OFFICE

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน การบริหารระบบสุขภาพอำเภอ การสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ และการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และวิจัยแบบผสม เก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวม 130 คน ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ กลุ่มตัวอย่าง มีการทบทวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานทุกปี และดำเนินงานตามนโยบาย ร้อยละ 100 ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 100 ประสานการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่าย ร้อยละ 100 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรับบทบาทจากการสั่งการเป็นการประสานงาน เกิดความยืดหยุ่นในการทำงาน แต่มีข้อจำกัดด้านการติดตามและประเมินผล การจัดบริการเปลี่ยนจากการให้บริการตรงเป็นการกำกับดูแลสนับสนุน ส่งผลต่อมาตรฐานบริการ เนื่องจากขาดบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร เกษัชกร แพทย์แผนไทย และงบประมาณที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะคือ ควรส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรในการประเมินมาตรฐานบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ และพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยง เพื่อยกระดับการบริหารระบบสุขภาพอำเภอให้มีคุณภาพภายใต้บริบทใหม่อย่างมืออาชีพ

คำสำคัญ : รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

This research aimed to synthesize of a management model for district health system after the devolution of Sub-district Health Promotion Hospitals to the Chonburi Provincial Administrative Organization. The objective were to study the current situation of district health system management, to synthesize an effective management model, and develop the district health system after the devolution. The research employed participatory action research and mixed-methods approaches. Data were collected from both quantitative and qualitative sources, involving 130 participants, including district public health officers, directors of Sub-district Health Promoting Hospitals, directors of community hospitals, and operational staff from the District Public Health Office. Quantitative findings revealed that, after the transfer of responsibilities, all respondents (100%) annually reviewed their strategic plans, implemented policies, jointly drove the operations of the District Health Coordinating Committee (DHCC), and coordinated with Sub-district Health Promoting Hospitals and other networks. Qualitative data from interviews indicated that the District Public Health Office shifted its role from command and control to coordination, creating flexibility in operations. However, challenges remained in monitoring and evaluation. Service provision transformed from direct provision to oversight and support roles, which affected service quality standards. Contributing factors included a shortage of specialized personnel—such as legal officers, pharmacists, and traditional medicine practitioners—and limited budgets, leading to reduced capacity in quality control. The study recommends enhancing personnel competencies in systematically evaluating the quality standards of primary care services and developing the District Public Health Office into a consultant and mentoring body to elevate the quality of district health system management under the new context with professionalism.

Keywords : District Health System Management Model, District Public Health Office, Health of Devolution, Sub-district Health Promotion Hospitals, Provincial Administrative Organization.

บทนำ

การกระจายอำนาจในประเทศไทยนั้นมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในการถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการให้บริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น ผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจและการจัดการในพื้นที่ของตนเอง เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพและระบบบริการปฐมภูมิต่อการถ่ายโอนภารกิจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัดยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ อาทิเช่นงบประมาณ กำลังคน และการประสานงาน (รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2566)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนามัย จำนวน 27 แห่งในปี พ.ศ. 2551, จำนวน 19 แห่งในปี พ.ศ. 2555, จำนวน 4 แห่งในปี พ.ศ. 2557, จำนวน 1 แห่งในปี พ.ศ. 2559, จำนวน 6 แห่งในปี พ.ศ. 2562 และจำนวน 8 แห่งในปี พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง จากจำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศ ส่วนการถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 มีที่ถ่ายโอนจำนวน 3,264 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.50 จากทั้งหมด 6,872 แห่งใน 49 จังหวัด และคิดเป็นร้อยละ 33.39 ของจำนวน 9,775 แห่งทั้งประเทศ บุคลากร รวม 21,829 ราย ประกอบด้วยข้าราชการ 11,992 ราย และประเภทการจ้างงานอื่น 9,837 ราย โดยที่บางจังหวัดมีการถ่ายโอน ไปเพียงบางส่วนตามความพร้อมและความสมัครใจ และมีจังหวัดที่มีการถ่ายโอนไปทั้งหมดจำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น ปราจีนบุรี มุกดาหาร หนองบัวลำภู และสุพรรณบุรี (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2564)

ในปีงบประมาณ 2567 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา

นวมินทราชินี ที่ถ่ายโอนไปแล้ว จำนวน 4,450 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46 จาก ทั้งหมด 9,756 แห่ง และมีจังหวัดที่มีการถ่ายโอนไปทั้งหมดเพิ่มอีกจำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ แพร่ กาญจนบุรี ชลบุรี ระยอง ภูเก็ต ปัตตานี ในส่วนของจังหวัดชลบุรี ดำเนินการถ่ายโอนในวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ซึ่งเป็นไปตามมติเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี มีการถ่ายโอน จำนวน 118 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบด้วยข้าราชการ 535 ราย พนักงานราชการ 2 ราย พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 118 ราย ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน 27 ราย และประเภทการจ้างงานอื่น 199 ราย รวมทั้งหมด 881 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2566)

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ส่งผลกระทบต่อทั้งระบบสุขภาพโดยรวม โดยมีผลในด้านบวก ได้แก่ การเพิ่มขีดความสามารถในการตัดสินใจของท้องถิ่น การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในชุมชน และยังพบความท้าทายในการประสานงาน ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ในปัจจุบันนี้ พบว่า การบริหารจัดการหลังการถ่ายโอนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดปัญหาในหลายมิติ เช่น การขาดความชัดเจนด้านอำนาจหน้าที่ระหว่าง อบจ. และ สสอ. ความซ้ำซ้อนและช่องว่างในระบบรายงาน และการสั่งการ การขาดบุคลากรเฉพาะด้าน ซึ่งกระทบต่อการดำเนินงานที่จำเป็น เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2566)

วัตถุประสงค์

สรุปความสำคัญของการศึกษาค้นคว้านี้ ภายหลังจากการถ่ายโอน จังหวัดชลบุรีมีการปรับตัวได้ดี พัฒนากลไกความร่วมมือ จนเกิดรูปแบบการบริหารที่น่าสนใจ แต่ยังไม่มีการจัดระบบความรู้หรืองานวิจัยที่สังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นระบบและใช้ได้ทั่วไปในพื้นที่อื่น การศึกษาค้นคว้านี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบที่เป็นระบบและปรับใช้ได้จริง ในบริบทพื้นที่ต่างๆ ลดปัญหาความไม่ชัดเจนและความซ้ำซ้อนในระบบการบริหารเสริมความเข้มแข็งให้ระบบปฐมภูมิ สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายที่เอื้อต่อการบริหารระบบสุขภาพ นำไปสู่สุขภาวะที่ดีในระยะยาว

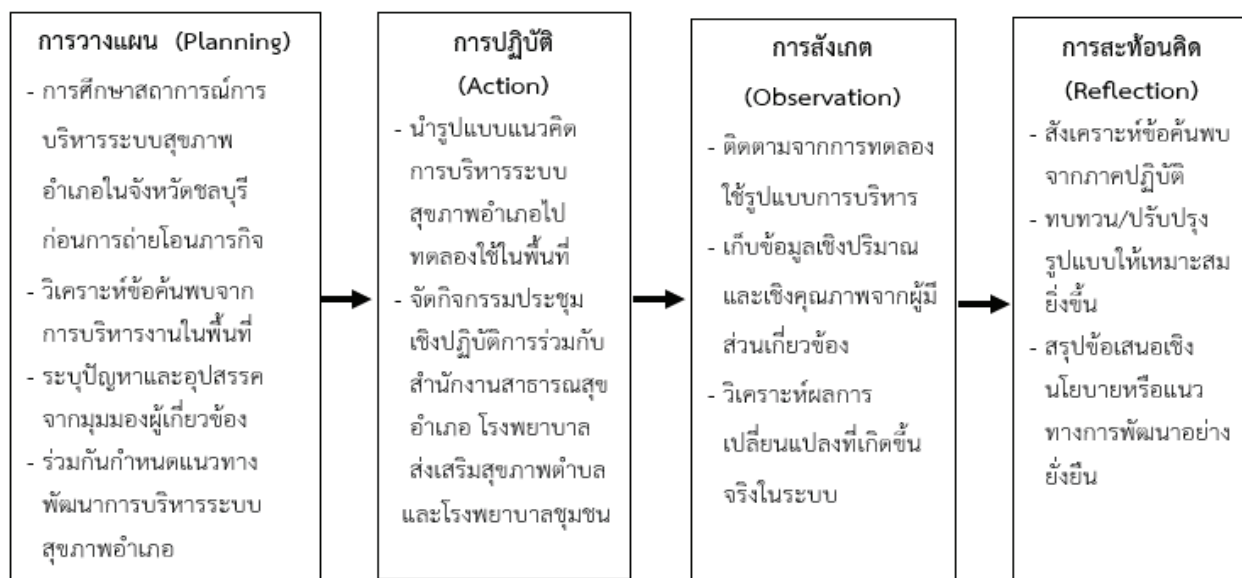
1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังจากการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี ภายหลังจากการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด โดยการประยุกต์แนวทางจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานและพัฒนารูปแบบการบริหารงาน



การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Design) ในรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานเชิงบรรจบ (Convergent Design) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในช่วงเวลาเดียวกัน แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบหรือเสริมกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่รอบด้าน (Creswell & Plano Clark, 2018)

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ดำเนินการโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มผู้บริหารระดับพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 11 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเน้นผู้ที่มีบทบาทในการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการบริหารของ (Gulick & Urwick, 1937) (POSDCoRB) เป็นหลักการที่นำมาใช้ในการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลถอดเทป คำสัมภาษณ์แบบละเอียด (Verbatim) และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ (Miles & Huberman, 1994) ได้แก่ การย่อข้อมูล (Data Reduction) การจัดแสดงข้อมูล (Data Display) การสรุปผลและการตรวจสอบข้อมูล (Conclusion Drawing and Verification)

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 99 คน ซึ่งใช้การสุ่มแบบกลุ่มประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

แบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 44 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) ได้แก่ “ปฏิบัติ” กับ “ไม่ปฏิบัติ” คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ การวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค (Item-Objective Congruence: IOC) มากกว่า 0.72 ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability): ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.8

3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3.1 เตรียมความพร้อมและประสานการวิจัย (กันยายน 2567) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (ตุลาคม 2567 - มกราคม 2568) ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 31 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (Saturation) ใช้เวลาสัมภาษณ์รายบุคคล 30-40 นาที บันทึกเสียงและถอดเทปคำสัมภาษณ์ภายใน 3 วันทำการ

3.3 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (ตุลาคม 2567 - มกราคม 2568) โดยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง 99 คน และรวบรวมแบบสอบถามภายใน 1 เดือน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2568 โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบข้อมูลในสามมิติ ได้แก่ วิธีการ (Methodological Triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับแบบสอบถาม ด้านข้อมูล (Data Triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่ง

ข้อมูลต่างระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล หน่วยงาน และ
ช่วงเวลาก่อน - หลังการถ่ายโอนภารกิจ

3.5 การตรวจสอบข้อมูลร่วมกับผู้มีส่วนได้
ส่วนเสีย ในเดือนเมษายน 2568 ดำเนินการจัดเวที
อภิปรายแบบมีส่วนร่วม (Focus Group Discussion)
เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์เบื้องต้นต่อกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง
เปิดโอกาสให้เสนอความคิดเห็น ตอบกลับ หรือยืนยัน
ความถูกต้องของข้อมูล

งานวิจัยนี้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึง
ความเป็นเอกสิทธิ์ ปกปิดความลับ คำนึงถึงประโยชน์
และไม่เพิ่มความเสี่ยง โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมใน
การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ CBO
Rec 67-045 เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบ
สุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด :
กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย
โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย
ดังนี้

ส่วนที่ 1 สภาพปัจจุบันของการบริหารระบบสุขภาพ อำเภอ

1. ด้านการวางแผนงาน (Planning) การวางแผน
งานด้านสุขภาพระดับอำเภอเป็นหน้าที่ระหว่าง
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน
การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับนโยบาย
ดำเนินงานแบบบูรณาการ ยึดหลักการบริหารจัดการ
แบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (RBM) โดยวางแผนจากการ
วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในบริบทพื้นที่ พร้อมทั้งมีการ
กำหนดภาระงานตามกรอบวิชาชีพและวางแผนด้าน
งบประมาณรายจ่ายประจำปี จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า
ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่า หน่วยงานในระดับ
อำเภอมีการจัดทบทวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของ

หน่วยงานทุกปี และขับเคลื่อนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์
ในระดับอำเภอ และดำเนินงานตามนโยบาย (Policy
implementation) ของกระทรวงและกรม

2. ด้านการจัดองค์กร (Organizing) โครงสร้าง
ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังคงใช้กรอบจาก
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่มีความยืดหยุ่นโดย
สามารถรับบุคลากรสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น นักวิชาการ
การเงิน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และเจ้าพนักงานธุรการ
จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เสนอให้ปรับปรุงโครงสร้าง
องค์กรให้สอดคล้องกับภารกิจที่มีความซับซ้อนมากขึ้น
โดยเฉพาะด้านการกำกับดูแลสถานพยาบาลและการ
บังคับใช้กฎหมาย เช่น การจัดตำแหน่งนิติกรหรือเภสัชกร
เพื่อควบคุมคลินิก ร้านยา และกิจการที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย
ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง
มีบทบาทในกลไกคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข
อำเภอ (คปสอ.) และร้อยละ 98.98 มีส่วนร่วมในกลไก
พัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) สะท้อนถึงการเป็นหน่วย
ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับพื้นที่อย่างมี
ประสิทธิภาพ

3. ด้านการจัดบุคลากร (Staffing) ดำเนินการ
จัดบุคลากรตามกรอบโครงสร้าง โดยส่วนใหญ่เป็นการ
สอบบรรจุเป็นพนักงานกระทรวง และมีการมอบหมาย
หน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากการสัมภาษณ์พบว่า
การควบคุมคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จำเป็นต้องมีบุคลากรที่เพียงพอและเหมาะสม จึงมี
ข้อเสนอให้กำหนดเกณฑ์ขนาดสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ ตามภาระงานและจำนวนบุคลากร ข้อมูลเชิง
ปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.98 เป็นพนักงาน
ตามกฎหมายราชการ รองลงมา ร้อยละ 97.97 สนับสนุน
การพัฒนาอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่าง
ต่อเนื่อง และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ปฏิบัติงานตาม
พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

4. ด้านการอำนวยการหรือการสั่งการ (Directing)
ได้เปลี่ยนจากการสั่งการแบบลำดับขั้น มาเป็นการควบคุม
กำกับ และสนับสนุน โดยเน้นการประสานงานกับภาคี

เครือข่ายผ่านกลไกความร่วมมือ เช่น MOU ในประเด็นสำคัญ เช่น การควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ร้อยละ 98.98 ร่วมดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และร้อยละ 97.97 มีบทบาทในการกำกับติดตามคุณภาพบริการ

5. ด้านการประสานงาน (Coordinating) ได้ปรับเปลี่ยนเป็นการประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการและสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย การประสานงานในลักษณะนี้ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างทีมงาน ลดความขัดแย้งและเพิ่มความร่วมมือในการจัดการสุขภาพ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ระบุว่าได้ดำเนินการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างใกล้ชิด เพื่อผลักดันให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

6. ด้านการรายงาน (Reporting) การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเครื่องมือแดชบอร์ด HDC ซึ่งช่วยให้สามารถวิเคราะห์และควบคุมคุณภาพงานได้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า การขาดสายบังคับบัญชาโดยตรงส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นศูนย์กลางของข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและความถูกต้อง แม่นยำของข้อมูล และสรุปผลงานตามภารกิจด้านสาธารณสุข และส่งข้อมูลย้อนกลับ มากที่สุด ร้อยละ 90.90

7. ด้านงบประมาณ (Budgeting) ไม่สามารถบริหารงบประมาณในรูปแบบเครือข่ายได้เช่นเดิม ทำให้การบริหารงบประมาณกลายเป็นความท้าทายใหม่จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีช่องทางหลักในการรับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวง การสนับสนุนจากผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพ การขอรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ขอรับ

การสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) มากที่สุด ร้อยละ 87.87 รองลงมาต้องจัดบริการร่วมทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นการจัดการรายได้ของหน่วยงาน ร้อยละ 77.77

ส่วนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

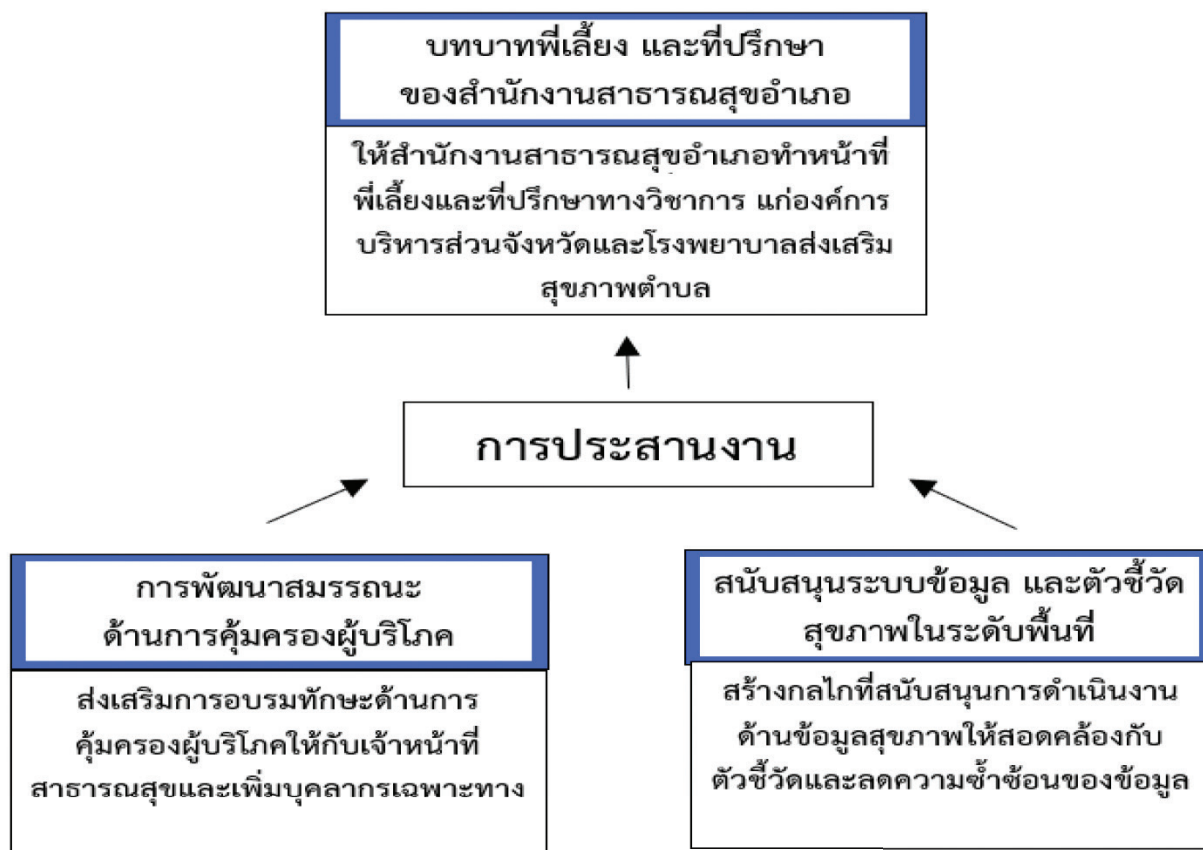
จากการสัมภาษณ์สามารถสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ได้ตามประเด็น ดังนี้

1. ด้านการอำนวยการหรือการสั่งการ (Directing) พบว่าบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเปลี่ยนจากการสั่งการเป็นการประสานความร่วมมือ ส่งผลให้การควบคุมงานสุขภาพบางด้านขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการติดตามตัวชี้วัดและคุณภาพบริการปฐมภูมิ ขณะเดียวกันภาระงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มขึ้น แต่ขาดกลไกที่ทันสมัย การควบคุมโรคล่าช้า เสี่ยงต่อการระบาด และบริการสุขภาพเชิงรุกลดลง จากการสังเคราะห์ผู้วิจัยเสนอให้ปรับบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยประสานและสนับสนุนวิชาการอย่างเป็นระบบ พัฒนากลไกประสานงานร่วม และปรับระบบติดตามให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

2. ด้านการจัดบุคลากร (Staffing) เกิดการขาดแคลนบุคลากรอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีกรอบโครงสร้างบุคลากรสายวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น นิติกร เกษตรกร และแพทย์แผนไทย ที่มีความสำคัญด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และบังคับใช้กฎหมาย จากการสังเคราะห์ผู้วิจัย เสนอแนะให้มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน ตลอดจนเพิ่มตำแหน่งบุคลากรเฉพาะทาง

3. ด้านงบประมาณ (Budgeting) พบว่า ปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณ เนื่องจากไม่สามารถดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเหมือนที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อการจัดการงบประมาณในระดับอำเภอ จากการสังเคราะห์ของผู้วิจัย เสนอแนะให้มีกลไกสนับสนุนช่วงเปลี่ยนผ่านอย่างชัดเจน เช่น งบประมาณเฉพาะกิจ หรือการปรับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่

ส่วนที่ 3 การพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอผ่านความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นบทบาทการประสานงาน เสริมสมรรถนะบุคลากรด้านกฎหมายและการคุ้มครองผู้บริโภค เพิ่มบุคลากรเฉพาะทาง สนับสนุนระบบข้อมูลและตัวชี้วัดสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ลดความซ้ำซ้อนข้อมูล และส่งเสริมบทบาทในฐานะที่ปรึกษาทางวิชาการเพื่อสนับสนุนนวัตกรรมและการวิจัยในพื้นที่

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 การบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ส่งผลต่อการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ต้องปรับตัวในหลายมิติ ด้านการวางแผนงาน พบว่าส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนงานและยุทธศาสตร์สุขภาพระดับพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) ที่เสนอให้การวางแผนสาธารณสุขควรใช้ข้อมูลเชิงระบบร่วมกับ

กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น และส่งเสริมการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการจัดองค์การ ที่ยืดหยุ่นเพื่อรองรับภารกิจใหม่ โดยหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนกับภารกิจของส่วนกลาง ซึ่งสะท้อนแนวคิดการกระจายอำนาจเชิงโครงสร้าง ที่สอดคล้องกับ ธรรมนูญ สมบูรณ์ (2564) ระบุว่าหน่วยงานที่สามารถจัดโครงสร้างองค์กรให้ชัดเจน และตอบสนองต่อบทบาทใหม่ จะสามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้านการจัดบุคลากร ยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางในสายงานวิชาชีพที่จำเป็น เช่น นิติกร เกษษกร และแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) ที่พบว่า หน่วยงานระดับอำเภอมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานเชิงวิชาการและการควบคุมมาตรฐาน เนื่องจากกำลังคนไม่เพียงพอ ด้านอำนาจการหรือการสั่งการ พบบทบาทในการสนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยยึดหลักความเท่าเทียม สร้างความสัมพันธ์เชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนีย์ กาญจนโอภาส และคณะ (2565) ที่ชี้ว่า ผู้นำแบบเอื้ออำนวย Facilitative Leadership มีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในระบบสุขภาพท้องถิ่น ด้านการประสานงาน พบว่าการใช้กลไกการประชุม เวทีแลกเปลี่ยน การสื่อสารออนไลน์ และการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้างการอภิบาลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative Governance) อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับงานของ สุรเดช หงษ์ทอง และคณะ (2564) กล่าวว่า การประสานข้อมูลอย่างสม่ำเสมอระหว่างภาครัฐและชุมชน เป็นหัวใจของการบริหารระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้านการรายงาน พบว่าการใช้ HDC Dashboard เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การติดตามตัวชี้วัดมีความแม่นยำและโปร่งใสมากขึ้น ซึ่งสะท้อนแนวคิดการบริหารจัดการที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล (Data-Driven Management) ด้านงบประมาณ พบว่ามีความพยายามบริหารงบประมาณอย่างคุ้มค่า

แต่การพึ่งพางบประมาณจากส่วนกลางยังคงเป็นข้อจำกัด การสร้างทางเลือกทางการเงิน เช่น การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ เพื่อเพิ่มรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) กล่าวว่า งบประมาณดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลดลงอย่างชัดเจน

การศึกษานี้ผู้วิจัยเห็นว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ แม้จะมีความท้าทาย แต่ก็เป็นโอกาสในการสร้างระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ยืดหยุ่น มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยการบูรณาการระหว่างนโยบายกลางกับภาคท้องถิ่นอย่างสมดุล ผ่านบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ทำหน้าที่ประสาน เชื่อมโยง และสนับสนุนเชิงวิชาการ เป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในระยะยาว

ส่วนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเน้นการบริหารแบบประสานงาน (Facilitative Leadership) มากกว่าการสั่งการแบบเดิม ซึ่งช่วยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) ชี้ว่าแม้ว่าการประสานงานจะช่วยสร้างความร่วมมือในระยะเริ่มต้น แต่ในระยะยาวอาจทำให้การบริหารงานขาดประสิทธิภาพ และไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ได้ตามที่คาดหวัง อย่างไรก็ตามสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังขาดอำนาจควบคุมดูแล ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบริหารลดลงในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ กวี จินจจอหอ (2567) ที่พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำเป็นต้องปรับบทบาทในการเป็นหน่วยงานหลักระดับอำเภอที่ประเมินคุณภาพมาตรฐานการให้บริการให้เป็นไปตามกฎหมาย จึงควรส่งเสริมบทบาทในฐานะพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาทางวิชาการ พร้อมปรับโครงสร้างองค์กรให้ยืดหยุ่นและลดความซ้ำซ้อนกับส่วนกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) กล่าวว่า ควรเพิ่ม

บุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร และเภสัชกร เพื่อรองรับภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และออกแบบงบประมาณที่มีความยืดหยุ่น เพื่อรองรับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ทันเวลา

ส่วนที่ 3 การพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจ ส่งผลให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีการปรับบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปสู่การเป็นหน่วยประสานงานเชิงยุทธศาสตร์ โดยเน้นการสนับสนุนวิชาการและบทบาทพี่เลี้ยง พร้อมทั้งเน้นการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ การเสริมศักยภาพบุคลากร และเพิ่มบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร เภสัชกร และแพทย์แผนไทย เพื่อรองรับภารกิจที่ซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการทบทวนและปรับกลไกการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบกับผลการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง “การถ่ายโอนภารกิจสุขภาพสู่อปท.” พบว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการสนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ระบบสุขภาพชุมชนสามารถบริหารจัดการภารกิจที่ถ่ายโอนมาได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2562) พบว่า การเพิ่มบุคลากรเฉพาะทางในระดับพื้นที่ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นิติกร และเภสัชกร มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพปทุมภูมิและการบริหารจัดการงบประมาณ

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพเป็นทั้งโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มีความยืดหยุ่นและตอบสนองประชาชนได้ดีขึ้น บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรปรับเป็นหน่วยสนับสนุนและประสานงานเชิงวิชาการ พร้อมปรับโครงสร้าง อัตรากำลัง และกลไกงบประมาณ ให้เหมาะสม การบริหารจัดการควรสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และส่งเสริมการทำงานร่วมระหว่างส่วนกลาง ท้องถิ่น และชุมชนเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการศึกษาจากประสบการณ์ความเข้าใจ และความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอบเขตการศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดชลบุรี อาจมีข้อจำกัดในการขยายการศึกษาไปพื้นที่อื่นได้ ผลการศึกษาอาจขึ้นอยู่กับบริบท และช่วงระยะเวลาในการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรปรับบทบาทที่เน้นการสั่งการ เป็นหน่วยสนับสนุนเชิงวิชาการและประสานความร่วมมืออย่างเป็นระบบ โดยพัฒนากลไกการประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายให้มีความต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อรักษาคุณภาพของบริการปฐมภูมิ และการควบคุมโรคในระดับพื้นที่

1.2 ควรกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรให้ชัดเจน ตามภาระงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พร้อมทั้งสนับสนุนการจัดสรรบุคลากรเฉพาะทางที่จำเป็น เพื่อให้สามารถรองรับภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และการบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรมีกลไกงบประมาณเฉพาะกิจในช่วงเปลี่ยนผ่าน เพื่อรองรับภารกิจหลังการถ่ายโอน เช่น งบประมาณเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการ หรือ งบประมาณพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับอำเภอ รวมทั้งพิจารณาการปรับบทบาทการบริหารงบประมาณให้ยืดหยุ่น และสอดคล้องกับโครงสร้างใหม่ในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบเกี่ยวกับผลลัพธ์และกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ในบริบทของจังหวัดที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการถ่ายโอนในแต่ละบริบท และนำไปสู่การพัฒนาแบบการบริหารที่มีความเหมาะสม จำเพาะต่อพื้นที่ และสามารถขยายผลได้ในระดับประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือหรือแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อประเมินบทบาทใหม่ของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ เช่น ระบบติดตามภารกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบวิเคราะห์ช่องว่างบทบาทหน้าที่ (gap analysis) หรือ dashboard สำหรับประเมินภารกิจตามกลุ่มงานที่เหลืออยู่ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับตัว และกำหนดบทบาทใหม่ได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทของการกระจายอำนาจ

เอกสารอ้างอิง

กวี ชื่นจอหอ. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 10(1), 220-243.

ณัฐพล สมบูรณ์. (2564). *การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้ภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุข* (วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ทัศนีย์ กาญจนโอภาส, สมชาย อินทร์แก้ว, และพิชญ์ จันทรเรือง. (2565). ภาวะผู้นำแบบเอื้ออำนวยในองค์กรสุขภาพระดับท้องถิ่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2), 45-60.

รุ่งนภา จันทรา, ทัศนีย์ เกริกกุลธร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, สุชาดา นิมวัฒนากุล, อติญาณ ศรีเกษตริน, รวีวรรณ คำเงิน, และบุญประจักษ์ จันทรวิณ. (2566). *บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. กรุงเทพฯ: ทำเนียบรัฐบาล.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *การถ่ายโอนภารกิจสุขภาพสู่อปท*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2566). *ประเด็นการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ*. การประชุมคณะกรรมการการถ่ายโอน: เรื่องการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหาร ส่วนจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (น.2). ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). รายงาน
การประเมินการจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่.
กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
สุรเดช หงษ์ทอง, ปัทมา พงษ์พานิช, และจิราพร ชูศรี.
(2564). การบริหารร่วมในระบบบริการสุขภาพ
แบบเครือข่าย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*,
15(1), 25-40.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018).
*Designing and conducting mixed methods
research* (3rd ed.). SAGE Publications.
Gulick, L., & Urwick, L. (Eds.). (1937). *Papers on
the science of administration*. Institute of
Public Administration, Columbia University.
Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994).
*Qualitative data analysis: An expanded
sourcebook* (2nd ed.). SAGE Publications.