

การพัฒนาแนวทางและรูปแบบความร่วมมือที่เหมาะสม ระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนในการบริหารจัดการ จัดการและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วนิษา ชื่นกองแก้ว*
อภิสิทธิ์ อ่างรวงรวง*
วิชัย อัครภาคย์*
ดุสิตา กระวานชิต*
มนัสชนน์ คุณาพรสุจริต*
ธนวันต์ กัญญภัส*

ผู้รับผิดชอบบทความ: วนิษา ชื่นกองแก้ว

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติของบุคลากรสาธารณสุขต่อความร่วมมือและรูปแบบการบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาแนวทางการร่วมมือที่เหมาะสมระหว่างชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนในการบริหารจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเป็นการวิจัยแบบผสมระหว่างการศึกษาระดับเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณรวมจำนวน 61 คน และคุณภาพรวมจำนวน 44 คน กลุ่มตัวอย่างมาจากภาคชุมชน ภาคเอกชนและภาครัฐบาล ทั้งระดับผู้บริหาร ระดับปฏิบัติการและชาวบ้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชนมีเจตคติทางบวกต่อความร่วมมือฯ ในระดับค่อนข้างสูง กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ปัจจัยหนุนเสริมในการสร้างความร่วมมือฯ ได้แก่ 1) นโยบายระดับประเทศ 2) ผู้นำเข้มแข็ง 3) ชุมชนใกล้ชิดและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 4) ทูตทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และทุนทางสังคม และปัจจัยขัดขวาง ได้แก่ 1) ระบบราชการ 2) การขาดต้นทุน (คน เงิน ของ องค์ความรู้) โดยมีกระบวนการในการพัฒนาความร่วมมือที่ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ได้แก่ 1) การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนร่วม 2) การสร้างความรู้สึกร่วมใจและความรู้สึกปลอดภัยในการทำงาน 3) การสื่อสารข้อมูลความรู้ที่ต่อเนื่อง 4) การเสริมพลังซึ่งกันและกัน 5) การขยายเครือข่าย 6) การบริหารจัดการความร่วมมือผ่านระเบียบกฎเกณฑ์และคณะกรรมการ โดยมีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ความร่วมมือฯ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่รวมถึงการเข้าถึงการบริการสุขภาพในชุมชน 2) ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ ประชาชนมีอาชีพและมีรายได้ครัวเรือนมากขึ้น 3) ผลลัพธ์ด้านสภาพแวดล้อมที่

* มุลินธิพัฒนาการศึกษาศุภเคราะห์แห่งชาติ (คสช.)

Received 19 April 2022; Revised 24 September 2022; Accepted 8 March 2023

Suggested citation: Chuenkongkaew W, Thamrongwarangoon A, Ussavaphark W, Krawanchid D, Kunapornsujarit M, Kanyapas T. The development of appropriate people public private partnership for managing on primary health care. Journal of Health Systems Research 2023;17(1):28-38.

วนิษา ชื่นกองแก้ว, อภิสิทธิ์ อ่างรวงรวง, วิชัย อัครภาคย์, ดุสิตา กระวานชิต, มนัสชนน์ คุณาพรสุจริต, ธนวันต์ กัญญภัส. การพัฒนาแนวทางและรูปแบบความร่วมมือที่เหมาะสมระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนในการบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(1):28-38.

ดีขึ้น 4) ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้และการพัฒนาองค์ความรู้ของคนในชุมชน ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ คือ 1) ผลิตรูปแบบความร่วมมือไปในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งในด้านกำลังคนงบประมาณ และทรัพยากรอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายและเจ้าหน้าที่ควรพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อรูปแบบความร่วมมือระหว่าง 3 ภาคส่วน เพื่อการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: รูปแบบความร่วมมือที่เหมาะสม, ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, ภาคชุมชน (ประชาชน), ภาครัฐ, ภาคเอกชน

The Development of Appropriate People Public Private Partnership for Managing on Primary Health Care

Wanicha Chuenkongkaew, Apisit Thamrongwarangoon, Wichai Ussavaphark,

Dusita Krawanchid, Manuschon Kunapornsujarit, Tanawan Kanyapas

The National Health Professional Education Foundation

Corresponding author: Wanicha Chuenkongkaew, wim.wanicha@gmail.com

Abstract

This study aimed to study attitude of health workforce toward primary health care management to examine, synthesize, and develop appropriate model of people public private partnership (PPPP) for managing primary health care. Quantitative and qualitative methods were used in this study. Data collection was conducted in two study areas namely Kuchinarai district, Kalasin province and Dansai district, Loei province. Samples in this study included 61 participants for quantitative and 44 participants for qualitative data collection. They were from community, private and government sectors. Nonetheless, they were identified as executives, implementing staff and common people. The result revealed that samples had relatively high positive attitude toward partnership among people, public, and private sectors. The samples thought that contributing factors of partnership model for primary health care management included 1) national policy, 2) strong health leadership, 3) homogeneous and close-relationship community, and 4) natural and man-made environment capitals and social capital. While hindering factors that the samples figured out were 1) the red-tape system, and 2) lack of resources (human, money, material and knowledge). Processes of developing PPPP for primary health care management included 1) developing relationship among partners, 2) building trust and safety zone of working together, 3) having continuing knowledge communication, 4) empowering each other, 5) strengthening and expanding network, and 6) working together under the rules, regulations and committees. The samples believed that this partnership model could contribute to four dominant outcomes including 1) health outcome (not only access to services in the community), 2) economic outcome, 3) environmental outcome, and 4) learning and knowledge outcome. To materialize the model in other areas, the following two broad recommendations are proposed: 1) integration of the partnership model in the district health system (DHS) that could benefit primary health care in terms of human resource, budget and other resources efficiently; 2) all related stakeholders and their staff should acquire knowledge, skills and positive attitude toward partnership model among three sectors for primary health care management.

Keywords: appropriate partnership model, primary health care system, people sector, public sector, private sector

ภูมิหลังและเหตุผล

สถานการณ์ระดับสากลและระดับประเทศในปี พ.ศ. 2574 คาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society)⁽¹⁾ ซึ่งต้องการมาตรการที่เหมาะสมและความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการรองรับสถานการณ์ท้าทายที่กำลังจะเกิดขึ้น รวมถึงระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ภาวะพึ่งพิงและโรคซึมเศร้า ปัจจุบันก็ได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนวัตกรรมอย่างพลิกผัน (disruptive innovation) สาธารณชนสามารถเข้าถึงและนำเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารมาใช้ระดับบุคคลและองค์กร ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนและประชาชนนำข้อมูลและความรู้มาประยุกต์ใช้ได้ จึงมีการส่งเสริมให้ชุมชนจัดการสุขภาพของตนเอง ตลอดจนถึงสิ่งแวดล้อมและการรู้เท่าทันด้านสุขภาพ⁽²⁾

จากปัญหาการขาดดุลงบประมาณของโรงพยาบาลในปี 2560 ซึ่งมีโรงพยาบาลกว่า 1,000 แห่ง ได้รับความเสียหายจากปัญหาวิกฤตการเงิน โรงพยาบาลที่มีปัญหาสภาพคล่องการเงินบางโรงพยาบาลมีบัญชีติดลบเกือบ 400 ล้านบาท⁽³⁾ ทำให้จำนวนผู้ให้บริการและการจัดสรรทรัพยากรไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดการด้อยประสิทธิภาพในการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งอีกทางเลือกหนึ่งในการช่วยแก้ปัญหาคือสนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐ และภาคเอกชน ในการบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแบบพึ่งพาตนเองเพื่อทำให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน ซึ่งการบริการระบบปฐมภูมิที่ดีหรือที่มีความเหมาะสม สามารถใช้หลัก EQE S.A. โดย E=equity เช่น ยาทัวเดียวกันในโรคเดียวกัน ไม่แพงควิ Q=quality ต้องการการยอมรับ ซีนชม E=efficiency ไม่แพง ไม่แน่น ไม่นาน S.A.=social accountability ตรวจสอบได้ เป็นเจ้าของ⁽⁴⁾

ในขณะที่บริการสุขภาพภาครัฐขาดแคลนงบประมาณ ด้อยประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ ซึ่งส่งผลให้ความ

ต้องการของประชาชนเปลี่ยนไป ภาครัฐจึงตอบสนองได้ไม่ทันการและขาดประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นโดยตลอดนี้ เป็นปัญหาที่เด่นชัดมากในประเทศกำลังพัฒนา ทางออกหลัก ได้แก่ การเฉลี่ยความเสี่ยง ระดมทรัพยากร ปรับโครงสร้างและจัดบริการให้มีประสิทธิภาพและต้นทุน-ประสิทธิผลดีที่สุด ซึ่ง PPPP=people public private partnerships โดยรัฐบาลไทยได้เสนอความคิดการเปลี่ยนโครงสร้างทำให้การเงินการคลังเปลี่ยน มุ่งบ corporate social responsibility (CSR) จากภาคเอกชน และ พรบ.คนพิการ มาตรา 33 และ มาตรา 35 มุ่งบบริจาคจากภาคประชาชน เกิด social enterprise (SE) ซึ่งความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในบางครั้งอาจไม่เพียงพอในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีคุณภาพที่ดีได้ เพราะขาดความร่วมมือด้านการเงินที่ดี ซึ่งควรจะมีการแบ่งระดับความร่วมมือให้เหมาะสมกับโครงการพัฒนาระบบสุขภาพ ตั้งแต่ในระดับบุคคล ระดับครัวเรือน ระดับชุมชน ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ การพัฒนาระบบสุขภาพที่ดีจำเป็นจะต้องเห็นความสำคัญด้านการเงินและเศรษฐกิจ และพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบเศรษฐกิจ การพัฒนาระบบสุขภาพสากลโดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกัน การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนามีความยากลำบากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตาม มีบทเรียนและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่ประสบความสำเร็จมากมายที่ประเทศกำลังพัฒนาสามารถนำมาศึกษาเพื่อเป็นแบบอย่างในการพัฒนาระบบสุขภาพจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนให้ประสบความสำเร็จได้ โดยการนำความรู้เหล่านี้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทางการเมือง กฎหมายและเศรษฐกิจการเงินในประเทศของตน⁽⁵⁾ โดยหลักการของ PPPP เป็นกรอบการทำงานที่จะส่งเสริมให้สังคมหรือประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น จะเห็นได้ว่าหลักการของ PPPP เป็นหนึ่งในวิธีการใหม่ๆ ที่มีขึ้นเพื่อเน้นความต้องการในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและภาครัฐในกระบวนการทำงาน

ร่วมกัน⁽⁶⁾

ทางเลือกอย่างหนึ่งในการดูแลสุขภาพชุมชนแบบพึ่งพาตนเอง คือการพัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลชุมชน หน่วยงานภาคเอกชนและประชาชนในการดูแลสุขภาพชุมชนแบบพึ่งพาตนเอง เพื่อลดภาระของรัฐบาลในการแบกรับค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนเข้ามามีบทบาทในการจัดการและดูแลสุขภาพตนเองด้วยความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ โดยอาศัยเทคโนโลยี นวัตกรรม ผสานกับเครือข่ายความร่วมมือ วัฒนธรรมท้องถิ่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน ในบริบทชุมชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ตอบสนองต่อเป้าหมายทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีความเสมอภาคและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน รวดเร็ว ปลอดภัย เท่าเทียมอย่างทั่วถึงและลดความเหลื่อมล้ำ⁽⁷⁾ ซึ่งรูปแบบความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง จะต้องเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความยืดหยุ่นและให้ความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพที่มีความจำเป็นต่อประชาชนได้ตรงตามเป้าหมาย ตลอดจนระบบสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจะต้องเป็นระบบที่เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนให้สะดวกขึ้นได้อีกด้วย⁽⁸⁾

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางและรูปแบบความร่วมมือที่เหมาะสม ระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชน (people public private partnership) ในการบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการศึกษารูปแบบหรือแนวทางความเป็นไปได้ในความร่วมมือฯ ดังกล่าว ผ่านการถอดบทเรียน การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ความร่วมมือที่เหมาะสมระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนในการดูแลสุขภาพชุมชนแบบพึ่งพาตนเองในระดับปฐมภูมิ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางและรูปแบบความร่วมมือที่เหมาะสมระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาค

เอกชนในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เลือกศึกษาในพื้นที่ อำเภอภูผินา-รายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ได้รับการยอมรับ และมีความโดดเด่นในด้านการดำเนินงานความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนและพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิในคราวเดียวกัน โดยสถาบันหรือผู้นำองค์กรเคยได้รับรางวัลในเรื่องการบริหารจัดการดังกล่าว ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างจากภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน ด้วยการให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในพื้นที่ช่วยแนะนำผู้มีส่วนร่วมหรือส่วนได้ส่วนเสียในกิจกรรมต่างๆ เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลในกลุ่มที่เกี่ยวข้องจนข้อมูลมีความอิ่มตัว โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการ 63-037

วิธีการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ มี 2 รูปแบบได้แก่ การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) เพื่อนำผลจากการศึกษา 2 ทางมาใช้ยืนยันทิศทางของผลการศึกษาว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และแบบสอบถามเจตคติทางบวกต่อการสร้างความร่วมมือระหว่าง รพ.ชุมชน ชุมชน ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ด้านกำลังคน และด้านทรัพยากร และการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งผ่านการพัฒนาเป็นแบบสอบถาม 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นข้อคำถามกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ที่มีเนื้อหาครอบคลุมแนวทางและรูปแบบความร่วมมือระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนในการบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเพื่อตอบแบบสอบถาม สัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่มจากกลุ่มเป้าหมายที่



มีประสบการณ์หรือมีความเกี่ยวข้องในการดำเนินงานความร่วมมือระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนในการบริหารจัดการด้านทรัพยากรและการดูแลสุขภาพระบบปฐมภูมิ และยินดีในการให้ข้อมูล โดยเป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ snow ball sampling โดยให้ผู้ประสานหรือแกนนำในการดำเนินงานหลักในพื้นที่ช่วยแนะนำผู้มีส่วนร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกิจกรรมต่างๆ เพื่อขอเข้าถึงข้อมูลในช่วงเวลาที่กำหนด โดยมีการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามก่อน และคัดเลือกจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อขอสัมภาษณ์เชิงลึกเฉพาะบุคคลที่เป็นแกนนำ (key person) หรือสัมภาษณ์แบบกลุ่มหากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเก็บข้อมูลในกลุ่มที่เกี่ยวข้องจนข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณรวมจำนวน 61 คน และกลุ่มตัวอย่าง

ที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ รวมจำนวน 44 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย descriptive statistic ดูข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ วิเคราะห์แนวโน้มของคะแนนเจตคติทางบวกต่อความร่วมมือฯ ด้วยค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเจตคติทางบวกระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วย t-test และ one-way Anova วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเจตคติทั้งสิ้นจำนวน 61 คน เป็นเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 59.02) และเพศชาย 25 คน (ร้อยละ 40.98) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สังกัดหน่วยงานภาครัฐ คือมีจำนวน 42 คน (ร้อยละ 68.85) นอกนั้นเป็นภาคชุมชนหรือประชาชน จำนวน 9 คน (ร้อยละ

ตารางที่ 1 ตารางสรุปผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเจตคติทางบวกของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	จำนวน	ค่าเฉลี่ยเจตคติ	SD	t-test	Sig.(2-tailed)
ชาย	25	4.83	0.48	0.83	0.41
หญิง	36	4.20	0.56		
รวม	61	4.52	0.52		
ภาคส่วน	จำนวน	ค่าเฉลี่ยเจตคติ	SD	F-test	Sig.
เอกชน	10	4.23	0.35	2.02	0.14
ชุมชน	23	4.09	0.68		
รัฐบาล	28	4.38	0.40		
รวม	61	4.24	0.53		
ตำแหน่ง	จำนวน	ค่าเฉลี่ยเจตคติ	SD	F-test	Sig.
ผู้บริหาร	2	4.20	0.25	0.90	0.41
เจ้าหน้าที่	29	4.30	0.40		
ผู้พิการ/ชาวบ้าน	30	4.17	0.63		
รวม	61	4.24	0.53		
พื้นที่จังหวัด	จำนวน	ค่าเฉลี่ยเจตคติ	SD	F-test	Sig.
กาฬสินธุ์	24	4.35	0.52	0.80	0.46
เลย	30	4.20	0.59		
อื่นๆ/ไม่อยู่ในพื้นที่	7	4.11	0.19		
รวม	61	4.24	0.53		

14.75) ภาคเอกชน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 11.48) และ ประชาสังคัม/nongovernment organizations 3 คน (ร้อยละ 4.92) ผู้ตอบแบบสอบถามเจตคติส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับชาวบ้าน ผู้พิการหรือผู้เข้าร่วมโครงการ 31 คน (ร้อยละ 50.82) เป็นเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 47.54) และเป็นผู้บริหารจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.64) กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอ กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 39.34) และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอต่างชาย จังหวัดเลย จำนวน 30 คน (ร้อยละ 49.18) และอาศัยอยู่ในพื้นที่อื่นๆ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 11.48)

ผลการวิเคราะห์เจตคติของผู้มีส่วนร่วมทั้งจากภาค ชุมชน ภาครัฐ และภาคเอกชน มีระดับเจตคติทางบวกรวม เฉลี่ยในระดับค่อนข้างสูง โดยในแต่ละกลุ่มนั้น ระหว่างเพศ ระหว่างระดับตำแหน่งงาน ระหว่างภาคส่วนต่างๆ และ ระหว่างพื้นที่กลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ไม่มีระดับเจตคติ ทางบวกรวมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการวิเคราะห์เจตคติและผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพมีความสอดคล้องกัน ผู้มีส่วนร่วมในโครงการความร่วมมือฯ มีเจตคติที่ดีต่อความร่วมมือต่างๆ ในพื้นที่

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลรูปแบบความร่วมมือระหว่าง ภาครัฐ ภาคชุมชนและภาคเอกชนในการบริหารจัดการ เพื่อการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า 1) ภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และองค์กรของรัฐอื่นๆ 2) ภาคเอกชน ได้แก่ บริษัทห้างร้าน ทั้งที่มีหน่วยงานในกรุงเทพมหานครและในพื้นที่ 3) ภาค ชุมชน ได้แก่ วัด โรงเรียน องค์กรภาคประชาสังคัมในพื้นที่ ที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ

กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและ ภาคชุมชน เป็นแบบครบวงจรที่ห่วงใยซึ่งกันและกัน ดูแล กันในทุกมิติ ความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน เป็นแบบหุ้นส่วน ร่วมคิด ร่วมลงทุน และร่วมดำเนินการ

เพื่อเป้าหมายบางอย่างร่วมกัน และความสัมพันธ์ระหว่าง ภาคเอกชนและภาคชุมชน มีความสัมพันธ์กันแบบเพื่อน ที่คอยห่วงใยและช่วยเหลือกัน

กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ปัจจัยหนุนเสริมในการสร้างความ ร่วมมือในการบริหารจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพพระระดับ ปฐมภูมิ ได้แก่ 1) นโยบายระดับประเทศ เช่น นโยบาย ระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข.(5) 2) ผู้นำเข้มแข็ง 3) ชุมชนใกล้ชิด 4) ทูตทาง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและทุนทางสังคัม

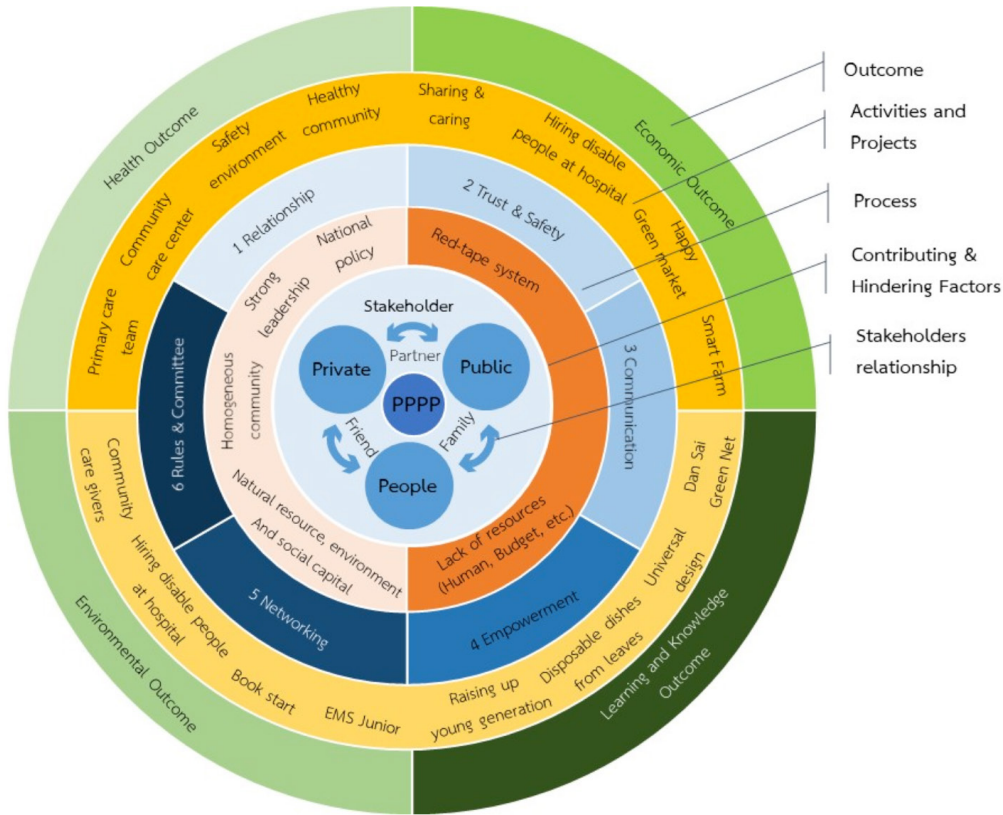
ในการวิเคราะห์ปัจจัยขัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ปัจจัยขัดขวางได้แก่ 1) ระบบราชการ 2) การขาดต้นทุน (คน เงิน ของ องค์กรความรู้) กระบวนการในการพัฒนา ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคชุมชนและภาคเอกชน ในการบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพพระระดับปฐมภูมิ ได้แก่ 1) การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนร่วม 2) การสร้างความรู้สึกร่วมใจและความรู้สึกปลอดภัยใน การทำงานระหว่างกัน 3) มีการสื่อสารข้อมูลความรู้ที่ต่อ เนื่อง 4) การเสริมพลังซึ่งกันและกัน 5) การขยายเครือข่าย 6) การบริหารจัดการความร่วมมือผ่านระเบียบกฎเกณฑ์ และคณะกรรมการ

กลุ่มตัวอย่างได้ยกตัวอย่างให้เห็นว่า ความร่วมมือ ในพื้นที่กลุ่มตัวอย่างก่อให้เกิดผลลัพธ์ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพใน ชุมชน 2) ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ ประชาชนมีอาชีพและมี รายได้ครัวเรือนมากขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการความร่วมมือในพื้นที่ 3) ผลลัพธ์ด้านสภาพแวดล้อม เช่น การสร้าง ความตระหนักในความสำคัญของทรัพยากรธรรมชาติ การ อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และบริหารจัดการขยะ 4) ผลลัพธ์ด้าน การเรียนรู้และการพัฒนาองค์ความรู้ โดยประชาชนได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะใหม่ๆ ในการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

แนวทางและรูปแบบความร่วมมือที่เหมาะสมในการ

บริหารจัดการและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างใน

อำเภอภูฉิมรายน์และอำเภอด่านซ้าย สามารถนำมาแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Appropriate People Public Private Partnership Model for Managing on Primary Health Care (รูปแบบความร่วมมือที่เหมาะสมระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนในการบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ)

วิจารณ์และข้อยุติ

จากการศึกษาการพัฒนาแนวทางและรูปแบบความร่วมมือที่เหมาะสมระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนในการบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผลการวิเคราะห์เจตคติทางบวกของผู้มีส่วนร่วมทั้งจากภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชน มีระดับเจตคติทางบวกรวมเฉลี่ยในระดับค่อนข้างสูง โดยแต่ละกลุ่มระหว่างเพศ ระหว่างระดับตำแหน่งงาน ระหว่างภาคส่วนต่างๆ และระหว่างพื้นที่กลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ไม่มีระดับเจตคติทางบวกรวมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการวิเคราะห์เจตคติและผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกัน ผู้มีส่วนร่วมในโครงการความร่วมมือฯ มีเจตคติที่ดีต่อความร่วมมือต่างๆ ในพื้นที่ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความร่วมมือระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนในการบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีดังนี้

ผู้มีส่วนร่วมในความร่วมมือ ได้แก่

1) ภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สำนักงานเกษตรอำเภอ (กษ.อ.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

2) ภาคเอกชน ได้แก่ บริษัท ห้างร้าน ทั้งจากส่วนกลาง และในจังหวัดหรืออำเภอ

3) ภาคชุมชน ได้แก่ ปัจเจกบุคคล วัด โรงเรียน และองค์กรชุมชน/กลุ่มชุมชนที่มีการรวมตัวเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนมีความสัมพันธ์ระหว่างกันโดยภาครัฐและชุมชน มีความสัมพันธ์กันแบบครอบครัว (family) โดยดูแลในทุกระดับของชีวิต มีความใกล้ชิดผูกพันกัน เพื่อให้เข้าถึงการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ภาครัฐและภาคเอกชนมีความสัมพันธ์กันแบบหุ้นส่วน (partner) ร่วมคิด ร่วมลงทุน และร่วมดำเนินการ ภาคเอกชนและภาคชุมชนมีความสัมพันธ์กันแบบเพื่อน (friend) ที่คอยห่วงใยดูแลกันและกันตามสมควรหรือช่วยเหลือเมื่อยามเพื่อนขาดแคลน

ปัจจัยหนุนเสริมต่อการทำความร่วมมือ ได้แก่ 1) นโยบายระดับชาติ เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข.(5) ซึ่งระบุให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว บันทึกความร่วมมือ (memorandum of understanding: MOU) ระดับนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนระหว่างกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) โดยได้มีการจ้างงานคนพิการ 2) ความเข้มแข็งของผู้นำ ทำให้มีศักยภาพในการพัฒนาความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการสุขภาพเชิงรุกและเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ทุกกลุ่มอย่างครอบคลุม 3) ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและทุนทางสังคม สามารถนำมาปรับใช้ในการพัฒนาแนวทางและรูปแบบความร่วมมือที่เหมาะสมระหว่างภาคชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชนในการบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิตามสภาพความเป็นจริง

ส่วนปัจจัยขัดขวางที่ส่งผลต่อความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ได้แก่ 1) ระบบราชการ แม้ระเบียบราชการจะทำให้การดำเนินการต่างๆ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย แต่

บางครั้งอาจจะเป็นอุปสรรคในการทำงาน เช่น ระเบียบการเงิน ตลอดจนการโยกย้ายตำแหน่งของผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของโครงการ 2) การขาดต้นทุน (คน เงิน ของ องค์ความรู้) การขาดบุคลากร ขาดงบประมาณ และขาดทรัพยากรในการดำเนินการอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ การขาดองค์ความรู้ หรือความเข้าใจ ทำให้ประชาชนไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อบริหารจัดการและดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ McFarlane et al. ที่พบว่า อุปสรรคที่พบได้บ่อยต่อการพัฒนาศักยภาพขององค์กรในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร การขาดบุคลากรที่มีความรับผิดชอบงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรขาดทักษะหรือความมั่นใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การแย่งลำดับความสำคัญ และการขาดเวลาและทรัพยากรสำหรับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ⁽⁹⁾

การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารซึ่งเป็นอุปสรรคที่พบได้บ่อยมากที่สุดต่อการพัฒนาศักยภาพขององค์กรในการดูแลสุขภาพ หมายถึงการสนับสนุนจากผู้จัดการในสายงาน โดยผู้จัดการมีบทบาทในการเป็นผู้นำในการวางทิศทางของทีมงาน และแปลงทิศทางเชิงกลยุทธ์และนโยบายสู่กิจกรรมต่างๆ อย่างไรก็ตาม อิทธิพลของผู้บริหารมักถูกจำกัดด้วยข้อจำกัดต่างๆ ขององค์กร เช่น ประเด็นด้านการเมืองภายในองค์กร รวมถึงหลักเกณฑ์ด้านการเงิน⁽⁹⁾

ด้านผลลัพธ์ของความร่วมมือ พบว่าเกิดผลลัพธ์ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcome) จากความร่วมมือฯ ดังกล่าว ส่งผลให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงการบริการสาธารณสุขมากขึ้น หน่วยงานต่างๆ ได้ร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันก็มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้พิการในชุมชนด้วยการฝึกอบรมผู้ดูแลในชุมชน เพื่อคอยดูแลผู้ป่วยหรือผู้พิการอย่างใกล้ชิดและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในกรณีฉุกเฉิน และมีส่วนช่วยในการแบ่งปันทรัพยากร บุคลากร

งบประมาณ ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2) ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ มีความร่วมมือเพื่อพัฒนาอาชีพ โครงการจ้างงานผู้พิการของโรงพยาบาลในมาตรา 35 ทำให้ผู้พิการได้แสดงออกถึงศักยภาพของตนเองในการทำงาน และได้ช่วยเหลือสนับสนุนบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลซึ่งยังคงขาดแคลน ช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการจ้างงานและมีกำลังคนเพิ่ม ผู้พิการมีรายได้มาจุนเจือตนเองและครอบครัว ไม่เป็นภาระของครอบครัวและชุมชน 3) ผลลัพธ์ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้มีส่วนร่วมมองเห็นปัญหาของชุมชนได้กว้างขึ้น ไม่ใช่เฉพาะปัญหาด้านสาธารณสุข แต่รวมถึงปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่สามารถส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขของชุมชนในระยะยาวด้วย เช่น การแยกขยะ การลดปริมาณขยะ การลดการใช้สารเคมีเพื่อสิ่งแวดล้อมทางดินและน้ำที่ตื้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมรณรงค์เพื่อปลูกจิตสำนึกให้กับเยาวชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและ 4) ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้และการพัฒนาองค์ความรู้ เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านต่างๆ เช่น องค์ความรู้ในการทำการเกษตรอินทรีย์ และผลกระทบทางด้านสุขภาพจากการลดการใช้สารเคมีในการเกษตร การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ตลอดจนการเพิ่มโอกาสทางการศึกษาและพัฒนาทักษะทางอาชีพแก่คนในชุมชน เพื่อนำความรู้และทักษะที่ได้รับกลับมาช่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ตามกรอบแนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ที่มุ่งเน้นชุมชนหรือ community-oriented primary care (COPC) ซึ่งมีหลักการห้าข้อ ได้แก่ 1) การรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของกลุ่มประชากรที่เฉพาะเจาะจง 2) การดูแลสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3) การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการด้านสุขภาพเพื่อจัดโปรแกรมสุขภาพ 4) การจัดโปรแกรมสุขภาพที่บูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล และ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน⁽¹⁰⁾ โดยผลที่

ได้จากการวิจัยนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด COPC โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักการข้อที่ 5 เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งในอนาคตอาจนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์หรือการออกแบบโปรแกรมด้านสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของคนในชุมชน โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความมุ่งมั่นเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จ⁽¹¹⁾

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสะท้อนให้เห็นถึงการปรับระบบบริการสาธารณสุข (reorient health services) ซึ่งเน้นเรื่องการช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนเองได้ โดยกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงช่วยให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพของตัวเอง และเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่ว่าปัญหาทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมต้องแก้ไขด้วยวิธีการทางการแพทย์เท่านั้น⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ความร่วมมือฯ ควรอยู่บนพื้นฐานของความต้องการและปัญหาของชุมชน ซึ่งจะทำให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้วยความเต็มใจและกระทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ชุมชนอาจขาดต้นทุนบางอย่าง เช่น ความรู้ ทักษะ ทรัพยากร ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐและ/ภาคเอกชน ควรสนับสนุนการพัฒนาความรู้ ทักษะและทรัพยากรให้แก่ชุมชน เช่น การให้ความรู้และพัฒนาทักษะด้านเกษตรอินทรีย์ การอบรมให้ความรู้และทักษะด้านสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือนักบริหารชุมชน ซึ่งคัดเลือกจากประชาชนในชุมชนนั่นเอง

2. ควรพัฒนาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและทำความเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน

3. ควรพัฒนาทัศนคติของผู้นำในแต่ละภาคส่วนให้เห็นความสำคัญและประโยชน์จากการสร้างความร่วมมือ

ทุกภาคส่วนทั้งต่อตนเอง ชุมชนและองค์กร

4. ความร่วมมือที่มั่นคงและต่อเนื่องจากการที่แต่ละภาคส่วนต่างได้รับประโยชน์ (win-win benefit)

5. ควรใช้ประโยชน์จากการทำความร่วมมือในการเติมช่องว่างของระบบราชการ เพื่อให้การดำเนินงานต่างๆ สามารถกระทำได้อย่างรวดเร็ว คล่องตัวและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. นำรูปแบบความร่วมมือฯ มาเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอในการสนับสนุนด้านคน เงินและของในการจัดการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. ควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโดยใช้รูปแบบความร่วมมือฯ

ข้อจำกัดในการนำงานวิจัยไปประยุกต์ใช้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม คือเป็นพื้นที่ภาคอีสาน ชุมชนที่ทำการเกษตร ดังนั้นควรระมัดระวังในการนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบความร่วมมือที่เหมาะสมในพื้นที่ที่มีบริบทอื่น เช่น ชุมชนเมือง หรือในภาคอื่นๆ ของประเทศไทย เพื่อให้เห็นรูปแบบที่แตกต่างกัน

2. ควรนำโมเดลรูปแบบความร่วมมือฯ ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียง เพื่อทดสอบการใช้ได้จริงของรูปแบบความร่วมมือฯ นี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้สนับสนุนและมอบโอกาสให้ทีมวิจัยได้ศึกษาวิจัย ขอขอบคุณ นพ.ศิริชัย นามทรงสนีย์ รพร.กฤษณารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ นพ.ภักดี สืบบุญการณ และ นพ.สันต์

บุญเรือง รพร.ด่านซ้าย จ.เลย บุคลากรของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้พิการและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย และขอขอบคุณ ผศ.ดร.โสวริทธิ์ธรร จันทรแสงศรี คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อ.ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และ อ.รัชชัย ยืนยาว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ผู้ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Kidpun P. Aging society in Thailand. FDA Journal 2018;25(3):4-8. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/article/view/148372>. (in Thai)
2. Yambhai I, Kumluang S, Kumdee C, Youngkong S, Pilasant S, Werayingyong P, et al. Thailand future health system in 2033. JHSR 2016;10(3):201-14. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4555?locale-attribute=th>. (in Thai)
3. Sitthirungsan W. Hospitals has a loss - lack of liquidity? Solutions for sustainability. Matchon Online 2017. Available from: https://www.matichon.co.th/local/news_522908. (in Thai)
4. Siripanumas P, Naklampa B, Prompukdee B, Bunngamchairat A. Feasibility of public private partnerships in healthcare investment: lessons learned from Thailand. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen 2019;26(1):109-19. (in Thai)
5. Jensen J, editor. A review of public-private partnership activities in health system strengthening. In: Forum on Public-Private Partnerships for Global Health and Safety; Board on Global Health; Institute of Medicine; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The Role of Public-Private Partnerships in Health Systems Strengthening: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Jun 1. Appendix A. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK373286/>.
6. Sihombing LB, Santos AJ, Wibowo A. Public-private-people partnership as a new financing model for infrastructure development: a conceptual framework. Proceedings of the 7th Engineering International Conference on Education, Concept and Application on Green Technology (EIC 2018). P. 195-7. Available from: <https://www.scitepress.org/Papers/2018/90084/90084.pdf>. doi: 10.5220/0009008401950197.



7. Regulation of the Office of the Prime Minister on the Development of Quality of Life in Areas B.E. 2561 (2018). Royal Thai Government Gazette Volume 135, Section 54 Ngor (March 9, 2018). Available from: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF>. (in Thai)
8. United Nations Economic Commission for Europe. Working Party on Public-Private Partnerships (WP PPP). United Nations Economic Commission for Europe; 2018.
9. McFarlane K, Judd J, Devine S, Watt K. Reorientation of health services: enablers and barriers faced by organisations when increasing health promotion capacity. *Health Promot J Austr.* 2016 Aug;27(2):118-33. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1071/HE15078>.
10. Gofin J, Gofin R, Stimpson JP. Community-oriented primary care (COPC) and the affordable care act: an opportunity to meet the demands of an evolving health care system. *J Prim Care Community Health.* 2015 Apr;6(2):128-33. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150131914555908?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed.
11. Nevin JE, Gohel MM. Community-oriented primary care. *Prim Care.* 1996 Mar;23(1):1-15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454305702578?via%3Dihub>.
12. Reorienting health services. in *Health Promotion*, Vol. 1, No. 4. Oxford: Oxford University Press; 1987. p. 459-60. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/1/4/459/933988>.