การสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด : 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.

(Received: March 7,2026 ; Revised: March 11,2026 ; Accepted: March 17,2026)

กิตติ บุญรัตนเนตร[1]
KITTI BUNRATNET[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ การสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ และการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 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 การจัดบริการเปลี่ยนจากการให้บริการตรงเป็นการกำกับดูแล สนับสนุน ส่งผลต่อมาตรฐานบริการ เนื่องจากขาดบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร เภสัชกร แพทย์แผนไทย และงบประมาณที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

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.

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรี

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.

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 เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพและระบบบริการปฐมภูมิต่อการถ่ายโอนภารกิจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ อาทิเช่น งบประมาณ กำลังคน และการประสานงาน[1]

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัย 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 แห่ง ใน 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[2] ในปีงบประมาณ 2567 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ 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 ประกอบด้วย ข้าราชการ 535 ราย พนักงานราชการ 2 ราย พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 118 ราย ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน 27 ราย และประเภทการจ้างงานอื่น 199 ราย รวมทั้งหมด 881 ราย[3]

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลกระทบต่อทั้งระบบสุขภาพโดยรวม โดยมีผลในด้านบวก ได้แก่ การเพิ่มขีดความสามารถในการตัดสินใจของท้องถิ่น การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในชุมชน และยังพบความท้าทายในการประสานงาน ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ในปัจจุบันนี้ พบว่า การบริหารจัดการหลังการถ่ายโอนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดปัญหาในหลายมิติ เช่น การขาดความชัดเจนด้านอำนาจหน้าที่ระหว่าง อบจ. และ สสอ. ความซ้ำซ้อนและช่องว่างในระบบรายงานและการสั่งการ การขาดบุคลากรเฉพาะด้าน ซึ่งกระทบต่อการดำเนินงานที่จำเป็น เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ[1]

สรุปความสำคัญของการศึกษาครั้งนี้ ภายหลังการถ่ายโอน จังหวัดชลบุรีมีการปรับตัวได้ดี พัฒนากลไกความร่วมมือ จนเกิดรูปแบบการบริหารที่น่าสนใจ แต่ยังไม่มีการจัดระบบความรู้หรืองานวิจัยที่สังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพระดับ

อำเภออย่างเป็นระบบและใช้ได้ทั่วไปในพื้นที่อื่น การศึกษาครั้งนี้ จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบที่เป็นระบบและปรับใช้ได้จริง ในบริบทพื้นที่ต่าง ๆ ลดปัญหาความไม่ชัดเจนและความซ้ำซ้อนในระบบการบริหาร เสริมความเข้มแข็งให้ระบบปฐมภูมิสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายที่เอื้อต่อการบริหารระบบสุขภาพ นำไปสู่สุขภาวะที่ดีในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method Design) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในช่วงเวลาเดียวกัน แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบหรือเสริมกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่รอบด้าน[4]

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ดำเนินการโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มผู้บริหารระดับพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 11 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเน้นผู้ที่มีบทบาทในการบริหารระบบสุขภาพอำเภอเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการบริหารของ Gulick และ Urwick (POSDCoRB)[5] เป็นหลักการที่นำมาใช้ในการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบละเอียด (Verbatim) และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Miles & Huberman[6] ได้แก่ การย่อข้อมูล (Data Reduction) การจัดแสดงข้อมูล (Data Display) การสรุปผลและการตรวจสอบข้อมูล (Conclusion Drawing and Verification)

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 99 คน ซึ่งใช้การสุ่มแบบกลุ่มประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 44 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) ได้แก่ “ปฏิบัติ” กับ “ไม่ปฏิบัติ” คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ การวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (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) ประสานงานกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง 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) เปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล หน่วยงาน และช่วงเวลาก่อน - หลังการถ่ายโอนภารกิจ

3.5 การตรวจสอบข้อมูลร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในเดือนเมษายน 2568 ดำเนินการจัดเวทีอภิปรายแบบมีส่วนร่วม (Focus Group Discussion) เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์เบื้องต้นต่อกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้เสนอความคิดเห็น ตอบกลับหรือยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ CBO Rec 67-045 เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 สภาพปัจจุบันของการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

1. ด้านการวางแผนงาน (Planning) การวางแผนงานด้านสุขภาพระดับอำเภอเป็นหน้าที่ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับนโยบายดำเนินงานแบบบูรณาการ ยึดหลักการบริหารจัดการแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (RBM) โดยวางแผนจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในบริบทพื้นที่ พร้อมทั้งมีการกำหนดภาระงานตามกรอบวิชาชีพและวางแผนด้านงบประมาณรายจ่ายประจำปี จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่า หน่วยงานในระดับอำเภอมีการจัดทบทวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานทุกปี และขับเคลื่อนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในระดับอำเภอ และดำเนินงานตามนโยบาย (Policy implementation) ของกระทรวงและกรม

2. ด้านการจัดองค์กร (Organizing) โครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังคงใช้กรอบจากสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่มีความยืดหยุ่นโดยสามารถรับบุคลากรสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น นักวิชาการการเงิน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และเจ้าพนักงานธุรการ จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เสนอให้ปรับปรุงโครงสร้างองค์กรให้สอดรับกับภารกิจที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการกำกับดูแลสถานพยาบาลและการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การจัดตำแหน่งนิติกรหรือเภสัชกร เพื่อควบคุมคลินิก ร้านยา และกิจการที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในกลไกคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) และร้อยละ 98.98 มีส่วนร่วมในกลไก พชอ. สะท้อนถึงการเป็นหน่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการจัดบุคลากร (Staffing) ดำเนินการจัดบุคลากรตามกรอบโครงสร้าง โดยส่วนใหญ่เป็นการสอบบรรจุเป็นพนักงานกระทรวง และมีการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากการสัมภาษณ์พบว่า การควบคุมคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำเป็นต้องมีบุคลากรที่เพียงพอและเหมาะสม จึงมีข้อเสนอให้กำหนดเกณฑ์ขนาด สสอ. ตามภาระงานและจำนวนบุคลากร ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.98 เป็นพนักงานตามกฎหมายราชการ รองลงมา ร้อยละ 97.97 สนับสนุนการพัฒนา อสม. อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

4. ด้านการอำนวยการหรือการสั่งการ (Directing) ได้เปลี่ยนจากการสั่งการแบบลำดับขั้นมาเป็นการควบคุม กำกับ และสนับสนุน โดยเน้นการประสานงานกับภาคีเครือข่ายผ่านกลไกความร่วมมือ เช่น MOU ในประเด็นสำคัญ เช่น การควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ร้อยละ 98.98 ร่วมดำเนินงานกับ อบจ. และ อปท. ในพื้นที่ และร้อยละ 97.97 มีบทบาทในการกำกับติดตามคุณภาพบริการ รวมถึงการประเมินความพึงพอใจและข้อร้องเรียนของประชาชน

5. ด้านการประสานงาน (Coordinating) ได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นการประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการและสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายมีประสิทธิภาพ การประสานงานในลักษณะนี้ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างทีมงาน ลดความขัดแย้ง และเพิ่มความมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ระบุว่าได้ดำเนินการประสานงานกับ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างใกล้ชิด เพื่อผลักดันให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

6. ด้านการรายงาน (Reporting) การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเครื่องมือแดชบอร์ด HDC ซึ่งช่วยให้สามารถวิเคราะห์และควบคุมคุณภาพงานได้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า การขาดสายบังคับบัญชาโดยตรง ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นศูนย์กลางของข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและความถูกต้อง แม่นยำของข้อมูล และสรุปผลงานตามภารกิจด้านสาธารณสุข และส่งข้อมูลย้อนกลับให้ รพ.สต. มากที่สุด ร้อยละ 90.90

7. ด้านงบประมาณ (Budgeting) ไม่สามารถบริหารงบประมาณในรูปแบบเครือข่ายได้เช่นเดิม ทำให้การบริหารงบประมาณกลายเป็นความท้าทายใหม่ จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีช่องทางหลักในการรับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวง การสนับสนุนจากผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพ การขอรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ข่าย CUP มากที่สุด ร้อยละ 87.87 รองลงมาต้องจัดบริการร่วมทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นการจัดหารายได้ของหน่วยงาน ร้อยละ 77.77

ส่วนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

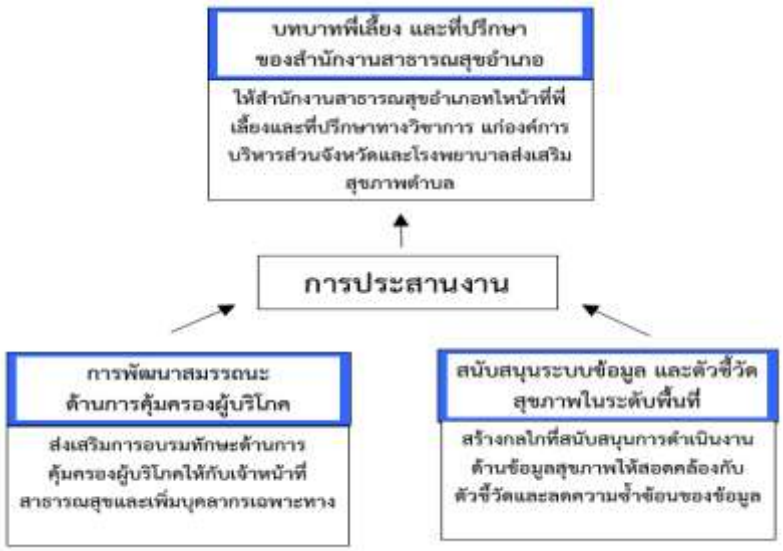
จากการสัมภาษณ์สามารถสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ได้ตามประเด็น ดังนี้

1. ด้านการอำนวยการหรือการสั่งการ (Directing) พบว่า บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เปลี่ยนจากการสั่งการเป็นการประสานความร่วมมือ ส่งผลให้การควบคุมงานสุขภาพบางด้านขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการติดตามตัวชี้วัดและคุณภาพบริการปฐมภูมิ ขณะเดียวกันภาระงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มขึ้น แต่ขาดกลไกที่ทันสมัย การควบคุมโรคล่าช้า เสี่ยงต่อการระบาด และบริการสุขภาพเชิงรุกลดลง จากการสังเคราะห์ผู้วิจัยเสนอให้ปรับบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยประสานและสนับสนุนวิชาการอย่างเป็นระบบ พัฒนากลไกประสานงานร่วม และปรับระบบติดตามให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

2 ด้านการจัดบุคลากร (Staffing) เกิดการขาดแคลนบุคลากรอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีกรอบโครงสร้างบุคลากรสายวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น นิติกร เภสัชกร และแพทย์แผนไทย ที่มีความสำคัญด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และบังคับใช้กฎหมาย จากการสังเคราะห์ผู้วิจัย เสนอแนะให้มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจนให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตลอดจนเพิ่มตำแหน่งบุคลากรเฉพาะทาง ส่งเสริมความร่วมมือและการทำงานร่วมกัน

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 และส่งเสริมบทบาทในฐานะพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาทางวิชาการเพื่อสนับสนุนนวัตกรรมและการวิจัยในพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 การบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ส่งผลต่อการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ต้องปรับตัวในหลายมิติ ด้านการวางแผนงาน พบว่า ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนงานและยุทธศาสตร์สุขภาพระดับพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ[1] ที่เสนอให้การวางแผนสาธารณสุขควรใช้ข้อมูลเชิงระบบร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น และส่งเสริมการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ด้าน

การจัดองค์การ ที่ยืดหยุ่นเพื่อรองรับภารกิจใหม่ โดยหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนกับภารกิจของส่วนกลาง ซึ่งสะท้อนแนวคิดการกระจายอำนาจเชิงโครงสร้าง ที่สอดคล้องกับณัฐพล สมบูรณ์[7] ระบุว่าหน่วยงานที่สามารถจัดโครงสร้างองค์กรให้ชัดเจนและตอบสนองต่อบทบาทใหม่ จะสามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้านการจัดบุคลากร ยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางในสายงานวิชาชีพที่จำเป็น เช่น นิติกร เภสัชกร และแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ[1] ที่พบว่า หน่วยงานระดับอำเภอมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานเชิงวิชาการและการควบคุมมาตรฐาน เนื่องจากกำลังคนไม่เพียงพอ ด้านอำนวยการหรือการสั่งการ พบบทบาทในการสนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ โดยยึดหลักความเท่าเทียม สร้างความสัมพันธ์เชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทัศนีย์ กาญจนโอภาษ และคณะ[8] ที่ชี้ว่า ผู้นำแบบเอื้ออำนวย Facilitative Leadership มีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในระบบสุขภาพท้องถิ่น ด้านการประสานงาน พบว่ามีการใช้กลไกการประชุม เวทีแลกเปลี่ยน การสื่อสารออนไลน์ และการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้าง Collaborative Governance อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับงานของ สุรเดช หงษ์ทอง และคณะ[9] กล่าวว่า การประสานข้อมูลอย่างสม่ำเสมอระหว่างภาครัฐและชุมชน เป็นหัวใจของการบริหารระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้านการรายงาน พบว่าการใช้ HDC Dashboard เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การติดตามตัวชี้วัดมีความแม่นยำและโปร่งใสมากขึ้น ซึ่งสะท้อนแนวคิดการบริหารจัดการที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล (Data-Driven Management) ด้านงบประมาณ พบว่ามีความพยายามบริหารงบประมาณอย่างคุ้มค่า แต่การพึ่งพางบประมาณจากส่วนกลางยังคงเป็นข้อจำกัด การสร้างทางเลือกทางการเงิน เช่น การขึ้นทะเบียน สสอ. เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ เพื่อเพิ่มรายได้เสริม สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ[1] กล่าวว่างบประมาณดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลดลงอย่างชัดเจน

การศึกษานี้ผู้วิจัยเห็นว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ แม้จะมีความท้าทาย แต่ก็เป็นโอกาสในการสร้างระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ยืดหยุ่น มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยการบูรณาการระหว่างนโยบายกลางกับภาคท้องถิ่นอย่างสมดุล ผ่านบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยง และสนับสนุนเชิงวิชาการเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในระยะยาว

ส่วนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถสังเคราะห์แนวทางการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โดยยึดแนวคิดหลักของการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเน้นการบริหารแบบประสานงาน (Facilitative Leadership) มากกว่าการสั่งการแบบเดิม ซึ่งช่วยส่งเสริมความร่วมมือระหว่าง หน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ[1] ชี้ว่าแม้ว่าการประสานงานจะช่วยสร้างความร่วมมือในระยะเริ่มต้น แต่ในระยะยาว อาจทำให้การบริหารงานขาดประสิทธิภาพ และไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ได้ตามที่คาดหวัง อย่างไรก็ตามสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังขาดอำนาจควบคุมดูแล ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบริหารลดลงในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของกวี ชิ้นจอหอ[10] ที่พบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำเป็นต้องปรับบทบาทในการเป็นหน่วยงานหลักระดับอำเภอที่ประเมินคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ ให้เป็นไปตามกฎหมาย จึงควรส่งเสริมบทบาทในฐานะพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาทางวิชาการ พร้อมปรับโครงสร้างองค์กรให้ยืดหยุ่นและลดความซ้ำซ้อนกับส่วนกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ[1] กล่าวว่า นอกจากนี้ควรเพิ่มบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร และเภสัชกร เพื่อรองรับภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนา

ระบบข้อมูลสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และออกแบบงบประมาณที่มีความยืดหยุ่น รองรับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ทันเวลา ทั้งนี้เพื่อให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน.

ส่วนที่ 3 การพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่งผลให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีการปรับบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปสู่การเป็นหน่วยประสานงานเชิงยุทธศาสตร์ โดยเน้นการสนับสนุนวิชาการและบทบาทพี่เลี้ยง พร้อมทั้งเน้นการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ การเสริมศักยภาพบุคลากร และเพิ่มบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร เภสัชกร และแพทย์แผนไทย เพื่อรองรับภารกิจที่ซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการทบทวนและปรับกลไกการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบกับผลการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ[11] ที่ศึกษาเรื่อง “การถ่ายโอนภารกิจสุขภาพสู่ อปท.” พบว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการสนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ระบบสุขภาพชุมชนสามารถบริหารจัดการภารกิจที่ถ่ายโอนมาได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[12] พบว่า การเพิ่มบุคลากรเฉพาะทางในระดับพื้นที่ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นิติกร และเภสัชกร มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและการบริหารจัดการงบประมาณ

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ เป็นทั้งโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มีความยืดหยุ่นและตอบสนองประชาชนได้ดีขึ้น บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรปรับเป็นหน่วยสนับสนุนและประสานงานเชิงวิชาการ พร้อมปรับโครงสร้างอัตรากำลัง และกลไกงบประมาณให้เหมาะสม การบริหารจัดการควรสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และส่งเสริมการทำงานร่วมระหว่างส่วนกลาง ท้องถิ่น และชุมชนเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพ.

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการศึกษาจากประสบการณ์ความเข้าใจและความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอบเขตการศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดชลบุรี อาจมีข้อจำกัดในการขยายการศึกษาไปพื้นที่อื่นได้ ผลการศึกษาอาจขึ้นอยู่กับบริบท และช่วงระยะเวลาในการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรปรับบทบาทที่เน้นการสั่งการ เป็นหน่วยสนับสนุนเชิงวิชาการและประสานความร่วมมืออย่างเป็นระบบ โดยพัฒนากลไกการประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายให้มีความต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อรักษาคุณภาพของบริการปฐมภูมิ และการควบคุมโรคในระดับพื้นที่

2. ควรกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรให้ชัดเจน ตามภาระงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พร้อมทั้งสนับสนุนการจัดสรรบุคลากรเฉพาะทางที่จำเป็น เพื่อให้สามารถรองรับภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและการบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีกลไกงบประมาณเฉพาะกิจในช่วงเปลี่ยนผ่าน เพื่อรองรับภารกิจหลังการถ่ายโอน เช่น งบสนับสนุนเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการ หรืองบพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับอำเภอ รวมทั้งพิจารณาการปรับบทบาทการบริหารงบประมาณให้ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับโครงสร้างใหม่ในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบเกี่ยวกับผลลัพธ์และกระบวนการบริหารระบบบริการ

สุขภาพภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในบริบทของจังหวัดที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการถ่ายโอนในแต่ละบริบท และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการบริหารที่มีความเหมาะสม จำเพาะต่อพื้นที่ และสามารถขยายผลได้ในระดับประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ.

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

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งนภา จันทรา, ทัศนีย์ เกริกกุลธร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, อติญาณ์ ศรเกษตริน, รวิวรรณ คำเงิน, บุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2566). บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.
2. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด.กรุงเทพฯ: ทำเนียบรัฐบาล.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2566). ประเด็นการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ. การประชุมคณะกรรมการการถ่ายโอน: เรื่อง การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (น.2). ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
4. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). Designing and Conducting Mixed Methods Research(3rd ed.). SAGE Publications
5. Gulick, L., & Urwick, L. (Eds.). (1937). Papers on the science of administration. Institute of Public Administration, Columbia University.
6. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2nd.). SAGE Publications.
7. ณัฐพล สมบูรณ์. (2564). การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้ภารกิจถ่าย โอนด้านสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
8. ทัศนีย์ กาญจนโอภาษ, สมชาย อินทร์แก้ว, & พิชญา จันทร์เรือง. (2565). ภาวะผู้นำแบบเอื้ออำนวยในองค์กรสุขภาพระดับท้องถิ่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(2), 45–60.
9. สุรเดช หงษ์ทอง, ปัทมา พงษ์พานิช, & จิราพร ชูศรี. (2564). การบริหารร่วมในระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่าย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(1), 25–40.
10. กวี ชิ้นจอหอ. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 10(1), 220-243.
11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). การถ่ายโอนภารกิจสุขภาพสู่ อปท. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). รายงานการประเมินการจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่.กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ