

# ปัจจัยการอภิบาลระบบที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชนของประเทศไทย

สุมาลี เสงสุวรรณ\*

วินัย ลีสมีทธิ†

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย†

ผู้รับผิดชอบบทความ: วินัย ลีสมีทธิ

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาระดับการอภิบาลระบบของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ในการอภิบาลระบบและ จัดกลุ่มการอภิบาลระบบของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนทั้งประเทศ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พื้นที่วิจัยครอบคลุม 13 เขตสุขภาพเพื่อประชาชน ประชากรศึกษาคือคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) และเลขานุการกิจ 638 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามที่ออกแบบตามองค์ประกอบธรรมาภิบาลของสหประชาชาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปรายกลุ่ม รายงานการประชุม และการสังเกต ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะเวลาศึกษา 15 เดือน (ตุลาคม 2561 ถึงธันวาคม 2562)

ผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบทั้ง 8 ของการอภิบาลระบบมีระดับคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยอ้างอิง (มากกว่าคะแนนเฉลี่ย 2.5) องค์ประกอบที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ การปฏิบัติตามหลักนิติธรรม (คะแนนเฉลี่ย 4.01) การสร้างความเท่าเทียมครอบคลุม (คะแนนเฉลี่ย 3.91) และ ความโปร่งใส (คะแนนเฉลี่ย 3.81) ระดับคะแนนต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ การสร้างประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงาน (คะแนนเฉลี่ย 3.65) การมีพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชน (คะแนนเฉลี่ย 3.66) และการตอบสนองความต้องการของประชาชนเป้าหมาย (คะแนนเฉลี่ย 3.72) ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า บทบาทสำคัญในการอภิบาลของ กขป. มี 20 ประการ บทบาทการจัดการแบบองค์รวมและการจัดทำรายงานประชุมสม่ำเสมอ มีคะแนนสูงสุดเท่ากัน (คะแนนเฉลี่ย 4.04) ขณะที่การจัดทำแผนแก้ปัญหา นั้น นับว่าบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้คะแนนต่ำสุด (คะแนนเฉลี่ย 3.48) การจัดกลุ่มใหม่สำหรับการอภิบาลระบบทั้งประเทศโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจสามารถจัดแบ่งได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มการวางแผนและกลุ่มกระบวนการดำเนินงาน การศึกษานี้เสนอแนะว่าการอภิบาลระบบแบบเครือข่ายสามารถช่วยเสริมความเข้มแข็งของเขตสุขภาพสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเขตบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข การประชาสัมพันธ์ที่ดี การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำงานโดยอำนาจอ่อนและภาวะผู้นำร่วมจำเป็นจะต้องได้รับการปรับปรุง จุดอ่อนของการศึกษานี้คือขาดการประเมินผลกระทบของการดำเนินงาน

**คำสำคัญ:** เขตสุขภาพเพื่อประชาชน, การอภิบาลระบบ, ธรรมาภิบาล, อำนาจอ่อน, เครือข่าย

\* โรงพยาบาลชาวนวมวลบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

† มุขนิธิคุณวิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ จังหวัดพิษณุโลก

Received 22 April 2022; Revised 23 September 2022; Accepted 6 March 2023

**Suggested citation:** Hengsuwan S, Leesmidt V, Pannarunothai S. System governance factors influencing the implementation of participatory health region of Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2023;17(1):39-53.

สุมาลี เสงสุวรรณ, วินัย ลีสมีทธิ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ปัจจัยการอภิบาลระบบที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชนของประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2566;17(1):39-53.



## System Governance Factors influencing the Implementation of Participatory Health Region of Thailand

Sumalee Hengsuwan<sup>\*</sup>, Vinai Leesmidt<sup>†</sup>, Supasit Pannarunothai<sup>†</sup>

<sup>\*</sup> Khanu Worakabsaburi Hospital, Kamphaeng Phet Province

<sup>†</sup> Centre for Health Equity Monitoring Foundation, Phitsanulok Province

Corresponding author: Vinai Leesmidt, [vinailsmdt@gmail.com](mailto:vinailsmdt@gmail.com)

### Abstract

This study aimed at analyzing the level of system governance of the participatory health region and the committee roles on system governance; and categorizing system governance of the participatory health regions at national level. Mixed methods of both quantitative and qualitative studies were used. The study covered 13 health regions. The study population consisted of 638 committee members and secretariat teams. Quantitative data were collected by self-administered questionnaires designed according to United Nations' good governance criteria, and analyzed by descriptive statistics and exploratory factor analysis. Qualitative data were collected by in-depth interview, focus group discussion, report review and observation, and analyzed by content analysis. The study took 15 months from October 2018 to December 2019.

Quantitative analysis showed that the participatory health regions had high system governance level since all components got scores greater than 2.5. The top three highest scores consisted of following the rules of law (score 4.01), equity and inclusive coverage (score 3.91) and transparency (score 3.81). The three least scores included efficiency and effectiveness (score 3.65), accountability to people (score 3.66) and responsiveness to target population (score 3.72). Qualitative data analysis revealed 20 important committee roles on the system governance. Holistic care provision and regular meeting reporting got the same highest levels (score 4.04) while the least achievement role was on fulfilling the setup plans (score 3.48). By factor analysis, two categories of system governance were found: the planning and the implementation process. The present study suggests that the network governance can be used to strengthen both the National Health Security Office's area health and the regional health of the Ministry of Public Health. Public relations, experience sharing in working with soft power, and building collective leadership are recommended for improving system governance. The weakness of the present study was the lack of impact evaluation.

**Keywords:** participatory health region, system governance, good governance, soft power, network

### ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยนำระบบเขตสุขภาพมาปฏิรูประบบบริการและการคลังสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่ไร้รอยต่อ และ สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับจัดการสุขภาพตนเอง<sup>(1,2)</sup> ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เริ่มจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับเขตขึ้นรวม 13 เขต ครอบคลุมทั่วประเทศ ดูแลรับผิดชอบซื้อบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อมาปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งเขตบริการสาธารณสุขขึ้นโดยสอดคล้องเป็นพื้นที่เดียวกันกับพื้นที่เขต สปสช. 13 เขต เพื่อทำหน้าที่ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพเขตสุขภาพทั้งสองส่วนแยกกันดำเนินงานอย่างอิสระ มี

ผลดีในการสร้างระบบสุขภาพที่มีผู้ซื้อและจัดบริการแยกกันชัดเจน แต่ก็สร้างปัญหาความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ (conflict of interest)<sup>(3-5)</sup> เนื่องจากขาดการประสานงานที่ดี ดังนั้น ปี พ.ศ. 2557 หลังการรัฐประหารการปกครอง คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) จึงมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (participatory health region) ขึ้นจำนวน 13 เขต เขตสุขภาพทั้ง 3 รูปแบบ มีพื้นที่ 13 เขตเหมือนกัน แตกต่างกันในวัตถุประสงค์และโครงสร้าง คณะกรรมการดำเนินการ เขตสุขภาพของ สปสช. ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการและบริหารจัดการด้านการคลังสุขภาพแทนประชาชนในแต่ละเขต ดำเนินการโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) เขตบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่จัดบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ดำเนินการโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.) ของกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่เขตสุขภาพเพื่อประชาชนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรกำหนดนโยบายสุขภาพในพื้นที่เขตรับผิดชอบที่มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เป็นผู้รับผิดชอบ โดยมีบทบาทสำคัญ ได้แก่ เป็นกลไกเชื่อมโยงประสานงานระหว่างหน่วยงาน องค์กรภาครัฐ เอกชน และประชาชน เพื่อการจัดการตนเอง (self-management) บูรณาการนโยบายทุกภาคส่วน (policy integration) และสนับสนุนการดำเนินงานแก้ปัญหา (supportive mechanism) โครงสร้างคณะกรรมการสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ประกอบด้วยตัวแทนภาครัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิและภาคประชาสังคม รับผิดชอบดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการร่วม ซึ่ง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขร่วมเป็นคณะกรรมการ แต่ละเขตมีทีมเลขานุการกิจทำหน้าที่เป็นเลขานุการ กขป. ทำให้เกิดรูปแบบการอภิบาลระบบแบบเครือข่าย แตกต่างจากการอภิบาลแบบกลไกเชิงตลาดของ สปสช. และกลไกระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข การอภิบาลระบบ (system governance) จึง

เป็นปัจจัยหลักปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้ประสบผลสำเร็จ จนประชาชนเกิดสุขภาวะที่ดี ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้<sup>(6-8)</sup> สหประชาชาติกำหนดให้การอภิบาลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการสร้างความยั่งยืนของการพัฒนาสังคมและมนุษย์ เน้นให้เห็นว่าการอภิบาลระบบเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชนอย่างยิ่ง จึงสมควรศึกษาการอภิบาลระบบของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้สำหรับแก้ไขปัญหาอุปสรรคและพัฒนาการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในอนาคต

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์ระดับการอภิบาลระบบของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนว่าแต่ละองค์ประกอบของการอภิบาลที่ดีหรือมีธรรมาภิบาลนั้น มีระดับแตกต่างกันอย่างไร

เพื่อศึกษาบทบาทเพื่อการอภิบาลระบบของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ว่า ประกอบด้วยบทบาทสำคัญอะไรบ้างและบทบาทดังกล่าวมีระดับการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างไร

เพื่อวิเคราะห์บทบาทการอภิบาลของ กขป. สำหรับจัดกลุ่มการอภิบาลระบบของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในภาพรวมทั้งประเทศว่า ประกอบด้วยกลุ่มการอภิบาลระบบสำคัญกี่กลุ่ม เพื่อให้เกิดการอภิบาลระบบที่ดีในอนาคต

เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้สำหรับเสนอแนะการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในอนาคต

## ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พื้นที่ดำเนินการศึกษาครอบคลุมเขตสุขภาพเพื่อประชาชนทั้ง 13 เขต ประชากรศึกษา ได้แก่ กขป. 585 คนและเลขานุการกิจ 53 คน รวม 638 คน การศึกษาเชิงปริมาณเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) ซึ่ง

กำหนดข้อคำถามจาก 8 องค์ประกอบของธรรมาภิบาลที่ องค์การสหประชาชาตินิยาม ได้แก่ การปฏิบัติโดยนิติธรรม (following the rules and regulations) การมีส่วนร่วม (participation) การยึดถือฉันทมติ (consensus orientation) การมีพันธะรับผิดชอบต่อประชาชน (accountability to people) การสนองตอบความต้องการของประชาชน เป้าหมาย (responsiveness to target population) การดำเนินงานที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ (effectiveness and efficiency of implementation) ความโปร่งใส (transparency) และ ความเท่าเทียมครอบคลุมถ้วนหน้า (equity and inclusive coverage)<sup>(10)</sup> แบบสอบถาม ประกอบด้วย 20 ข้อคำถามเกี่ยวกับบทบาทของ กขป. มาตราวัดความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 สเกล คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จากนั้นนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยกำหนดค่าเฉลี่ยกลางที่ คะแนน 2.5 แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity)<sup>(10)</sup> ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหามากกว่า 0.9 (content validity index, CVI > 0.9) และมีความน่าเชื่อถือ (reliability) รายข้อเท่ากับ 0.978 (Cronbach's alpha=0.978) และ ค่าความน่าเชื่อถือรวมเท่ากับ 0.980 (Cronbach's alpha=0.98)<sup>(11-12)</sup> การศึกษาเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จากผู้ถูกสัมภาษณ์ 21 คน ประกอบด้วย ประธาน กขป. 10 คน รองประธาน กขป. 3 คน เลขานุการกิจร่วม 3 คน ตัวแทนระดับผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข 1 คน ตัวแทนระดับผู้บริหาร สปสช. 1 คน และ ตัวแทนนักวิชาการที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพ 3 คน ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ของตัวแทน กขป. ทั้ง 13 เขต ประกอบด้วย ตัวแทนภาค รัฐ 18 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 19 คน และ ภาคประชาชน 50 คน รวม 87 คน มีการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากรายงานการประชุม (documentary review) ของ กขป. 13 เขต

รวม 26 รายงาน และ มีการสังเกตการณ์การประชุม กขป. ทุกเขต เขตละหนึ่งครั้งรวม 13 ครั้ง<sup>(13)</sup>

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) ซึ่ง กำหนดค่าความร่วมกัน (communality) ไม่น้อยกว่า 0.7 (extraction > 0.3) ค่าน้ำหนักปัจจัย (factor loading) ไม่น้อยกว่า 0.5 ค่าไอเกน (Eigenvalue) ไม่น้อยกว่า 1 (Eigenvalue > 1) ค่าสัมประสิทธิ์ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ที่ใช้วัดความเหมาะสมของข้อมูล มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 (KMO > 0.5) ข้อคำถามตัวแปรที่มีค่าความร่วมกันต่ำกว่า 0.3 จะไม่ถูกนำมาวิเคราะห์จัดกลุ่ม การจัดกลุ่มกำหนดที่ค่าไอเกนมากกว่า 1 และค่าน้ำหนักปัจจัยมากกว่า 0.5 หรือ ค่าใกล้เคียงสอดคล้องกัน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปบทบาทของ กขป. ในการอภิบาล นำเสนอผลลัพธ์ การศึกษาในเชิงพรรณนาประกอบตารางและภาพกราฟที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาศึกษารวม 15 เดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึงเดือนธันวาคม 2562

## ประเด็นทางด้านจริยธรรม

การวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ 21 กันยายน 2561

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลเบื้องต้นเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

แบบสอบถามที่ส่งไป 586 ชุด ตอบกลับมา 363 ชุด คิดเป็นร้อยละ 61.95 สรุปผลวิเคราะห์ได้ดังตารางที่ 1 ซึ่งพบว่า คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) จำนวน 363 คน ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 246 คน (67.8%) มีสถานะสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุด 276 คน (77.5%) ส่วนใหญ่จบการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

(ผู้ตอบแบบสอบถาม 363 คน)	คุณลักษณะ	ราย	%
เพศ	ชาย	246	67.8
	หญิง	117	32.2
สถานะสมรส	โสด	48	13.5
	สมรส	276	77.5
	หม้าย	32	9.0
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา-อนุปริญญา	31	8.6
	ป.ตรี-เอก	331	91.4
อาชีพ	ค้าขาย/รับจ้าง	49	13.6
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	168	46.4
	เกษียณอายุ/บำนาญ	43	11.8
	เกษตรกร/อาชีพอิสระ	102	28.2
ตัวแทนภาคส่วน	ราชการและหน่วยงานรัฐ	157	43.6
	ผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพ	66	18.3
	เอกชนและประชาสังคม	137	38.1
ประสบการณ์ด้านสุขภาพ	ไม่เคย	25	7.0
	1-10 ปี	141	39.3
	> 10 ปี	193	53.8
ตำแหน่งคณะกรรมการ	ไม่เป็น	137	39.8
	เป็น	207	60.2
วิธีเป็น กขป.	หน่วยงานเสนอชื่อ	88	24.8
	โดยตำแหน่ง	80	22.5
	สมัครด้วยตนเอง	137	38.6
	เครือข่ายเสนอชื่อ	50	14.1
องค์ประกอบ กขป.	เหมาะสม	290	83.1
	ไม่เหมาะสม	59	16.9
จำนวนคณะ กขป.	เหมาะสม	259	75.1
	ไม่เหมาะสม	86	24.9
การประชุมในรอบปี	1-3 ครั้ง	43	15.8
	4-6 ครั้ง	189	69.7
	7-12 ครั้ง	39	14.39
เข้าร่วมประชุม	ตนเองทุกครั้ง	283	79.9
	ตัวแทนบางครั้ง	55	15.5
	ตัวแทนทุกครั้ง	12	3.4
	ไม่เข้าเลย	4	1.1
สาเหตุไม่เข้าประชุม	ติดภารกิจ	224	95.7
	ตัวแทนมีความรู้	6	2.6
	ประเด็นไม่เกี่ยวข้อง	3	1.3
	มีหน่วยงานรับผิดชอบ	1	0.4

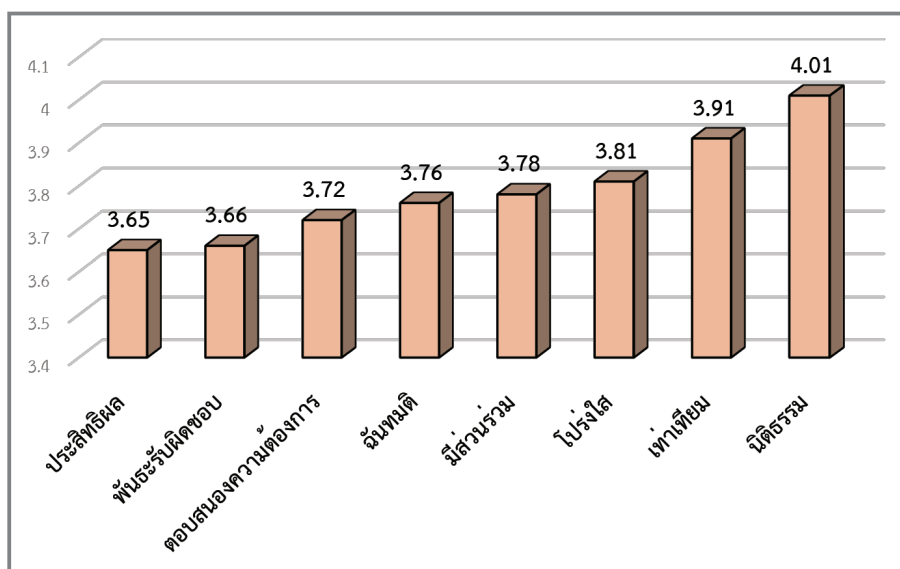
กขป. = คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ระดับปริญญาตรีขึ้นไป 331 คน (91.44%) กขป. มาจากอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจมากที่สุด จำนวน 168 คน (46.4%) ตัวแทนจากหน่วยงานราชการมากกว่าภาคส่วนอื่น คือจำนวน 157 คน (43.6%) กขป. ที่มีประสบการณ์และมีส่วนร่วมในงานด้านสุขภาพมากกว่า 10 ปี พบมี 193 คน (53.8%) กขป. 25 คน (7.0%) ไม่เคยมีประสบการณ์ด้านสุขภาพเลย กขป. ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งเป็นคณะกรรมการชุดต่างๆ 207 คน (60.2%) กขป. ส่วนใหญ่สมัครมาด้วยตนเอง 137 คน (38.6%) กขป. ส่วนใหญ่เห็นว่าองค์ประกอบภาคส่วนและจำนวนของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนมีความเหมาะสมแล้ว (83.1% และ 75.1% ตามลำดับ) จำนวนครั้งการประชุมของ กขป. ในช่วงหนึ่งปีพบว่ามากที่สุด 4-6 ครั้ง (69.7%) กขป. ส่วนใหญ่เข้าประชุมด้วยตนเอง (79.9%) ส่งตัวแทนประชุมบางครั้ง 15.5% ส่วนน้อยที่ส่งตัวแทนประชุมตลอด (3.4%) พบว่า 1.1% ไม่เคยเข้าร่วมประชุมเลย เหตุผลของการที่ไม่สามารถเข้าประชุมส่วนมากเพราะติดภารกิจอื่น (95.7%)

### ระดับการอภิบาลระบบของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ภาพที่ 1 แสดงผลวิเคราะห์การอภิบาลระบบของเขต

สุขภาพเพื่อประชาชน พบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนเฉลี่ยสูงมากกว่า 2.5 ที่กำหนดให้เป็นค่ากลาง แสดงว่า กขป. สามารถทำหน้าที่รับผิดชอบในการอภิบาลได้ดี องค์ประกอบที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การปฏิบัติตามนิติธรรม (following the rule and regulations) คะแนนเฉลี่ย 4.01 รองมาคือการสร้างความเท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติอย่างถ่วงหน้า (equity and inclusive coverage) คะแนนเฉลี่ย 3.91 และ ความโปร่งใส (transparency) คะแนนเฉลี่ย 3.81 องค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ (effective and efficient implementation) คะแนนเฉลี่ย 3.65 การมีพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชน (accountability to people) คะแนนเฉลี่ย 3.66 และ การตอบสนองความต้องการของประชาชนเป้าหมาย (responsiveness to target population) คะแนนเฉลี่ย 3.72 ตามลำดับ เห็นได้ว่า ทุกมิติองค์ประกอบ กขป. สามารถแสดงบทบาทการอภิบาลระบบได้ในเกณฑ์ที่ดี เพราะแม้้องค์ประกอบที่คะแนนต่ำสุดที่ 3.65 ยังสูงกว่าค่ากลางอ้างอิงที่ 2.5 อย่างมีนัยสำคัญ



ภาพที่ 1 ระดับการอภิบาลจำแนกตามองค์ประกอบธรรมาภิบาล

## บทบาทของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เพื่อการอภิบาลระบบ

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) มีบทบาทสำคัญจำแนกตาม 8 องค์ประกอบของการอภิบาลระบบ ดังนี้

การปฏิบัติโดยนิติธรรม (following the rules and regulations) กขป. ยึดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนที่กำหนดบทบาทของ กขป. ไว้ว่า เป็นเพียงผู้กำหนดนโยบาย ทิศทางและยุทธศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาาระบบสุขภาพ โดยอำนาจอ่อน (soft power) ให้เกิดการบูรณาการกับหน่วยงานราชการและเอกชนที่มีแผนงานโครงการอยู่ ไม่ได้เป็นผู้ดำเนินงานและไม่มีงบประมาณ แม้จะดำเนินงานตามระเบียบ แต่ กขป. บางส่วนเห็นว่า การดำเนินงานให้เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจนและได้ผลลัพธ์ที่แน่นอนจำเป็นต้องมีอำนาจต่อรองและมีงบประมาณบางส่วน

การมีส่วนร่วม (participation) กขป. มาจากหลายภาคส่วนที่ร่วมเป็นคณะกรรมการ เป็นพื้นฐานการสร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชนและประชาชน อย่างไรก็ตาม บางเขตพื้นที่ใช้การจัดการที่ตัดสินใจโดยประธาน กขป. จึงขาดการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

การยึดถือฉันทมติ (consensus orientation) การกำหนดทิศทางดำเนินงาน กขป. ทุกคนแสดงความคิดเห็นและลงมติร่วมกัน จึงสร้างระบบประชาธิปไตยที่ทุกความคิดเห็นถูกนำมาผสมผสาน บางเขตพื้นที่ยังใช้ภาวะผู้นำในการตัดสินใจเนื่องจากการประชุมที่ไม่ต่อเนื่องและนัดหมายยาก จึงไม่เกิดฉันทมติที่แท้จริง

การมีพันธะรับผิดชอบต่อประชาชน (accountability to people) กขป. ภาคเอกชนและภาคประชาชนมีส่วนผลักดันให้เกิดการกำหนดยุทธศาสตร์ที่ยึดประชาชนเป็นหลัก มีการแก้ไขปัญหาที่ประชาชนต้องการอย่างแท้จริงมากกว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ภาครัฐเป็นผู้กำหนดแต่ฝ่ายเดียว อย่างไรก็ตามนโยบายของต้นสังกัดและข้อจำกัดของระเบียบราชการทำให้การดำเนินงานที่กำหนดงบประมาณ

ไว้แล้ว ไม่สามารถดำเนินงานนอกกรอบที่กำหนดของหน่วยงานราชการต้นสังกัดได้

การสนองตอบความต้องการของประชาชนเป้าหมาย (responsiveness to target population) เขตสุขภาพเพื่อประชาชนสร้างการตื่นตัวของการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นำมาเสนอและการแก้ไขปัญหาที่ยืดความต้องการประชาชนในพื้นที่ เพราะแต่ละพื้นที่แตกต่างกันทั้งกลุ่มวัยและชาติพันธุ์ ปัญหาสุขภาพจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาสังคมและเศรษฐกิจไปพร้อมๆ กัน แต่ด้วยอำนาจอ่อนเพียงลำพัง จึงยังไม่สามารถดำเนินงานได้ผลดีนัก

การดำเนินงานที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ (effectiveness and efficiency of implementation) พบว่าเป็นอุปสรรคสำคัญที่จะให้หน่วยงานราชการจัดงบประมาณเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน เพราะนอกกรอบนโยบายหน่วยงานต้นสังกัด การบูรณาการกระบวนการทำงานและงบประมาณยังเป็นอุปสรรคสำคัญแต่อาศัยภาวะผู้นำและประสบการณ์ของประธาน กขป. ที่มาจากตำแหน่งผู้ว่าราชการจังหวัด จึงสามารถสร้างแผนงานบูรณาการในพื้นที่จังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

ความโปร่งใส (transparency) การทำงานด้วยคณะกรรมการที่มีภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินงานอย่างไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน ทำให้การทำงานมีความโปร่งใสและชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดี ไม่สม่ำเสมอ และเข้าถึงข้อมูลยากเพราะยังไม่เป็นระบบ ทำให้กระบวนการดำเนินงานไม่ชัดเจน ประเมินผลได้ไม่ชัดเจน

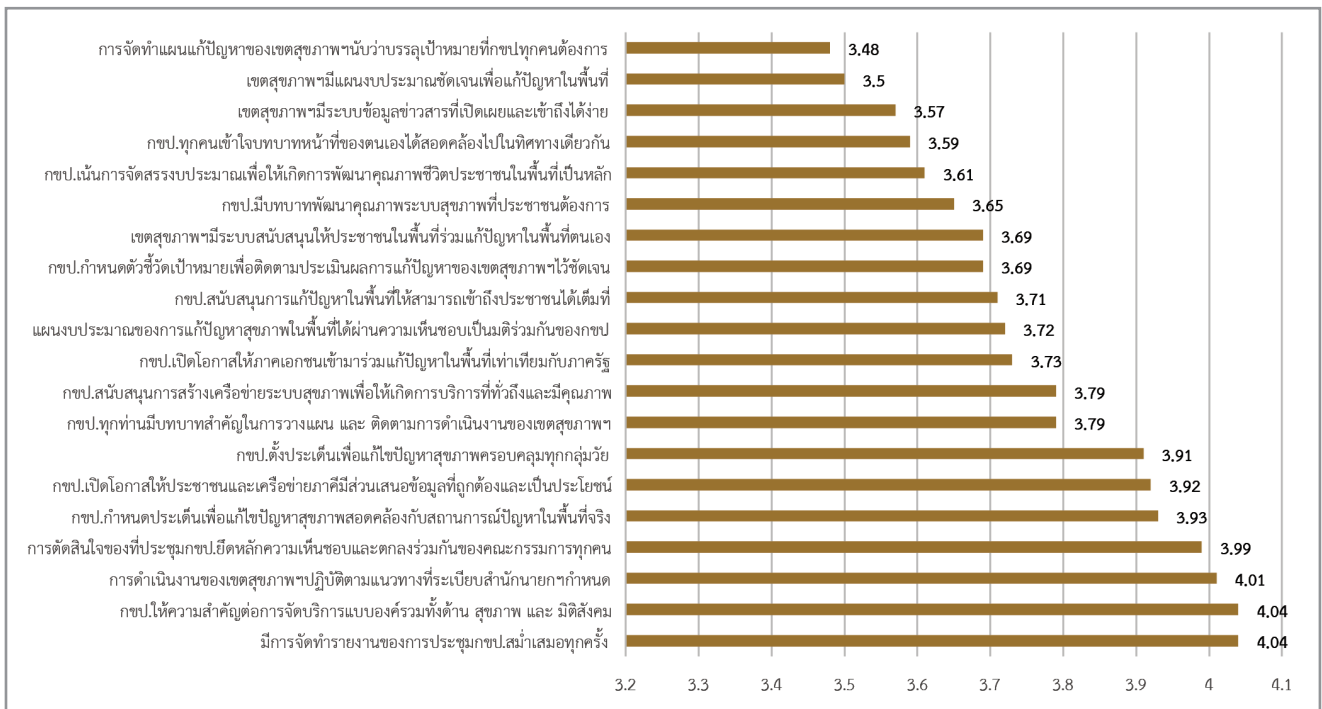
ความเท่าเทียมและการไม่เลือกปฏิบัติอย่างถ่วงหน้า (equity and inclusive coverage) เกิดการกระตุ้นให้มองการแก้ปัญหาที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและทุกมิติ อย่างไรก็ตามก็ตามปัญหาเรื่องชาติพันธุ์และปัญหาสิทธิของประชาชนยังมี แต่ก็เกิดการกระตุ้นให้หาแนวทางแก้ไขมากขึ้น เช่น การแก้ปัญหาค่าขาดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยที่ไร้สิทธิเพราะขาดเลขบัตรประชาชน 13 หลัก

เมื่อวิเคราะห์บทบาทการดำเนินงานที่สำคัญของ



กขป. ในการอภิบาลระบบที่ผ่านมา สามารถแสดงให้เห็นได้ดังภาพที่ 2 ซึ่งพบว่า บทบาทการอภิบาลระบบที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ กขป.ให้ความสำคัญต่อการจัดบริการแบบองค์รวมทั้งด้านสุขภาพและมิติสังคม (คะแนน 4.04) และมีการจัดทำรายงานสม่ำเสมอหลังการประชุมทุกครั้ง (คะแนน 4.04) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการตอบสนองต่อประชาชน ความครอบคลุมและความโปร่งใส มีการดำเนินงานตามที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีกำหนด (คะแนน 4.01) ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามกฎระเบียบ การตัดสินใจของที่ประชุม กขป. ยึดหลักความเห็นชอบและตกลงร่วมกันของคณะกรรมการทุกคน (คะแนน 3.99) เป็นองค์ประกอบของฉันทมติและการมีส่วนร่วม และ กขป. กำหนดประเด็นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่จริง (คะแนน 3.93) ซึ่งเป็นการดำเนินงานแบบมีพันธะรับผิดชอบ ตอบสนองความต้องการประชาชน และสร้างผลลัพธ์ที่จะเกิดประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณ บทบาทที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 5 อันดับ

ได้แก่ การจัดทำแผนแก้ปัญหาของเขตสุขภาพว่าบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (คะแนน 3.48) ซึ่งขาดประสิทธิผลเพราะปัญหาเรื่องงบประมาณและการมีสถานะอำนาจอ่อน มีแผนงบประมาณชัดเจนเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ (คะแนน 3.50) แสดงถึงอุปสรรคของการกำหนดแผนงานโครงการที่หน่วยงานต้นสังกัดมีอยู่เดิมไม่สามารถนำมาบูรณาการได้เพราะมีระเบียบกำหนด มีระบบข้อมูลข่าวสารที่เปิดเผยและเข้าถึงได้ง่าย (คะแนน 3.57) ดังกล่าวแล้วว่าขาดระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี กขป. ทุกคนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองได้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (คะแนน 3.59) ซึ่งเกิดจากความหลากหลายของภาคส่วน กขป. ที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพแตกต่างกัน โดยเฉพาะเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น และการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก (คะแนนเฉลี่ย 3.61) ซึ่งเกิดจากการกำหนดนโยบายและงบประมาณของหน่วยงานราชการที่แยกตามพันธกิจต้นสังกัด



กขป. = คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ภาพที่ 2 ผลวิเคราะห์ระดับของบทบาทคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเพื่อการอภิบาลระบบ



### การจัดกลุ่มการอภิบาลระบบเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

บทบาทของ กขป. ทั้ง 20 ประการมีประโยชน์สำหรับใช้วิเคราะห์จัดกลุ่มการอภิบาลระบบเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในภาพรวมของประเทศ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัยองค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) เพื่อจัดกลุ่มบทบาทที่เหมาะสมใหม่ด้วยหลักการ principal factor analysis (PFA) ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์มีจำนวนเพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (KMO=0.94) บทบาทของ กขป. ทุกข้อมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Barlette's Test Chi square=3658.92,  $p < 0.001$ ) มีความเหมาะสมและสามารถนำมาใช้จัดกลุ่มได้ การวิเคราะห์กำหนดให้ใช้ค่าของ sum squared loading เพื่ออธิบายความแปรปรวนของตัวแปรองค์ประกอบ

บทบาทของ กขป. ข้อใดที่น้ำหนักปัจจัยมีค่าต่ำกว่า 0.5 จะตัดทิ้ง ผลการวิเคราะห์สกัด (extraction) บทบาทของ กขป. โดย factor analysis สรุปได้ว่า สามารถจัดกลุ่มองค์ประกอบการอภิบาลระบบใหม่เหลือเพียง 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 2 ในช่อง rotated sums of squared loading พบว่า กลุ่มที่ 1 มีค่า % of variances เท่ากับ 30.63 แสดงว่า กลุ่มที่ 1 มีน้ำหนักความสามารถอธิบายความแปรปรวนของการอภิบาลระบบได้เพียง 30.63 % กลุ่มที่ 2 % of variances เท่ากับ 28.31 นั่นคือกลุ่มที่ 2 ช่วยอธิบายความแปรปรวนของการอภิบาลระบบได้เพิ่มขึ้นอีก 28.31% ทั้ง 2 กลุ่มร่วมกันช่วยอธิบายความแปรปรวนของการอภิบาลระบบได้ 58.94% (cumulative %=58.94) หมายความว่า ประมาณ 40% ไม่สามารถอธิบายการอภิบาลระบบโดยองค์ประกอบใหม่นี้ แสดงว่า การอภิบาลระบบที่ดีจำเป็น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจการอภิบาลเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

Components	Total	Initial Eigenvalues		Rotation Sums of Squared Loadings		
		% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8.064	49.839	49.839	4.956	30.630	30.630
2	1.473	9.105	58.944	4.581	28.314	58.944
3	0.750	4.633	63.577			
4	0.665	4.108	67.685			
5	0.622	3.845	71.530			
6	0.508	3.138	74.669			
7	0.496	3.067	77.736			
8	0.470	2.908	80.643			
9	0.413	2.551	83.194			
10	0.380	2.346	85.541			
11	0.350	2.165	87.706			
12	0.314	1.938	89.644			
13	0.283	1.750	91.394			
14	0.256	1.579	92.973			
15	0.254	1.573	94.546			
16	0.233	1.438	95.984			
17	0.190	1.177	97.161			
18	0.176	1.088	98.249			
19	0.161	0.993	99.242			
20	0.123	0.758	100.000			

KMO = 0.941 Sum square loading = 59.17%  $\chi^2 = 3658.92$  df = 190  $p < 0.001$



ต้องประกอบด้วยบทบาทอื่นๆ อีก ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเพียงพอ หรืออาจเพราะว่า กขป. ยังไม่เข้าใจบทบาทที่มีสำหรับการดำเนินงานในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งใหม่สำหรับประเทศไทย

เมื่อพิจารณากลุ่มบทบาทการอภิบาลระบบของ กขป. ที่วิเคราะห์จัดกลุ่มใหม่ได้ 2 กลุ่มดังกล่าว พบว่า แต่ละกลุ่ม

นั้น บทบาทต่างๆ ประกอบกันอยู่ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 พบว่า บทบาทที่มีค่า loading factor มากกว่า 0.5 จะถูกนำมาจัดกลุ่มร่วมกัน บางบทบาทถูกตัดทิ้งเพราะมีค่าน้อยกว่า 0.5 และ ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งได้ รายละเอียดของบทบาทการอภิบาลระบบทั้ง 2 กลุ่มนำมาสรุปรวมได้ดังนี้

### ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การจัดกลุ่มการอภิบาลเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

บทบาทการอภิบาล	องค์ประกอบ		ตัวแปรใหม่
	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	
เขตสุขภาพมีระบบสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ได้ร่วมแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่	0.781		
กขป.มีแผนงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่	0.775		
กขป.เน้นการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก	0.745		
กขป.สนับสนุนการสร้างเครือข่ายระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดการบริการที่ทั่วถึงและมีคุณภาพ	0.742		การวางแผน (planning)
กขป.สนับสนุนการแก้ปัญหาในพื้นที่ให้สามารถเข้าถึงประชาชนได้เต็มที่	0.696		
การจัดทำแผนแก้ปัญหาของเขตสุขภาพนั้นว่าบรรลุเป้าหมายที่กขป.ทุกคนต้องการ	0.692		
กขป.มีบทบาทพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพที่ประชาชนต้องการ	0.680		
คณะกรรมการกขป.เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง	0.614		
กขป.กำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อการติดตามประเมินผล	0.596		
แผนงบประมาณของการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ผ่านการเห็นชอบ	0.564		
มีการจัดทำรายงานของกขป.สม่ำเสมอทุกครั้ง		0.830	
การดำเนินงานของเขตสุขภาพปฏิบัติตามแนวทางที่ระเบียบสำนักนายกฯกำหนด		0.782	
การตัดสินใจของกขป.ยึดหลักความรับผิดชอบและตกลงร่วมกันของคณะกรรมการ		0.781	
กขป.ให้ความสำคัญต่อการจัดบริการแบบองค์รวม		0.749	กระบวนการ (process)
กขป.ตั้งประเด็นเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย		0.708	
กขป.แก้ไขปัญหาสุขภาพสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่		0.682	
กขป.เปิดโอกาสให้ประชาชนและเครือข่ายภาคีมีส่วนเสนอข้อมูลที่ต้องการและเป็นประโยชน์		0.619	
คณะกรรมการทุกท่านมีบทบาทสำคัญในการวางแผน		0.559	
กขป.เปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมแก้ปัญหาในระบบสุขภาพในพื้นที่เท่าเทียมกับภาครัฐ		543	

กขป. = คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

**กลุ่มที่ 1** ประกอบด้วยบทบาทของ กขป. 10 ประการ ได้แก่

1. เขตสุขภาพเพื่อประชาชนมีระบบสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ร่วมแก้ปัญหาในพื้นที่ของตนเอง
2. เขตสุขภาพเพื่อประชาชนมีแผนงบประมาณชัดเจนเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่
3. กขป. สนับสนุนการสร้างเครือข่ายระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดการบริการที่ทั่วถึงและมีคุณภาพ
4. กขป. เน้นการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก
5. กขป. สนับสนุนการแก้ปัญหาในพื้นที่ให้สามารถเข้าถึงประชาชนได้เต็มที่
6. การจัดทำแผนแก้ปัญหาของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนนับว่าบรรลุเป้าหมายที่ กขป. ทุกคนต้องการ
7. กขป. มีบทบาทพัฒนาคุณภาพของระบบสุขภาพที่ประชาชนต้องการ
8. กขป. ทุกคนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน
9. กขป. กำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายเพื่อติดตามประเมินผลการแก้ปัญหาของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนไว้ชัดเจน
10. แผนงบประมาณของการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ผ่านความเห็นชอบเป็นมติร่วมกันของ กขป.

**กลุ่มที่ 2** ประกอบด้วยบทบาทของ กขป. 9 ข้อ ได้แก่

1. การจัดทำรายงานของการประชุม กขป. สม่าเสมอทุกครั้ง
2. การตัดสินใจของที่ประชุม กขป. ยึดหลักความเห็นชอบและตกลงร่วมกันของคณะกรรมการทุกคน
3. การดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนปฏิบัติตามแนวทางที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีกำหนด
4. กขป. ให้ความสำคัญต่อการจัดบริการแบบองค์รวมทั้งด้านสุขภาพและมิติสังคม
5. กขป. ตั้งประเด็นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย
6. กขป. กำหนดประเด็นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ

สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่จริง

7. กขป. เปิดโอกาสให้ประชาชนและเครือข่ายภาคีมีส่วนเสนอข้อมูลที่ต้องและเป็นประโยชน์
8. กขป. ทุกท่านมีบทบาทสำคัญในการวางแผนและติดตามการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
9. กขป. เปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมแก้ปัญหาในพื้นที่เท่าเทียมกับภาครัฐ

องค์ประกอบใหม่ทั้ง 2 กลุ่มนี้ สามารถกำหนดใหม่ตามบทบาทที่จัดรวมกัน คือ กลุ่มที่ 1 เป็นบทบาทการจัดทำแผน (planning) ตามปัญหาพื้นที่ จึงเป็นการค้นหาปัญหา กำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหา การวางแผนงบประมาณที่แก้ปัญหาที่ประชาชนต้องการ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมและสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน การกำหนดตัวชี้วัดด้านคุณภาพและการเข้าถึงบริการ และการมีมติร่วมกันของ กขป. กลุ่มที่ 2 เป็นกระบวนการดำเนินงาน (process) การจัดทำรายงาน ข้อมูล การปฏิบัติตามระเบียบกำหนด การสร้างความครอบคลุมทุกมิติและเป็นธรรม การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยให้เกิดการมีส่วนร่วมและกระบวนการประชาธิปไตย สาระสำคัญของกลุ่มทั้งสองมีบางประเด็นกำหนดไว้กว้างมาก ไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงสับเปลี่ยนไปมาระหว่างกลุ่มองค์ประกอบทั้งสองได้ เช่น การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

## วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การอภิบาลระบบมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างยิ่ง ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด<sup>(14)</sup> เพราะว่าการอภิบาลระบบที่ดีย่อมมีผลกระทบต่อการวางแผนการดำเนินงานและการกำกับติดตามประเมินผลของระบบสุขภาพ ดังจะเห็นได้ชัดเจนว่า การจัดกลุ่มอภิบาลระบบเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับการวางแผนและการดำเนินงานแก้ปัญหาที่มีวัตถุประสงค์ต่อประชาชนในพื้นที่โดยตรง ผล



การศึกษาชี้ให้เห็นว่าการอภิบาลระบบที่ดีหรือมีธรรมาภิบาลนั้น ต้องประกอบด้วยทุกมิติ โดยทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างมาก<sup>(15,16)</sup> ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า สามารถนำ 8 มิติองค์ประกอบของการอภิบาลระบบที่สหประชาชาติกำหนด มาประยุกต์ใช้สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชนได้ในรูปแบบของบทบาทสำคัญที่ กขป.จะแสดงออก แม้จะเป็นรูปแบบอำนาจอ่อน ดังหลักฐานที่แสดงให้เห็นได้ว่าการดำเนินงานของ กขป.นั้นมีบทบาทในการสร้างความเท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติอย่างถ้วนหน้า และความโปร่งใสเป็นสิ่งสำคัญ องค์ประกอบมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในอันดับแรกๆ เป็นผลจากการที่ กขป.ประกอบด้วยภาคส่วนทั้งจากรัฐ เอกชนและประชาชนมาร่วมกันทำงาน แต่เขตสุขภาพ สปสช.และเขตบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรัฐ การกำหนดเป้าหมายยังต้องอ้างอิงแผนงานโครงการหน่วยงานต้นสังกัดจึงเป็นกรอบสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจที่จะคิดนอกรอบ กขป.ที่มีภาคส่วนหลากหลายจึงเป็นการอภิบาลที่ยึดข้อตกลงของคณะกรรมการทุกคนเป็นฐาน (rule-based governance) แต่มีการทำงานที่อิสระ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน ไม่มีผลตอบแทนจากผู้บังคับบัญชาที่ให้คุณให้โทษ ไม่มีข้อขัดแย้งด้านผลประโยชน์ส่วนตัวหรือกลุ่ม ยึดการแก้ปัญหาให้ประชาชนในพื้นที่ เกิดการสร้างประชาธิปไตยในการทำงานหรือกระจายอำนาจตัดสินใจแก่ผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ซึ่งจะไปสู่ประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดบริการ เพราะ กขป.ยึดปัญหาพื้นที่เป็นหลัก ไม่ใช่ดำเนินงานตามนโยบายราชการเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม กขป.มีจุดอ่อนหลายประการทั้งความหลากหลายของคณะกรรมการที่หลากหลายประสบการณ์ ความเป็นผู้ปฏิบัติที่มั่นใจสูง จึงกระทบต่อการมีส่วนร่วมที่ต้องการผู้นำและผู้ตามที่ดี ขาดระบบบังคับบัญชาที่เป็นรูปธรรม การดำเนินงานจึงดูเหมือนขาดระบบที่ชัดเจน การขาดทรัพยากรด้านงบประมาณและบุคลากรระดับปฏิบัติทำให้นโยบายถ่ายทอดจากแนวคิดสู่พื้นที่มีช่องว่าง

การอภิบาลของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน จำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดการอภิบาลที่ดีหรือมีธรรมาภิบาล ได้แก่ การสร้างประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ซึ่งการประเมินผลเชิงนโยบายตามบทบาทหน้าที่ของ กขป. ไม่สามารถทำได้ง่าย และผลลัพธ์จะเกิดขึ้นช้า พันธะความรับผิดชอบต่อประชาชน และการตอบสนองความต้องการประชาชนเป้าหมายนั้น มีเพียงแนวคิดแต่ไม่มีรูปธรรมมากนัก เพราะขั้นตอนไม่รวดเร็วเพียงพอ หน่วยงานภาครัฐยังยึดมั่นต่อแผนงานโครงการที่ต้นสังกัดกำหนด ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในพื้นที่ที่มีความแตกต่างโดยภูมิศาสตร์ ชาติพันธุ์และปัญหาในท้องถิ่น การประชุมเพื่อดำเนินงานใช้เวลานาน การประสานงานยุ่งยากเพราะนัดหมายยากและขาดการประสานงานที่ดี กขป.ส่วนใหญ่จะมีหน้าที่ยานประจำหรือมีภารกิจอื่น ดังนั้นจึงไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้งและการเข้าประชุมก็ไม่ต่อเนื่อง ระบบข้อมูลของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนยังไม่สมบูรณ์ สำนักงานที่ตั้งยังไม่ชัดเจนถาวรเหมือนหน่วยงานเอกชนหรือราชการ คณะเลขานุการกิจเป็นทีมที่ไม่ได้ทำงานแบบกำหนดตัวถาวร เป็นการทำงานประสานชั่วคราวของตัวแทนหน่วยงานต่างๆ การทำงานของทีมจึงมีปัญหา การกระจายและเข้าถึงข้อมูลที่ทีมเลขารับผิดชอบจึงไม่เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพียงพอ เป็นผลให้การรับรู้ข่าวสารไม่ทั่วถึงและไม่สามารถประสานงานได้ใน กขป. โดยเฉพาะสำหรับการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนภายนอก เกิดการสื่อสารที่ไม่ทั่วถึงครบถ้วน ทำให้การรับรู้ข้อมูลไม่ชัดเจน การทำงานของ กขป.ไม่มีงบประมาณและแผนงานนโยบายที่ชัดเจน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำงานไม่สามารถบรรลุประสิทธิผลและประสิทธิภาพที่คาดหวัง พันธะความรับผิดชอบไม่ชัดเจน และ การจัดทำแผนงบประมาณไม่สามารถกำหนดได้ ทำให้เกิดความลำบากในการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง การอภิบาลระบบด้วยการทำงานแบบไร้ทิศทางของงบประมาณจึงขาดความชัดเจนของแผนงาน ซึ่งเป็นจุดอ่อนของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ที่มีแต่อำนาจอ่อน ไม่สามารถกำหนดทิศทางนโยบายเพื่อ

ให้มีงบประมาณสนับสนุนได้เพียงพอ การที่เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างองค์กรไม่ชัดเจนทำให้การประสานงานกับหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และหน่วยงานราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ และองค์กรเอกชน เกิดปัญหาไม่สามารถประสานงานได้ดี จึงเป็นการประสานที่อาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวด้วยภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง ดังนั้นภาวะผู้นำจึงเป็นองค์ประกอบหลักสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการอภิบาลระบบอย่างแท้จริง<sup>(17,18)</sup> ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้เมื่อประเมินบทบาทของ กขป. พบว่า บทบาทที่สามารถแสดงออกได้ชัดเจน จะเป็นบทบาทที่สร้างการอภิบาลระบบโดยอาศัยข้อกำหนดระเบียบปฏิบัติเป็นฐานสำคัญ (rules-based governance) ได้แก่ การกำหนดทิศทางนโยบายและแผนงานที่ให้ความสำคัญต่อการจัดบริการแบบองค์รวมทั้งด้านสุขภาพและสังคม การจัดทำรายงานสม่ำเสมอหลังการประชุมทุกครั้ง การดำเนินงานตามที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีกำหนด ใช้การตัดสินใจโดยยึดหลักความเห็นชอบและตกลงร่วมกันของคณะกรรมการทุกคน ความพยายามกำหนดประเด็นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่จริง ขณะเดียวกันด้วยปัญหาอุปสรรคที่กล่าวแล้ว การอภิบาลระบบที่เกี่ยวข้องกับการใช้ผลลัพธ์เป็นฐาน (outcome-based governance) จะไม่สามารถแสดงบทบาทได้ เช่น กขป.ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในแผนที่กำหนดได้ดี เพราะแผนงบประมาณไม่มีและไม่ชัดเจนเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ ระบบข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารที่ไม่ทั่วถึงทำให้ กขป.ทุกคนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และไม่สามารถมั่นใจได้ว่าจะมีงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

เขตสุขภาพเพื่อประชาชนแต่ละเขตมีบริบทที่แตกต่างกัน ปัญหาสุขภาพและสังคมจึงต่างกันหลากหลายจากความแตกต่างกันด้านภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและชาติพันธุ์ เมื่อประกอบกับปัจจัยภายในที่

กขป.ส่วนใหญ่มีความเข้าใจในบทบาทที่กำหนดไม่เท่ากัน จึงทำให้การอภิบาลระบบแตกต่างกัน อย่างเช่น ภาคเหนือและใต้ที่มีภูมิศาสตร์ วัฒนธรรมและชาติพันธุ์ที่แตกต่างกัน หรือพื้นที่เศรษฐกิจที่แตกต่าง เช่น เขตอุตสาหกรรมและเขตชนบท การอภิบาลระบบจึงมีมีองค์ประกอบไม่เท่ากัน จึงเป็นสาเหตุที่อธิบายได้ว่า หากต้องการสร้างองค์ประกอบร่วมของการอภิบาลระบบทั้งประเทศ จำเป็นต้องใช้องค์ประกอบร่วมที่หลากหลายแบบกว้างๆ จะไม่สามารถกำหนดเจาะจงได้ชัดเจน ดังจะพบได้ว่า การจัดกลุ่มตัวแปรอภิบาลระบบของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนทั้งประเทศจำเป็นต้องใช้ตัวแปรที่กว้างมากกว่าการอภิบาลระบบเพียงพื้นที่เดียว ความแตกต่างด้านความคิดและความเข้าใจของ กขป.ที่จะร่วมกันทำงาน การแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวมมากกว่ามองประเด็นด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว ดังนั้นเมื่อจัดกลุ่มองค์ประกอบของการอภิบาลระบบทุกเขตให้เหมาะสมตามบทบาทของ กขป.แล้ว จะพบองค์ประกอบต่างๆ ที่หลากหลาย ความหลากหลายของปัจจัยที่แตกต่างกันเหล่านี้ ทำให้การติดตามประเมินผลเพื่อเปรียบเทียบในภาพรวมของประเทศเป็นสิ่งที่ยากลำบาก แต่หากจะพิจารณาเพียงองค์ประกอบพื้นฐาน การวิเคราะห์ก็จะสามารถจัดแบ่งออกเป็นเพียงกลุ่มการวางแผนและการกำกับติดตามประเมินผลกว้างๆเท่านั้น การประเมินระดับการอภิบาลแบบแยกแต่ละเขตจึงมีความเหมาะสมกว่า เพราะสามารถกำหนดตัวชี้วัดได้ละเอียดชัดเจนกว่าระดับประเทศ กล่าวคือ การอภิบาลระบบจะเป็นภาพกว้างที่ใช้การวางแผนและการกำกับติดตามประเมินผลเป็นองค์ประกอบการอภิบาลแบบใช้กฎระเบียบกำหนดเป็นฐาน (rule-based governance) สำหรับในระดับเขตสามารถกำหนดองค์ประกอบการอภิบาลระบบได้ละเอียดถึงผลลัพธ์ (outcome-based governance) และสามารถติดตามประเมินระดับการอภิบาลถึงระดับการจัดบริการสุขภาพใน



เขตนั่นๆ (health-service-provision governance) ซึ่งเป็นสิ่งที่เหมาะสมเพราะปัญหาสุขภาพแต่ละเขตแตกต่างกัน ไม่สามารถนำมาประเมินระหว่างเขตที่แตกต่างกันมากได้อย่างเป็นธรรม<sup>(19-21)</sup>

การดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชนนั้น ต้องการรูปแบบที่เหมาะสม แม้การศึกษานี้จะแสดงให้เห็นความสำคัญของความแตกต่างองค์ประกอบที่แต่ละเขตต้องการ เพื่อให้เกิดการอภิบาลระบบที่ดี ในระดับพื้นที่แต่ละเขต ยังจำเป็นต้องกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับประเมินแผนยุทธศาสตร์กับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง การติดตามประเมินผลจึงต้องประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านการอภิบาลที่จะสร้างผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการครอบคลุมด้านสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และ กลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในพื้นที่ อย่างไรก็ตามการประเมินผลกระทบทางสุขภาพและคุณภาพชีวิต มีข้อจำกัดเพราะ กขป.เป็นองค์กรที่มีเพียงอำนาจอ่อน (soft power) การทำหน้าที่เพียงผู้ชี้ประเด็นและกำหนดทิศทางการแก้ปัญหา การอภิบาลระบบด้านตอบสนองความต้องการต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชนในพื้นที่ จึงเป็นมิติการอภิบาลที่ยากแก่การดำเนินงาน การดำเนินงานยังประสบปัญหาการประสานงานกับหน่วยงานที่ปฏิบัติ เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือ หน่วยงานราชการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาระบบเชิงเครือข่ายที่เป็นพันธมิตรทางด้านสุขภาพและสังคม แบบไม่มีการสั่งการแบบระบบราชการ จึงเป็นความท้าทายสำคัญ<sup>(22)</sup>

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากความคิดเห็นของ กขป. ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานและเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญจึงมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเป็นสิ่งที่ยังไม่มีการทำงานในประเทศไทยมาก่อน ประกอบกับการกำหนดบทบาทอำนาจของ กขป.ใช้รูปแบบอำนาจอ่อน (soft power) ที่ไม่มีอำนาจการปกครอง การดำเนินงานจึงใช้เวลาเรียนรู้และปรับตัวศึกษาสร้างประสบการณ์ใหม่ ไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว จึงเป็นความลำบากที่จะ

ประเมินผลลัพธ์ความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม การศึกษานี้จึงมีข้อระวังสำหรับนำไปใช้

## ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สามารถสรุปประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในอนาคตดังนี้

เขตสุขภาพเพื่อประชาชนเป็นการอภิบาลระบบเชิงเครือข่ายที่ดี สมควรนำไปสร้างความเข้มแข็งแก่เขตสุขภาพ สปสช.และเขตบริการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งอภิบาลระบบที่ดีตามบทบาทหน้าที่และพันธกิจหน่วยงาน

กขป.ควรพัฒนาการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

การดำเนินงานแบบอำนาจอ่อน กขป.ควรเรียนรู้ถ่ายทอดความเข้าใจและการแลกเปลี่ยนทั้งในและระหว่างเขตสุขภาพเพื่อประชาชนด้วยกัน

สมควรพัฒนาภาวะผู้นำร่วมในการแก้ปัญหา (collective leadership) ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จให้เกิดแก่ กขป.ทุกเขตพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องและมีส่วนได้เสีย (stakeholders)

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือสำหรับการให้ข้อมูลและเสียสละเวลาตอบแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่สนับสนุนให้ทุนวิจัยจนสามารถดำเนินการศึกษาสำเร็จ

## References

1. Leesmidt V, Leethongdee S, Bumrunghet W, Chimnoi S. Research and development of locality health system management in the universal coverage system. Nonthaburi: Health Insurance System Research Office; 2011. (in Thai)
2. Leesmidt V, Chunharas S. The appropriate roles of the Min-

- istry of Public Health within health care decentralization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010. (in Thai)
3. Sheaff R. Governance in gridlock in the Russian health system: the case of Sverdlovskoblast. *Social Science & Medicine* [internet]. 2005 [cited 2015 Sep 21];60:2359-69. Available from: <http://www.elsevier.com/locate/socscimed>.
  4. Tangcharoensathian V, Jongudomsuk P. Future challenges. In: Tangcharoensathian V, Jongudimsuk P, editors. *From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand*. Bangkok: S.R.C. Envelope; 2004. p. 153-67.
  5. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [internet]. 2010 [cited 2018 Nov 12]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>.
  6. Stoker G. Governance as theory: five propositions. *International Social Science Journal* [internet]. 1998 [cited 2018 Sep 13];50(1):17-28.
  7. KJÆR AM. *Governance*. Cambridge: Polity Press; 2004.
  8. Carver J. A theory of governing the public's business: redesigning the jobs of boards, councils and commissions. *Public Management Review* 2001;3:3-24.
  9. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. What is good governance [internet]. 2006 [cited 2018 Nov 13] Available from: <http://www.unescap.org/pdd/index.asp>.
  10. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health* [internet]. 2007 [cited 2018 Sep 12];30(4):459-67. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/6185294\\_Is\\_the\\_CVI\\_an\\_acceptable\\_indicator\\_of\\_content\\_validity\\_Appraisal\\_and\\_recommendations](https://www.researchgate.net/publication/6185294_Is_the_CVI_an_acceptable_indicator_of_content_validity_Appraisal_and_recommendations).
  11. Cronbach LJ. *Essential of psychological test*. 5<sup>th</sup> ed. New York: Harper Collins; 1970.
  12. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education* [internet]. 2011 [cited 2018 Sep 12];2:53-55. Available from: <https://www.ijme.net/archive/2/cronbachs-alpha.pdf>.
  13. Yin R K. *Case study research: design and methods*. 3<sup>rd</sup> ed. London: SAGE Publications; 2003.
  14. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2008 [cited 2022 Apr 20]. Available from: [https://caribe.observatoriorh.org/sites/caribe.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/WHO\\_MBHSS\\_2010.pdf](https://caribe.observatoriorh.org/sites/caribe.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/WHO_MBHSS_2010.pdf).
  15. Wikipedia. Governance [internet]. 2006 [cited 2022 Apr 14]. Available from: <http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Governance>.
  16. Ewalt J AG. Theories of governance and new public management: links to understanding welfare policy implementation [internet]. 2001 [cited 2018 Nov 12]. Available from: [https://www.academia.edu/66578764/Theories\\_of\\_Governance\\_and\\_New\\_Public\\_Management\\_Links\\_to\\_Understanding\\_Welfare\\_Policy\\_Implementation](https://www.academia.edu/66578764/Theories_of_Governance_and_New_Public_Management_Links_to_Understanding_Welfare_Policy_Implementation).
  17. Sheaff R. Governance in gridlock in the Russian health system; the case of Sverdlovsk oblast. *Social Science & Medicine* [internet], 2005 [cited 2018 Nov 13];60:2359-69. Available from: <http://www.elsevier.com/locate/socscimed>.
  18. Amwine DL. Effective governance: the roles and responsibilities of board members. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* [internet]. 2002 [cited 2022 Apr 21];15(1):19–22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1276331/>.
  19. World Health Organization. Health systems performance assessment: a tool for health governance in the 21st century [internet]. 2012 [cited 2022 Apr 20]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/160813/HSPA\\_A-tool-for-health-governance-in-the-21st-century.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/160813/HSPA_A-tool-for-health-governance-in-the-21st-century.pdf).
  20. Murray C JL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* [internet], 2000 [cited 2022 Apr 20];78(6):717-31.
  21. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis [internet]. 2022 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042476>.
  22. Provan KG, Milward HB. Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review* [internet]. 2001 [cited 2019 Jul 9];61(4):414-23. Available from: <https://www.sparc.bc.ca/wp-content/uploads/2020/11/do-networks-really-work-article.pdf>.