

การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาล  
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ

อิทธิโรจน์ น้อยทิพย์

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

กลุ่มวิชาการบริหารทั่วไป

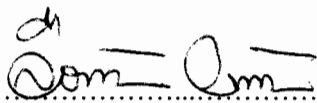
วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา

ธันวาคม 2558

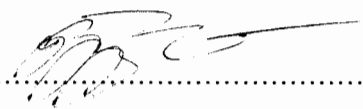
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ได้พิจารณางานนิพนธ์  
ของ อธิโรจน์ น้อยทิพย์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(อาจารย์ ดร.ลือชัย วงษ์ทอง)

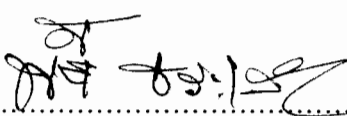
คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

  
.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน อินทชาติ)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.ลือชัย วงษ์ทอง)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรรณ)

วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจอนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
..... คณบดีวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชนี ธารเสนา)  
วันที่...16...เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ....2558.....

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง “การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัด ชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ” สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากการช่วยเหลืออนุเคราะห์ และให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีจาก ดร.ลือชัย วงษ์ทอง อาจารย์ที่ปรึกษาในการจัดทำงานนิพนธ์ครั้งนี้ ที่ท่านได้ให้คำแนะนำและตรวจแก้ไขปัญหา ในทุก ๆ ด้านของการทำงานนิพนธ์ ส่งผลให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้ศึกษาจึงขอกราบ ขอบพระคุณ อย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณาจารย์ อื่น ๆ ทุก ๆ ท่านที่กรุณาประสิทธิประสาทวิชา จนผู้วิจัยมีความรู้สามารถนำมาใช้ในการทำงาน นิพนธ์ครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีและ โรงพยาบาล ในสังกัดทุกแห่ง บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลสำคัญรวมทั้งความร่วมมืออย่างดียิ่งสำหรับการตอบ แบบสอบถาม

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ น้องสาว นางสาวชมพูนันทน์ ภาระวะ และเพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารทั่วไป และสาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนที่สำคัญตลอดมา จนกระทั่งงานนิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์

อธิโรจน์ น้อยทิพย์

57930186: กลุ่มวิชา: การบริหารทั่วไป; รป.ม. (การบริหารทั่วไป)

คำสำคัญ: นโยบาย/ ระบบสารสนเทศ/ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

อธิโรจน์ น้อยทิพย์: การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

จังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ

(IMPLEMENTATION OF THE POLICY ON INFORMATION TECHNOLOGY FOR

REFERRAL MANAGEMENT OF CHONBURI HOSPITALS UNDER MINISTRY OF PUBLIC

HEALTH) อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์: ลือชัย วงษ์ทอง, ป.ร.ค. 158 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การศึกษาเรื่อง เรื่อง “การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ” มีวัตถุประสงค์ ประการแรก เพื่อศึกษาการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ประการที่สอง เพื่อศึกษา ถึงความสัมพันธ์ ของการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ โดยจำแนกตามวัตถุประสงค์ ของนโยบาย, การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, บุคลากร, การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน และ การมีส่วนร่วม ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 72 คน สถิติที่ใช้ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\mu$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) และใช้การวิเคราะห์เชิงสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation coefficient)

ผลการศึกษา การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ปัจจุบันทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมาก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไป ในทิศทางเดียวกันและมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ข้อเสนอแนะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ควรมีแนวนโยบายที่ชัดเจนในดำเนินการ เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง รวมไปถึงบูรณาการการใช้ประโยชน์ จากการพัฒนาสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ไม่ว่าจะเป็นด้านการเชื่อมโยงข้อมูล บริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อวางแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ เป็นต้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดการใช้ประโยชน์จากระบบที่พัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม อันจะ ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในระยะยาว

57930186: MAJOR: GENERAL ADMINISTRATION; M.P.A.

(GENERAL ADMINISTRATION)

KEYWORDS: POLICY/ INFORMATION TECHNOLOGY/ HOSPITALS UNDER  
CHONBURI PUBLIC HEALTH OFFICE

ATHIROT NOITHIP: IMPLEMENTATION OF THE POLICY ON INFORMATION  
TECHNOLOGY FOR REFERRAL MANAGEMENT OF CHONBURI HOSPITALS UNDER  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, ADVISOR: LUECHAI WONGTHONG, Ph.D. 158 P. 2015.

This study aimed to identify the implementation of the policy on information technology for referral management of Chonburi Hospitals under Ministry of Public Health, and to identify its correlation to the policy objectives, implementation, personnel, mission identification, task assignment, and involvement. The sample consisted of 72 employees responsible for the referral management, and the statistics used for data analysis were percentage, mean ( $\mu$ ), standard deviation ( $\sigma$ ), and correlation coefficient.

The study revealed a high level of the policy implementation and a high level of positive correlation with each individual aspect.

The recommendations for Chonburi Public Health Office as derived from the study were: concrete work policy, opportunity for personnel to be involved in direction planning, integration of the use of the information technology development to share information between relevant hospital units for referral management, data development for health care service system. These suggestions aimed to promote sustainable and concrete use of the information technology system for referral management.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ทฤษฎีนโยบายสาธารณะ.....	8
ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ.....	29
ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560....	48
ข้อมูลทั่วไปสถานการณ์สุขภาพและการบริหารจัดการบริการสุขภาพที่ 6.....	50
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	104
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	107
วิธีการวิจัย.....	107
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	108
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	108
การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	109
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	110
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล.....	110
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	110

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
เกณฑ์การวิเคราะห์.....	111
เกณฑ์การแปลผล.....	112
4 ผลการวิจัย.....	113
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป.....	113
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่ง ต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชลบุรีไปปฏิบัติ.....	115
ตอนที่ 3 การบรรจุแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการเขตบริการสุขภาพ ที่ 6.....	125
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบาย พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของ โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ.....	133
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	138
สรุปผลการวิจัย.....	139
อภิปรายผล.....	142
ข้อเสนอแนะ.....	144
บรรณานุกรม.....	148
ภาคผนวก.....	150
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	158

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนประชากรตามกลุ่มวัยต่าง ๆ จำแนกตามรายจังหวัด..... 52
2	จำนวนประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพ จำแนกตามรายจังหวัด..... 52
3	จำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลในสังกัด สป. นอกสังกัด สป. และโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามรายจังหวัด..... 53
4	จำนวนสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนเขตบริการสุขภาพที่ 6 จำแนกตามรายจังหวัด... 54
5	จำนวนประชากร จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และจำนวนเตียง จำแนกรายจังหวัด... 55
6	จำนวนแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลในสังกัดสธ. โรงพยาบาลนอกสังกัดสธ. และโรงพยาบาลเอกชน..... 55
7	ปัญหาสาธารณสุขของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2557 จำแนกรายจังหวัด..... 56
8	จำนวนและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2556 จำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิต..... 58
9	จำนวนระดับของสถานบริการของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2557 จำแนกตาม รายจังหวัด..... 59
10	การแบ่งระดับความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ จำแนกตาม ประเภทความเชี่ยวชาญ..... 59
11	รายชื่อโรงพยาบาล จำแนกตามรายจังหวัดและระดับบริการ..... 60
12	งานพัฒนายุทธศาสตร์ เขตบริการสุขภาพที่ 6 จำแนกตามจังหวัด Focal point ปีงบประมาณ 2557..... 68
13	การจัดระบบบริการ (Service delivery) เชื่อมโยงบริการในทุกกระดับ จำแนกตาม สาขาบริการ และกลุ่มวัย..... 84
14	ผลการดำเนินงานรับ-ส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม ThaiRefer ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี ซึ่งโรคที่มีการส่งต่อมากที่สุด 10 อันดับแรก..... 95
15	โรคที่มีการส่งต่อมากที่สุด 10 อันดับแรก..... 96
16	ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ค่าความถี่ และค่าร้อยละ..... 114



## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
17 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์.....	115
18 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน.....	118
19 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ด้านบุคลากร.....	120
20 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ด้านการมีส่วนร่วม.....	122
21 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติด้านปัจจัยภาพรวม.....	124
22 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียง.....	125
23 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป้าประสงค์ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า.....	126

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
24	จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับการบรรลุเป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป้าประสงค์ การลงทุน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม..... 128
25	จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับการบรรลุเป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป้าประสงค์ ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และปลอดภัย..... 129
26	จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับการบรรลุเป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป้าประสงค์ ภาาีเครือข่าย และเครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีส่วนรับผิดชอบ ในระบบสุขภาพ..... 130
27	ผลการศึกษากการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการ สุขภาพที่ 6 ในภาพรวม..... 132
28	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ และการนำ นโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ..... 134
29	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน และการนำ นโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ..... 135
30	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลากรและการนำนโยบายพัฒนาระบบ สารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ..... 136
31	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม และการนำนโยบายพัฒนาระบบ สารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ..... 137

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2 กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ.....	17
3 กระบวนการของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ.....	23
4 หลักทฤษฎีของการศึกษาการนำนโยบายปฏิบัติ.....	25
5 ความสัมพันธ์ระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติและขั้นตอนอื่น ๆ ในกระบวนการ ของนโยบาย.....	33
6 ศาสตร์การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะปัญหาด้านความร่วมมือและการยอมรับของ ผู้ปฏิบัติงาน.....	38
7 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ยึดหลักเหตุผล.....	42
8 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เน้นด้านการจัดการ.....	43
9 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เน้นด้านการพัฒนาองค์กร.....	44
10 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เน้นด้านกระบวนการของระบบราชการ.....	45
11 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เน้นด้านการเมือง.....	46
12 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เน้นการบูรณาการหรือตัวแบบทั่วไป.....	47
13 กรอบแนวคิดการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560.....	50
14 จังหวัดในเขตพื้นที่ เขตบริการสุขภาพที่ 6.....	51
15 โครงสร้างปิรามิดประชากร เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2556.....	51
16 ระบบการส่งต่อ ภายในจังหวัดต่าง ๆ ของเขตบริการสุขภาพที่ 6.....	63
17 ระบบการส่งต่อระหว่างจังหวัดภายในเขตบริการสุขภาพที่ 6.....	63
18 โรคที่มีการส่งต่อนอกเขตบริการสูง 10 อันดับแรก ปี 2556.....	64
19 จำนวนผู้ป่วยที่มีการส่งต่อนอกเขตบริการ จำแนกตามรายจังหวัด ปี 2556.....	65
20 โครงสร้างระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6.....	67
21 ขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6.....	70
22 ความเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2558-2560.....	81
23 กรอบ Six plus building blocks.....	83

## สารบัญญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
24 การจัดระบบรับ-ส่งต่อจังหวัดชลบุรี ปี 2558.....	91
25 หน้าจอทะเบียนผู้ป่วยรับส่งต่อหรือรับส่งกลับจากโรงพยาบาลอื่น.....	102
26 หน้าจอทะเบียนผู้ป่วยส่งต่อหรือส่งกลับไปโรงพยาบาลอื่น.....	102
27 หน้าบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย.....	103
28 ตัวอย่างใบส่งต่อผู้ป่วย.....	103

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เขตบริการสุขภาพที่ 6 รับผิดชอบให้บริการในพื้นที่ 8 จังหวัด ครอบคลุมประชากร 5,758,784 คน จากบริบทพื้นที่หลายจังหวัดมีการเจริญเติบโตด้านอุตสาหกรรมมากกว่าด้านการเกษตร โดยเฉพาะอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ทางภาคตะวันออก ก่อเกิดปัญหามลพิษด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรงบ่อยครั้ง มีเขตพื้นที่ติดต่อชายแดนฝั่งกัมพูชา 3 จังหวัด เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรทั้งชาวไทยและต่างชาติเข้า-ออกในพื้นที่สูง ทำให้มีประชากรแฝงเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรตามทะเบียนราษฎร นอกจากนี้ ยังมีพื้นที่ติดปริมณฑล ทำให้หลายจังหวัดในเขตสามารถเดินทางเข้าสู่กรุงเทพฯ ได้สะดวก รวดเร็ว โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในพื้นที่ที่สำคัญ ได้แก่ โรคมาลาเรีย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอุบัติเหตุจราจร นอกจากนี้ยังพบการระบาดของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ Acute diarrhea pneumonia และ DHF เขตบริการสุขภาพ ๑ จึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ประชาชนในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 6 มีสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่นคง ภายในปี 2565” โดยมีนโยบายมุ่งให้เกิดการพัฒนาตามทิศทาง “One province one hospital และ One region one business” โดยใช้ Service plan เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการร่วม การจัดบริการร่วม ตลอดจนวางแผนการลดต้นทุนค่าใช้จ่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการหนุนเสริมเกื้อกูลกันทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต สามารถประกันคุณภาพการให้บริการในทุกระดับได้ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และส่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีต่อประชาชนภายในเขตได้

การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ได้มีการจัดตั้ง คณะกรรมการ/ คณะทำงานพัฒนาระบบบริการระดับเขต และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการระดับจังหวัด เป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการแบ่งระบบบริการเป็น 10 สาขา และในปี พ.ศ. 2557 มีการปรับแยก สาขาบริการที่อยู่รวมกันออกเป็น 16 สาขา เพื่อความสะดวกในการกำหนดเป้าหมาย กำหนดทิศทางการพัฒนางาน และผลักดันให้เกิดการประสานขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานของแต่ละสาขา มีการสร้างเครือข่ายบริการเพื่อแก้ไขปัญหาความแออัด และเพิ่มการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน พัฒนาระบบส่งต่อ ทั้งภายในระดับจังหวัดและระดับเขตที่เชื่อมโยงกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการส่งต่อนอกเขตบริการ

ผลการพัฒนาระบบบริการ ในภาพรวมมีการพัฒนาและเกิดขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดบริการร่วม การบริหารทรัพยากรร่วม เกิดนวัตกรรม และคุณภาพ

การบริการที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชนชัดเจน อย่างไรก็ตาม การให้บริการของโรงพยาบาลที่มีการยกระดับ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ยังให้บริการผู้ป่วยได้ไม่เต็มศักยภาพ เนื่องจากขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่จำเป็นหลายสาขา ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นยังไม่เพียงพอ ทำให้มีการส่งต่อทั้งในเขตและนอกเขตบริการ โรคที่พบว่ายังมีการส่งต่อนอกเขตสูง เป็นโรคที่เกินศักยภาพ และยังไม่สามารถรองรับบริการภายในเขตได้ทั้งหมด เช่น Cadiac cath, Angiogram, Ratinal procedure, Malignancy with radio therapy จังหวัดที่มีการส่งต่อนอกเขตสูงสุด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ รองลงมา เป็นจังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดฉะเชิงเทรา (เขตสุขภาพที่ 6, 2558, หน้า 1-2)

โดยระบบที่เป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6 นั่นก็คือ ระบบส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วย ซึ่งจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ก็ได้มีการพัฒนาระบบส่งต่อ-ส่งกลับ ตาม Service plan ทั้งภายในจังหวัดและระหว่างจังหวัดในเขตบริการ รวมถึงยังได้มีการขยายการใช้โปรแกรมการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย Thai refer ที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลลำปาง ซึ่งเริ่มแรกมีการใช้งานอยู่แล้วใน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดระยอง จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดตราด พบว่า ช่วยแก้ไขปัญหาการส่งต่อที่ไม่เหมาะสมและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น จึงได้มีการขยายต่อให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขตบริการในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 ซึ่งในการดำเนินการช่วงแรกยังประสบปัญหาความเชื่อมโยงข้อมูลกับโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลที่ไม่ใช้โปรแกรม Hos-XP ข้อมูลที่ส่งและรับยังไม่ตรงกัน ข้อมูลบางส่วนสูญหายและยังขาดผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ ต้องประสานผู้พัฒนาโปรแกรมจากจังหวัดลำปางเท่านั้นในการแก้ไขปัญหา ถึงจะพบอุปสรรคในการพัฒนาช่วงแรก การพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างเครือข่ายในระบบบริการ และการพัฒนาระบบส่งต่อให้เป็นรูปแบบเดียวกัน (Thai refer) ก็เป็นหนึ่งในจุดแข็งในด้านระบบของเขตบริการสุขภาพที่ 6 จากการวิเคราะห์จุดแข็งตามแบบจำลอง 7'S ของ McKinsey ทั้ง 7 ด้าน (เขตสุขภาพที่ 6, 2558, หน้า 28) อีกทั้งการพัฒนา Thai refer นี้ยังตอบสนองต่อการพัฒนาตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ เป้าประสงค์ 1.2 ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า ซึ่งมี กลยุทธ์ 1. พัฒนากลไกการจัดเก็บ รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละสาขา และให้มีการนำข้อมูลมาใช้วางแผนพัฒนาอย่างมีทิศทาง 2. พัฒนา ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เอื้อต่อการจัดการบริการสุขภาพ 3. สร้างกลไกการสื่อสารข้อมูลย้อนกลับ การสื่อสารความเสี่ยง ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และประเด็นยุทธศาสตร์ 3 พัฒนา การจัดระบบบริการแบบบูรณาการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและปลอดภัย เป้าประสงค์ 3.1 ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุมและปลอดภัยที่มีกลยุทธ์ 1) พัฒนาคูณภาพการจั้บริการที่เชื่อมต่อ ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และ

ฟื้นฟูสภาพให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม 2) พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อที่เชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ทั้งในและนอกเขตบริการ/ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลแม่ข่ายมีความพร้อมให้บริการ สามารถลด การส่งต่อเข้า รพศ./ รพท. ได้ จากประโยชน์ที่เห็นได้ชัดของการพัฒนาโปรแกรมการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วย Thai refer นพ.วิศิษฐ์ ตั้งนภากร ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 6 จึงได้มีนโยบายให้ทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 พัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thai refer โดยมุ่งหวังให้เกิดการเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ ทั้งด้านการประสาน บริการ และข้อมูล ของระบบรับ-ส่งต่อภายในเขตบริการสุขภาพที่ 6

จากนโยบายพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thai refer ของเขตสุขภาพที่ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ในฐานะหน่วยบริหารโรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี จึงได้นำนโยบายดังกล่าวมาแปลงสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดเป็น นโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี มีการจัดทำและดำเนินโครงการ พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2558 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) กำหนดผู้รับผิดชอบงานประสานงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและบทบาทหน้าที่ 2) เพื่อหน่วยบริการ ในจังหวัดชลบุรีได้รับทราบนโยบายแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการรับ-ส่ง ต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีด้วยโปรแกรม Thai refer 3) เพื่อหน่วยบริการดำเนินงานร่วมกันเป็นเครือข่าย การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดชลบุรี 4) เพื่อให้เกิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ดำเนินงานระบบส่งต่อและรับกลับระหว่างหน่วยบริการ และเครือข่าย 5) จัดทำระบบรายงานการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วยของหน่วยบริการในเครือข่าย การลงพื้นที่ติดตามประเมินผลในหน่วยบริการ การขยายการติดตั้ง โปรแกรม Thai refer ลงสู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายในจังหวัดชลบุรี ทั้ง 120 แห่ง สร้างความร่วมมือกับหน่วย บริการนอกสังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี โดยมีตัวชี้วัดการดำเนินการ คือ 1) โรงพยาบาลชุมชน มีการใช้โปรแกรม Thai refer ส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลชลบุรี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวน ผู้ป่วยทั้งหมดที่ส่งต่อจริงเข้าโรงพยาบาลชลบุรี 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด ๑ ทั้งหมดมีการติดตั้ง โปรแกรม Thai refer ซึ่งผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ 2 พบว่า โรงพยาบาล ชุมชนมีการใช้โปรแกรม Thai refer อยู่ที่ร้อยละ 61.18 และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัด ๑ ทั้งหมด มีการติดตั้ง โปรแกรม Thai refer ร้อยละ 100 ส่งผลให้การดำเนินการ Thai refer ของจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2558 ประสบผลสำเร็จตามตัวชี้วัด

ถึงแม้จะประสบความสำเร็จในปีงบประมาณ 2558 แต่ยังคงพบว่า มีข้อจำกัดบางประการ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามนโยบายนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ไปปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยทราบถึงผลของการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติว่าอยู่ในระดับใด ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและล้มเหลว ปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีให้บังเกิดประสิทธิผลที่ดีในอนาคต

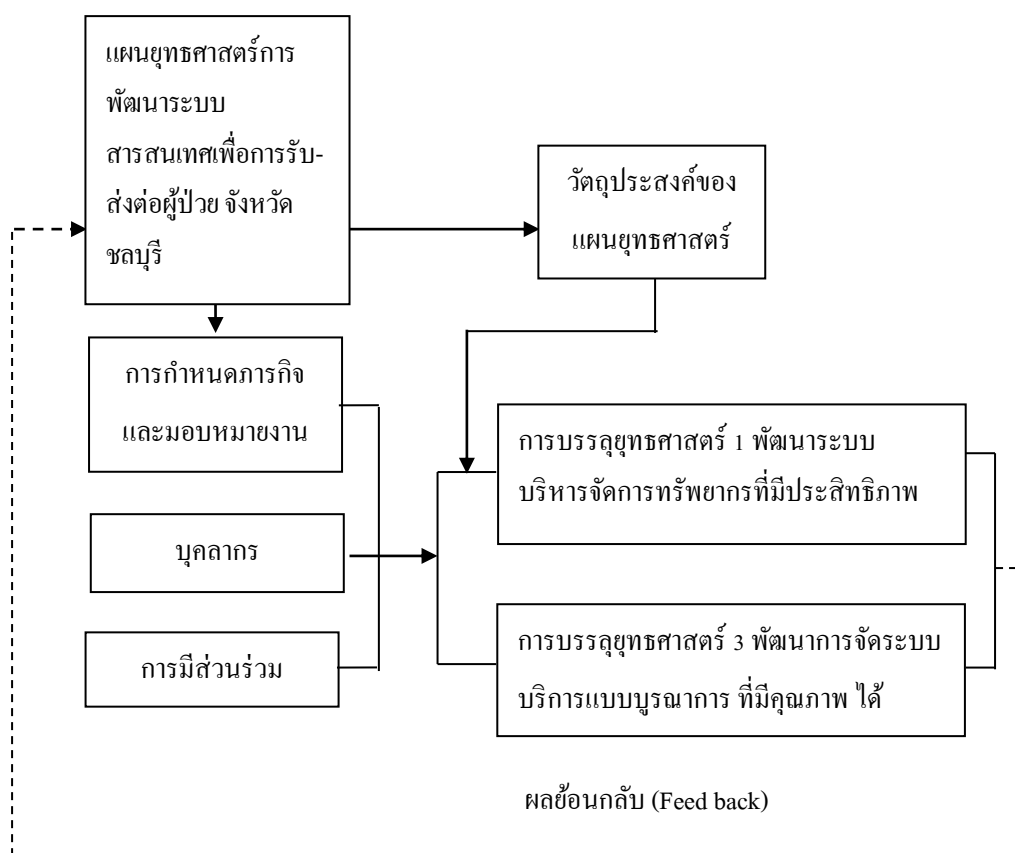
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ
2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ โดยจำแนกตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย, การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, บุคลากร, การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน และการมีส่วนร่วม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติของวรเดช จันทรศร (2554) มาใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย คือ ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล ตัวแบบทางด้านการจัดการ และตัวแบบการพัฒนางานองค์กร สำหรับใช้เป็นแนวทางในการนำมากำหนดตัวแปร เพื่อใช้ในการศึกษาการนำนโยบาย พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงผลของการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ
2. ทราบถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ
3. ทราบถึงแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้นต่อไป
4. เป็นข้อมูลสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีในการนำไปพัฒนาปรับปรุงแก้ไขในเรื่องพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติต่อไป

## ขอบเขตของการวิจัย

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** การวิจัยนี้มุ่งศึกษาถึงการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ของนโยบาย, การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, บุคลากร, การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน และการมีส่วนร่วม

**ขอบเขตด้านพื้นที่** ในการวิจัยครั้งนี้ ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ บุคลากรผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งประกอบไปด้วยโรงพยาบาลจำนวน 12 โรงพยาบาล ได้แก่ 1) โรงพยาบาลชลบุรี 2) โรงพยาบาลบ้านบึง 3) โรงพยาบาลหนองใหญ่ 4) โรงพยาบาลบางละมุง 5) โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม 6) โรงพยาบาลพานทอง 7) โรงพยาบาลพนัสนิคม 8) โรงพยาบาลแหลมฉบัง 9) โรงพยาบาลเกาะสีชัง 10) โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 11) โรงพยาบาลบ่อทอง และ 12) โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โดยแบ่งออกเป็น 1) หัวหน้าศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย 2) ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยนอก 3) ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน 4) ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน 5) ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยห้องคลอด 6) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลละ 6 คน รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 72 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2558)

**ขอบเขตด้านระยะเวลา** ในการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 โดยเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558

## นิยามศัพท์เฉพาะ

การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดการกระตุ้นให้ทรัพยากรทางการบริหารทั้งหมดปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายของนโยบายที่กำหนดไว้

การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ หมายถึง การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยในการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ให้ประสบความสำเร็จและสามารถบรรลุถึงซึ่งวัตถุประสงค์ของนโยบาย

ระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง ระบบการจัดการส่งตัวผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งก็คือโรงพยาบาล ทั้งจากโรงพยาบาลในระดับเดียวกันและระดับต่างกัน โดยมีจุดประสงค์เพื่อส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อหรือส่งตัวผู้ป่วยกลับไปพักฟื้น

Thai refer หมายถึง ระบบสารสนเทศในการรับส่งต่อผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การรับส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว สะดวกต่อการใช้งาน เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาโดยโรงพยาบาลลำปาง

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี หมายถึง โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลหนองใหญ่ โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลแหลมฉบัง โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 โรงพยาบาลบ่อทอง และโรงพยาบาลเกาะจันทร์

บุคลากร หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องในการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ในรูปแบบของแผนงาน โครงการ และกิจกรรม

งบประมาณ หมายถึง งบประมาณที่บริหารจัดการเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี

สถานที่ หมายถึง อาคารหรือพื้นที่สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และระบบการจัดการสำหรับการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี

การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน หมายถึง การมอบหมายงาน การกำหนดมาตรฐานการทำงาน การแบ่งงาน และการกำหนดภารกิจตามความรับผิดชอบที่โรงพยาบาลได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ควบคุมดูแลแผนงาน โครงการ กิจกรรม

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ” ผู้วิจัยได้ศึกษาได้ค้นคว้า รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยจัดลำดับเนื้อหา ดังนี้

1. ทฤษฎีนโยบายสาธารณะ
2. ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ
3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560
4. ข้อมูลทั่วไปสถานการณ์สุขภาพและการบริหารจัดการบริการสุขภาพที่ 6
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ทฤษฎีนโยบายสาธารณะ

ความหมายนโยบายสาธารณะ (สัมฤทธิ์ ชศสมศักดิ์, 2555, หน้า 114-16)

นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางกิจกรรม การกระทำ หรือการเลือกตัดสินใจของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลได้ทำการตัดสินใจและกำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อชี้ให้มีกิจกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยมีการวางแผนการจัดทำโครงการ วิธีการบริหารหรือกระบวนการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และความต้องการของประชาชน

นโยบายสาธารณะของรัฐเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นจุดมุ่งหมายของรัฐ รวมทั้งแนวคิดของรัฐบาลและผู้กำหนดนโยบายนั้น ๆ กุลธร ชนพงษ์ (2539, หน้า 9 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ชศสมศักดิ์, 2555, หน้า 16) ได้ให้ความหมายนโยบายสาธารณะไว้ว่า นโยบายสาธารณะน่าจะมีความหมายแนวทางกว้าง ๆ ที่รัฐบาล (ทุกระดับ) ของประเทศหนึ่ง ๆ ได้กำหนดขึ้นเป็นโครงการ แผนงาน หรือกำหนดการเอาไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นหนทางชี้แจงให้มีการกระทำต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามมา เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2539, หน้า 3-4 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ชศสมศักดิ์, 2555, หน้า 115)

ได้ให้คำนิยามว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง นโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นโดยรัฐบาล ซึ่งอาจจะเป็น

องค์กรหรือตัวบุคคลที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงตามกฎหมายภายใต้ระบบการเมืองนั้น ๆ ทั้งนี้ นโยบายสาธารณะจะครอบคลุมตั้งแต่สิ่งที่รัฐบาลตั้งใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ การตัดสินใจของรัฐบาลในการแบ่งทรัพยากรหรือคุณค่าต่าง ๆ ในสังคม กิจกรรม หรือการกระทำต่าง ๆ ของรัฐบาล อันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นติดตามมาจากการดำเนินงานของรัฐบาล

ถวัลย์ วรเทพพิพิงษ์ (2541, หน้า 3-10 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์, 2555, หน้า 15) ได้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะไว้ นโยบายสาธารณะเป็นแนวทางปฏิบัติของรัฐบาล ซึ่งกำหนดวัตถุประสงค์แน่นอน ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง คือ เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบัน เพื่อป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงปัญหาในอนาคตและก่อให้เกิดผลที่พึงปรารถนา รัฐบาลมีความจริงใจและจริงจังที่จะน่านโยบายไปปฏิบัติ และนโยบายอาจเป็นบวกหรือเป็นลบ หรืออาจเป็นการกระทำหรืองดเว้นการกระทำก็ได้

Dye (1981 อ้างถึงใน สุภชัย ยาวะประภาส, 2545, หน้า 2) ได้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะ หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่ทำ

Sharkansky (1970 อ้างถึงใน สุภชัย ยาวะประภาส, 2545, หน้า 2) ได้ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่รัฐบาลจัดทำขึ้น เช่น บริการสาธารณะ การควบคุมกิจกรรมของธุรกิจ เอกชน และกิจกรรมทางการเมืองต่าง ๆ

Easton (1960 อ้างถึงใน สุภชัย ยาวะประภาส, 2543, หน้า 2) นโยบายสาธารณะ คือ การจัดสรรผลประโยชน์ หรือสิ่งที่มีคุณค่าระหว่างปัจเจกชน และกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ในระบบสังคมการเมือง

Anderson (1975 อ้างถึงใน สุภชัย ยาวะประภาส, 2543, หน้า 3) นิยามว่า นโยบายสาธารณะ คือ แนวทางปฏิบัติซึ่งกำหนดวัตถุประสงค์แน่นอน เพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลจัดการกับปัญหา หรือเรื่องที่อยู่ในความสนใจ

Friedrich (1963 อ้างถึงใน สุภชัย ยาวะประภาส, 2543, หน้า 3) นิยามว่า นโยบาย คือ ข้อเสนอสำหรับแนวทางการดำเนินงานของบุคคลกลุ่มบุคคล หรือรัฐบาลในสภาพแวดล้อมแบบหนึ่ง ซึ่งจะมีทั้งอุปสรรคและโอกาสบางประการด้วยอุปสรรคหรือโอกาสที่พึงมีนั่นเองที่มีการผลักดันให้มีการเสนอนโยบายขึ้นมา เพื่อใช้ประโยชน์และเอาชนะสภาพการณ์เช่นนั้น ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายอย่างหนึ่งอย่างใด

สุภชัย ยาวะประภาส (2554, หน้า 4-5) ได้อธิบายความหมายของนโยบายสาธารณะว่าเป็นแนวทางดำเนินกิจกรรมของรัฐบาล ซึ่งรวมทั้งกิจกรรมที่ผ่านไปในอดีต กิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน และกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำว่า “แนวทางดำเนินกิจกรรม” และ “กิจกรรมของรัฐ” ดังนี้ “แนวทางดำเนินกิจกรรม” ในทางปฏิบัติก็

คือ ทางเลือกที่รัฐบาลได้กำหนดขึ้น เพื่อแก้ปัญหาบรรเทาปัญหา และ/ หรือป้องกันปัญหาต่าง ๆ ตามภาระหน้าที่ของรัฐบาล ทางเลือกนี้จะมีความชัดเจนเฉพาะเจาะจงนโยบายระดับล่าง ซึ่งจะต้องสอดคล้องและสนับสนุน โดยนโยบายระดับสูงจะมีความชัดเจน และเฉพาะเจาะจงมากขึ้นเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับผู้กำหนดทางเลือกและระดับความซับซ้อนของปัญหา โดยทั่วไปนโยบายระดับล่าง ซึ่งเป็นลำดับขณะเดียวกันความครอบคลุมจะแคบเข้าเป็นเฉพาะเรื่องหนึ่ง ๆ โดยนัยนั้น นโยบายระดับล่างจึงจะมีลักษณะเป็นแผนหรือโครงการภายใต้ นโยบายระดับสูงนั่นเอง

ส่วนคำว่า “กิจกรรมของรัฐ” หมายความว่า กิจกรรมนี้จะเกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อสาธารณชนมากบ้างน้อยบ้างสุดแล้วแต่ลักษณะของกิจกรรม นอกจากนี้ยังมีความหมายเป็นนัยว่าเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการหรือควบคุมดูแลองค์กรของรัฐ เพื่อประโยชน์สูงสุดของสาธารณะชน เป็นสำคัญ องค์กรของรัฐนั้น หมายถึง หน่วยงานระดับกระทรวง ทบวง กรม รัฐวิสาหกิจต่าง ๆ ไปจนถึงกอง งาน แผนแผนกต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่เป็นฝ่ายปฏิบัติในการกำหนดแนวทางการดำเนินกิจกรรมของรัฐและการนำไปปฏิบัตินั้น องค์กรของรัฐที่รับผิดชอบหรือเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย อาจมีมากกว่าหนึ่งองค์กรก็ได้

แนวทางการดำเนินกิจกรรมของรัฐหรือนโยบายสาธารณะนั้น สามารถศึกษาได้จากแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาการกระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ แผนเฉพาะด้าน เช่น แผนพัฒนาสตรี แผนพัฒนาชุมชน แผนพัฒนาเยาวชน นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาได้จากมติคณะรัฐมนตรี พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา และพระราชบัญญัติต่าง ๆ เอกสารขึ้นต้น จะชี้ให้เห็นแนวทางที่รัฐปรารถนาจะดำเนินการแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแนวทางกว้าง ๆ ที่แสดงภาพรวมทั้งหมด แผนพัฒนาการกระทรวง ทบวง กรม จะมีความชัดเจนและเฉพาะเจาะจง รวมทั้งมีรายละเอียดมากยิ่งขึ้น แผนพัฒนาเฉพาะด้านจะให้รายละเอียดในด้านเฉพาะนั้น ส่วนมติคณะรัฐมนตรีและกฎหมายต่าง ๆ จะสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางดำเนินงานในรายละเอียดมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม แนวทางการดำเนินการของรัฐจำนวนหนึ่งอาจไม่มีประกาศเป็นรายลักษณ์อักษร/ หรือบันทึกไว้เป็นเอกสารชัดเจน แต่เป็นแนวทางที่ผู้บริหารยึดถือปฏิบัติ สม่ำเสมอตลอดกาลก็จัดว่าเป็นนโยบายสาธารณะเช่นเดียวกัน

**การศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย** (ศิริพงศ์ ลดาวัลย์ ฦ อยุธยา, 2551, หน้า 266-271)

นักวิชาการที่มีความสนใจศึกษาเรื่อง นโยบายสาธารณะต่าง ๆ จะพยายามที่จะเสนอรูปแบบของการกำหนดนโยบายสาธารณะขึ้นมาในรูปแบบที่แตกต่างกันไป ต่อมาจึงมีนักวิชาการที่ท่านพยายามจะรวบรวมแนวคิดของนักวิชาการที่ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับรูปแบบของการกำหนดนโยบายสาธารณะขึ้นมาไว้อย่างเป็นระบบ นักวิชาการท่านนี้ คือ Dye (1981 อ้างถึงใน ศิริพงศ์ ลดาวัลย์ ฦ อยุธยา, 2551) โดยท่านได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบของการกำหนดนโยบาย

ที่สำคัญ ๆ ไว้ 7 รูปแบบ โดยในแต่ละรูปแบบพยายามที่จะหาคำตอบว่า ใครคือผู้ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และในการกำหนดนโยบายสาธารณะจะต้องอาศัยหลักเกณฑ์ อะไรบ้าง ดังกล่าวดังต่อไปนี้

### 1. รูปแบบสถาบัน (Institutionalism)

นักวิชาการกลุ่มนี้มีแนวคิดว่าการกำหนดนโยบายสาธารณะเป็นกิจกรรมของสถาบันของรัฐ นั่นคือสถาบันของรัฐและองค์กรต่าง ๆ ของรัฐ เช่น คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม ศาล รัฐสภา องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น จะเป็นผู้ตัดสินใจในนโยบาย คือ เป็นทั้งผู้กำหนดนโยบายและนำเอานโยบายไปปฏิบัติในสังคม ดังนั้น นโยบายสาธารณะที่กำหนดโดยสถาบันและองค์กรต่าง ๆ ของรัฐ มีลักษณะที่สำคัญ คือ

1.1 เป็นนโยบายที่มีความชอบธรรม คือ มีผลใช้บังคับได้ตามกฎหมายประชาชนทุกคนต้องปฏิบัติตาม ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามถือว่าเป็นการละเมิดต่อกฎหมายอาชญากรรมได้

1.2 นโยบายที่กำหนดโดยสถาบันและองค์กรของรัฐยังมีลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ สามารถนำไปใช้บังคับได้ทั่วไป เช่น นโยบายภาษีประเภทต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ภาษีเงินได้นิติบุคคล ภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีการค้า ภาษีศุลกากร ภาษีที่ดิน เมื่อรัฐได้กำหนดขึ้นมาเป็นนโยบายแล้วก็สามารถนำไปใช้บังคับได้กับบุคคล ประชาชนทุกคนเป็นการทั่วไปโดยไม่มีข้อยกเว้น

1.3 ลักษณะประการสุดท้ายของนโยบายสาธารณะที่กำหนดโดยสถาบันและองค์กรของรัฐ คือ มีลักษณะของการผูกขาดการบังคับใช้ คือ เฉพาะสถาบันหรือองค์กรของรัฐเท่านั้นที่มีความชอบธรรมที่จะนำไปบังคับใช้และวินิจฉัยลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนไม่กระทำตามได้ การศึกษานโยบายในเชิงสถาบันนี้ จึงเป็นการวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถาบันและองค์กรต่าง ๆ ของรัฐ รวมถึงจนถึงการวิเคราะห์ถึงกระบวนการ ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างสถาบันรัฐมีผลต่อรูปร่างหน้าตาของนโยบายสาธารณะที่ออกมาว่า นโยบายเหล่านั้นเอื้อต่อผลประโยชน์กับคนบางกลุ่มหรือทำให้บางกลุ่มต้องเสียประโยชน์ได้ ดังเช่น นโยบายการกระจายอุตสาหกรรมไปสู่ภูมิภาคของรัฐบาล เราอาจจะตั้งคำถามว่าใครได้ประโยชน์เสียประโยชน์อย่างไร

โดยสรุป รูปแบบสถาบันเสนอความคิดว่าการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ ตลอดจนการบังคับนโยบาย มีศูนย์กลางอยู่ที่สถาบันและองค์กรต่าง ๆ ของรัฐนั่นเอง

### 2. รูปแบบกระบวนการ (Process)

การศึกษานโยบายสาธารณะที่เป็นกระบวนการนี้ให้ความสนใจต่อการศึกษาดังกระบวนการโครงสร้าง และพฤติกรรมทางการเมืองว่า มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับนโยบายสาธารณะอย่างไรบ้าง จากผลการศึกษาค้นคว้าของนักวิชาการกลุ่มนี้ ทำให้มีการเสนอถึงตัวแบบการกำหนดนโยบาย

ที่เป็นกระบวนการขึ้นมา โดยตัวแบบนี้เสนอแนวคิดที่ว่า แท้ที่จริงแล้วนโยบายสาธารณะเป็นเรื่องของกิจกรรมทางการเมืองที่มีลักษณะของการก่อตัวอย่างเป็นขั้นตอนในลักษณะที่เป็นกระบวนการคือเริ่มจาก

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นของการกำหนดปัญหา (Identifying problems) ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นที่กลุ่มต่าง ๆ ในสังคมมีการเรียกร้องให้รัฐบาลดำเนินการหรือจัดการแก้ไขปัญหาเรื่องหนึ่งให้

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นเสนอแนะนโยบาย (Formulating policies proposals) ในขั้นตอนนี้จะมีการพัฒนาข้อเสนอแนะต่าง ๆ ขึ้นมาให้ความชัดเจนมากขึ้น โดยมีการศึกษาหาข้อมูลรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจในนโยบาย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการให้ความชอบธรรมในนโยบาย (Legitimizing policies) ขั้นตอนนี้จะมีการพิจารณาการคัดเลือกข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำมากำหนดเป็นนโยบายอย่างเป็นทางการขึ้นมา โดยมีการสร้างฐานการสนับสนุนทางการเมือง เพื่อให้นโยบายได้รับการสนับสนุนและมีอำนาจใช้บังคับได้ดังเช่นกฎหมาย

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นประเมินผลนโยบาย (Evaluating policies) ในขั้นตอนนี้จะมีการศึกษาถึงโครงการต่าง ๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นและมีการนำไปปฏิบัติจัดทำแล้ว โดยมีการรายงานผลการดำเนินงานของรัฐบาลที่ผ่านมา มีการประเมินผลโครงการที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายและที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในสังคม มีการเสนอให้มีการเปรียบเทียบปรับปรุงโครงการต่าง ๆ ให้เหมาะสมด้วย

โดยสรุป การศึกษานโยบายสาธารณะตามรูปแบบกระบวนการทำให้สามารถมองเห็นและเข้าใจถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะได้อย่างชัดเจนขึ้น

### 3. รูปแบบกลุ่ม (Group model)

นักวิชาการท่านนี้มีความคิดว่านโยบายสาธารณะเกิดขึ้นมาจากการที่บุคคลที่มีผลประโยชน์ร่วมกันมารวมตัวกัน เพื่อเรียกร้องผลประโยชน์ต่าง ๆ จากรัฐบาล ดังนั้น นโยบายสาธารณะจึงเป็นการหาจุดร่วมระหว่างกลุ่มต่าง ๆ และกลุ่มต่าง ๆ เหล่านั้นจะกลายเป็นกลุ่มการเมือง ถ้าการดำเนินการเรียกร้องผลประโยชน์นั้น ๆ เป็นการดำเนินการเรียกร้องผลประโยชน์ต่อสถาบันหรือองค์กรของรัฐ (Truman, 1951 อ้างถึงใน ศิริพงษ์ ลดาวัลย์ ณ อยุธยา, 2551) ทั้งนี้ เพราะบุคคลจะมีความสำคัญทางการเมืองต่อเมื่อได้มีการดำเนินการต่าง ๆ ในนามของกลุ่ม ดังนั้น หัวใจสำคัญของการเมืองจึงอยู่ที่ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม และโดยปกติคนที่มีความคิดอ่านคล้ายกัน ก็จะมีแนวโน้มที่จะรวมตัวกันเป็นกลุ่มเดียวกันเพื่อเรียกร้อง รักษา และแสวงหาผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น การดำเนินการเรียกร้องผลประโยชน์จากรัฐบาล กลุ่มจึงเป็นตัวเชื่อมระหว่างบุคคลและรัฐบาล การเมืองที่แท้จริงแล้วเป็นเรื่องของการต่อสู้ระหว่างกลุ่ม กลุ่มใดมีอำนาจหรืออิทธิพลมากน้อยแค่ไหนก็จะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการประกอบกัน เช่น ความสามารถของผู้นำ ความสามัคคี



ของกลุ่ม ขนาด สถานะภาพทางสังคม เงินทุน และเป้าหมายของกลุ่ม ดังนั้น การเมืองจึงเป็นเรื่องของการต่อสู้ของกลุ่มต่าง ๆ ที่พยายามกำหนดนโยบายสาธารณะออกมา ในแง่นี้ผู้กำหนดนโยบายจึงต้องมีหน้าที่คอยประสานผลประโยชน์ เจรจาต่อรองระหว่างกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้มีการประนีประนอมกันระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลอยู่ในขณะนั้น เพื่อการแก้ไขความขัดแย้งระหว่างกลุ่มต่าง ๆ โดยการสร้างกลไกเกณฑ์กติการะหว่างกลุ่ม เช่น ใช้หลักเสียงข้างมาก หรือการพยายามจัดสรรผลประโยชน์ของกลุ่มให้ออกมาในรูปแบบของนโยบายสาธารณะ และพยายามควบคุมให้มีการปฏิบัติตามนโยบายสาธารณะนั้นให้ได้

#### 4. รูปแบบผู้นำ (Elite model)

รูปแบบนี้มีมุมมองว่า นโยบายสาธารณะถูกกำหนดขึ้นมาจากความต้องการ ความพอใจ และความสำนึกในคุณค่าของชนชั้นปกครอง (A Governing elite) มากกว่าที่จะมาจากการเรียกร้องของประชาชน ความเชื่อที่ว่านโยบายสาธารณะมาจากความต้องการของประชาชนนั้นเป็นสิ่งที่เกิดจากความเข้าใจผิด ทั้งนี้เพราะแม้แต่ในประเทศที่มีการปกครองในระบอบประชาธิปไตย ดังเช่นประเทศสหรัฐอเมริกาก็ตาม หลังจากที่ประชาชนใช้สิทธิเลือกตั้งแล้ว ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้งจากประชาชนก็จะเป็นผู้กำหนดนโยบายต่าง ๆ ตามใจชอบ นโยบายจะออกมาเป็นอย่างไร จึงขึ้นอยู่กับว่าผู้นำต้องการอะไร ทั้งนี้เพราะปกติแล้วประชาชนมักจะเฉื่อยชา ไม่ค่อยรู้เรื่องนโยบาย ดังนั้นนโยบายสาธารณะจึงถูกกำหนดขึ้นมาจากความต้องการและความพอใจของชนชั้นนำ โดยมีข้าราชการประจำเป็นกลไกสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้นำ ดังนั้น นโยบายสาธารณะจึงไม่ได้เกิดขึ้นจากการเรียกร้องของมวลชน แต่ในนโยบายสาธารณะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมและผลประโยชน์ของกลุ่มผู้นำหรือชนชั้นนำที่มีอำนาจปกครองมากกว่า เพราะปกติแล้วผู้นำที่มีบทบาททางการเมืองสูงจะได้รับอิทธิพลจากมวลชนมากกว่า การประชาธิปไตยนั้น ถือว่าเป็นเพียงสัญลักษณ์ที่ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมมวลชนกับผู้นำ โดยมวลชนจะมีบทบาททางการเมืองสูงก็แต่เฉพาะวันลงคะแนนเสียงเลือกตั้งเท่านั้น แต่การทำเช่นนั้นจะช่วยทำให้ประชาชนสบายใจและมีความรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญในระบบการเมือง ทั้ง ๆ ที่แท้จริงแล้วกลุ่มผู้นำเท่านั้นที่มีบทบาททางการเมืองอย่างแท้จริง และเป็นผู้กำหนดนโยบายสาธารณะขึ้นมาตามความพอใจของตน

#### 5. รูปแบบสมเหตุสมผล (Rationalism)

ตัวแบบนี้เสนอความคิดว่านโยบายที่มีเหตุผล หมายถึง นโยบายที่ทำให้สังคมได้รับประโยชน์ตอบแทนสูงสุด ดังนั้น รัฐบาลไม่ควรกำหนดนโยบายใดที่ให้ผลตอบแทนน้อยกว่าค่าใช้จ่าย หรือไม่เกิดความคุ้มค่า แต่คำว่า “ผลตอบแทน” ในที่นี้อาจหมายถึง ผลตอบแทนหรือคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายในแง่ของตัวเงินเสนอไป ดังนั้น ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ จึงควรต้อง

มีการกำหนดทางเลือกในนโยบายที่สามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมได้อย่างสูงสุด กล่าวคือ สามารถตอบสนองความพอใจในทางคุณค่าหรือความต้องการของสังคมโดยรวมทั้งหมด ไม่ใช่เพื่อสร้างสังคมของกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

ดังนั้น ในการกำหนดนโยบายที่มีเหตุผลนั้น ผู้กำหนดนโยบายจะต้องล่วงรู้หรือคาดคะเนถึงความพอใจในคุณค่า หรือความต้องการของสังคมทั้งหมดให้ได้ก่อน ต่อจากนั้น ต้องพยายามศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่าง ๆ ในนโยบายทั้งหมดออกมาให้ได้ นอกจากนี้ต้องมีความสามารถในการทำนายถึงผลตอบแทนของทางเลือกแต่ละทางออกมาและนำมาคำนวณหาอัตราส่วนผลตอบแทนและค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปในแต่ละทางเลือก และขั้นสุดท้ายจึงตัดสินใจเลือกนโยบายที่ให้ผลตอบแทนมากที่สุด ซึ่งจะเห็นได้ว่าการกำหนดนโยบายที่มีเหตุผลจะต้องมีระบบการตัดสินใจที่มีเหตุและยึดหลักเกณฑ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ยากมากในการปฏิบัติ

#### 6. รูปแบบค่อยเป็นค่อยไป (Instrumentalism)

ตัวแบบนี้มีแนวคิดว่าการกำหนดนโยบายโดยอาศัยนโยบายในอดีตเป็นเกณฑ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ นโยบายสาธารณะมีผลต่อเนื่องมาจากกิจกรรมต่าง ๆ ในอดีตของรัฐบาล โดยมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเพิ่มเติมแบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งการกำหนดนโยบายแบบค่อยเป็นค่อยไปนี้ มีความใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงในทางปฏิบัติมากกว่ารูปแบบสมเหตุสมผล ทั้งนี้เพราะในทางปฏิบัติแล้ว ผู้ตัดสินใจในนโยบายย่อมไม่สามารถตรวจสอบนโยบายที่ได้รับการเสนอ ระบุเป้าหมายของสังคม วิจัยผลตอบแทน ตลอดจนค่าใช้จ่ายสำหรับทางเลือกแต่ละทางที่จะทำเป้าหมายต่าง ๆ ในนโยบายบรรลุผลได้อย่างครบถ้วนทุกเรื่องทุกประเด็น ทั้งนี้เพราะมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น มีเวลาน้อย มีงบประมาณน้อย มีความสามารถน้อย และยังมีเรื่องของการเมืองเข้ามาแทรกแซงด้วย ดังนั้น การกำหนดนโยบายตามรูปแบบค่อยเป็นค่อยไปนี้จะเหมาะสมที่สุด เพราะเป็นการกำหนดนโยบายใหม่โดยพิจารณาจากนโยบายโครงการต่าง ๆ รายจ่ายต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปีนี้เป็นฐานในการกำหนดนโยบายในปีต่อไป โดยอาจจะมีการเพิ่มเติมหรือตัดลด แก้ไข ปรับโครงการเก่าที่มีอยู่แล้วเพียงเล็กน้อย

#### 7. ระบบ (System model)

นักวิชาการท่านนี้เสนอแนวคิดว่าการกำหนดนโยบายสาธารณะเกิดขึ้นจากผลการตอบโต้ของระบบการเมืองที่มีต่อสภาพแวดล้อม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง นโยบายสาธารณะเป็นปัจจัยนำออกของระบบการเมืองนั่นเอง ทั้งนี้เพราะตามแนวคิดของทฤษฎีระบบแล้ว อาจเปรียบเทียบว่าการเมืองเป็นระบบหนึ่ง ๆ ระบบการเมือง หมายถึง โครงสร้างหรือกระบวนการต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ในการจัดสรรแบ่งปันผลประโยชน์ต่าง ๆ ให้กับสังคม และถือว่าเป็นหน้าที่ของระบบการเมืองที่จะต้องกระทำ และโดยทั่วไปการจัดสรรแบ่งปันสิ่งต่าง ๆ จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการเรียกร้องและการสนับสนุนต่าง ๆ

ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากปัจจัยภายในระบบการเมือง อันได้แก่ ระบบวัฒนธรรม ระบบเศรษฐกิจ พื้นฐานของประชาชน โครงสร้างของสังคม หรือเกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก ซึ่งได้แก่ ระบบการเมือง และสังคมอื่น ๆ เช่น สังคมของต่างประเทศ ข้อเรียกร้องของต่างประเทศก็ได้ ดังนั้น การเรียกร้อง สนับสนุนของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมจะเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบทางการเมืองหลัก จากนั้นระบบการเมืองก็จะทำหน้าที่ตัดสินใจกำหนดนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ออกมา เพื่อจัดสรร หรือแบ่งปันสิ่งที่มีคุณค่าที่มีอยู่อย่างจำกัดให้กับสังคมในรูปแบบของปัจจัยนำออก และเมื่อระบบทางการเมืองได้กำหนดนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ในด้านต่าง ๆ ออกมาแล้วก็จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติของระบบการเมืองและสภาพแวดล้อม ซึ่งผลกระทบดังกล่าวจะถูกส่งกลับเข้าสู่ระบบการเมืองอีกครั้งหนึ่ง โดยผ่านกระบวนการย้อนกลับตามวงจรของระบบต่อไป และระบบการเมืองจะสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยการผลิตปัจจัยนำออกที่สามารถสร้างความพอใจให้กับตนในสภาพแวดล้อม ได้ดีพอสมควร อย่างไรก็ตาม ข้อเรียกร้องต่าง ๆ จะถูกนำมากำหนดนโยบายหรือไม่ โดยทั่วไปแล้ว จะขึ้นอยู่กับทรัพยากร ถ้าทรัพยากรน้อย ผลการเรียกร้องที่จะทำเป็นนโยบายออกมาก็เป็นไปได้ยาก และถ้าหากการเรียกร้องมีมากเกินไป อาจทำให้ระบบการเมืองทำงานหนักเกินไป และไม่สามารถ ธำรงรักษาระบบของตัวเองให้อยู่ต่อไป

#### กระบวนการนโยบายสาธารณะ

ในการศึกษานโยบายสาธารณะนั้น อาจพิจารณาในเชิงกระบวนการ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ที่นโยบายสาธารณะจะต้องดำเนินผ่านไปตามลำดับ อันเปรียบเสมือนสิ่งมีชีวิตทั่วไป ตั้งแต่จุดเริ่มต้น พัฒนาการ เติบโต และสิ้นสลายหรือแปรสภาพไปในท้ายที่สุด ซึ่งในแต่ละขั้นตอน หรือช่วงวงจรชีวิตนี้ จะมีลักษณะเฉพาะและกลุ่มบุคคลฝ่ายต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ตลอดจนประเด็นคำถามสำหรับการวิเคราะห์ที่แตกต่างกันออกไป การทำความเข้าใจในวงจรชีวิตหรือกระบวนการนโยบายนี้จะช่วยให้สามารถพรรณนาและอธิบาย รวมทั้งสามารถสร้างตัวแบบในเชิงทฤษฎี เพื่ออ้างอิงและคาดการณ์ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ยังจะช่วยทำให้เราสามารถประยุกต์เทคนิควิธีวิเคราะห์นโยบายเพื่อให้คำตอบหรือข้อเสนอแนะแก่ผู้กำหนดนโยบายอันเหมาะสม ในแต่ละขั้นตอนหรือช่วงวงจรของนโยบายอีกด้วย (ทศพร ศิริสัมพันธ์, 2539, หน้า 112) โดยทั่วไปสามารถที่จะจำแนกลำดับขั้นตอนหรือช่วงชีวิตของนโยบายสาธารณะออกได้เป็นขั้นตอนใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ขั้นตอนการก่อตัวของนโยบาย (Policy information) การก่อตัวของนโยบายเป็นเรื่องของการที่ประเด็นปัญหาบางประการได้รับการหยิบยกมาสู่ความสนใจของผู้กำหนดนโยบาย เพื่อนำไปสู่การพิจารณาตัดสินใจต่อไป ทั้งนี้การก่อตัวของนโยบายอาจจะมาจากการผลักดัน

หรือเสนอประเด็นปัญหา โดยบุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สภาพปัญหา และความต้องการต่าง ๆ อันเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดนโยบาย

2. ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย (Policy formulation) การกำหนดนโยบายเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการยกร่างข้อเสนอหรือทางเลือกเชิงนโยบายต่าง ๆ เพื่อทำการพิจารณาตัดสินใจ และอนุมัติเห็นชอบในขั้นตอนสุดท้าย โดยผู้กำหนดนโยบายที่มีอำนาจหน้าที่เป็นทางการ ซึ่งจะพบอยู่เสมอว่าในช่วงของการกำหนดนโยบายนี้ บุคลากรภายนอกมักจะไม่ได้รับทราบรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการตัดสินใจมากนัก ต่อมาภายหลัง เมื่อได้มีการประกาศใช้นโยบาย บุคคลทั่วไปจึงได้รับทราบและสามารถวิเคราะห์รายละเอียดเนื้อหาสาระว่าใครได้อะไร เมื่อใด และอย่างไร

3. ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation) การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแปลงตัวนโยบายออกสู่ภาคปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จและได้รับผลผลิตออกมาตรงตามเป้าหมายที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ ในทางปฏิบัติ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติมักจะมีขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน ขีดสมรรถนะของหน่วยที่รับผิดชอบสนับสนุนและต่อต้านจากบุคคล ตลอดจนกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง และส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนได้ส่วนเสียกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นต้น

4. ขั้นตอนการประเมินผลนโยบาย (Policy evaluation) การประเมินผลนโยบายเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่ติดตามจากการนำเอานโยบายไปปฏิบัติว่าบรรลุตรงตามเป้าประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ อย่างไร และยังครอบคลุมการพิจารณาตรวจสอบถึงผลกระทบ ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบที่เกิดขึ้น รวมทั้งความคุ้มค่าด้านต่าง ๆ ของตัวนโยบาย

5. ขั้นตอนการต่อเนื่อง การทดแทน และสิ้นสุดนโยบาย (Policy succession & Termination) การต่อเนื่อง ทดแทน และสิ้นสุดนโยบายนี้ จะเกี่ยวข้องกับการพิจารณาทบทวนเพื่อทำการคงสภาพหรือเปลี่ยนแปลง และการยกเลิกสิ้นสุดนโยบาย โดยการพิจารณาดังกล่าวนี้นี้มักจะอาศัยข้อเท็จจริงจากการประเมินผลนโยบาย ในกรณีที่มีการสิ้นสุดนโยบาย หมายความว่า วงจรชีวิตของนโยบายได้จบลง ส่วนในกรณีที่มีการทดแทนนโยบาย หมายความว่า วงจรชีวิตของนโยบายกำลังเริ่มต้นใหม่ องค์กรใด นโยบายสาธารณะโดยส่วนใหญ่จะได้รับการต่อเนื่องหรือแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมเพียงเล็กน้อย

โดยข้อสมมุติที่อยู่ขั้นตอนทั้งหมดนี้ จะมองว่ากระบวนการกำหนดนโยบายเป็นผลมาจากความขัดแย้ง การต่อสู้ การเจรจาต่อรองและการประนีประนอมระหว่างบุคคลและกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ที่มีบทบาทในแต่ละขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะมากกว่ามองว่ากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเป็นเรื่องของทางเลือกที่มีเหตุผล (Rational choice)

แต่เป็นเรื่องของเหตุผลทางการเมือง (Political reason) หรือการใช้ค่านิยม (Values) บางชนิดมาเป็นปัจจัยสำคัญ (ศุภชัย ยาวะประภาส, 2543, หน้า 34-35)

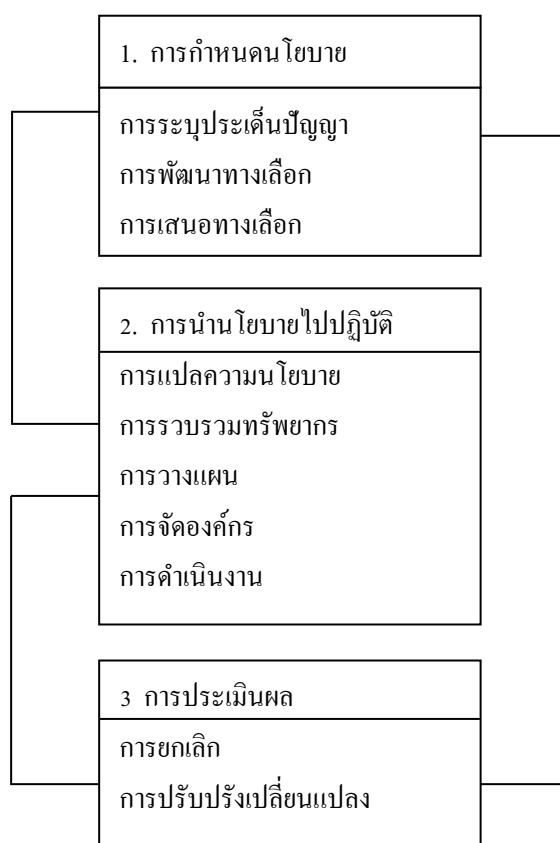
จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ขั้นตอนหรือกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน โดยสามารถจัดระเบียบและสรุปสาระสำคัญออกเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ

ขั้นแรก การกำหนดนโยบาย หมายถึง การระบุประเด็นปัญหา การพัฒนาทางเลือก และการเสนอทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อกำหนดเป็นนโยบาย

ขั้นที่สอง การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง การแปลความนโยบายให้อยู่ในรูปแบบที่วางแผนปฏิบัติได้ การรวบรวมทรัพยากร การวางแผน การจัดองค์กร และการดำเนินงาน

ขั้นที่สาม การประเมินผลนโยบาย หมายถึง การนำผลประเมินไปใช้ ซึ่งอาจส่งผลการนำไปสู่การยกเลิกหรือปรับเปลี่ยนนโยบายในที่สุด (ศุภชัย ยาวะประภาส, 2544, หน้า 34-35)

โดยกระบวนการกำหนดนโยบายทั้ง 3 ข้อ สามารถแสดงเป็นภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 2 กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ

ความหมายและความสำคัญของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2548, หน้า 398-407)

ความหมายของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ คำว่า “การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ” (Policy implementation) กับคำว่า “การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ” (Policy implementation) กับคำว่า “การนำนโยบายไปปฏิบัติ” ในที่นี้มีความหมายเดียวกัน ซึ่งมีการใช้ในความหมายด้านรัฐศาสตร์ในช่วงระหว่างคริสต์ศักราช 1970 โดยมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ บางความหมายก็มีลักษณะคล้ายคลึงกัน บางความหมายก็อาจมีลักษณะแตกต่างกันบ้างยกตัวอย่างดังนี้

Williams (1971 อ้างถึงใน สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2548, หน้า 398) ได้ให้ความหมายว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ ความพยายามที่จะตัดสินใจความสามารถขององค์การในการรวบรวมคนและทรัพยากรในหน่วยงานหนึ่ง ๆ และพยายามกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์การ ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสมรรถนะหรือความพร้อมขององค์การ ในการจะปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

Meter and Horn (1975 อ้างถึงใน สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2548, หน้า 402) ได้กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติครอบคลุมกิจกรรมของแต่ละบุคคล หรือกลุ่มบุคคลทั้งที่อยู่ในระบบราชการหรือเอกชน เพื่อให้วัตถุประสงค์ของนโยบายที่กำหนดไว้บรรลุผลสำเร็จ ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความพยายามขององค์การในการแปลงนโยบายซึ่งเป็นนามธรรมให้เป็นเชิงปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม ตลอดจนปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์

Pressman and Widavsky (1973 อ้างถึงใน สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2548, หน้า 399) ได้ให้ความหมายว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การศึกษาเกี่ยวกับความสามารถที่จะผลักดันให้กลไกทั้งหมดปฏิบัติงาน ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ความหมายดังกล่าวเป็นการศึกษาถึงความสามารถขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ อันประกอบไปด้วย บุคลากร ทรัพยากร ขวัญและกำลังใจ การประสานความร่วมมือระหว่างองค์การ ตลอดจนการประเมินผลสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่

Rondinelli (1983 อ้างถึงใน สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2548, หน้า 406) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การนำนโยบาย แผนงาน หรือโครงการไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นการนำนโยบาย

ไปปฏิบัติ จะต้องมีการแปลงนโยบายให้เป็นแผนงานและโครงการก่อน เพื่อให้มีการนำไปปฏิบัติ  
 อย่างเป็นรูปธรรม ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ แต่มีได้กล่าวถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบาย  
 ไปปฏิบัติ

วเรช จันทรศร (2548, หน้า 297) ได้ให้ความหมายว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็น  
 การศึกษาเกี่ยวกับองค์การที่รับผิดชอบว่าสามารถนำและกระตุ้นให้ทรัพยากรทางการบริหาร  
 ตลอดจนกลไกที่สำคัญทั้งมวลปฏิบัติงานให้บรรลุตามนโยบายที่ระบุไว้หรือไม่แค่นั้น เพียงใด  
 ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการแสวงหาวิธีการและแนวทาง  
 เพื่อปรับปรุงนโยบาย แผนงาน และโครงการให้ดีขึ้นนั่นเอง โดยเน้นถึงสมรรถนะขององค์การ  
 ในแต่ละด้านว่ามีมากน้อยเพียงใด ในการที่จะผลักดันให้นโยบายบรรลุตามวัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้

จากการศึกษาความหมายเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า  
 การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการแสดงหาคำอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือสภาพความเป็นจริง  
 ที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการของการดำเนินนโยบายไปปฏิบัติ การนำนโยบายไปปฏิบัติศึกษาทเรียน  
 พัฒนาแนวทางและสร้างกลยุทธ์ เพื่อที่จะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติบังเกิดผลสำเร็จ ขอบเขต  
 ของการศึกษา การนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงรวมถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติ ปฏิสัมพันธ์ของบุคคล  
 กลุ่มบุคคล สมรรถนะ และความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ  
 สังคม และการเมือง ความแตกต่างในสภาพแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ท้องถิ่น รวมตลอดถึงปัจจัยอื่น ๆ  
 ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของเป้าหมายที่กำหนดไว้

**ความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2548, หน้า 407-413)**

ประการแรก รากฐานของความคิดดั้งเดิมเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการขยายผล  
 โดยอัตโนมัติของกระบวนการตัดสินใจ จึงทำให้เห็นนโยบายการปฏิบัติได้รับความสนใจน้อย  
 เพราะแนวความคิดนี้เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องของการบริหารรัฐกิจ  
 (Public administration) กับการบริหารนโยบาย (Executive of policy) ซึ่งจะพิจารณาได้จากการนำ  
 นิยามของการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องของการบริหารรัฐกิจ (Public  
 administration) กับการบริหารนโยบาย (Executive of policy) ซึ่งจะพิจารณาได้จากการนำนิยาม  
 ของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ไม่ได้สะท้อนความสำคัญมากนัก อาทิ เช่น การนำนโยบายไปปฏิบัติ  
 หมายถึง การบริหารทางเลือกนโยบายที่ผ่านมาแล้ว (Brever, 1974 อ้างถึงใน สมบัติ ชำรงชัยวงศ์,  
 2548, หน้า 408) หรือหมายถึง การดำเนินการให้สำเร็จตามแผนงานที่กำหนดไว้เป็นต้น

ประการที่สอง การศึกษาเกี่ยวกับนโยบายไปปฏิบัติถูกละเลย เพราะความซับซ้อนที่มีอยู่  
 ในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเอง ทำให้เกิดความยากลำบากในการกำหนดระเบียบ วิธีการศึกษา  
 การอธิบาย และการจำแนกสาระสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน เพราะมีปัจจัย

หลายประการที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นสาเหตุอันก่อให้เกิดความคลุมเครือ อาทิเช่น ปัจจัยเกี่ยวกับกระบวนการทางการเมือง ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้องมากมายหรือปัจจัยเกี่ยวข้องกับองค์การที่รับผิดชอบหรือปัจจัยเกี่ยวกับทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความซับซ้อน ทำให้รู้สึกว่าเป็นการยากลำบากที่จะทำการศึกษาให้ชัดเจนข้อแตกต่างระหว่างผู้กำหนดนโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งมักเกิดความเข้าใจผิดกันว่าทั้งสองฝ่ายมีบทบาทที่ต่างกันและแบ่งแยกออกจากกันอย่างเด็ดขาด ซึ่งในความเป็นจริงมิได้เป็นเช่นนั้นเสมอไป ทั้งนี้เพราะมีนโยบายจำนวนมากที่เกิดจากการริเริ่มและก่อรูปนโยบายจากผู้ปฏิบัติในฐานะที่จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบและเผชิญกับปัญหาของประชาชนโดยตรง ซึ่งเท่ากับว่าผู้ปฏิบัติก็มีส่วนอย่างสำคัญในกระบวนการกำหนดนโยบาย

ความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจกล่าวสรุปได้ดังนี้

ประการแรก ความสำเร็จคือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ตัดสินใจในนโยบาย ในกรณีที่การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ของนโยบาย จะส่งผลให้ผู้ตัดสินใจนโยบายได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากประชาชน หรือการมอบหมายให้หน่วยปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบ ถึงแม้ว่าการตัดสินใจเลือกนโยบายจะถูกต้อง ปราบกฏการณ์นี้จะส่งผลกระทบต่ออนาคตทางการเมืองของผู้ตัดสินใจนโยบายโดยตรง

ประการที่สอง ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ ทำให้การแก้ไขต้องใช้เวลาและต้นทุนสูงขึ้น และจะทำให้กลุ่มเป้าหมายขาดความเชื่อถือศรัทธาของรัฐบาล ทำให้แนวทางการแก้ไขปัญหาของรัฐบาลมีความยุ่งยากมากขึ้น

ประการที่สาม ความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อหน่วยปฏิบัติ ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากการนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบความสำเร็จความล้มเหลว หน่วยปฏิบัติจะถูกตำหนิทั้งผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องว่าทำงานไร้ประสิทธิภาพ ซึ่งอาจทำให้ผู้รับผิดชอบในหน่วยปฏิบัติต้องถูกลงโทษหรือไม่ได้รับความดีความชอบก็ได้

ประการที่สี่ ความคุ้มค่าเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากร เนื่องจากประเทศทุกประเทศมีทรัพยากรจำกัด ดังนั้น ถ้าการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ แสดงว่าการใช้ทรัพยากรมีความคุ้มค่า เพราะสามารถแก้ไขปัญหาของกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มสังคมอย่างได้ผล ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จความล้มเหลว แสดงว่าการใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่าหรือเกิดความสูญเปล่าจากการใช้ทรัพยากรมากขึ้นในการดำเนินการแก้ไขใหม่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ



การจัดสรรทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาสาธารณะอื่น ๆ ด้วย ทรัพยากรที่นี้ หมายความว่ารวมทั้งบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ และเวลาที่ต้องใช้ทั้งหมด

ประการที่ห้า ความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศ การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสำคัญต่อความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศเป็นอย่างยิ่ง เพราะถ้าหากการนำนโยบายไปปฏิบัติตามแผนงานและโครงการพัฒนาต่าง ๆ ประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ จะส่งผลให้การพัฒนาประเทศบรรลุเป้าหมายเพื่อความก้าวหน้าทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีความอยู่ดีกินดีและมีความสุข ในทางตรงกันข้าม ถ้าการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จล่าช้า ย่อมหมายถึงความล้มเหลวในแผนงานและโครงการพัฒนาต่าง ๆ ด้วย ทำให้การพัฒนาประเทศไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ปัญหาของประชาชนจะไม่ได้ได้รับความแก้ไข และสภาพปัญหาอาจทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น และทำให้สูญเสียทรัพยากรในการแก้ไขปัญหามากขึ้นด้วย ดังนั้น ผู้รับผิดชอบการพัฒนาประเทศจึงต้องพยายามที่จะตัดสินใจเลือกนโยบายที่มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ เพื่อเป็นหลักประกันว่าการพัฒนาประเทศจะประสบความสำเร็จดังที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของประชาชนทั้งหมด

ประการสุดท้าย ความสำคัญต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะ ในกระบวนการวิเคราะห์นโยบายนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติเข้าไปมีบทบาทตั้งแต่กระบวนการกำหนดทางเลือกนโยบาย กล่าวคือ นักวิเคราะห์นโยบายจะต้องคำนึงถึงการพิจารณาทางเลือกนโยบายที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเท่านั้น เพื่อให้มั่นใจว่าทุกทางเลือกที่นำมาวิเคราะห์จะไม่ให้ก่อให้เกิดความสูญเปล่า และในการจัดทำทางเลือกนโยบายจะต้องคำนึงถึงการกำหนดแนวทางการนำไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเป็นจริง และสามารถนำไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

#### **เหตุผลที่ทำให้ขั้นตอนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติถูกละเลย**

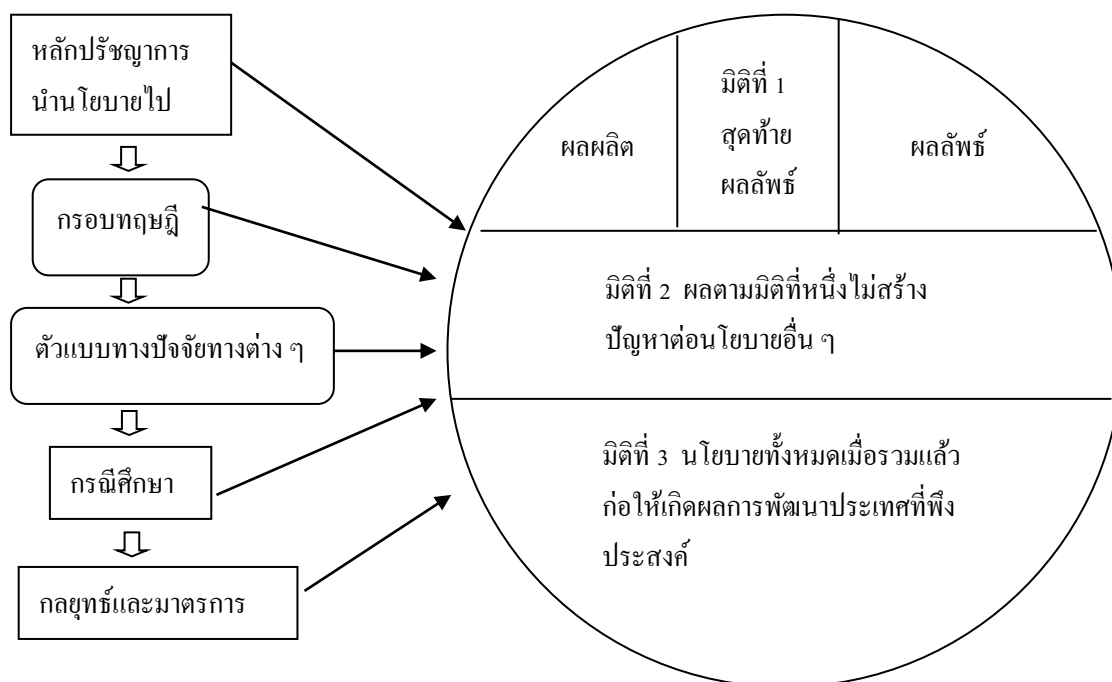
เหตุผลสำคัญที่ทำให้การศึกษาเรื่องการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติถูกละเลยมาเป็นเวลานาน (สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, 2549, หน้า 396) สรุปได้ดังนี้ คือ

1. เกิดจากฐานคติที่ว่าขั้นตอนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติเป็นเรื่องธรรมดา ไม่มีเนื้อหาสาระ และไม่มีคุณค่าควรแก่การสนใจของนักวิชาการมากนัก เพราะเป็นการขยายผลของขั้นตอนการกำหนดนโยบายเท่านั้น แต่โดยความเป็นจริงแล้ว ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับสาเหตุและเงื่อนไขต่าง ๆ มากมาย
2. เกี่ยวกับวิธีการศึกษาและการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ยังไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจน มีความซับซ้อน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการศึกษา การอธิบาย และการจำแนกสาระสำคัญของขั้นตอนการนำไปปฏิบัติ ทำให้นักวิชาการไม่สนใจเรื่องการนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่กลับไปสนใจขั้นตอนการกำหนดนโยบายมากกว่า

3. การศึกษาขั้นตอนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัตินั้น เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา และทรัพยากรจำนวนมาก ตลอดจนต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย การศึกษาเรื่องดังกล่าว จึงมิใช่เรื่องง่ายนัก จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้ศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติต้อง ประสบกับปัญหาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ากรอบการศึกษาเพียงใด ใช้ตัวแปรอะไร มาศึกษา และจะวัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างไร ในภาพรวม จึงอาจสรุปได้ว่า การศึกษาเรื่องการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติเท่าที่ผ่านมามุ่งเน้น สนใจเฉพาะบางเรื่องบางประเด็นมากกว่าการสร้างทฤษฎีหรือตัวแบบในการนำนโยบายสาธารณะ ไปปฏิบัติแบบเบ็ดเสร็จ จึงทำให้ไม่มีกรอบทฤษฎีที่เด่น หรือตัวแบบที่มีความสมบูรณ์เพียงพอ ที่จะอธิบายถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ ต่อมานักวิชาการ จึงได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยหรือตัวแบบที่ใช้อธิบายความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบาย สาธารณะไปปฏิบัติกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งทำให้ผู้ที่นำนโยบายไปปฏิบัติได้เข้าใจและตระหนักถึง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มากขึ้น เพราะถ้าผู้นำนโยบายไปปฏิบัติขาดความเข้าใจขั้นต้นอย่างถ่องแท้แล้ว อาจส่งผลต่อความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้

**กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ** (วรเดช จันทรศร, 2548, หน้า 19)

กระบวนการของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัตินั้น เริ่มจากการนำหลักทฤษฎี และตัวแบบทฤษฎีประยุกต์ใช้ให้ถูกต้อง โดยอาจศึกษาจากกรณีศึกษาอื่น ๆ เพื่อที่จะพัฒนาแนวทาง และสร้างกลยุทธ์ในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติอยู่ที่การมุ่งทำให้นโยบายนั้นประสบความสำเร็จ การชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบาย สาธารณะไปปฏิบัติ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจ



ภาพที่ 3 กระบวนการของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

ความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัตินั้นสามารถวัดได้จากเงื่อนไขหรือมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (วรเดช จันทรศร, 2548, หน้า 20-22)

มิตินี้ 1 คือ การมองผลของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ คือ ผลผลิต กล่าวคือ นโยบายที่ประสบความสำเร็จนั้น จะต้องมีผลผลิตที่ได้ครบถ้วนตามเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้

ผลลัพธ์ (Outcomes) กล่าวคือ นโยบายที่ประสบความสำเร็จนั้นจะต้องมีผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา

ผลสุดยอด หรือผลลัพธ์สุดท้าย (Ultimate outcomes) กล่าวคือ นโยบายที่ประสบความสำเร็จนั้น จะต้องส่งผลให้เกิดการพัฒนาประเทศ

มิตินี้ 2 ผลของความสำเร็จในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติจะต้องไม่ก่อให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบที่ไม่ดีต่อนโยบายหรือโครงการอื่น ๆ

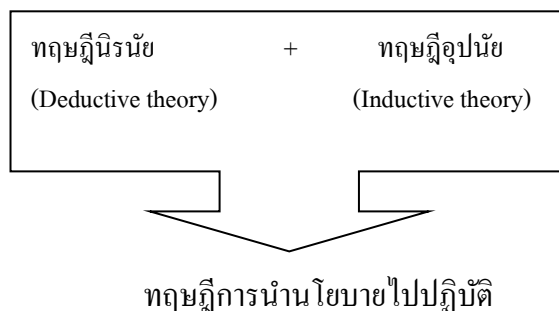
มิตินี้ 3 ผลรวมของความสำเร็จในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติจะต้องไม่ก่อให้เกิดผลของการพัฒนาประเทศที่พึงปรารถนา จะเห็นได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติจะไม่สามารถสำเร็จได้ ถ้าหากขาดการนำทฤษฎีหรือตัวแบบทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม ดังนั้น เพื่อพัฒนา

เป็นทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ การศึกษาครั้งนี้จึงต้องทำการศึกษาวิเคราะห์ถึงตัวแบบทางทฤษฎี และกรณีศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ได้มีผู้ทำการศึกษามาแล้วด้วย โดยรูปแบบวิธีการศึกษาที่ใช้เพื่อพัฒนาทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติในครั้งนี้ มีอยู่ 2 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีนิรนัย (Deductive theory) กล่าวคือ การศึกษาถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติจะกระทำด้วยการตั้งสมมุติฐานเบื้องต้นขึ้นมาแล้วหาข้อมูลหรือเหตุผลอื่น ๆ มาสนับสนุนสมมุติฐานดังกล่าว เพื่อให้เกิดการยอมรับในปัจจัยนั้น ๆ เช่น การตั้งสมมุติฐานขึ้นมาว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จนั้น จะต้องอาศัยการสนับสนุนจากผู้นำทางการเมือง ดังนั้น เพื่อพิสูจน์สมมุติฐาน ผู้เขียน (วรเดช จันทรศร, 2540) จะทำการศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าว โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลขึ้นมา เพื่อสนับสนุนความถูกต้องของปัจจัยนี้ และวิเคราะห์ว่าปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติมากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับปัจจัยอื่น ๆ ที่ได้ตั้งสมมุติฐานมาเช่นกัน การใช้วิธีการศึกษาแบบนิรนัยความ ในที่นี้จะเป็นการนำตัวแบบของนักทฤษฎีที่ได้มีการพัฒนาขึ้นมาแล้วทำการศึกษาต่อ

2. รูปแบบการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการอุปนัย (Inductive theory) กล่าวคือ เป็นการศึกษาจากกรณีศึกษาที่มีนักทฤษฎีได้ทำการพิสูจน์ในเชิงประจักษ์แล้วได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เมื่อได้ทำการศึกษาจากกรณีศึกษาของนักทฤษฎีก็จะนำผลที่ได้จากการศึกษาดังกล่าวมารวบรวมเป็นแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยเป็นตัวแบบที่ครอบคลุมกรณีศึกษามาจากหลายด้านแล้ว จึงทำการพิสูจน์เชิงประจักษ์อีกครั้ง เพื่อให้ได้ชัดว่าตัวแปรใดมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การใช้วิธีการศึกษาแบบอุปนัยความในที่นี้นั้น จะเป็นการนำกรณีศึกษาที่นักทฤษฎีต่าง ๆ เคยทำการศึกษามาแล้วทำการศึกษาต่อ

โดยสรุป ในการศึกษาทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติครั้งนี้ นำหลักการศึกษาทั้ง 2 หลักการดังกล่าวข้างต้นมาผนวกเข้าด้วยกัน เพื่อพัฒนาเป็นทฤษฎีใหม่ของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ



ภาพที่ 4 หลักทฤษฎีของการศึกษาการนำนโยบายปฏิบัติ

#### วัตถุประสงค์ของนโยบาย (ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 104-108)

การมีตัวชี้วัดที่จะแสดงให้เห็นถึงวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของนโยบายเป็นองค์ประกอบที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของนโยบายนั้น ลักษณะต่าง ๆ ต่อไปนี้เป็นสิ่งที่จะมีผลต่อความสำเร็จของนโยบาย

##### 1. ความชัดเจนของวัตถุประสงค์

Mazmanian and Sabatier (1980 อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 104) ให้ความเห็นว่า การที่นโยบายจะได้รับการปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างน้อยแค่ไหนนั้น ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของนโยบายนั้น ๆ ด้วย Kafman (1982 อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 104) กล่าวว่า โอกาสที่ความผิดอันเป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่ความล้มเหลวของนโยบายนั้นจะเกิดขึ้นได้ง่ายมากกว่านโยบายนั้นมีวัตถุประสงค์ที่ไม่กระจ่างชัด และผู้กำหนดนโยบายเองก็ไม่ได้ให้ความกระจ่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์นั้น ๆ Woolrich (1982 อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 104) ให้ความเห็นเช่นเดียวกัน โดยกล่าวว่า ความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายบางส่วนจะขึ้นอยู่กับความกระจ่างชัดของวัตถุประสงค์ที่กำหนดเอาไว้ Vepa (1974; Edward, 1980; Meter และ Horn อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 104) ก็ให้ความเห็นทำนองเดียวกันนี้

##### 2. ความสอดคล้องต้องกันของวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของนโยบายนอกจากจะต้องกระจ่างชัดแล้ว ยังจะต้องสอดคล้องกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวด้วย ความสำคัญของความสอดคล้องดังกล่าวต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป โดยนักวิชาการหลายคน เช่น Mazmanian and Sabatier (1980; Meter และ Horn, 1975; Edward, 1980 อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 105) ซึ่งบรรจุเนื้อความสำคัญของความสอดคล้องกันนี้ในงานเขียนของพวกเขา

### 3. ความยากง่ายในการรับรู้วัตถุประสงค์

Woolrich (1982 อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 105) ย้ำว่าวัตถุประสงค์นอกจากจะต้อง กระจ่างชัดและสอดคล้องกันแล้ว ยังจะต้องง่ายแก่ผู้ที่นำนโยบายไปปฏิบัติที่จะรับผู้ปฏิบัติ Edward (1979 อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 105) มีความเห็นเช่นเดียวกันว่า ก่อนที่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบายนั้นได้ เขาเหล่านั้นจะต้องรู้นโยบายออกมาแล้วและรู้ว่านโยบายนั้นมีวัตถุประสงค์เช่นไร

### 4. ดัชนีความสำเร็จของนโยบาย

Woolrich (1982 อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 105) ย้ำว่า ความสำเร็จของนโยบายนั้น ขึ้นอยู่กับว่านโยบายนั้นได้แสดงให้เห็นว่าอะไรคือดัชนีที่จะชี้ว่านโยบายนั้นประสบความสำเร็จ Pressman and Wildavsky (1979 อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 105) กล่าวว่าเราไม่มีทางที่จะรู้ว่านโยบายนั้น ๆ สำเร็จหรือล้มเหลวหรือไม่ ถ้าเราไม่มีดัชนีที่จะใช้วัด

### 5. ความเที่ยงตรงของข่าวสารที่มีไปยังผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

Edward (1979 อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 106) กล่าวว่า ถ้าคำสั่งข่าวสาร หรือข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้กำหนดนโยบายมีไปยังผู้นำเอานโยบายไปปฏิบัติยังไม่ชัดเจนเท่าไร โอกาสที่นโยบายนั้นจะได้รับการปฏิบัติให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีก็มีมากขึ้นเท่านั้น

ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ องค์กรและผู้เกี่ยวข้องต่างมีบทบาทและอิทธิพลต่อผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติมากหรือน้อยต่างกันไป แต่ไม่มีใครสามารถควบคุมผลหรือทิศทางของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ด้วยตัวเองทั้งหมด องค์กรผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้น ได้แก่ ฝ่ายการเมือง ระบบราชการ ข้าราชการ และผู้รับบริการหรือผู้ได้รับผลจากนโยบายดังที่จะกล่าวดังต่อไปนี้

#### ผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 45-50)

นโยบายส่วนใหญ่จะต้องอาศัยองค์การ หน่วยงาน หรือบุคคลในระดับต่าง ๆ ในการทำหน้าที่ดำเนินนโยบาย เพื่อให้ให้นโยบายนั้นสามารถบรรลุเป้าหมาย ผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติเหล่านี้มีความคาดหวังและมีเป้าหมายที่แตกต่างกันไป แต่จำเป็นที่จะต้องเข้ามาปฏิบัติงานร่วมกันหรือมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในระดับใดระดับหนึ่ง องค์กรและผู้เกี่ยวข้องต่างก็มีบทบาทและอิทธิพลต่อผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติมากหรือน้อยต่างกันไป แต่ไม่มีใครที่จะสามารถควบคุมผลหรือทิศทางของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ด้วยตัวเองทั้งหมด บทบาทขององค์กรและผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายของรัฐไปปฏิบัติสามารถแบ่งออกเป็นหลายฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายการเมือง ระบบราชการ ข้าราชการ ผู้รับบริการ หรือผู้ได้รับผลประโยชน์จากนโยบาย

## ฝ่ายการเมือง

ฝ่ายการเมือง ครอบคลุมถึงรัฐสภาและคณะรัฐมนตรี เป็นผู้มีความสำคัญในการกำหนดขอบเขตในการนำนโยบายไปปฏิบัติของระบบราชการ การกำหนดขอบเขตอาจทำได้โดยการออกกฎหมาย หรือกำหนดขึ้นเป็นมติคณะรัฐมนตรี การออกกฎกระทรวง ตลอดจนการวางระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือเป็นแนวทางไปปฏิบัติ ในอีกนัยหนึ่ง สองสถาบันนี้ถือได้ว่าเป็นฝ่ายที่ริเริ่มกำหนด หรือเสนอ นโยบาย จัดสรรงบประมาณ หรือรับข้อเรียกร้องปัญหาจากกลุ่มผลประโยชน์ กลุ่มการเมือง หรือประชาชน โดยทั่วไป มาแปลงเป็นนโยบาย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ โดยปกติทั้งสองสถาบันนี้มักจะไม่ได้ให้ความสนใจหรือเข้าไปมีส่วนในการกำหนดรายละเอียดของกระบวนการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่จะเข้าไปพิจารณาเลือกหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

นอกจากนี้ ฝ่ายการเมืองอาจเข้ามามีบทบาทเกี่ยวข้องในการพิจารณาปรับปรุงนโยบาย ซึ่งในประเด็นนี้ ฝ่ายการเมืองจะเข้ามาปฏิบัติสัมพันธ์กับทางหน่วยราชการทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ในทางกลับกัน หน่วยราชการที่รับผิดชอบก็จะพยายามชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติตามนโยบายนั้นเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีความสำเร็จเกิดขึ้นในระดับใดระดับหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อแสวงหาความสนับสนุนในการดำเนินงานต่อไป

สำหรับในประเทศไทย ฝ่ายการเมืองที่มีบทบาทมากที่สุด ได้แก่ คณะรัฐมนตรี นโยบายส่วนมากมักจะได้รับการริเริ่มผ่านทางเจ้ากระทรวงไปสู่คณะรัฐมนตรี หรือริเริ่มโดยนายกรัฐมนตรีโดยตรง และถูกกำหนดโดยมติคณะรัฐมนตรี การมอบหมายให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ การควบคุมติดตามผลการปฏิบัติมักจะเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของกระทรวง เช่น กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นต้น ขอบข่ายของการนำนโยบายไปปฏิบัติก็จะมีแบ่งแยกกัน โดยเฉพาะตามหน้าที่ของกระทรวงเหล่านั้น

โดยสรุปแล้ว ฝ่ายการเมืองมีส่วนสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความสำเร็จ โดยหากนโยบายใดได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากฝ่ายการเมืองแล้ว มักมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จมากกว่านโยบายที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ทั้งนี้ต้องพิจารณาปัจจัยประกอบอื่น ๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

## หน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐในระบบราชการ

หน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐในระบบราชการ ถือได้ว่าเป็นองค์การที่สำคัญที่สุด ทั้งในกระบวนการของการกำหนดนโยบายและการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ ในขั้นการกำหนดนโยบายหน่วยงานของรัฐในระบบราชการมีบทบาทในฐานะที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย เพราะหน่วยงานของรัฐเป็นทั้งผู้เก็บรวบรวม วิเคราะห์ และป้อนข้อมูลไปให้ฝ่ายการเมือง

ในประเทศกำลังพัฒนา โดยทั่วไปโดยเฉพาะประเทศไทย หน่วยงานของรัฐในระบบราชการจะเป็นผู้ครอบงำระบบการเมืองอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากฝ่ายการเมืองไม่มีสมรรถนะเพียงพอในการหาข้อมูลหรือปฏิบัติงาน จึงมีความจำเป็นที่ต้องพึ่งหน่วยงานของรัฐ อย่างไรก็ตาม ฝ่ายการเมืองอาจทำการกำหนดนโยบายขึ้นใหม่ทั้งหมด ซึ่งต่างจากเรื่องที่หน่วยงานของรัฐเคยทำอยู่ก็เป็นได้ แต่ก็เป็นกรณีที่เกิดขึ้นน้อยมาก

ในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ หน่วยงานของรัฐในระบบราชการมีความสำคัญมาก เพราะมีคุณสมบัติอย่างหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับภาคเอกชนก็คือ การปราศจากคู่แข่งที่หลากหลาย และปัญหาการขาดทุนไม่ได้เป็นปัญหาที่จะนำไปสู่ความสิ้นสุดหรือจุดจบของหน่วยราชการ เหมือนกับหน่วยงานธุรกิจ การเป็นผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงเป็นภารกิจหลักของหน่วยงานภาครัฐ นอกเหนือจากอำนาจของหน่วยงานรัฐที่ยากจะควบคุมได้และแนวโน้มของหน่วยงานของรัฐที่จะเลือกนำนโยบายของรัฐไปปฏิบัติแต่เฉพาะนโยบายที่จะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรของตนเองแล้ว ความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวข้องของหน่วยงานราชการด้วยกันเองก็เป็นปัญหาอย่างมากในการนำนโยบายไปปฏิบัติ นโยบายใดที่ต้องอาศัยความร่วมมือหรือการประสานงานระหว่างหน่วยงานหลายหน่วยงาน นโยบายนั้นมักจะมีแนวโน้มที่จะล้มเหลวในการนำไปปฏิบัติ เพราะถึงแม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีความเห็นพ้องต้องกันในเป้าหมายของนโยบายเพียงใด แต่แนวโน้มที่จะเกิดความขัดแย้งในวิธีบรรลุเป้าหมายก็มีมาก เนื่องจากทัศนภาพ ผลประโยชน์ และวัตถุประสงค์หลักของแต่ละหน่วยงานแตกต่างกัน

#### ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่รัฐ

ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในฐานะผู้ปฏิบัติงานมีส่วนเกี่ยวข้องหรือส่งผลอย่างมากต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ความเกี่ยวข้องของข้าราชการในการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจแบ่งได้เป็นหลายระดับ เช่น ในฐานะผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงาน ในฐานะผู้บริหาร โครงการ และในฐานะผู้ให้บริการตามโครงการ บุคคลเหล่านี้อาจจะเป็นที่มาของพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

ในด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่า ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานจะมีความสำคัญอย่างมากในด้านการสนับสนุนนโยบายนั้น ๆ ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานจึงถือว่ามีส่วนสำคัญในการทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบอุปสรรคหรือความราบรื่นเพียงใด ในระดับหนึ่ง ผู้บริหารโครงการเป็นผู้แปลงการสนับสนุนหรือเจตนาของผู้บริหารระดับสูงให้ผู้นำของราชการที่มีหน้าที่ปฏิบัติดำเนินงานตามโครงการ ซึ่งถือว่าเป็นผู้ปฏิบัติในภาพที่เป็นจริง ข้าราชการในระดับล่างที่เป็นผู้ให้บริการหรือดำเนินงาน ถือว่าได้มีบทบาทสำคัญอย่างมากในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพราะข้าราชการดังกล่าวเป็นผู้ปฏิบัติที่จะต้อง



มีปฏิสัมพันธ์กับประชาชนผู้รับบริการ ข้าราชการในระดับล่างเหล่านี้ จะมีอิสระในการใช้วิจารณญาณ ในการตัดสินใจอย่างมาก โดยที่ผู้บังคับบัญชาไม่อาจจะควบคุมได้ ข้าราชการเหล่านี้จะเป็นผู้แปล หรือตีความนโยบายมาเป็นแนวทางปฏิบัติงานด้วยตนเอง หากนโยบายขาดความชัดเจนก็จะเกิดปัญหา ในการนำนโยบายไปปฏิบัติตามมา หรือในการที่นโยบายหรือโครงการนั้น ๆ ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติหน้าที่ประจำวันของข้าราชการเหล่านี้ อาจทำให้ข้าราชการไม่ยอมรับหรือหาทาง หลีกเลี่ยง เพิกเฉย หรือตีความนโยบายนั้นเสียใหม่ก็ได้ กล่าวโดยสรุปแล้ว ข้าราชการในระดับล่าง เหล่านี้ เป็นผู้ที่มามีอิทธิพลต่อผลการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นอย่างมาก การศึกษาการนำนโยบาย ไปปฏิบัติในระยะหลัง จึงได้หันมาเพิ่มความสนใจที่พฤติกรรมของข้าราชการระดับล่างและระดับ ปฏิสัมพันธ์ของราชการดังกล่าวมากขึ้น

### ผู้ได้รับผลจากนโยบาย

ผู้ได้รับผลจากนโยบาย ได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้ได้รับประโยชน์ ในที่นี้หมายรวมถึง ทั้งแง่ของบุคคล กลุ่ม หน่วยงานภาคเอกชน และภาคหน่วยงานที่ไม่ได้มุ่งหากำไร ในกระบวนการ ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้รับบริการหรือผู้ได้รับประโยชน์ในฐานะเป็นบุคคล (หมายถึง ประชาชนทั่วไป มิใช่ผู้ที่มีอิทธิพลหรือบุคคลสำคัญ) จะเป็นผู้ที่ติดต่อกับข้าราชการในระดับล่าง โดยตรง หากบุคคลดังกล่าวขาดการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม บทบาทที่จะมีอิทธิพลในกระบวนการ ของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีค่อนข้างน้อยและยากที่จะได้รับความสนใจจากฝ่ายการเมือง หรือระบบราชการ อย่างไรก็ตาม หากผู้รับบริการหรือผู้ได้รับประโยชน์มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มก่อน ในลักษณะของกลุ่มผลประโยชน์ บทบาทของกลุ่มที่จะส่งผลกระทบต่อ การนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีมากขึ้น

### ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ

วเรช จันทรศร (2548 อ้างถึงใน ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 34-39) ได้จำแนก ขั้นตอนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติไว้ 2 ขั้นตอนใหญ่ ๆ ซึ่งครอบคลุมการนำนโยบาย สาธารณะออกสู่การปฏิบัติทั้งระบบ ได้แก่ ขั้นตอนในระดับมหภาค (Macro) และขั้นตอนในระดับ คุณภาพ (Micro) ซึ่งแต่ละขั้นตอนยังจำแนกขั้นตอนย่อย ๆ ประกอบด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อการนำ นโยบายไปปฏิบัติ สรุปสาระสำคัญ ๆ ดังนี้

#### ขั้นตอนในระดับมหภาค

ขั้นตอนในระดับมหภาคมี 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนการแปลงนโยบาย เมื่อฝ่ายการเมืองได้กำหนดนโยบายออกมาในรูปของกฎหมาย มติคณะรัฐมนตรี หรือรูปใดรูปหนึ่งแล้ว ต้องมีการระบุหน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อแปลงนโยบายนั้น ไปสู่การปฏิบัติ ในประเทศไทยหน่วยงานดังกล่าว ได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม เป็นผู้แปลงนโยบาย

เพื่อให้หน่วยงานปฏิบัติในระดับล่างหรือระดับภูมิภาคและท้องถิ่นถือปฏิบัติ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับการแปลงนโยบายให้ตรงกับวัตถุประสงค์ นโยบายมีความชัดเจน ประกอบกับการที่กับความชัดเจน ความสัมพันธ์ของเป้าหมาย ประกอบกับหน่วยงานที่รับผิดชอบในการแปลงนโยบาย ตลอดจนให้ความร่วมมือกับฝ่ายการเมือง และมีความจริงใจที่จะนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

2. ขั้นตอนการยอมรับ หมายถึง การดำเนินงานที่ทำให้เกิดการยอมรับและปฏิบัติตามนโยบาย การที่หน่วยงานส่วนล่างทำให้หน่วยงานปฏิบัติในระดับล่างหรือระดับท้องถิ่นยอมรับ และจัดทำแผนงาน โครงการ หรือปฏิบัติสนองนโยบายนั้น ๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ลักษณะของหน่วยงานท้องถิ่น สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของท้องถิ่น ตลอดจนประโยชน์ที่รัฐบาลควรจะให้กับหน่วยงานท้องถิ่นนั้น ซึ่งปัจจัยหลังนี้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะสร้างความเต็มใจให้กับหน่วยงานท้องถิ่นรับนโยบายไป หน่วยงานกลางต้องทำความเข้าใจว่าแผนงานหรือแนวทางปฏิบัติมีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับความต้องการหรือประโยชน์ของท้องถิ่นยอมรับและจัดทำโครงการตามที่ส่วนกลางได้กำหนดไว้อย่างจริงจังหรือไม่

#### ขั้นตอนในระดับจุลภาค

จุดเริ่มต้นที่แท้จริงของการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ ขั้นตอนในระดับจุลภาค ซึ่งจะเป็นขั้นตอนที่หน่วยงานในระดับท้องถิ่น ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายจะต้องทำการตัดสินใจ ซึ่งพฤติกรรมของการตัดสินใจอาจแปรเปลี่ยนไปได้ตลอดเวลาและมีความแตกต่างกันไปตามทัศนคติ ความเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ของผู้ปฏิบัติ ขั้นตอนระดับจุลภาคมี 3 ขั้นตอนย่อย ได้แก่

1. ขั้นตอนการระดับพลัง ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ๆ ที่หน่วยงานในระดับท้องถิ่นจะต้องดำเนินการอยู่ 2 กิจกรรม คือ การพิจารณารับนโยบาย และการแสวงหาความสนับสนุน การพิจารณารับนโยบายในกิจกรรมนี้หน่วยงานท้องถิ่นจะพิจารณาว่า นโยบายจากส่วนกลางมีความเหมาะสม มีความสำคัญ และสามารถสนองต่อความต้องการท้องถิ่นได้หรือไม่ เพียงใด การตัดสินใจดังกล่าวเป็นจุดสำคัญ ไม่เกี่ยวกับหน้าที่หลักของหน่วยงาน หรือไม่เกี่ยวกับสภาพปัญหาหรือความต้องการของท้องถิ่น ความผูกพันของหน่วยงานท้องถิ่นต่อนโยบายคงจะไม่มี ถึงแม้จะเป็นการยอมรับก็เป็นการยอมรับอย่างเสียไม่ได้ หรือในบางกรณีอาจจะยอมรับเพื่อที่จะเอาผลประโยชน์หรืองบประมาณจากรัฐบาล โดยปราศจากความตั้งใจอย่างจริงจังที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุนโยบาย

ในกรณีท้องถิ่นได้พิจารณารับนโยบาย เนื่องจากเห็นว่าเป็นความสำคัญเร่งด่วนตรงกับเป้าหมายของหน่วยงานแล้ว ยังไม่ถือว่าเป็นการปฏิบัติที่จะประกันความสำเร็จของนโยบายดังกล่าวในระยะยาวได้ กิจกรรมการพิจารณารับนโยบายจึงต้องมีกิจกรรมที่สองมาช่วยสนับสนุนเพื่อประกัน

ความสำเร็จของนโยบาย ได้แก่ กิจกรรมการแสวงหาความสนับสนุน ในเรื่องการแสวงหาความสนับสนุนตามวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความร่วมมือในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดขึ้น ในหมู่สมาชิกของหน่วยงาน ตลอดจนบุคคลสำคัญหรือองค์กรอื่น ๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่นด้วยการสร้างความมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง โดยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในท้องถิ่นเข้ามาร่วมกันออกแบบหรือกำหนดโครงการของท้องถิ่นที่จะทำเสียแต่เริ่มแรก มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จและความต่อเนื่องให้เกิดขึ้นในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนนี้มีความครอบคลุมถึงกระบวนการในการปรับเปลี่ยนโครงการที่ได้มีการยอมรับแล้วออกมาในรูปของการปฏิบัติจริง จึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับตัวผู้ปฏิบัติ หรือผู้ให้บริการตามโครงการโดยตรง ซึ่งผู้ปฏิบัติจะต้องปรับเปลี่ยนกรณีใน 2 กรณี ต่อไปนี้ คือ

2.1 ผู้ปฏิบัติยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เข้ากับแผนงานหรือโครงการที่ได้กำหนดไว้

2.2 ผู้ปฏิบัติทำการปรับแผนงานหรือโครงการนั้นให้เข้ากับพฤติกรรมของการปฏิบัติงานของตนเอง

โครงการที่หน่วยงานท้องถิ่นยอมรับแล้ว เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริงอาจเบี่ยงเบนไปจากเค้าโครงเดิมที่ได้กำหนดไว้ เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น สภาพแวดล้อมของท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกัน ผู้เกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติทำการต่อต้านหรือเรียกร้องให้เปลี่ยนแปลงวิธีดำเนินการตามดุลพินิจของผู้ปฏิบัติที่ต่างกัน มีผลสำคัญต่อการนำโครงการออกสู่การปฏิบัติ ซึ่งไม่มีทางที่จะควบคุมให้เป็นแบบฉบับเดียวกันได้ เป็นต้น

การป้องกันเพื่อมิให้การปฏิบัติเบี่ยงเบนออกไปจากโครงการที่ท้องถิ่นยอมรับแล้ว จึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งอาจกระทำได้ดังนี้

1. แสวงหาวิธีในการปรับแนวทางการปฏิบัติหรือการปรับแนวทางการดำเนินงาน โครงการที่ส่วนกลางกำหนดให้สอดคล้องสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นในแต่ละช่วงเวลา

2. แสวงหาวิธีการที่จะปรับพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติให้เข้ากับแนวทางการปฏิบัติของแผนงานหรือโครงการนั้นด้วย

การสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่อง การที่จะให้มีการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง หมายความว่า นโยบายนั้นจะต้องถูกปรับเปลี่ยนและได้รับการยอมรับเป็นหน้าที่ประจำของผู้ปฏิบัติด้วย การหาวิธีทำให้ให้นโยบายนั้นได้รับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหน่วยระดับท้องถิ่นนั้น ผู้บริหารระดับท้องถิ่นจะต้องมีบทบาทในการนำหรือชักจูงให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจะต้องหาทางแปลงนโยบายให้เป็นภารกิจประจำวันของผู้ปฏิบัติ

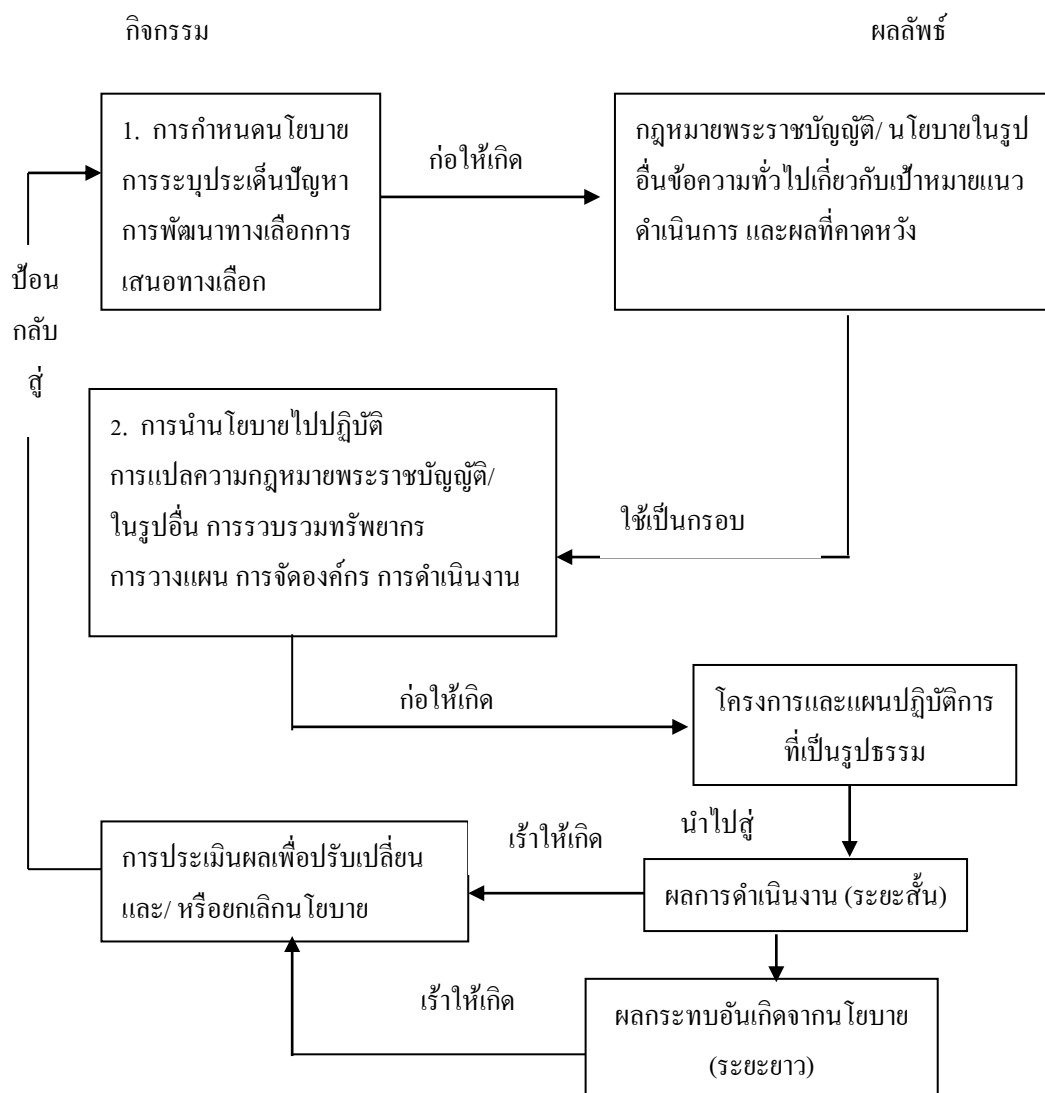
โดยตรง ส่วนผู้ปฏิบัติเองจะต้องพร้อมและมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามนโยบายนั้นอย่างถาวร เสมือนหนึ่งเป็นภารกิจประจำวัน

เมื่อพิจารณาแนวคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติข้างต้นผู้ศึกษา พบว่า มีสิ่งที่น่าสนใจ คือ การนำนโยบายไปปฏิบัติเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการองค์กร กล่าวคือ การปฏิบัติตามนโยบายใด นโยบายหนึ่งจะดำเนินการโดยองค์กร ซึ่งอาจเป็นองค์กรเดียวหรือหลายองค์กรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ กันก็ได้ การที่องค์กรนำนโยบายไปปฏิบัติก็เพื่อที่องค์กรจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่องค์กรตั้งไว้นั้นเอง

การนำนโยบายไปปฏิบัติขององค์กร ไม่ว่าจะเป็นองค์กรระดับจุลภาคหรือมหภาค มีลักษณะที่น่าสนใจ คือ เป็นการบังคับบัญชาตามลำดับชั้น (Hierarchy) หรือเป็นการกระจายอำนาจ ความรับผิดชอบจากบนลงล่างนั่นเอง กล่าวคือ ผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชาระดับสูงจะเป็นผู้กำหนด นโยบายแล้วสั่งการหรือกระจายหน้าที่ไปยังหน่วยงานใต้การบังคับบัญชาเป็นลำดับ

หากพิจารณาการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับมหภาคจะเป็นนโยบายสาธารณะ ที่ผลจากการดำเนินนโยบายมีผลกระทบต่อสังคมหรือประชาชนจำนวนมาก ดังนั้น จึงต้องมี ความระมัดระวังในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ นโยบาย การปฏิบัติ นโยบายในระดับนี้จะมียุทธศาสตร์ ตั้งแต่องค์กรระดับชาติ องค์กรระดับชาติ องค์กรระดับท้องถิ่น มีการบังคับบัญชาตามลำดับชั้น (Hierarchy) ที่ชัดเจน และนโยบายที่มีลักษณะเป็นนามธรรมจะถูกแปลงให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ตามลำดับชั้น การบังคับบัญชา กล่าวคือ จากกฎหมายหรือนโยบายสาธารณะที่กำหนดโดยรัฐ จะถูกแปลงนโยบายโดยกระทรวง ทบวง กรม เพื่อให้พร้อมปฏิบัติการได้โดยองค์กรท้องถิ่นนั่นเอง

การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกิจกรรมหนึ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการกำหนดนโยบาย สาธารณะ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก ทั้งนี้เพราะการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการแปลงวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ในกฎหมาย พระราชบัญญัติกฎกระทรวงหรือแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ซึ่งโดยปกติมักจะมีลักษณะที่กว้าง คลุมเครือ และกำกวม ให้เป็นโครงการ แผนงาน หรือกิจกรรมที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อนำมาใช้ ในการดำเนินการให้สำเร็จตามเป้าหมาย นอกจากนั้นยังมีการวางแผนการจูงใจองค์กร รวมทั้ง การปฏิบัติการเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติกับ ขั้นตอนอื่น ๆ ของกระบวนการกำหนดนโยบาย ดังแสดงในรูปภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติและขั้นตอนอื่น ๆ ในกระบวนการของนโยบาย

### ปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (ศิริพงษ์ อดาวัดย์ ณ อยุธยา, 2551, หน้า 274-280)

ลักษณะของปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติที่เด่นชัด จะมีปัญหารวม 5 ด้านหลักด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ปัญหาทางด้านสมรรถนะ ปัญหาทางการควบคุม ปัญหาทางด้านความร่วมมือ และการต่อต้านด้านการเปลี่ยนแปลง ปัญหาทางด้านอำนาจ และความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และปัญหาทางด้านความสนับสนุนและความผูกพันขององค์กรหรือบุคคลสำคัญ

## 1. ปัญหาด้านสมรรถนะ

ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นนโยบายนั้นจะเป็นประเภทใดก็ตาม อาจกล่าวได้ว่า โดยส่วนหนึ่งย่อมขึ้นอยู่กับว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีความสามารถในการดำเนินการต่างๆ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบายนั้น ได้มากน้อยแค่ไหน เพียงใด ดังนั้น ปัญหาหลักด้านหนึ่งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงได้แก่ ปัญหาทางด้านสมรรถนะ ปัญหาในลักษณะดังกล่าวจะมีมากน้อยเพียงใด ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยย่อยอีกหลาย ๆ ประการ นับตั้งแต่ปัจจัยทางด้านบุคลากร ปัจจัยทางด้านเงินทุน ปัจจัยทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตลอดจนปัจจัยทางด้านวิชาการหรือเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้น

1.1 ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคลากร ปัญหาทางด้านสมรรถนะจะมีมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับเงื่อนไขประการแรก นโยบายที่จะถูกนำไปปฏิบัติ นั้น ต้องการบุคลากรจำนวนเท่าใด ต้องการบุคลากรประเภทใด และต้องการบุคลากรที่มีคุณสมบัติอย่างไร เงื่อนไขประการที่สอง บุคลากรที่ต้องการเหล่านั้น มีคุณภาพ ความรู้ ความสามารถที่จะปฏิบัติตามนโยบายนั้น ได้หรือไม่ บุคลากรเหล่านั้นมีความยินดีหรือความตั้งใจที่จะมาร่วมเป็นผู้ปฏิบัติในนโยบายนั้นหรือไม่ เงื่อนไขประการที่สาม หากไม่มีบุคลากรเหล่านั้นอยู่ในระบบราชการหรือไม่พอ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะสามารถหาบุคลากรจากภาคเอกชนได้หรือไม่ จะมีความสามารถหรือวิธีการดึงดูดบุคลากรเหล่านั้นให้ปฏิบัติงานในนโยบายหรือโครงการอย่างไร จะเห็นได้ว่าปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเกิดขึ้น ถ้าหากว่าไม่สามารถหาบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถได้อย่างทันท่วงทีและเพียงพอ

1.2 ในด้านปัจจัยเกี่ยวกับเงินทุน ปัญหาทางด้านสมรรถนะจะมีมากขึ้น ถ้าหากหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติถูกจำกัด โดยเงื่อนไขของการใช้เงินทุน ซึ่งคือ ข้อจำกัดในการใช้เงินนั้นมีมากหรือมีระเบียบบังคับไว้มากเกินไปจนขาดความยืดหยุ่นก็จะยิ่งเป็นการบั่นทอนสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น ในประการสำคัญหากหน่วยปฏิบัติมีความต้องการที่จะใช้เงินเพิ่มมากขึ้นกว่าที่กำหนดไว้ มีความเป็นไปได้หรือไม่เพียงใดที่รัฐบาลหรือหน่วยงานจากส่วนกลางจะสามารถให้การตอบสนองได้ทันเวลาหรือทันท่วงที ถ้าหากไม่สามารถตอบสนองได้ ความล่าช้าในการปฏิบัติก็อาจจะเกิดขึ้นและอาจนำมาซึ่งความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยส่วนรวมได้อีกด้วย

1.3 ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตลอดจนปัจจัยทางด้านวิชาการหรือเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ปัญหาทางด้านสมรรถนะจะทวีมากขึ้น ถ้าหากหน่วยที่รับผิดชอบไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้เพียงพอทันต่อเวลา ในบางกรณี การปฏิบัติตามนโยบายนั้น มีลักษณะที่ต้องใช้วิชาการหรือเทคโนโลยี

เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งในเรื่องนี้จะเห็นได้ว่ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยทางด้านบุคลากร โดยตรง ดังที่ได้ระบุนมาแล้ว ฉะนั้น ในภาพรวมอาจกล่าวได้ว่า ปัญหาทางด้านสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติ จะมีมากขึ้น ตลอดจนวิทยาการหรือเทคโนโลยี ปัจจัยเหล่านี้อาจจะส่งผลให้เกิดความล้มเหลว ในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้

## 2. ปัญหาด้านการควบคุม

ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยส่วนหนึ่งย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถ ในการควบคุม ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการวัดความก้าวหน้าหรือผลการปฏิบัติของนโยบาย แผนงาน หรือโครงการ มีผลงานเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเพิ่มมากขึ้น ถ้าหากว่าผู้รับผิดชอบในนโยบายนั้นขาดความสามารถที่จะทำการวัดผลหรือควบคุม ผลงานของหน่วยปฏิบัติ ปัญหาทางการควบคุมจะมีมากหรือน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับเงื่อนไข ต่าง ๆ หลายประการ

เงื่อนไขประการแรก ขึ้นอยู่กับความสามารถของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลง นโยบายว่า จะสามารถแปลงนโยบายนั้น ๆ ออกมาเป็นแนวทางปฏิบัติ แผนงานหรือโครงการ ที่สอดคล้องกับความต้องการนโยบายเพียงใด

เงื่อนไขประการที่สอง ขึ้นอยู่กับว่ากิจกรรมของนโยบาย แผนงาน หรือ โครงการนั้น มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพียงใด

เงื่อนไขประการที่สาม ขึ้นอยู่กับกรณีที่หน่วยปฏิบัติจะมีการกำหนดภารกิจ ตลอดจน มาตรฐานในการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติงานรวม แผนงานหรือ โครงการนั้น เพียงใด เงื่อนไขทั้งสามประการนี้ จะมีผลโดยตรงต่อการสร้างความสามารถในการควบคุม หรือการวัดความก้าวหน้าของปฏิบัติงานที่จะสามารถสนองต่อความต้องการของนโยบายได้ และในขณะเดียวกันก็จะมีผลโดยตรงต่อปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติด้วย

## 3. ปัญหาทางด้านความร่วมมือและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

ไม่ว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีสมรรถนะสูงเพียงใด ไม่ว่าผู้รับผิดชอบในนโยบายจะมีความสามารถในการควบคุมผลงานของหน่วยปฏิบัติภายใต้ระบบ การวัดและติดตามผลที่สมบูรณ์เพียงใดก็ตาม การนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบความสำเร็จไป ไม่ได้ ถ้าหากปราศจากเสียซึ่งความร่วมมือจากสมาชิกทั้งหมดในองค์กรหรือหน่วยปฏิบัติ ในอีกนัยหนึ่ง ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีสูงชันอย่างมาก ถ้าสมาชิกในองค์กร หรือหน่วยปฏิบัติไม่ให้ความร่วมมือหรือต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากนโยบายนั้น ๆ

#### 4. ปัญหาทางด้านอำนาจและความสัมพันธ์กับองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาหลักอีกด้านหนึ่งในการนำนโยบายไปปฏิบัติก็คือ ปัญหาทางด้านอำนาจและความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงปัญหาทางด้านนี้ กล่าวได้ว่าเป็นการก้าวล้ำไปจากขอบข่ายของปัญหาทางด้านสมรรถนะ ปัญหาทางด้านการควบคุม และปัญหาทางด้านความร่วมมือและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกหรือหน่วยปฏิบัติในองค์กรไปสู่ของข่ายเอง ปัญหาที่เกิดขึ้นจากองค์กรที่รับผิดชอบหรือมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติด้วยเช่นกัน การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้ การแสวงหาความสนับสนุน การเจรจาต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรหรือผลประโยชน์ระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติภายใต้ความเข้าใจข้างต้น ปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากเรื่องของอำนาจและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติกับองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจะมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหรือปัจจัยย่อยหลาย ๆ ประการ นับตั้งแต่

4.1 ลักษณะของการติดต่อและความสัมพันธ์ที่หน่วยปฏิบัติมีกับหน่วยงานที่ควบคุมนโยบายดังกล่าว

4.2 ระดับความจำเป็นที่หน่วยปฏิบัติจะต้องแสวงหาความร่วมมือ ฟังพา หรือทำความเข้าใจกับหน่วยงานหลักอื่น ๆ

4.3 ระดับของความเป็นไปได้ที่เจ้าหน้าที่ของแต่ละหน่วยจะสามารถทำงานร่วมกันได้

#### 5. ปัญหาทางด้านความสนับสนุนและความผูกพันขององค์กรหรือบุคคลสำคัญ

นโยบายใดก็ตามถ้าหากปราศจากเสียซึ่งความสนับสนุนและความผูกพันขององค์กรหรือบุคคลสำคัญแล้ว ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติก็อาจจะเกิดขึ้นได้ ในบางกรณีปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลให้ต่อความล้มเหลวของนโยบายนั้น โดยตรงก็ได้ โดยนัยดังกล่าว ความสนับสนุนและความผูกพันขององค์กรหรือบุคคลสำคัญ ซึ่งได้แก่ กลุ่มอิทธิพล กลุ่มผลประโยชน์ นักการเมือง ข้าราชการระดับสูง กล่าวให้เด่นชัดขึ้น ความยากลำบากของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขดังต่อไปนี้

ประการแรก ผู้รับผิดชอบหรือเรียกหน่วยราชการที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์ที่แนบแน่นกับฝ่ายการเมืองและฝ่ายบริหารหรือไม่ ทั้งนี้จากบ่อยครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลในฝ่ายการเมืองหรือฝ่ายบริหาร ความผูกพันของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ที่มีต่อนโยบายมักจะเปลี่ยนแปลงไป การขาดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จึงมักเป็นเงื่อนไขที่นำมาซึ่งปัญหาอุปสรรคของนโยบายนั้นไม่มากก็น้อย ถ้านักการเมืองหรือฝ่ายบริหารมีอำนาจทางการเมืองสูงพอ จะมีอิทธิพลต่อนโยบายใด จำเป็นต้องระวังและตระหนักปัญหานี้ไว้เป็นอย่างมาก



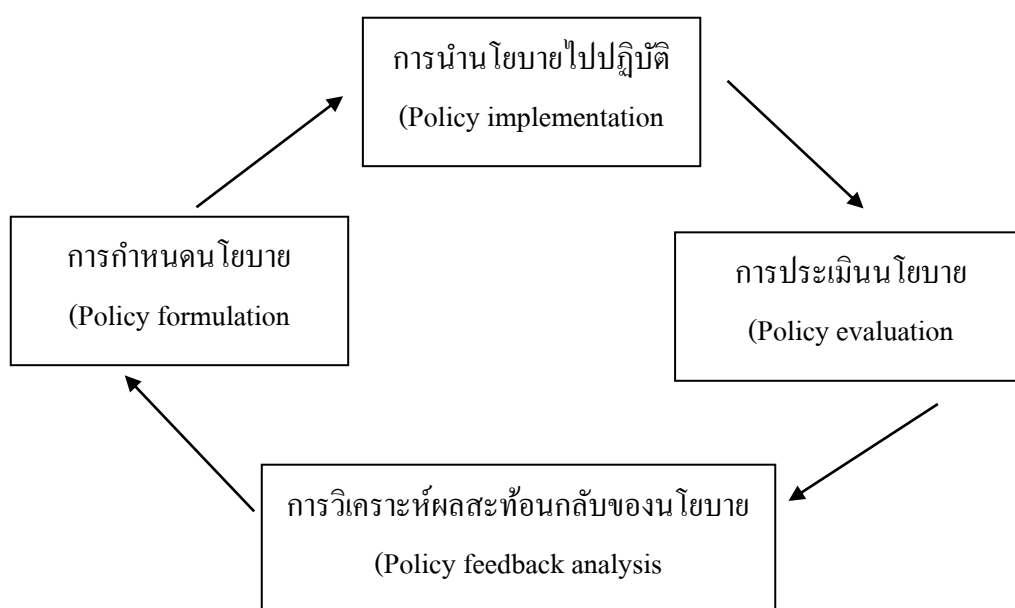
ประการที่สอง กลุ่มอิทธิพล กลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น มีความเข้าใจ ตลอดจนสูญเสียประโยชน์ในนโยบายนั้นเพียงใด ในบางกรณีการสูญเสียประโยชน์ และการขาดความเข้าใจในนโยบายอย่างเพียงพอ อาจนำมาซึ่งปัญหาในการดำเนินนโยบาย หรือทำให้กลุ่มเหล่านั้นทำการต่อต้านคัดค้านนโยบายนั้นได้

ประการที่สาม เงื่อนไขของระดับความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบในนโยบาย กับสื่อมวลชนก็มีความสำคัญอย่างมาก ถ้าผู้รับผิดชอบในการดำเนินนโยบายขาดความสัมพันธ์ หรือความเข้าใจอันดีกับสื่อมวลชนก็อาจทำให้สื่อมวลชนใช้อิทธิพลของตนที่มีอยู่โจมตีหรือทำลาย ความน่าเชื่อถือของนโยบาย และส่งผลต่อการทำนโยบายออกไปปฏิบัติได้

ประการที่สี่ บุคคลสำคัญในระดับท้องถิ่นและในระดับชาติให้การสนับสนุนในนโยบาย เพียงใด จากประสบการณ์ในประเทศไทย โครงการวางแผนครอบครัวที่ดำเนินอยู่ในต่างจังหวัด บางจังหวัดในระยะแรกไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชนเท่าที่ควร เพราะประชาชนเหล่านั้น ยังมีความเชื่อหรือความเข้าใจว่า การวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิดเป็นบาป ดังนั้น เพื่อให้เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในบางครั้งผู้บริหารโครงการจำเป็นต้องอาศัยบุคคลสำคัญ ในท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งได้แก่ วิทยุทำการเทศน์ สร้างความเข้าใจให้กับประชาชนในภาพรวม จึงถือได้ว่า เงื่อนไขความสนับสนุนและความผูกพันขององค์กรหรือบุคคลสำคัญมีอิทธิพลเป็นอย่างมาก ต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Sabatier & Mazomanie, 1981 อ้างถึงใน ศิริพงษ์ ตดาวัลย์ ณ อยุธยา, 2551, หน้า 280)

**ปัญหาด้านการขาดองค์ความรู้ทางวิชาการที่สมบูรณ์** (ศุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 10) ที่ผ่านมาในการศึกษาการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะนั้นจะมุ่งเน้นหนักไปที่กระบวนการของการกำหนดนโยบาย (Policy formation process) และการศึกษาผลกระทบของนโยบาย (Policy impact) เสียเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งถือว่าเป็นจุดเชื่อมโยงที่สำคัญ ระหว่างการกำหนดนโยบายกับการประเมินนโยบาย จึงกลายเป็นช่องว่างที่ไม่ได้รับความสนใจ (Hargrove, 1975) เมื่อมาพิจารณาถึงศาสตร์ของการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ (Public policy analysis) ที่เป็นกรอบของความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินนโยบาย และการวิเคราะห์ผลสะท้อนกลับของนโยบาย (Nagel, 1980) นั้น สามารถเห็นได้ชัดเจนว่า หากองค์ความรู้ด้านการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัตินี้ ขาดผู้ที่สนใจทำการศึกษาอย่างจริงจังแล้ว อาจทำให้เกิดความล้มเหลวของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติที่ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีสาเหตุมาจากความล้มเหลวทางทฤษฎี (Theory failure) หรือมีสาเหตุมาจากความล้มเหลวในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (Implementation failure)

(วรเดช จันทรศร, 2527 อ้างถึงใน สุภชัย ยาวะประภาส, 2554, หน้า 10) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อไปยัง การปรับปรุงและแก้ไขนโยบาย การกำหนดนโยบายใหม่ขึ้นมา หรือการประเมินนโยบายด้วย นอกจากนี้การศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ โดยส่วนใหญ่ยังเป็นเพียง การศึกษาค้นคว้าในนโยบายสาธารณะบางประเภทเท่านั้น การศึกษาการนำนโยบายสาธารณะ ไปปฏิบัติเท่าที่ผ่านมาจึงมุ่งสนใจนโยบายเฉพาะเรื่องมากกว่าการสร้างทฤษฎีเอาไว้ แต่ก็ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ สำหรับในประเทศไทยหรือแม้กระทั่งในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกก็ยังไม่มีการพัฒนาทฤษฎี หรือทำการศึกษาวิชาดังกล่าวอย่างจริงจัง ทำให้การศึกษาเรื่องการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ที่ผ่านมายังขาดทฤษฎีที่มีความชัดเจนหรือมีความเป็นสากล ซึ่งเป็นผลให้การนำนโยบายสาธารณะ ไปปฏิบัติไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่า การพัฒนาทฤษฎี การนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินนโยบายของรัฐ ทั้งในระดับมหภาค และระดับจุลภาค



ภาพที่ 6 ศาสตร์การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะปัญหาด้านความร่วมมือและการยอมรับของผู้ปฏิบัติงาน

ในอดีตที่ผ่านมาได้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบการดำเนินงานของหน่วยงานราชการ หรือแม้กระทั่งระบบการเมืองของประเทศเป็นอย่างมาก ซึ่งส่วนใหญ่นั้นการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จากแรงผลักดันทั้งภายใน (เช่น ประสิทธิภาพแลประสิทธิผลของงาน ความล่าช้าในการดำเนินงาน เป็นต้น) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ดังที่เห็น ได้ในปัจจุบันรัฐบาลได้พยายามผลักดันนโยบาย

การปฏิรูประบบราชการและอีกหลายนโยบาย แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะขาดความร่วมมืออันดีระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับผู้ปฏิบัติตามนโยบาย ในการพัฒนาทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ จึงควรที่จะทำการศึกษาดังผลกระทบที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติด้วย โดยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

1. ใครที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติบ้าง
2. ทำอย่างไรจึงจะทำให้การดำเนินนโยบายสามารถบรรลุถึงเป้าหมายหรือผลสำเร็จที่กำหนดไว้
3. การนำนโยบายมาใช้มีผลกระทบอย่างไรบ้างต่อประชาชน หรือองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องบ้าง

โดยสรุปแล้ว จากปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการศึกษาดังผลกระทบการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ เพื่อให้ดำเนินนโยบายของรัฐประสบความสำเร็จและขจัดปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้หมดไป หรือให้เหลือน้อยลงเท่าที่จะเป็นไปได้

#### **ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ**

ในการวางแผนกำหนดนโยบายสาธารณะนั้น แม้ว่าจะมีการวางแผนที่ดีเพียงใด เมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติจริงก็ยังมีโอกาสที่จะประสบอุปสรรคหรือปัญหาต่าง ๆ เพราะในสถานการณ์จริงอาจมีปัจจัยสอบแทรกที่คาดไม่ถึงเกิดขึ้น

ศุภชัย ยาวะประภาษ (2554, หน้า 101-118) ได้ทบทวนผลงานวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยหลายประการที่กำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1. ลักษณะของนโยบาย ซึ่งได้แก่ ประเภทของนโยบาย ผลประโยชน์ที่เกิดจากนโยบาย ความสอดคล้องกับค่านิยมที่มีอยู่ และความเป็นไปได้ในการทดลองปฏิบัติ ตลอดจนเห็นผลได้ของนโยบายนั้น ๆ ซึ่งจะมีผลในการนำนโยบายไปปฏิบัติ หากนโยบายก่อนให้เกิดผลประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีความสอดคล้องกับค่านิยม ตลอดจนถึงสามารถเห็นผลได้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ นโยบายนั้นจะมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จมาก
2. วัตถุประสงค์ของนโยบาย ซึ่งจะประกอบไปด้วย ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ ความสอดคล้องกันของวัตถุประสงค์ ความยากง่ายในการรับรู้วัตถุประสงค์ ดัชนีวัดความสำเร็จของนโยบาย และความเที่ยงตรงของข่าวสารที่มีไปยังผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ
3. ความเป็นไปได้การเมือง การนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นอาจเกิดปัญหาทางการเมืองขึ้นได้ ดังนั้น ตัวแปรทางการเมืองจึงมีประเด็นที่หน้าพิจารณา คือ การเจรจาระหว่างรัฐและเอกชน

ความสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบของนโยบายที่มีต่อกลุ่มอาชีพที่มีอิทธิพล และความสนับสนุนจากกลุ่มชั้นนำ สื่อมวลชน และมีสิทธิออกเสียงเลือกตั้ง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการนโนโยบายไปปฏิบัติ

4. ความเป็นไปทางเทคนิคหรือทฤษฎี ซึ่งหมายถึง การร่างนโยบายว่ามีผู้เข้ามาเกี่ยวข้องมากด้วยแค่ไหน ข้อเรียกร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมากน้อยเพียงใด รวมไปถึงความเชื่อถือได้ทางทฤษฎีและลักษณะของเทคโนโลยีว่าสอดคล้องกับสภาพการณ์ของประเทศหรือไม่ หากนโยบายมีความเป็นไปได้ทางทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วก็ย่อมมีผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ

5. ทรัพยากร ซึ่งหมายถึง ความเพียงพอของทรัพยากร ประกอบไปด้วย การสนับสนุนทางการเงิน กำลังและคุณภาพของเจ้าหน้าที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และปัจจัยทางด้านการบริหารอื่น ๆ ว่าเพียงพอที่จะใช้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติหรือไม่

6. ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วย ประเภทหน่วยงาน โครงสร้าง และลำดับชั้นในการบังคับบัญชาว่า มีจำนวนผู้ได้บังคับบัญชาเท่าไร ความสามารถของผู้นำและความสัมพันธ์กับหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย

7. ทักษะของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ทักษะที่มีผลต่อวัตถุประสงค์ของนโยบายว่าผู้นำนโยบายไปปฏิบัติเห็นด้วยกับนโยบายเพียงใด ผลกระทบที่จะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ผลกระทบของนโยบายที่มีต่ออำนาจ ศักดิ์ศรี และผลประโยชน์ของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงความขัดแย้งระหว่างวัตถุประสงค์ของนโยบายไปปฏิบัติขององค์กรด้วย

8. ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่าง ๆ ที่นำนโยบายปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย จำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวนจุดตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน และการแทรกแซงของหน่วยงานในระดับที่มีต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่า การทำความเข้าใจแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะหรือทำให้เกิดความเข้าใจการทำความเข้าใจแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการทำงานวิจัยชิ้นนี้ เพราะแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับนโยบายทำให้เรามองเห็นองค์รวมของนโยบายสาธารณะ นับตั้งแต่ความหมาย ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การสังเคราะห์แนวคิดจากการศึกษาและการพัฒนาตัวแบบ (วรเดช จันทรศร, 2548, หน้า 135-154)

วรเดช จันทรศร ได้ทำการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติจากผลงานของนักวิชาการที่มีชื่อเสียงหลายท่าน รวมทั้งประสบการณ์ที่ผ่านมา พัฒนาเป็นแนวคิดและตัวแบบทางทฤษฎี

โดยได้ให้ทรศนะของการนำนโยบายไปปฏิบัติว่า เป็นการศึกษาในเรื่องขององค์กรที่รับผิดชอบสามารถนำและกระตุ้นให้ทรัพยากรทางการบริหาร ตลอดจนกลไกที่สำคัญทั้งหมด ปฏิบัติงานให้บรรลุตามนโยบายที่ระบุได้หรือไม่ แค่นั้น เพียงใด การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงเป็นการแสวงหาวิธีการและแนวทางเพื่อปรับปรุงนโยบายแผนงานและการปฏิบัติงานในโครงการที่ดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาเรื่องการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ต้องแก้อาจจะต้องการนำเสนอตัวแบบทางทฤษฎี (Theoretical models) หรือแนวทางการศึกษาที่พิจารณาเห็นว่าสำคัญและมีประโยชน์ ซึ่งการเสนอตัวแบบนี้จะไปตามหลักการของทฤษฎีนิรนัยที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น

จากการศึกษาเรื่องการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของผู้เขียนในอดีตได้เสนอตัวแบบทางทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติรวม 6 ตัวแบบ (วรเดช จันทรศร, 2540) ได้แก่

1. ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล (Rational model)
2. ตัวแบบทางด้านการจัดการ (Management model)
3. ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร (Organization development model)
4. ตัวแบบทางด้านการกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic processes model)
5. ตัวแบบทางด้านการเมือง (Political model)
6. ตัวแบบเชิงบูรณาการ (Integrative model)

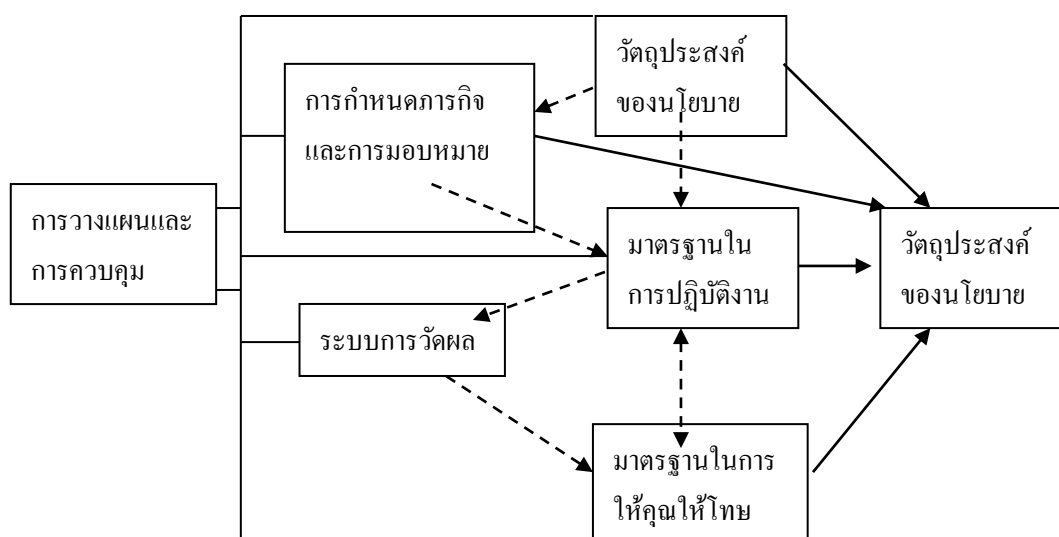
การนำเสนอตัวแบบรวม 6 ตัวแบบดังกล่าว เป็นความพยายามในการที่จะแยกประเด็นความสนใจในการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติออกไปอย่างกว้าง ๆ ไม่ได้มีการให้ความสำคัญเป็นพิเศษแก่ตัวแบบใด โดยเฉพาะ ทั้งนี้เพราะการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ แม้จะได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในปัจจุบัน แต่ผลงานศึกษาที่ออกมายังไม่มากเพียงพอที่จะช่วยทำให้สามารถหาข้อสรุป หรือยึดถือตัวแบบใดตัวแบบหนึ่งในการสร้างความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Implementation processes) ได้ ด้วยเหตุนี้ การศึกษาของผู้เขียนในครั้งนี้ จึงต้องการที่พัฒนาตัวแบบทางทฤษฎีโดยนำผลงานและกรณีศึกษาที่สำคัญมาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อให้ได้ตัวแบบที่มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ตัวแบบทั้ง 6 ตัวแบบนี้ มีตัวแปรตาม คือ ผลที่ได้จากกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยสนับสนุนและส่งผลให้เกิดผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งในแต่ละตัวแบบที่ วรเดช จันทรศร ได้พัฒนาขึ้นจะพิจารณาถึงขอบเขตที่เฉพาะและค้นพบว่าตัวแบบแต่ละแบบจะมีตัวแปรอิสระที่แตกต่าง

1. ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล (Rational model)

ตัวแบบดังกล่าวนี้มีฐานคติที่ว่า “นโยบายที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีกระบวนการวางแผนและควบคุมผลงาน (Planning & Controlling system) การกำหนดวัตถุประสงค์และภารกิจที่ชัดเจน

มีการมอบหมายงานและกำหนดมาตรฐานการทำงานให้แก่หน่วยงานย่อยต่าง ๆ ขององค์กร มีระบบวัดผลการปฏิบัติงาน ตลอดจนระบบการให้คุณให้โทษ” ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเริ่มต้นจากการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจว่าอะไรคือเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ผู้กำหนดนโยบายต้องการ และผู้ปฏิบัติงานจะได้กำหนดภารกิจหรือกำหนดความรับผิดชอบเฉพาะของแต่ละฝ่ายให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบายได้ ซึ่งจะช่วยให้การประสานงานเป็นไปด้วยความราบรื่น ส่วนการกำหนดมาตรฐานการทำงานย่อมจะเกิดประโยชน์ในการตรวจสอบควบคุมและการประเมินผลการปฏิบัติงานของแต่ละฝ่ายได้ และระบบการประเมินผลที่สมบูรณ์และการมีมาตรฐานในการทำงานที่เด่นชัด ย่อมส่งผลให้ระบบการให้คุณให้โทษเป็นไปอย่างเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น ซึ่งทั้งหมดดังกล่าวนี้จะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังแผนภูมิ

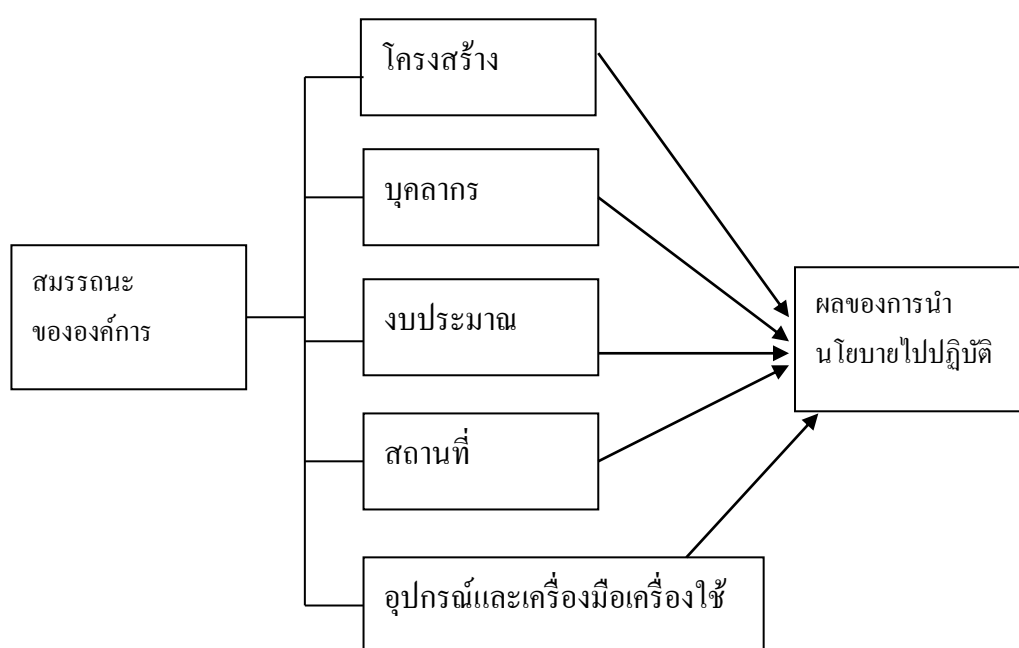


ภาพที่ 7 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ยึดหลักเหตุผล

## 2. ตัวแบบทางด้านการจัดการ (Management model)

ตัวแบบนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่เน้นให้ความสำคัญไปที่สมรรถนะภายในองค์กร (Internal capacity) ที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีขีดความสามารถที่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความคาดหวังเพียงใด หรือมีจุดแข็งและจุดอ่อนในด้านต่าง ๆ หรือไม่ อย่างไรก็ตามในลักษณะนั้นนโยบายจะประสบความสำเร็จต้องอาศัยโครงสร้างองค์กร บุคลากร งบประมาณ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนเทคโนโลยีสมัยใหม่ หน่วยงานที่มี

สมรรถนะภายในค่อนข้างสูงจะมีโอกาสที่นำเอานโยบายไปปฏิบัติอย่างประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก ในทางตรงข้าม หากหน่วยงานที่มีสมรรถนะภายในค่อนข้างต่ำ จะส่งผลทำให้การนำเอานโยบายไปปฏิบัติไม่ประสบความสำเร็จ ตัวแบบนี้จึงเป็นความพยายามที่จะศึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยการแก้ไขที่ตัวองค์กร เช่น การขาดงบประมาณ การขาดบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ความล่าช้าในการสรรหาบุคลากร ความล่าช้าในการจัดตั้งระบบงานต่าง ๆ และการขาดวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น ดังแผนภูมิ

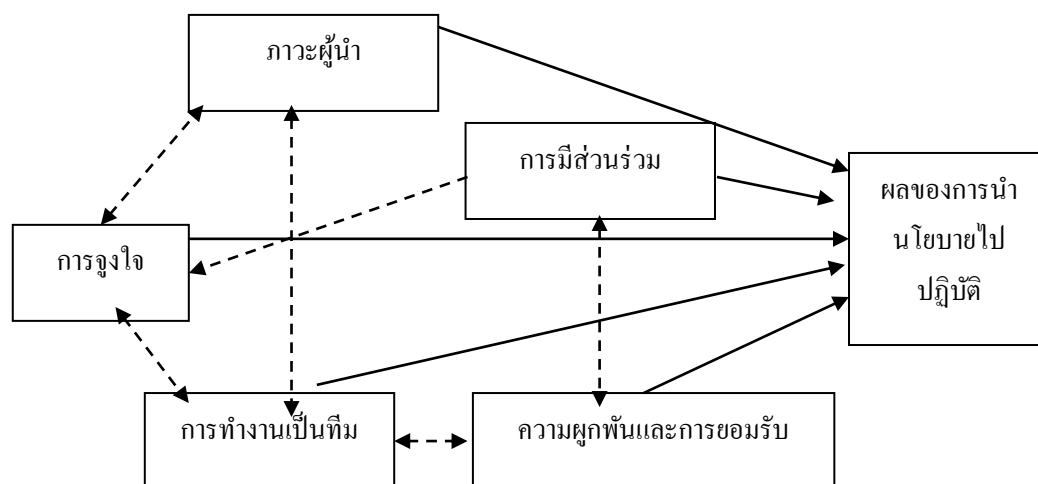


ภาพที่ 8 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เน้นด้านการจัดการ

### 3. ตัวแบบทางการพัฒนาองค์กร (Organization development model)

ตัวแบบดังกล่าวนี้เน้นที่พฤติกรรมและวัฒนธรรมองค์กร โดยเฉพาะภาวะผู้นำ การสร้างแรงจูงใจ การทำงานเป็นทีม การสร้างความผูกพันยอมรับร่วมกัน และการมีส่วนร่วม (Participation) ของผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญ ภายใต้ฐานคติที่ว่า “การมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ การนำนโยบายมาปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ จึงน่าจะเป็นเรื่องแรงจูงใจ การใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสม การสร้างความผูกพันของสมาชิกในองค์กร การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการสร้างทีมงานมากกว่าการมุ่งใช้การควบคุม หรือใช้อำนาจทางรูปนัยของผู้บังคับบัญชา” ทั้งนี้เพราะเห็นว่าความสำเร็จของนโยบาย คือ ความสำเร็จของผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน

จึงน่าจะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติมากกว่ากลยุทธ์อื่น ๆ กล่าวอีกนัยหนึ่ง การนำเอานโยบายไปปฏิบัติเป็นเรื่องของกระบวนการที่ทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง ในการกำหนดหรือวางกรอบนโยบาย โดยถือว่านโยบายเหล่านั้นมาจากตัวผู้ปฏิบัติเอง โดยตรง ดังแผนภูมิ

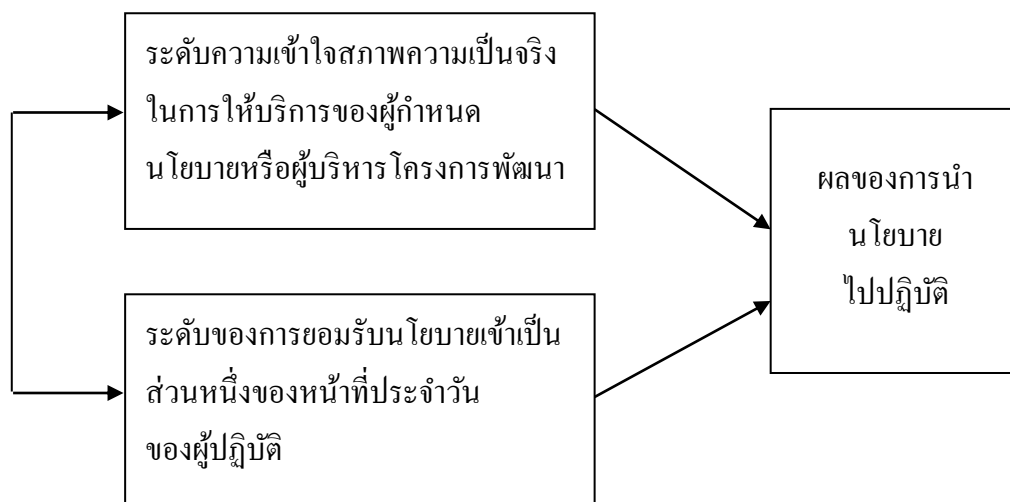


ภาพที่ 9 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เน้นด้านการพัฒนาองค์กร

#### 4. ตัวแบบกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic process model)

ตัวแบบนี้พัฒนามาจากแนวคิดของนักสังคมวิทยาองค์กรที่พยายามจะสร้างกรอบการมองหาสภาพความเป็นจริงทางสังคมในองค์กร ตัวแบบนี้เชื่อว่าอำนาจขององค์กรไม่ได้อยู่ที่ตำแหน่งทางรูปนัย แต่มีอยู่กระจัดกระจายในองค์กร ในทัศนะนี้หมายความว่า สมาชิกในองค์กรทุกคนมีอำนาจในแง่ของการใช้วิจารณญาณ โดยเฉพาะข้าราชการที่มีหน้าที่ให้บริการประชาชน โดยที่ผู้บังคับบัญชาไม่อาจควบคุมได้ การขัดแย้งนโยบายใหม่ ๆ ย่อมมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน หรือวิถีชีวิตประจำวันของข้าราชการ นอกเสียจากข้าราชการหรือผู้ปฏิบัติงานยอมรับหรือปรับนโยบายเหล่านั้นเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ประจำวันของผู้ปฏิบัติ กล่าวคือ หากเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการเกิดการต่อต้าน ไม่ยอมรับเอานโยบายมาแปลงสู่ภาคปฏิบัติ ในฐานะเป็นงานประจำของตน เจ้าหน้าที่ดังกล่าวอาจจะเพิกเฉยในการปฏิบัติตามหรืออาจจะใช้อำนาจดุลยพินิจของการตัดสินใจในลักษณะที่ไม่เอื้อต่อตัวนโยบาย ดังแผนภูมิ

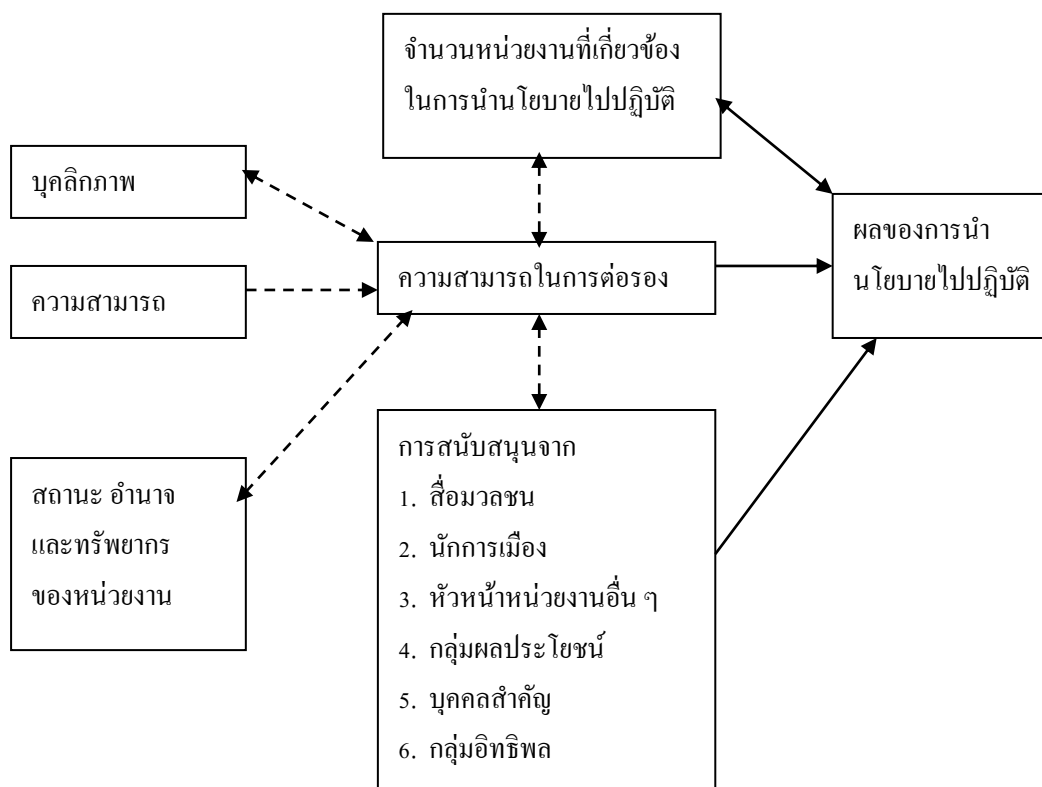




ภาพที่ 10 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เน้นด้านกระบวนการของระบบราชการ

#### 5. ตัวแบบทางการเมือง (Political model)

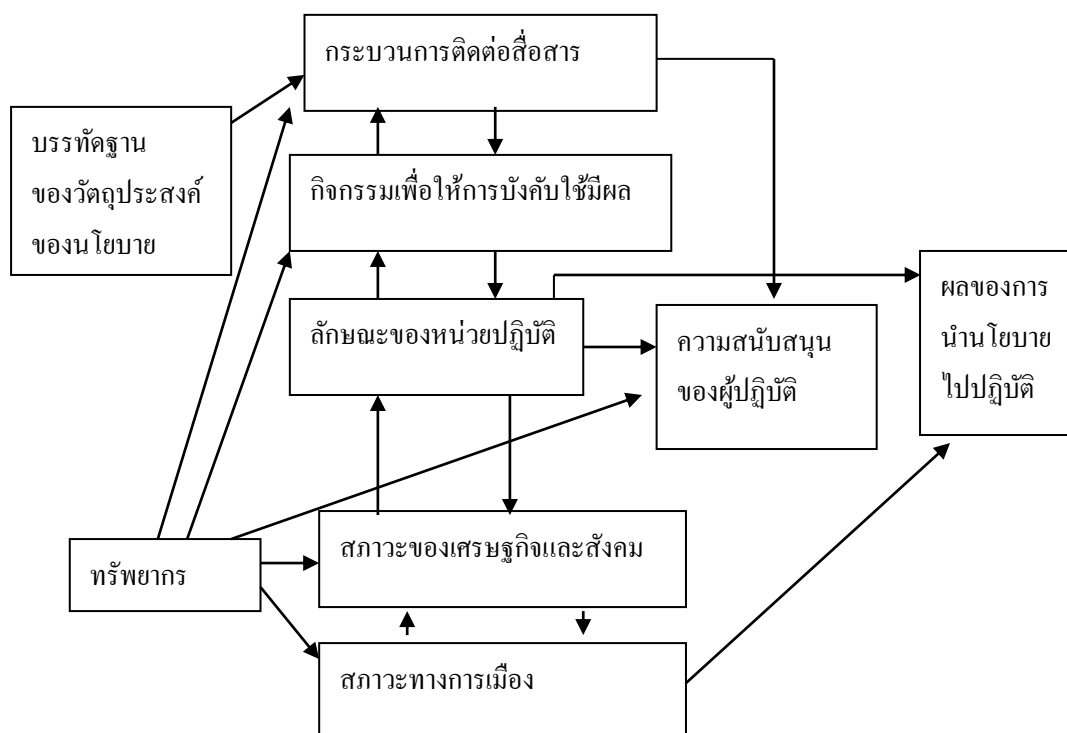
ตัวแบบดังกล่าวเชื่อว่า ความสำเร็จของการนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติเกิดจากความสามารถของผู้เล่น (Players) หรือบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์กร กลุ่ม หรือสถาบัน และปัจจัยภายนอกองค์กร ตัวแบบนี้เน้นที่ความสามารถในการเจรจาต่อรองและการประนีประนอมของบุคคลฝ่ายต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับนโยบายนั้น ทั้งนี้บุคคลฝ่ายต่าง ๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายจะเข้ามาใช้อิทธิพลของตนเอง เพื่อสร้างเงื่อนไขต่อรองให้มีการปฏิบัติตามนโยบาย ในลักษณะที่จะทำให้ตนเองได้รับผลประโยชน์มากขึ้น หรือเสียผลประโยชน์น้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของการใช้ความสามารถเพื่ออ้างเหตุผลความชอบธรรม การโฆษณาประชาสัมพันธ์ชวนเชื่อ การสร้างพลังมวลชนเพื่อก่อให้เกิดแรงกดดัน เป็นต้น ดังนั้น ความสามารถในการเจรจาต่อรอง ประนีประนอม แสวงหาแรงสนับสนุนจากภายนอก ในการนำเอานโยบายไปปฏิบัติกับบุคคลฝ่ายต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบาย ดังแผนภูมิ



ภาพที่ 11 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เน้นด้านการเมือง

#### 6. ตัวแบบทั่วไป (General model)

ตัวแบบดังกล่าว มองว่า ปัจจัยที่จะทำให้การนำเอานโยบายไปปฏิบัติอย่างประสบความสำเร็จนั้น มีอยู่หลายประการ อาทิ สมรรถนะของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการปฏิบัติตามนโยบาย ความชัดเจนของตัวนโยบาย และกระบวนการในการติดต่อสื่อสาร การให้ความร่วมมือสนับสนุนจากผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญต่อปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการนำเอานโยบายไปปฏิบัติได้ไม่มากนักน้อย ดังแผนภูมิ



ภาพที่ 12 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เน้นการบูรณาการหรือตัวแบบทั่วไป

ตัวแบบในการนำนโยบายไปปฏิบัติดังกล่าว จะเห็นว่า บางตัวแบบใช้วิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยพิจารณาเฉพาะปัจจัยภายในองค์กรเท่านั้น เช่น ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล ตัวแบบที่เน้นการจัดการตัวแบบการพัฒนาองค์กร ตัวแบบกระบวนการของระบบราชการ แต่บางตัวแบบสามารถนำมาใช้ในการอธิบายการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ครอบคลุม เพราะพิจารณาทั้งปัจจัยภายในองค์กรและปัจจัยภายนอกองค์กร เช่น ตัวแบบทางการเมือง ตัวแบบทั่วไป เป็นต้น

ดังนั้น ถ้านำตัวแบบใดไปประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติว่า นโยบายสาธารณะนั้น ๆ สำเร็จหรือไม่สำเร็จ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือตัวแปรใดบ้าง เราต้องพิจารณาว่า นโยบายสาธารณะนั้นเป็นนโยบายประเภทใด หากเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หลายกลุ่ม และต้องอาศัยการสนับสนุนจากหลาย ๆ ฝ่าย ตลอดจนเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ก็ควรใช้ตัวแบบที่มีความครอบคลุมมากมาวิเคราะห์

## ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560

(เขตบริการสุขภาพที่ 6, 2558, หน้า 1-42)

ความเป็นมาและความสำคัญ เขตบริการสุขภาพบริการสุขภาพที่ 6 รับผิดชอบให้บริการในพื้นที่ 8 จังหวัด ครอบคลุมประชากร 5,758,784 คน จากบริบทพื้นที่หลายจังหวัดมีการเจริญเติบโตด้านอุตสาหกรรมมากกว่าด้านการเกษตร โดยเฉพาะอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ทางภาคตะวันออก ก่อเกิดปัญหามลพิษด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรงบ่อยครั้ง มีเขตพื้นที่ติดต่อชายแดนฝั่งกัมพูชา 3 จังหวัด เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรทั้งชาวไทยและต่างชาติเข้า-ออกในพื้นที่สูง ทำให้มีประชากรแฝงเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรตามทะเบียนราษฎร นอกจากนี้ยังมีพื้นที่ติดปริมณฑล ทำให้หลายจังหวัดในเขตสามารถเดินทางเข้าสู่กรุงเทพฯ ได้สะดวก รวดเร็ว โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในพื้นที่ที่สำคัญ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอุบัติเหตุจราจร นอกจากนี้ยังพบการระบาดของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ Acute diarrhea pneumonia และ DHF เขตบริการสุขภาพ ฯ จึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ประชาชนในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 6 มีสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่นคง ภายในปี 2565” โดยมีนโยบายมุ่งให้เกิดการพัฒนาตามทิศทาง “One province one hospital และ One region one business” โดยใช้ Service plan เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการร่วม การจัดบริการร่วม ตลอดจนวางแผนการลดต้นทุนค่าใช้จ่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการหนุนเสริมเกื้อกูลกันทั้งระดับจังหวัดและระดับเขต สามารถประกันคุณภาพการให้บริการในทุกระดับได้ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และส่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีต่อประชาชนภายในเขตได้ การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงานพัฒนาระบบบริการระดับเขต และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการระดับจังหวัดเป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการแบ่งระบบบริการเป็น 10 สาขา และในปี พ.ศ. 2557 มีการปรับแยกสาขาบริการที่อยู่รวมกันออกเป็น 16 สาขา เพื่อความสะดวกในการกำหนดเป้าหมาย กำหนดทิศทางการพัฒนางาน และผลักดันให้เกิดการประสานขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานของแต่ละสาขา มีการสร้างเครือข่ายบริการเพื่อแก้ไขปัญหาความแออัดและเพิ่มการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน พัฒนาระบบส่งต่อทั้งภายในระดับจังหวัดและระดับเขตที่เชื่อมโยงกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการส่งต่อนอกเขตบริการ ผลการพัฒนาระบบบริการในภาพรวมมีการพัฒนาและเกิดขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดบริการร่วม การบริหารทรัพยากรร่วม เกิดนวัตกรรม และคุณภาพการบริการที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชนชัดเจน อย่างไรก็ตาม การให้บริการของโรงพยาบาลที่มีการยกระดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ยังให้บริการผู้ป่วยได้ไม่เต็มศักยภาพ เนื่องจากขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่จำเป็นหลายสาขา ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นยังไม่เพียงพอ ทำให้มีการส่งต่อทั้งในเขต

และนอกเขตบริการ โรคที่พบว่ายังมีการส่งต่อนอกเขตสูงเป็นโรคที่เกินศักยภาพและยังไม่สามารถรองรับบริการภายในเขตได้ทั้งหมด เช่น Cadiac cath. Angiogram, Ratalinal procedure, Malignancy with radio therapy จังหวัดที่มีการส่งต่อนอกเขตสูงสุด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ รองลงมาเป็นจังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดฉะเชิงเทรา

การขับเคลื่อนของคณะทำงาน หลายสาขาบริการมีผลลัพธ์การพัฒนางานอย่างต่อเนื่องในระดับเขต เช่น สาขาโรคหัวใจ สาขากุมารและทารกแรกเกิด บางสาขาเริ่มมีการพัฒนาและมีผลลัพธ์ในเชิงกระบวนการในระดับเขตมากขึ้น เช่น สาขาจักษุ สาขามะเร็ง สาขาทันตกรรม และสาขาปฐมภูมิ แต่โดยส่วนใหญ่พบว่า คณะทำงานหลายสาขายังมีการผลักดันเฉพาะภายในจังหวัดของตนมากกว่า การผลักดันให้เกิดความเชื่อมโยงผลลัพธ์ในภาพเขตบริการ กระบวนการจัดเก็บข้อมูล ยังมีความหลากหลาย ยังไม่สามารถรวบรวมและจัดส่งข้อมูลได้ในเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ยังขาดการติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าการพัฒนางานอย่างเป็นทางการ

การจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560 ได้มีการกำหนดทิศทางพัฒนางานต่อเนื่องจากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี 2556-2559 โดยคณะกรรมการ/ คณะทำงานร่วมกันทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย และทิศทางการพัฒนายุทธศาสตร์ของเขต ฯ ให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตอบสนองต่อสภาพปัญหาในพื้นที่ นอกจากนี้ยังใช้เป็นแนวทางในการกำกับ ติดตาม ประเมินความก้าวหน้าของหน่วยบริการในพื้นที่และกำหนดเป้าหมายในการพัฒนางานของเขตบริการสุขภาพในระยะต่อไป

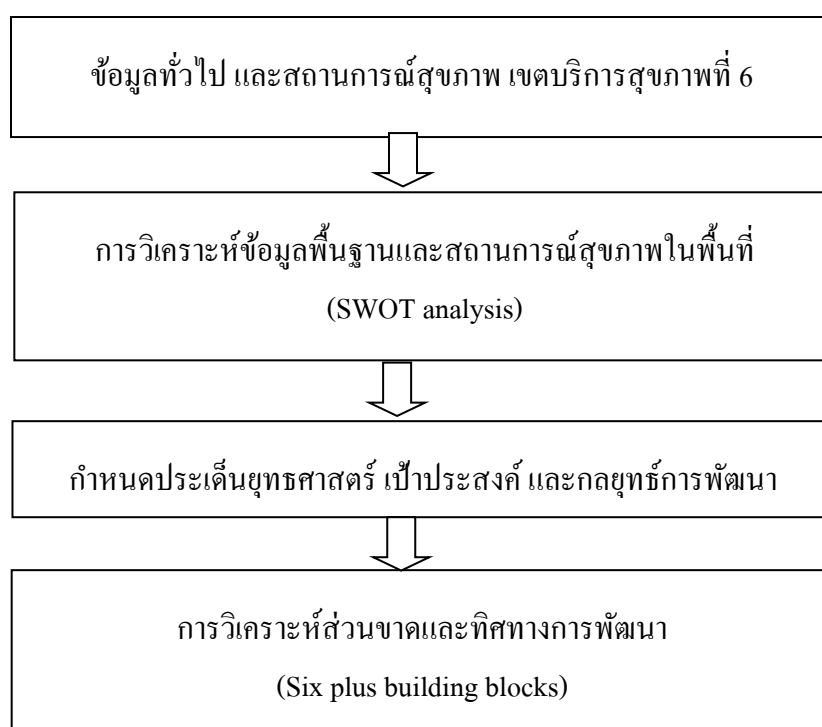
#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560
2. เพื่อให้หน่วยบริการสามารถจัดทำแผนงาน/ โครงการให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และทิศทางการพัฒนางานของเขตบริการสุขภาพ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการกำกับ ติดตาม ประเมินความก้าวหน้าของหน่วยบริการในพื้นที่และเป้าหมายในการพัฒนางานของเขตบริการสุขภาพ

#### กรอบแนวคิด

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560 ได้รวบรวมข้อมูลสถานการณ์สุขภาพที่สำคัญที่ผ่านมา นำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ (SWOT analysis) ตามกรอบ PEST analysis และ McKinsey'7S และกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การพัฒนาตามมิติ PMQA

นอกจากนี้คณะทำงานทุกสาขาบริการยังได้วิเคราะห์ส่วนขาดตามกรอบ Six plus building blocks โดยประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ WHO 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบบริการด้านสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล นอกจากนี้ยังได้ประยุกต์การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคส่วนต่าง ๆ นำมาบูรณาการอีก 1 องค์ประกอบ เพื่อให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมเหมาะสมตามบริบทพื้นที่



ภาพที่ 13 กรอบแนวคิดการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560

### ข้อมูลทั่วไปสถานการณ์สุขภาพและการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพที่ 6

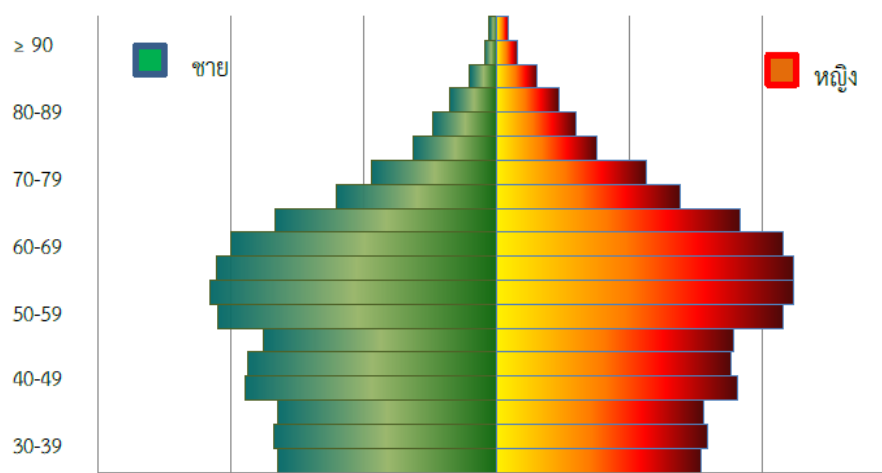
เขตบริการสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง สมุทรปราการ ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา จันทบุรี ตราด และสระแก้ว มีพื้นที่รวมทั้งสิ้น 35,409 ตารางกิโลเมตร ประชากร 5,758,784 คน 2,695,986 หลังคาเรือน ความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ย 163 คนต่อตารางกิโลเมตร และมีประชากรเฉลี่ย 2.14 คนต่อหลังคาเรือน จังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นที่สุดคือ จังหวัดสมุทรปราการ มีประชากร 1,237 คนต่อตารางกิโลเมตร รายได้ส่วนใหญ่มาจาก

ภาคอุตสาหกรรม ภาคการท่องเที่ยวและบริการ มีเพียง 2 จังหวัดที่มีรายได้หลักมาจากภาคเกษตร คือ จันทบุรี และตราด



ภาพที่ 14 จังหวัดในเขตพื้นที่ เขตบริการสุขภาพที่ 6

โครงสร้างปิรามิดประชากรของเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีการขยายฐานในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นทุกจังหวัด โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.60 ของประชากรในเขตทั้งหมด ซึ่งต่ำกว่าระดับประเทศที่มีกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.57 ของประชากรรวมทั้งประเทศ



ภาพที่ 15 โครงสร้างปิรามิดประชากร เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2556

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรตามกลุ่มวัยต่าง ๆ จำแนกตามรายจังหวัด (กรมการปกครอง, 2556)

จังหวัด	0-4 ปี	5-14 ปี	15-19 ปี	20-59 ปี	> 60 ปีขึ้นไป	รวม
จันทบุรี	30,897	63,110	38,235	316,125	70,704	519,071
ฉะเชิงเทรา	42,157	86,163	49,965	412,846	92,425	683,556
ชลบุรี	92,813	181,198	99,451	847,656	142,101	1,363,219
ตราด	12,874	27,201	15,630	129,899	29,061	214,665
ปราจีนบุรี	29,186	59,022	34,322	286,042	60,898	469,470
ระยอง	45,706	90,415	48,590	400,353	67,076	652,140
สมุทรปราการ	71,769	152,223	91,072	772,048	135,800	1,222,912
สระแก้ว	35,742	73,309	42,254	329,586	59,130	540,021
รวม	361,144	732,641	419,519	3,494,555	657,195	5,665,054
ร้อยละ	6.37	12.93	7.41	61.69	11.60	100.00

จากการสำรวจข้อมูลประชากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปกครองจังหวัด และสถิติจังหวัด พบว่า ข้อมูลตามทะเบียนราษฎรเป็นเพียงร้อยละ 65.15 ของประชากรที่มีอยู่จริงในพื้นที่ โดยยังมีประชากรที่เป็นสัญชาติไทยเคลื่อนย้าย ร้อยละ 31.60 และประชากรต่างชาติ ร้อยละ 3.25 ทำให้ในปี 2556 มีประชากรจริงในพื้นที่รวมทั้ง 3 กลุ่มถึง 86,664,876 คน

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพ จำแนกตามรายจังหวัด

จังหวัด	ปกก. ทะเบียนราษฎร 31 ธ.ค. 56 (1)	ปกก. สัญชาติไทย เคลื่อนย้าย (2)	ปกก. ต่างด้าว (3)	ปกก. ในระบบบริการ สุขภาพ (1+2+3)
จันทบุรี	525,170	36,824	7,475	569,469
ฉะเชิงเทรา	690,226	196,578	22,705	726,106
ชลบุรี	1,390,354	766,475	111,339	2,268,168
ตราด	224,010	16,700	20,311	261,021
ปราจีนบุรี	476,167	119,118	5,773	601,058
ระยอง	661,220	455,138	42,384	1,158,742
สมุทรปราการ	1,241,610	1,178,054	74,739	2,494,403



ตารางที่ 2 (ต่อ)

จังหวัด	พช. ทะเบียนราษฎร 31 ธ.ค. 56 (1)	พช. สัญชาติไทย เคลื่อนย้าย (2)	พช. ต่างด้าว (3)	พช. ในระบบบริการ สุขภาพ (1+2+3)
สระแก้ว	555,652	27,083	3,174	585,909
เขตบริการสุขภาพที่ 6	5,764,409	2,795,970	287,900	8,664,876
ร้อยละ	65.15	31.60	3.25	100

หมายเหตุ: 1. จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

2. จากสำนักงานจังหวัด/ ปกครองจังหวัด และสถิติจังหวัด

3. จากฝ่ายสารสนเทศฯ กองแผนงานและสารสนเทศ กรมจัดหางาน ธันวาคม พ.ศ. 2555

จังหวัดสมุทรปราการ: จากสำนักวิจัยประเมินผล โดย บ. เอกเซลเลนซ์ บิซิเนส แมเนจเมนท์

เขตบริการสุขภาพที่ 6 มีเครือข่ายบริการสุขภาพนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) อยู่เป็นจำนวนมาก พบว่า มีโรงพยาบาลนอกสังกัดฯ และโรงพยาบาลเอกชนถึงร้อยละ 40 ของสถานบริการสาธารณสุขประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งหมดในเขตฯ และมีเตียงมากถึงร้อยละ 46 ของเตียงรวมทั้งหมดในเขตฯ พบมากที่สุด ในจังหวัดชลบุรีและจังหวัดสมุทรปราการ นอกจากนี้ ยังมีสถานพยาบาลประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกือบ 2,000 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการประเภทเวชกรรมทั่วไป รองลงมา เป็นทันตกรรมและเวชกรรมเฉพาะทางตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลในสังกัด สป. นอกสังกัด สป.

และโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน รพ. (แห่ง)			จำนวนเตียง (เตียง)		
	รพ. ในสังกัด	รพ. นอกสังกัด	รพ. เอกชน	รพ. ในสังกัด	รพ. นอกสังกัด	รพ. เอกชน
จันทบุรี	12	-	2	755	-	265
ฉะเชิงเทรา	11	-	2	1,041	-	200
ชลบุรี	12	7	11	1,752	1,348	1,442
ตราด	7	-	1	500	-	100
ปราจีนบุรี	7	1	1	854	120	10
ระยอง	9	-	3	1,040	-	250
สมุทรปราการ	6	4	15	755	430	2,105

ตารางที่ 3 (ต่อ)

จังหวัด	จำนวน รพ. (แห่ง)			จำนวนเตียง (เตียง)		
	รพ. ในสังกัด	รพ. นอกสังกัด	รพ. เอกชน	รพ. ในสังกัด	รพ. นอกสังกัด	รพ. เอกชน
สระแก้ว	9	1	-	699	60	-
รวม	73	13	35	7,416	1,958	4,372
ร้อยละ	60	40		54	46	

ตารางที่ 4 จำนวนสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนเขตบริการสุขภาพที่ 6 จำแนกตามรายจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2556)

จังหวัด	สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน											สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
	เวชกรรม	เวชกรรมเฉพาะทาง	ทันตกรรม	ทันตกรรมเฉพาะทาง	ศัลยกรรม	กายภาพบำบัด	เทคโนโลยีการแพทย์	แผนไทย	แผนไทยประยุกต์	สาคลินิก	รวม	
จันทบุรี	57	3	22	1	52	3	2	11	0	1	152	2
ฉะเชิงเทรา	75	15	29	0	35	5	4	4	1	1	169	2
ชลบุรี	335	98	238	0	0	15	27	14	6	5	758	10
ตราด	16	12	8	0	25	1	2	2	0	3	69	1
ปราจีนบุรี	38	27	17	0	17	0	4	2	0	3	108	2
ระยอง	93	46	53	0	52	8	7	7	1	3	272	4
สมุทรปราการ	186	22	97	0	7	2	3	24	2	6	349	4
สระแก้ว	18	16	11	1	19	3	1	2	0	0	71	0
รวม	838	239	475	2	207	37	50	66	10	22	1,948	25

จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ มีการกระจายในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ เมื่อเทียบกับอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรในพื้นที่ ในภาพรวมพบว่า มีอัตราส่วน 1: 4495 มีอัตราส่วนเตียงเฉลี่ย 1.30 ต่อ 1,000 ประชากร

จังหวัดที่มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ รองลงมา เป็นจังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดตราด และจังหวัดชลบุรี ตามลำดับ โดยพบว่า จำนวนแพทย์จากโรงพยาบาลนอกสังกัด ฯ และโรงพยาบาลเอกชนรวมกันมากกว่าจำนวนแพทย์ในสังกัด ฯ ทั้งหมด พบมากที่สุด ในจังหวัดชลบุรี รองลงมา เป็นจังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดระยอง ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนประชากร จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และจำนวนเตียง จำแนกรายจังหวัด  
(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2556)

จังหวัด	ประชากร ตามทะเบียน ราษฎร (คน)	จำนวนบุคลากร (คน)				จำนวนเตียง (เตียง)	อัตราส่วน เตียง: 1000 ประชากร	อัตราส่วน แพทย์: ประชากร
		แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล			
จันทบุรี	525,170	209	42	74	1,179	755	1.44	1: 2513
ฉะเชิงเทรา	685,721	136	46	57	852	1,041	1.52	1: 5042
ชลบุรี	1,364,002	334	76	131	1,359	1,752	1.28	1: 4084
ตราด	222,855	48	22	28	494	500	2.24	1: 4642
ปราจีนบุรี	475,695	133	41	60	774	854	1.80	1: 3577
ระยอง	655,359	196	51	92	811	1,040	1.59	1: 3344
สมุทรปราการ	1,231,609	137	47	85	666	775	0.63	1: 8990
สระแก้ว	548,342	77	30	47	644	699	1.27	1: 7121
เขต 6	5,708,753	1,270	355	574	6,779	7,416	1.30	1: 4495

ตารางที่ 6 จำนวนแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลในสังกัด สธ. โรงพยาบาลนอกสังกัด สธ.  
และโรงพยาบาลเอกชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2556)

จังหวัด	จำนวนแพทย์ (คน)		
	รพ. ในสังกัด สธ.	รพ. นอกสังกัด สธ.	รพ. เอกชน
จันทบุรี	209	0	51
ฉะเชิงเทรา	136	0	26
ชลบุรี	334	345	725
ตราด	48	0	24
ปราจีนบุรี	133	16	3
ระยอง	196	0	77
สมุทรปราการ	137	42	239
สระแก้ว	77	4	0
รวม	1,270	407	1,145
ร้อยละ	55.00	14.42	40.57

### สถานการณ์สุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่

ปัญหาการเจ็บป่วยของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ที่สำคัญ คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ป้องกันได้ เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย โรคไขมันอุดตันเส้นเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง โดยกลุ่มโรคเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน ถ้าไม่สามารถคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ก็จะนำไปสู่โรคอื่น ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ที่สำคัญโรคเรื้อรังเมื่อป่วยแล้วไม่มียารักษาหายขาด ต้องเข้าออกโรงพยาบาลตลอดชีวิต มักพบในวัยกลางคนขึ้นไป โดยจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ จึงมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตชุมชน ไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนกลุ่มที่ป่วยแล้วได้รับการดูแล เข้าถึงบริการ ควบคุมอาการให้อยู่ในระดับปกติ ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนอันตราย หากสำเร็จจะเป็นการยกระดับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

ปี 2557 มีการจัดลำดับความสำคัญปัญหาสาธารณสุขของแต่ละจังหวัด ในหลาย ๆ มิติ ทั้งประเด็นความรุนแรงของปัญหา ความยากง่าย และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา พบว่าปัญหาสาธารณสุขในภาพรวมของเขตบริการ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากโรคไม่ติดต่อ ไข้เลือดออก อนามัยแม่และเด็ก และมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 7 ปัญหาสาธารณสุขของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2557 จำแนกรายจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2556)

จังหวัด	ลำดับความสำคัญ				
	1	2	3	4	5
จันทบุรี	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	ไข้เลือดออก	อุบัติเหตุจราจร	หัวใจ, หลอดเลือด
ฉะเชิงเทรา	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	มะเร็ง	หัวใจ, หลอดเลือด	ยาเสพติด
ชลบุรี	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	ไข้เลือดออก	ตั้งครรภ์วัยรุ่น	วัณโรคปอด
ตราด	ความดันโลหิตสูง	ไข้เลือดออก	อุบัติเหตุจราจร	ตั้งครรภ์วัยรุ่น	มะเร็ง
ปราจีนบุรี	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	อุบัติเหตุจราจร	มลพิษ สิ่งแวดล้อม	ไข้เลือดออก
ระยอง	เบาหวาน/ ความดัน	มลพิษ สิ่งแวดล้อม	ยาเสพติด	ไข้เลือดออก	อนามัยแม่ และเด็ก

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

จังหวัด	ลำดับความสำคัญ				
	1	2	3	4	5
สมุทรปราการ	ไข้เลือดออก	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	ยาเสพติด	ตั้งครรภ์วัยรุ่น
สระแก้ว	อนามัยแม่ และเด็ก	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	ไข้เลือดออก	มะเร็งตับ
เขตบริการ สุขภาพที่ 6	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	ไข้เลือดออก	อนามัยแม่และเด็ก	มะเร็งปากมดลูก

สาเหตุการตายของประชากรในเขตพื้นที่ อันดับหนึ่ง ได้แก่ โรคมะเร็งทุกชนิด รองลงมา เป็นอุบัติเหตุจราจร รวมถึงอุบัติเหตุจากสาเหตุอื่น ๆ โรคหัวใจและหลอดเลือด และหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ จากปัญหาดังกล่าวทำให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพยังคงให้ความสำคัญกับการพัฒนา ความเชี่ยวชาญใน 4 สาขาหลัก ได้แก่ สาขามะเร็ง สาขาอุบัติเหตุ สาขาหัวใจและหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสาขาทารกแรกเกิด

ตารางที่ 8 จำนวนและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2556 จำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิต (สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัด, 2556)

สาเหตุการตาย	อันดับ	ชลบุรี		ระยอง		จันทบุรี		ตราด		ฉะเชิงเทรา		สมุทรปราการ		ปราจีนบุรี		สระแก้ว	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
โรคมะเร็งทุกชนิด	1	1021	84.85	539	82.27	617	118.64	269	120.71	629	91.73	558	117.19	558	117.19	628	114.53
โรคหลอดเลือดสมอง	4	303	22.21	207	31.59	172	33.07	93	41.73	250	36.46	269	56.49	269	56.49	223	40.67
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3	456	33.43	155	263.65	193	37.11	73	32.76	250	32.81	180	37.80	180	37.80	165	30.09
ปอดอักเสบ	5	300	21.99	170	25.94	181	34.80	70	31.41	225	32.81	260	54.60	260	54.60	270	49.24
อุบัติเหตุจากรถ	2	780	57.18	176	26.86	221	42.50	62	27.82	172	25.08	317	66.57	317	66.57	119	21.70

### การจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่

จำนวนสถานบริการในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 6 มีทั้งสิ้น 73 แห่ง เป็นระดับ A จำนวน 6 แห่ง ระดับ S จำนวน 3 แห่ง ระดับ M1 จำนวน 5 แห่ง ระดับ M2 จำนวน 5 แห่ง ที่เหลือเป็นระดับ F1-F3 และสร้างใหม่ นอกจากนี้ยังมีสถานบริการปฐมภูมิ ศสม. จำนวน 22 แห่ง และ รพ.สต. จำนวน 782 แห่ง

ตารางที่ 9 จำนวนระดับของสถานบริการของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2557 จำแนกตามรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนตติยภูมิ (แห่ง)				จำนวนทุติยภูมิ (แห่ง)			จำนวนปฐมภูมิ (แห่ง)	
	รพศ. (A)	รพท. (S)	รพท.ขนาด เล็ก (M1)	แม่ข่าย (M2)	ขนาดใหญ่ (F1)	ขนาดกลาง (F2)	ขนาดเล็ก (F3)	ศสม.	รพ.สต.
จันทบุรี	1	-	-	-	4	7	-	3	105
ฉะเชิงเทรา	1	-	-	1	3	5	1	2	119
ชลบุรี	1	1	-	3	2	4	1	7	126
ตราด	-	1	-	-	-	5	1	1	65
ปราจีนบุรี	1	-	1	-	-	5	-	1	93
ระยอง	1	-	2	-	1	5	-	-	95
สมุทรปราการ	1	-	1	1	1	1	1	6	72
สระแก้ว	-	1	1	-	-	5	2	2	107
รวม	6	3	5	5	11	37	6	22	782

ตารางที่ 10 การแบ่งระดับความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ จำแนกตามประเภทความเชี่ยวชาญ

ประเภทความเชี่ยวชาญ	ระดับความเชี่ยวชาญ		
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
หัวใจ	รพ. ชลบุรี รพ. พระปกเกล้า จันทบุรี		รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี รพ. พุทธโสธร ฉะเชิงเทรา รพ. ระยอง รพ. ตราด รพ. สมุทรปราการ รพ. สระแก้ว

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ประเภทความเชี่ยวชาญ	ระดับความเชี่ยวชาญ		
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
ทารกแรกเกิด	รพ. ชลบุรี	รพ. พระปกเกล้า จันทบุรี รพ. พุทธโสธร ละเชิงเทรา	รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี รพ. ระยอง รพ. ตราด รพ. สมุทรปราการ รพร. สระแก้ว
มะเร็ง	รพ. ชลบุรี รพ. มะเร็งชลบุรี	รพ. พระปกเกล้า จันทบุรี	รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี รพ. พุทธโสธร ละเชิงเทรา รพ. ระยอง รพ. ตราด รพ. สมุทรปราการ รพร. สระแก้ว
อุบัติเหตุ	รพ. ชลบุรี	รพ. พระปกเกล้า จันทบุรี รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี	รพ. พุทธโสธร ละเชิงเทรา รพ. ระยอง รพ. ตราด รพ. สมุทรปราการ รพร. สระแก้ว

ตารางที่ 11 รายชื่อโรงพยาบาล จำแนกตามรายจังหวัดและระดับบริการ

ระดับ	จังหวัด	จำนวน	รายชื่อโรงพยาบาล
A1	จังหวัดจันทบุรี	1	รพ. พระปกเกล้า
(2)	จังหวัดชลบุรี	1	รพ. ชลบุรี
A3	จังหวัดละเชิงเทรา	1	รพ. พุทธโสธร
(4)	จังหวัดปราจีนบุรี	1	รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
	จังหวัดระยอง	1	รพ. ระยอง
	จังหวัดสมุทรปราการ	1	รพ. สมุทรปราการ
S	จังหวัดชลบุรี	1	รพ. บางละมุง
(3)	จังหวัดตราด	1	รพ. ตราด
	จังหวัดสระแก้ว	1	รพ. สระแก้ว



ตารางที่ 11 (ต่อ)

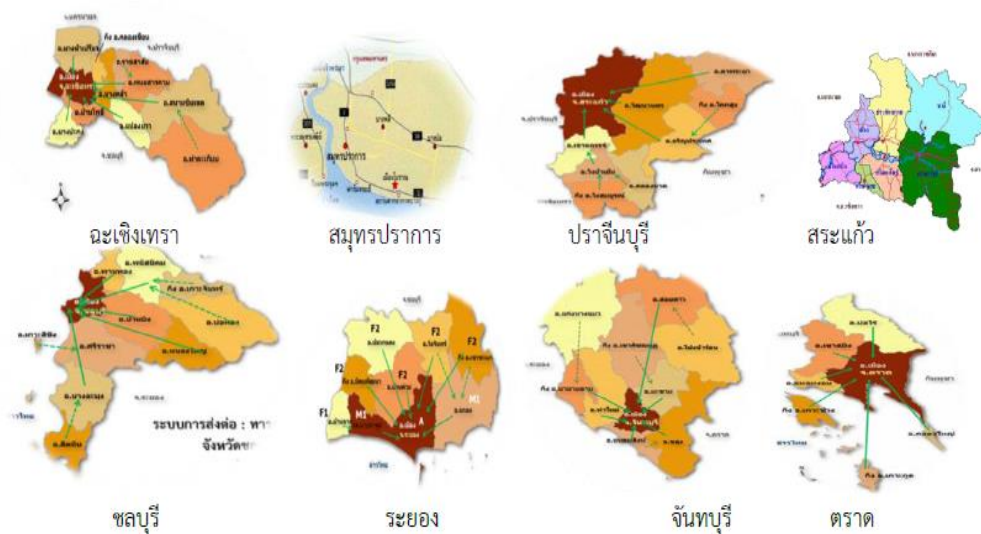
ระดับ	จังหวัด	จำนวน	รายชื่อโรงพยาบาล
M1	จังหวัดปราจีนบุรี	1	รพ. กบินทร์บุรี
(5)	จังหวัดระยอง	2	รพ. แกลง รพ. มาบตาพุด
	จังหวัดสมุทรปราการ	1	รพ. บางพลี
	จังหวัดสระแก้ว	1	รพ. อรัญประเทศ
M2	จังหวัดฉะเชิงเทรา	1	รพ. พนมสารคาม
(5)	จังหวัดชลบุรี	3	รพ. อ่าวอุดม รพ. บ้านบึง รพ. พนมสนิกม
	จังหวัดสมุทรปราการ	1	รพ. บางบ่อ
F1 (11)	จังหวัดจันทบุรี	4	รพ. ชลุม รพ. มะขาม รพ. สอยดาว รพ. นายายอาม
	จังหวัดฉะเชิงเทรา	3	รพ. สนามชัยเขต รพ. บางน้ำเปรี้ยว รพ. บางปะกง
	จังหวัดชลบุรี	2	รพ. สัตหีบ รพ. พานทอง
	จังหวัดระยอง	1	รพ. บ้านฉาง
	จังหวัดสมุทรปราการ	1	รพ. บางจาก
	F2 (38)	จังหวัดจันทบุรี	7
	จังหวัดฉะเชิงเทรา	5	รพ. ท่าตะเกียบ รพ. บางคล้า รพ. บ้านโพธิ์ รพ. แปลงยาว รพ. ราชสาส์น
	จังหวัดชลบุรี	5	รพ. เกาะสีซัง รพ. วัฒนาศังวราราม รพ. หนองใหญ่ รพ. บ่อทอง รพ. เกาะจันทร์
	จังหวัดตราด	5	รพ. คลองใหญ่ รพ. เขาสมิง รพ. บ่อไร่ รพ. แหลมงอบ รพ. เกาะซ้าง
	จังหวัดปราจีนบุรี	5	รพ. นาดี รพ. บ้านสร้าง รพ. ประจันตคาม รพ. ศรีมหาโพธิ์

ตารางที่ 11 (ต่อ)

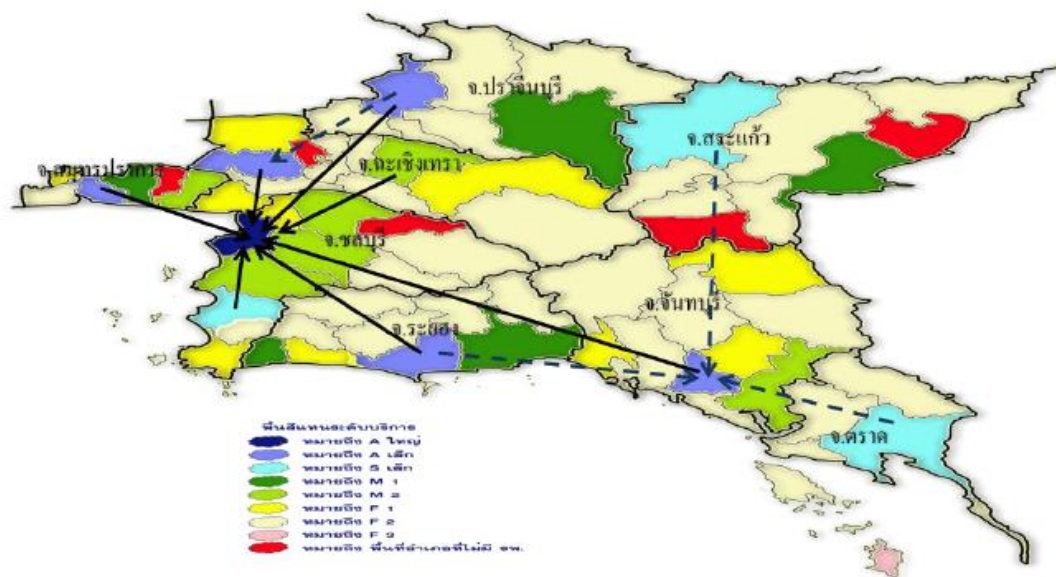
ระดับ	จังหวัด	จำนวน	รายชื่อโรงพยาบาล
	จังหวัดปราจีนบุรี	5	รพ. นาดี รพ. บ้านสร้าง รพ. ประจันตคาม รพ. ศรีมหาโพธิ์ รพ. ศรีมโหสถ
	จังหวัดระยอง	5	รพ. วังจันทร์ รพ. บ้านค่าย รพ. ปลวกแดง รพ. เขาชะเมา รพ. นิคมพัฒนา
	จังหวัดสมุทรปราการ	1	รพ. พระสมุทรเจดีย์
	จังหวัดสระแก้ว	5	รพ. ตาพระยา รพ. คลองหาด รพ. วัฒนานคร รพ. วังน้ำเย็น รพ. เขานกขรรค์
F3+	จังหวัดฉะเชิงเทรา	1	รพ. คลองเขื่อน
สร้างใหม่	จังหวัดตราด	1	รพ. เกาะกูด (F3)
(5)	จังหวัดสมุทรปราการ	1	รพ. บางเสาธง
	จังหวัดสระแก้ว	2	รพ. วังสมบูรณ์ รพ. โศภน

#### การพัฒนาระบบส่งต่อ

จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ได้มีการพัฒนาระบบส่งต่อ-ส่งกลับตาม Service plan ทั้งภายในจังหวัด และระหว่างจังหวัดในเขตบริการ



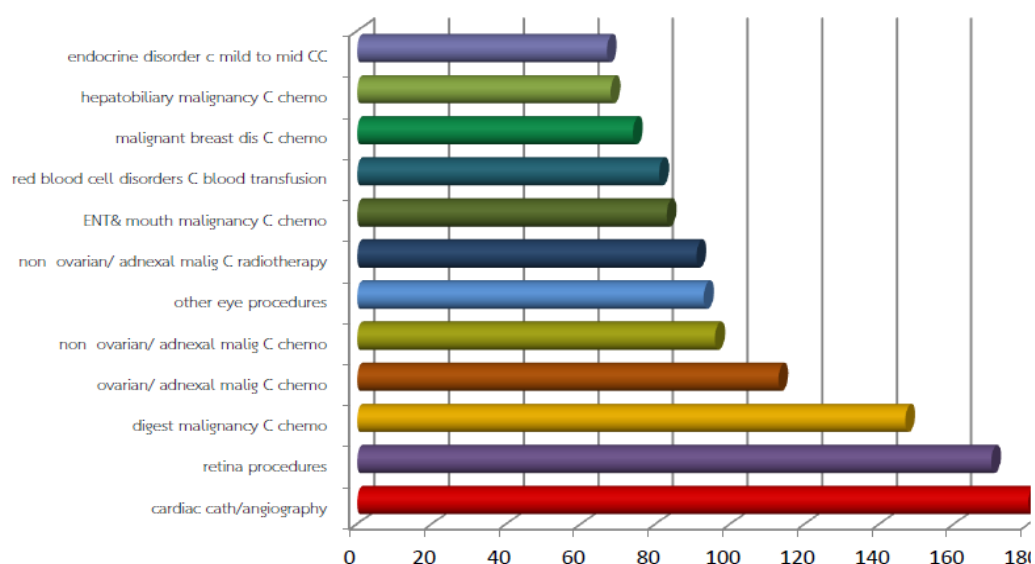
ภาพที่ 16 ระบบการส่งต่อ ภายในจังหวัดต่าง ๆ ของเขตบริการสุขภาพที่ 6



ภาพที่ 17 ระบบการส่งต่อระหว่างจังหวัดภายในเขตบริการสุขภาพที่ 6

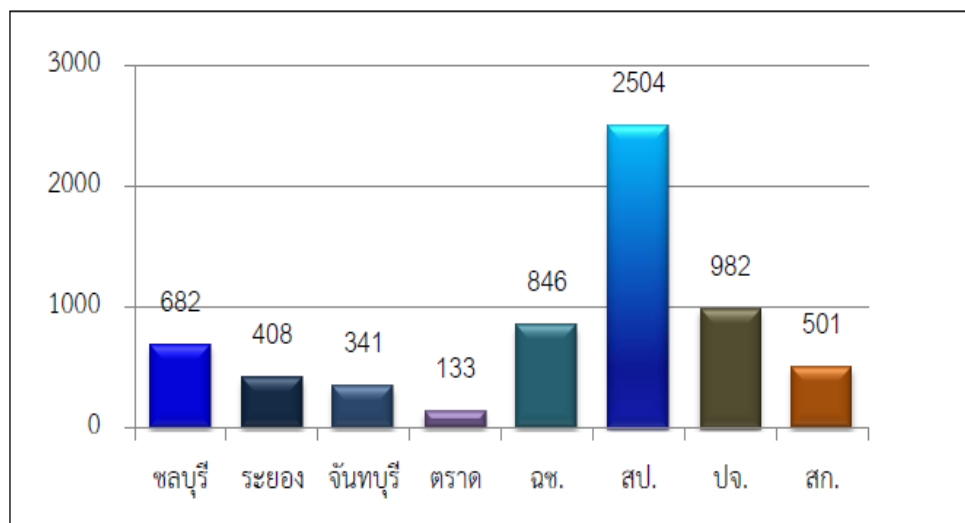
นอกจากนี้ยังได้มีการขยายการใช้โปรแกรมการรับส่งต่อ Thai refer ซึ่งเริ่มแรกมีการใช้งานอยู่แล้วใน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดระยอง จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดตราด พบว่าช่วยแก้ไขปัญหการส่งต่อที่ไม่เหมาะสมและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น จึงได้มีการขยาย

ต่อให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขตบริการ ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 แต่ยังประสบปัญหา ความเชื่อมโยงข้อมูลกับโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลที่ไม่ใช้โปรแกรม Hos-XP ข้อมูลที่ส่งและรับ ยังไม่ตรงกัน ข้อมูลบางส่วนสูญหาย และยังคงขาดผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ ต้องประสาน ผู้พัฒนาโปรแกรมจากจังหวัดลำปางเท่านั้น การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตบริการยังพบสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจ (Cardiac cath., angiography) โรคตา (Retina procedures) และ โรคมะเร็ง (การให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา) เนื่องจากศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงของสถานบริการในเขต ยังคงขาดความพร้อม ทั้งด้านบุคลากรเฉพาะทางบางสาขา ขาดความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือและ เติงเต็ม ทำให้ยังไม่สามารถรองรับผู้ป่วยทั้งหมดในเขตได้



ภาพที่ 18 โรคที่มีการส่งต่อนอกเขตบริการสูง 10 อันดับแรก ปี 2556

ในปี 2556 จังหวัดที่มีการส่งต่อนอกเขตบริการสูงสุด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ รองลงมาเป็นจังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากบริบทพื้นที่ที่อยู่ติดเขตปริมณฑล มีความสะดวกในการเดินทางเข้าไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในกรุงเทพฯมากกว่าส่ง ผู้ป่วยมาที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งต้องประสบปัญหาเตียงเต็มและการเดินทางที่ไม่สะดวก

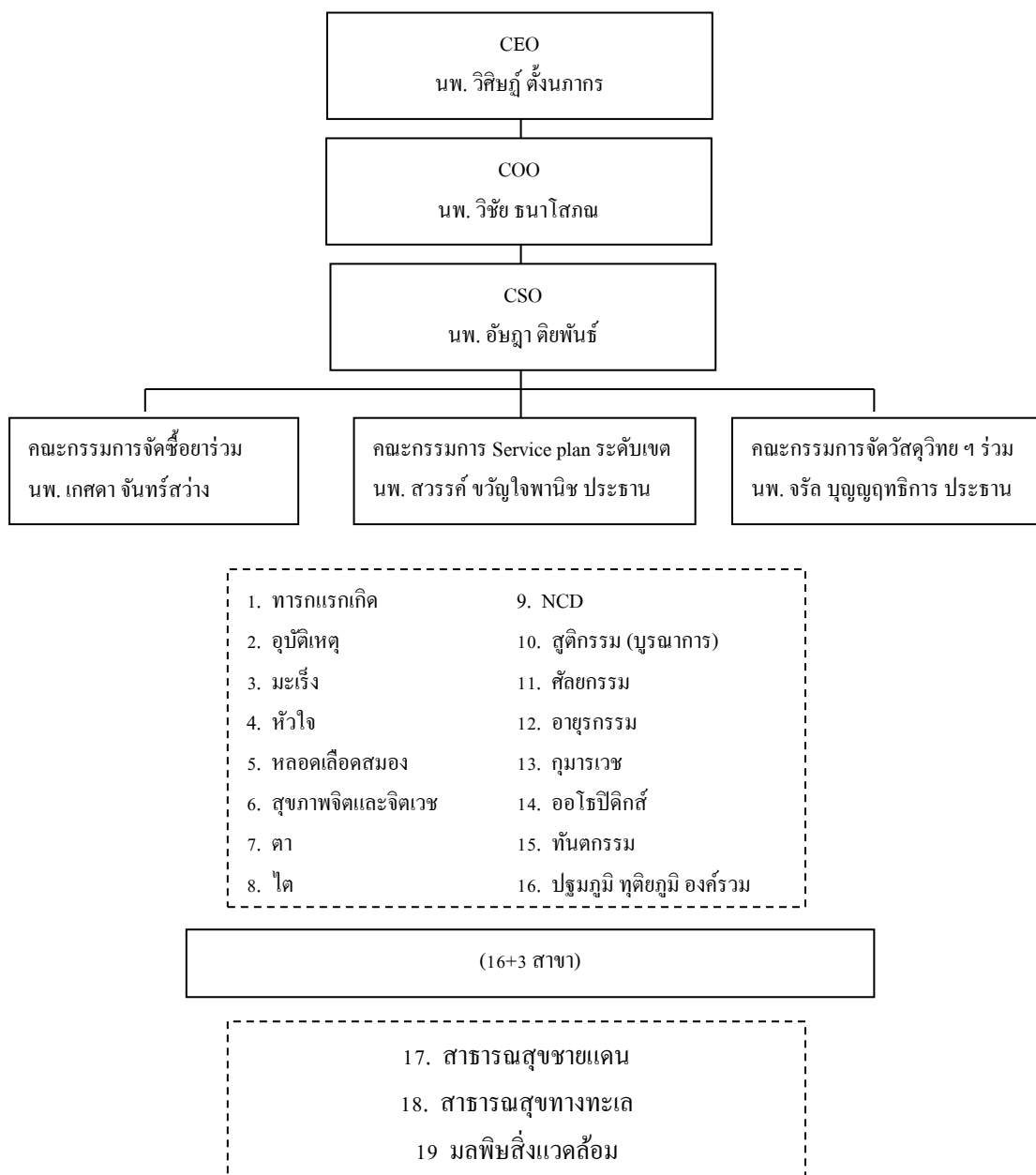


ภาพที่ 19 จำนวนผู้ป่วยที่มีการส่งต่อนอกเขตบริการ จำแนกตามรายจังหวัด ปี 2556

#### การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ

การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6 มีนายแพทย์วิศิษฐ์ ตั้งภากร ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป็น CEO มีนโยบายในพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามทิศทาง “One province one hospital และ One region one business” มีการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ โดยใช้ Service plan เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการร่วม การจัดการบริการร่วม ตลอดจนวางแผนการลดต้นทุนค่าใช้จ่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการหนุนเสริมเกื้อกูลกันทั้งระดับจังหวัดและระดับเขต สามารถประกันคุณภาพการให้บริการในทุกระดับได้ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และส่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีต่อประชาชนภายในเขตได้ ในปีงบประมาณ 2557 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/ ทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2 คณะ ได้แก่ คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพและจัดการทรัพยากรงบลงทุน เขตบริการสุขภาพที่ 6 (คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 239/ 2557 ณ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557) และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2557 ประกอบด้วย คณะทำงานครอบคลุมทั้ง 16 สาขา (คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 1821/ 2557 ณ วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2557) เพื่อให้เกิดการผลักดันการพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ให้สอดคล้องในทิศทางเดียวกับเขตบริการสุขภาพ แต่ละจังหวัดในเขตพื้นที่ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการระดับจังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดเป็นประธาน มีตัวแทนของเครือข่าย

โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เป็นคณะทำงาน ผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการที่เป็นทีมมากขึ้น ได้กำหนดจังหวัด Focal point ให้มีบทบาทในการขับเคลื่อนงาน 16 สาขา ในระดับเขต นอกจากนี้ในปลายปีงบประมาณ 2557 ได้มีแผนการขยายบทบาทตามสภาพปัญหาพื้นที่เพิ่มขึ้นอีก 3 สาขา ได้แก่ ด้านสาธารณสุขชายแดน สาธารณสุขชายทะเล และมลพิษสิ่งแวดล้อม ผลการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ในปี 2557 ยังเน้นเฉพาะเครือข่ายบริการภายในกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ความเชื่อมโยงการพัฒนาระบบบริการนอกเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา หรือกรมวิชาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจนนักผลการพัฒนาระบบบริการมีความเป็นรูปธรรมชัดเจนในสถานบริการระดับตติยภูมิ และเริ่มมีความเชื่อมโยงด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิในบางสาขา



ภาพที่ 20 โครงสร้างระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6

ตารางที่ 12 งานพัฒนายุทธศาสตร์ เขตบริการสุขภาพที่ 6 จำแนกตามจังหวัด Focal point  
ปีงบประมาณ 2557

จังหวัด (Focal point)	ยุทธศาสตร์ 2 Service plan	ยุทธศาสตร์ที่ 1 กลุ่มวัย	ยุทธศาสตร์ที่ 3
ชลบุรี	มะเร็ง หัวใจ ทารกแรกเกิด หลอดเลือดสมอง ศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติ	ยาเสพติด	บุคลากร (CHRO)
ระยอง	อุบัติเหตุ ศัลยกรรม มลพิษสิ่งแวดล้อม	อาหารปลอดภัย	
จันทบุรี	NCD ตา ไต	Mr NCD (สสจ.)	ระบบการเงินการคลัง (CFO) ระบบการวางแผน และติดตาม ประเมินผล (CIO/ST)
ตราด	สาธารณสุขทางทะเล สาธารณสุขชายแดน		
ฉะเชิงเทรา	สูติกรรม (รพ.) กุมาร MCH กระดูก	Mr child (สสจ.) Mr MCH (รพ.)	การจัดซื้อยา (CSO ยา)
สมุทรปราการ	อายุรกรรม		

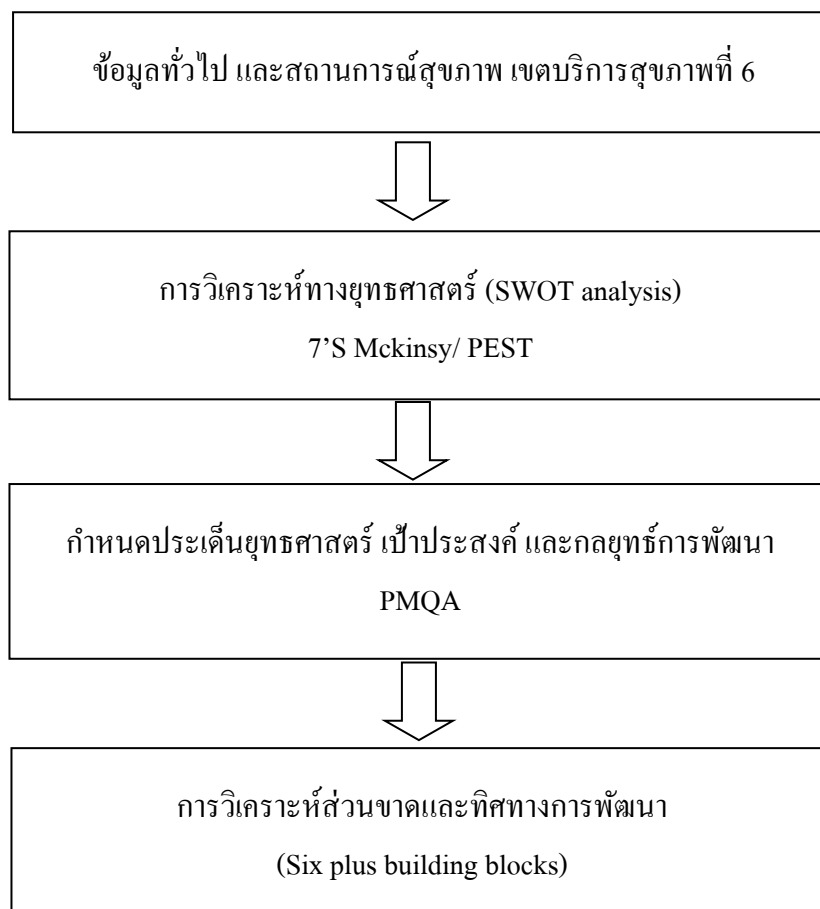


## ตารางที่ 12 (ต่อ)

จังหวัด (Focal point)	ยุทธศาสตร์ 2 Service plan	ยุทธศาสตร์ที่ 1 กลุ่มวัย	ยุทธศาสตร์ที่ 3
ปราจีน	ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ องค์กรร่วม ทันตกรรม การแพทย์แผนไทย	Mr ageing (สสจ.)	
สระแก้ว	สุขภาพจิตและจิตเวช	Mr teenage (สสจ.) แรงงานต่างด้าว	ระบบข้อมูล (CIO/MIS)

## 3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6

เขตบริการสุขภาพที่ 6 ได้จัดประชุมทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการ ในวันที่ 1 กรกฎาคม 2557 ณ ห้องประชุมตึกเฉลิมราชสมบัติชั้น 9 โรงพยาบาลชลบุรี ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ประธาน เลขา และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มาจากทุกสาขา และทุกจังหวัดในเขตบริการ จำนวน 200 คน มีการแบ่งกลุ่มระดมสมอง ทบทวนสถานการณ์สุขภาพปัญหาด้านสุขภาพของเขต วิเคราะห์สถานการณ์ในแต่ละด้านของทุกสาขา ทั้งสภาพแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอก ลำดับความสำคัญและรวบรวมเป็นภาพรวมของเขตบริการ ฯ หลังจากนั้น ได้มีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจของเขตบริการ “ประชาชนในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 6 มีสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่นคง ภายในปี 2565” และร่วมกันกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การพัฒนาเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ นอกจากนี้ ทุกสาขายังได้วิเคราะห์สถานการณ์ ทิศทางการพัฒนา ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของเขตบริการสุขภาพ และครอบคลุมทุกมิติบริการตามกรอบ Six plus building blocks เพื่อเป็นแผนการพัฒนาของแต่ละสาขาในปี 2558 ผลการดำเนินงาน สรุปได้ดังนี้



ภาพที่ 21 ขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6

### การวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์

#### จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม

การวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนตามแบบจำลอง 7'S ของ McKinsey ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ Strategy Structure System Staff Skill Style และ Shared values ส่วนปัจจัยภายนอกที่เป็นโอกาส เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้การพัฒนาตามพันธกิจประสบความสำเร็จและอุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ได้วิเคราะห์ตามแบบจำลอง PEST ได้แก่ ปัจจัยด้าน Political, Economic, Social technology และยังมีปัจจัยด้าน Environment เป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการ 6 ผลการวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์ สรุปได้ดังนี้

## สภาพแวดล้อมที่เป็นจุดแข็งของเขตบริการสุขภาพที่ 6

จากการวิเคราะห์จุดแข็งตามแบบจำลอง 7'S ของ McKinsey ทั้ง 7 ด้าน คณะทำงาน ฯ แต่ละสาขาได้ให้น้ำหนักความสำคัญในแต่ละด้านและรวบรวมข้อมูลที่สำคัญทุกสาขาในภาพเขตแล้ว พบว่า ประเด็นจุดแข็งของเขตบริการสุขภาพที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ เขตบริการสุขภาพ มีบุคลากรมีศักยภาพ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาหลายสาขา ร่องลงมา คือ ผู้บริหารระดับสูง มีวิสัยทัศน์ ให้การสนับสนุน ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และระบบพี่น้องช่วยกัน (พบส.) ทำให้การประสานงานระหว่างเครือข่ายราบรื่น เกิดการบริหารทรัพยากรร่วม โดยมีรายละเอียดอื่น ๆ ที่สำคัญในแต่ละด้าน ดังนี้

### 1. ทรัพยากรมนุษย์ สมาชิกภายในเขต

1.1 มีบุคลากรในทุกระดับบริการกระจายอยู่ในทุกพื้นที่

1.2 มีเครือข่ายประสานงานทุกระดับ

1.3 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและกำหนดผู้รับผิดชอบ กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบชัดเจน และมีการขับเคลื่อนงานหลายสาขาอย่างเป็นรูปธรรม

### 2. ทักษะของบุคลากรในเขต

2.1 บุคลากรมีทักษะ มีความรู้ ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ทุกสาขา ในเขตสุขภาพ

2.2 บุคลากรมีทักษะในเชิงการพัฒนา ผลิตผลงาน นวัตกรรม ปรับปรุงกระบวนการบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2.3 ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

### 3. ระบบ

3.1 ระบบสารสนเทศและระบบการเฝ้าระวังบางสาขาสามารถนำมาใช้วางแผนพัฒนาได้ดี เช่น สาขาทันตกรรม สาขา NCD

3.2 มีระบบการนิเทศติดตาม ประเมินผลจากภายในและภายนอกที่มีประสิทธิภาพ เช่น จากคณะกรรมการบริหารเขต และการตรวจราชการ

3.3 มีการพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างเครือข่ายในระบบบริการและพัฒนาระบบส่งต่อให้เป็นรูปแบบเดียวกัน (Thai refer)

3.4 มีระบบปรึกษาทาง Line ช่วยให้การประสาน สนับสนุนระหว่างเครือข่ายรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 4. รูปแบบการบริหาร/ บริการ

4.1 ผู้บริหารทุกระดับ โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูง มีวิสัยทัศน์ มุ่งมั่นในการพัฒนา ให้การสนับสนุน และให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

4.2 มีการกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการ โดยใช้ข้อมูลจริงมาวางแผนการพัฒนา ตามกรอบ Six plus building blocks

4.3 มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีแผนและนโยบาย มีโครงการพัฒนาระบบ บริการในระดับจังหวัด

4.4 มีการบูรณาการร่วมระหว่างสาขา การบริหารจัดการร่วม และการบริการร่วม ภายในเครือข่ายบริการ

## 5. โครงสร้างองค์กร

5.1 มีโครงสร้างการจัดระบบบริการ ทั้งในระดับจังหวัดและในระดับ CUP ที่มีความเข้มแข็ง

5.2 มีโครงสร้าง Service plan ที่ดี มีสถานบริการระดับ A ถึง 6 แห่ง และมีแผน การเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ช่วยให้เกิดการพัฒนาาร่วมกันทั้งเขต

5.3 มีโครงสร้างเครือข่ายบริการนอกสาธารณสุขและมีสถานศึกษาที่เป็นแหล่งผลิต บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ในพื้นที่

## 6. ค่านิยมองค์กร

มีความเป็นพี่น้อง (พบส.) ทำให้เกิดการช่วยเหลือสนับสนุนกันภายในเครือข่ายบริการ ช่วยให้การบริหารทรัพยากรร่วม และส่งต่อระหว่างเครือข่าย มีความราบรื่น

## 7. ด้านกลยุทธ์

มีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการตามการปรับ โครงสร้าง กระทรวงสาธารณสุข ทำให้การพัฒนาระบบบริการของเขต มีทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น

### สภาพแวดล้อมที่เป็นจุดอ่อนของเขตบริการสุขภาพที่ 6

จากการวิเคราะห์ตามแบบจำลอง 7'S ของ McKinsey ทั้ง 7 ด้าน คณะทำงาน ฯ แต่ละสาขา ให้นำหนักความสำคัญแล้ว พบว่า จุดอ่อนของเขตบริการสุขภาพที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ ขาดแคลน บุคลากรที่มีทักษะความเชี่ยวชาญในสาขาที่จำเป็น ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น และขาดขวัญกำลังใจ ร่องลงมาเป็นเรื่องขาดการจัดการระบบข้อมูลและการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ และระบบบริการ หลายสาขาขาดความเชื่อมโยงในระดับปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดอื่น ๆ ที่สำคัญในแต่ละด้าน ดังนี้

#### 1. ทรัพยากรมนุษย์ สมาชิกภายในองค์กร

1.1 ขาดแคลนบุคลากรบางสาขา การกระจายไม่ครอบคลุมพื้นที่ ภาระงานมาก ขาดขวัญกำลังใจ และค่าตอบแทนต่ำ

1.2 ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงาน สนับสนุน ติดตาม และการบริหารจัดการ ให้เกิดกระบวนการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

1.3 บุคลากรที่กำลังวางแผนพัฒนายังผลิตไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายการพัฒนา และความต้องการในระบบบริการสุขภาพ

## 2. ทักษะ

2.1 กรรมการ/ คณะทำงานพัฒนาระบบบริการหลายสาขายังขาดทักษะการบริหาร จัดการในระดับเขต ทำให้ขาดความเชื่อมโยง และทักษะการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหา

2.2 บุคลากรบางสาขายังขาดทักษะ ความเชี่ยวชาญเฉพาะ และมีจำนวนไม่เพียงพอ

2.3 ทักษะพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยี เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ยังน้อย

2.4 ขาดการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการจัดระบบบริหารคนและเครื่องมือที่ใช้ร่วมกันได้ ในหลายสาขาอย่างจริงจัง

## 3. ระบบ

3.1 ระบบฐานข้อมูลหลากหลาย ซ้ำซ้อน ขาดความเชื่อมโยง ยังขาดการวางแผน การวิเคราะห์การนำมาใช้ประโยชน์

3.2 ระบบประสานงานของคณะทำงานแต่ละสาขายังขาดความชัดเจน

## 4. รูปแบบการบริหาร/ บริการ

4.1 วัฒนธรรมการทำงาน Routine และเป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก

4.2 ขาดการวางแผนยุทธศาสตร์ การกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานในแต่ละระดับ ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน และขาดการติดตามภาพรวมของเขตเป็นระยะ (ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว)

4.3 การแปลงแผนนโยบายไปสู่การปฏิบัติไม่เข้มแข็ง ไม่ต่อเนื่อง ขาดการสื่อสาร และถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

4.4 รูปแบบการพัฒนาระบบบริการของหลายสาขายังเป็นการพัฒนาภายในจังหวัด ยังขาดการบริหารจัดการในภาพรวมในระดับเขต

4.5 ขาดการบูรณาการ/ ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความเชื่อมโยง ในระดับปฐมภูมิยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โดยเฉพาะการดูแลต่อเนื่อง

## 5. โครงสร้างองค์กร

5.1 โครงสร้างการบริหารยังไม่เชื่อมต่อการพัฒนาระบบบริการ

5.2 โครงสร้างเขต ฯ รวมทั้งบทบาทความรับผิดชอบ กรอบอัตรากำลัง ความก้าวหน้า ยังไม่ชัดเจน

5.3 โครงสร้างคณะกรรมการ/ คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพไม่เอื้อต่อการผลักดันงานในระดับเขต โครงสร้างการประสานงานแต่ละระดับยังขาดความชัดเจน

## 6. งบประมาณ

ขาดการบริหารงบประมาณในส่วนอื่น ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ในระบบสุขภาพ

### สภาพแวดล้อมภายนอก ที่เป็นโอกาส

จากการวิเคราะห์ตามแบบจำลอง PEST ซึ่งเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้การพัฒนาตามพันธกิจของเขตบริการสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ ประเด็นที่คณะกรรมการให้น้ำหนักความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ นโยบายของรัฐบาลให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยการพัฒนาคุณภาพสถานบริการทุกระดับให้ดีขึ้น (The better service) รองลงมา คือ มีการกระจายงบประมาณลงสู่ระดับเขตและพื้นที่ และมีเครือข่ายทั้งภาครัฐ/ เอกชน และชุมชนที่เข้มแข็ง รองรับการทำงานปฐมนุรักษ์ในพื้นที่ เช่น อสม. อปท. ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรอิสระต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดอื่น ๆ ที่สำคัญในแต่ละด้าน ดังนี้

#### 1. ปัจจัยด้านนโยบาย/ กฎหมาย/ การเมือง

1.1 นโยบายการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การพัฒนาเขตบริการสุขภาพเป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น มีการกระจายการบริหารจัดการและงบประมาณลงสู่ระดับเขต

1.2 นโยบายการพัฒนาระบบบริการ ทำให้มีการจัดศักยภาพโรงพยาบาลแต่ละระดับ และมีเป้าหมายการพัฒนาศักยภาพในการรักษาที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม

1.3 นโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยการพัฒนาคุณภาพสถานบริการทุกระดับให้ดีขึ้น (The better service)

1.4 นโยบายการเตรียมความพร้อมสู่ AEC

1.5 นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนให้เข้าถึงบริการ โดยไม่ต้องคำนึงถึงฐานะ

#### 2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

เส้นทางคมนาคมเชื่อมต่อกันภายในทั้ง 8 จังหวัด ทำให้การเดินทางสะดวก

#### 3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

3.1 การพัฒนาระบบเศรษฐกิจภาคอุตสาหกรรมในพื้นที่ ทำให้ประชากรมีรายได้

เพิ่มขึ้น

3.2 มีแหล่งสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ที่เพียงพอต่อการพัฒนา

#### 4. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม

4.1 กระแสความนิยมด้านสุขภาพมีทั่วโลก เกิดผลิตภัณฑ์และธุรกิจด้านสุขภาพ รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและออกกำลังกาย ทั้งภาครัฐและเอกชน

4.2 กระแสสื่อสังคมออนไลน์และช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ เข้าถึงประชาชนได้ง่าย ช่วยเพิ่มการเรียนรู้และสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ชุมชน รวมถึงการเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

4.3 มีภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ/เอกชน ท้องถิ่น และ รพ.สต. ที่พร้อมให้ความร่วมมือ

4.4 เครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง รองรับการทำงานปฐมภูมิในพื้นที่ เช่น อสม. อปท. ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรอิสระต่าง ๆ

#### 5. ปัจจัยด้านเทคโนโลยี

5.1 มีเทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารที่ทันสมัย

5.2 เทคโนโลยีทางการแพทย์มีความทันสมัย ช่วยให้คนมีชีวิตรยืนยาวขึ้น

5.3 มีการพัฒนาระบบส่งต่อ โดยใช้โปรแกรม Thai refer ช่วยให้ระบบการส่งต่อในภาพรวมของเขตมีความชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลอื่น ๆ ทำให้การรวบรวมวิเคราะห์เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่ายขึ้น

#### สภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นปัจจัยคุกคาม

ที่ส่งผลให้การดำเนินงานตามพันธกิจของเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีข้อจำกัด ประเด็นที่คณะทำงาน ฯ ให้น้ำหนักความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ครุภัณฑ์มีราคาแพง ไม่เพียงพอ รองลงมา คือ การเมืองทำให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อยและงบประมาณที่ถูกจัดสรรตามหัวประชากรไม่สอดคล้องกับประชากรจริงในพื้นที่ โดยมีรายละเอียดอื่น ๆ ที่สำคัญในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านนโยบาย/ กฎหมาย/ การเมือง บทบาททางการเมืองของผู้บริหารประเทศ ยังมีอิทธิพลต่อการบริหารการพัฒนาสาธารณสุขมาก ทั้งด้านงบประมาณ กำลังคน การบริหารจัดการต่าง ๆ เช่น

1.1 นโยบายมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย นโยบายเร่งด่วนส่วนใหญ่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายการเมือง

1.2 ขาดการบังคับใช้กฎหมายด้านสาธารณสุขอย่างจริงจัง

1.3 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้สถานบริการขาดทุน

1.4 นโยบายจากส่วนกลางหลายหน่วยงานมีเป้าหมายในกลุ่มเดียวกัน ทำให้การตอบสนองนโยบายในระดับพื้นที่มีความซ้ำซ้อน

1.5 นโยบายการจัดสรรงบประมาณ จำนวนตามหัวประชากรตามทะเบียนราษฎร ขณะที่ประชากรในพื้นที่จริงมีประชากรแฝงมากกว่าร้อยละ 40

## 2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การเปิดเสรีบริการสุขภาพ

2.1 มีการพัฒนาเครื่องมือ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีราคาสูงขึ้น ส่งผลให้เครื่องมือครุภัณฑ์ที่มีอยู่เดิมไม่ตอบสนองความต้องการ

2.2 เครื่องมือ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์กระจายอยู่ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ บางส่วนยังใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่

## 3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

3.1 สภาพภูมิประเทศ เขตเมืองห่างไกลจากเขตชนบทมาก ส่งผลให้การส่งต่อ มีความล่าช้า

3.2 หลายจังหวัดในพื้นที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว มีภูมิประเทศที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ทางถนน/ ทางน้ำสูง หลายจังหวัดเป็นแหล่งอุตสาหกรรม แหล่งสะสมขยะพิษ ส่งผลกระทบ ต่อสิ่งแวดล้อม

## 4. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

4.1 โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประสบปัญหา โรคเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

4.2 ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์ กระแสนิยมการบริโภค ที่เข้าถึงง่ายในวิถีชีวิตประจำวัน เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมีมากขึ้น เช่น ตลาด ขนมห เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ฯลฯ

4.3 ประชากรแฝงจำนวนมาก มีการเคลื่อนย้ายแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าว

4.4 ความเชื่อและทัศนคติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรักษาหมอน้ำมัน (Bonesetter) และพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ

4.5 ภาวการณ์ครอบงำของกระทรวงสาธารณสุขยังขาดความร่วมมือต่อเนื่อง

จากผลการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา และปัจจัยคุกคาม ในภาพรวมของเขตบริการสุขภาพ คณะทำงาน ฯ ได้ร่วมกันกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และกลยุทธ์การพัฒนาร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมของเขตบริการสุขภาพ และเป้าหมายการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2565 ร่วมกันต่อไป

การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

วิสัยทัศน์ (Vision)

“ประชาชนในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 6 มีสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่นคง ภายในปี 2565”



“Good health and good wealth of region 6 people by the year 2022”

### **พันธกิจ (Mission)**

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการ
3. ส่งเสริมความร่วมมือของภาคีเครือข่าย
4. พัฒนาองค์กรผู้องค์กรแห่งการเรียนรู้

### **ค่านิยมร่วม (Share value)**

ทำงานเป็นทีม ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

การทบทวนแผนยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และกลยุทธ์การพัฒนาของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2557 ได้ใช้กรอบ PMQA เป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางการพัฒนาที่เชื่อมโยงผลลัพธ์การดำเนินการในทุกมิติ ได้แก่ มิติประสิทธิผล มิติคุณภาพ มิติประสิทธิภาพ และมิติการพัฒนาองค์กรและบูรณาการแนวคิด 6 plus building blocks (World Health Organization [WHO], 2010) ซึ่งมีแนวคิดเชิงระบบ ตั้งแต่ Input process output outcome และ Impact ลงในแต่ละมิติ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์ และแผนการพัฒนาของแต่ละสาขาบริการของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ต่อไป

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 1 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ**

**เป้าประสงค์ 1.1** กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียง

กลยุทธ์

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้มีสมรรถนะเหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการในทุกสาขา
2. สร้างขวัญกำลังใจ เพิ่มคุณค่าแก่บุคลากรให้มีจิตใจให้บริการ มีศักดิ์ศรีและได้รับการยอมรับในทุกระดับ

**เป้าประสงค์ 1.2** ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย  
และมีการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า

กลยุทธ์

1. พัฒนากลไกการจัดเก็บ รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละสาขา และให้มีการนำข้อมูลมาใช้วางแผนพัฒนาอย่างมีทิศทาง
2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เอื้อต่อการจัดการบริการสุขภาพ
3. สร้างกลไกการสื่อสารข้อมูลย้อนกลับ การสื่อสารความเสี่ยง ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

**เป้าประสงค์ 1.3** การลงทุน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม

### กลยุทธ์

1. พัฒนากลไกการบริหารจัดการส่วนต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า
2. พัฒนาระบบการจัดซื้อ จัดจ้าง ซ่อมและบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพ
3. พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละสาขาบริการให้ได้มาตรฐานทุกระดับ

### มิติประสิทธิภาพ

การจัดกระบวนการพัฒนาที่สร้างคุณค่า ทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดด้วยความหลักธรรมาภิบาล สุจริต โปร่งใส ตรวจสอบได้ รวมทั้งการจกกลไกการติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลให้เป็นไปตามกฎระเบียบ มาตรฐาน และให้ได้ผลการพัฒนาที่เชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และกลยุทธ์ การพัฒนา ดังนี้

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 2** พัฒนาระบบสนับสนุน กำกับ ติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล

#### เป้าประสงค์ 2.1 มีกลไกการกำกับ ติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

##### กลยุทธ์

พัฒนากลไกการสอบทาน ตรวจสอบ ประเมินผลที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับ และผลักดันให้มีการนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์

#### เป้าประสงค์ 2.2 มีการกลไกการสนับสนุน การจัดบริการที่มีประสิทธิภาพกลยุทธ์

1. พัฒนากลไกการบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จในเครือข่ายบริการ
2. พัฒนาระบบการกระจายทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

#### เป้าประสงค์ 2.3 ภาวะผู้นำที่เข้มแข็งและมีธรรมาภิบาลกลยุทธ์

1. ผลักดันวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

2. ปรับกระบวนการทัศน์การทำงาน โดยมุ่งสู่ในภาพรวมของเขตบริการ
3. เสริมสร้างค่านิยมองค์กร เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

### มิติคุณภาพการให้บริการ

กระบวนการส่งมอบบริการที่มีคุณภาพสู่กลุ่มเป้าหมายในทุกระดับ (Service delivery) รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ ประสานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการในพื้นที่ ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และกลยุทธ์การพัฒนา ดังนี้

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 3** พัฒนาการจัดระบบบริการแบบบูรณาการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัย

**เป้าประสงค์ 3.1** ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และปลอดภัย  
 กลยุทธ์

1. พัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เชื่อมต่อ ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู  
 สภาพให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม

2. พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อที่เชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ทั้งในและนอกเขตบริการ/  
 โดยเฉพาะโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความพร้อมให้บริการ สามารถลดการส่งต่อเข้า รพศ./ รพท. ได้

**เป้าประสงค์ 3.2** ภาคีเครือข่าย และเครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนรับผิดชอบ  
 ในระบบสุขภาพ

กลยุทธ์

1. พัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (DHS) ให้มีความเชื่อมโยงระบบบริการทุกสาขา  
 บริการ

2. สร้างความร่วมมือทั้งในและนอกเครือข่ายสาธารณสุข รวมทั้งชุมชนท้องถิ่นให้มีส่วน  
 รับผิดชอบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง

**มิติประสิทธิผล**

ความสำเร็จตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6  
 ประชาชนสามารถที่จะจัดการความเสี่ยงและดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามศักยภาพที่เหมาะสม  
 และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับที่เหมาะสมได้อย่างสะดวก รวดเร็ว  
 สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

จากการเข้าถึงบริการแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ การให้บริการทุกระดับได้มาตรฐาน  
 ครอบคลุม และเป็นธรรม (Quality safety & access coverage)

**ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4** พัฒนาระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงทุกระดับ เอื้อต่อการเข้าถึง  
 บริการที่ได้มาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว และเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ 4.1** มีเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ Better service ครอบคลุมทุกระดับ  
 สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว

กลยุทธ์

พัฒนาเครือข่ายบริการและระบบสุขภาพทุกระดับ สามารถให้บริการสุขภาพ ทั้งเชิงรับ  
 และเชิงรุก ให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในช่องทางและระดับที่เหมาะสม รวดเร็ว  
 และมีประสิทธิภาพ

**เป้าประสงค์ 4.2** ประชาชนและชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถพึ่งพา  
 ตนเองด้านสุขภาพได้

### กลยุทธ์

1. สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ตระหนักถึงภัยคุกคามด้านสุขภาพ
  2. สร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพของประชาชนให้มีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยง สามารถป้องกันโรคที่ป้องกันได้จนมีแนวโน้มลดลง
- การพัฒนากระบวนการในทุกมิติเกิดความเชื่อมโยง มุ่งตอบสนองพันธกิจในการพัฒนาองค์กรสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ และการพัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐาน และการส่งเสริมความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ “ให้ประชาชนเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 6 มีสุขภาพดี และเศรษฐกิจมั่นคง ภายในปี 2565”

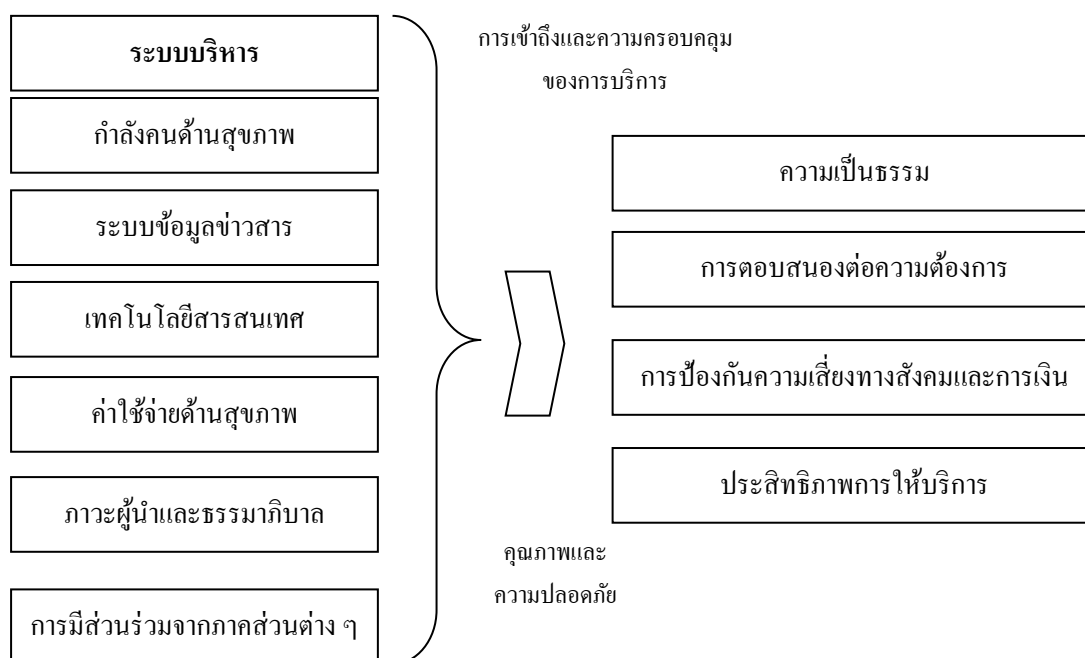


ภาพที่ 22 ความเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี

พ.ศ. 2558-2560

**การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แนวทางบริหารจัดการและการติดตามประเมินผล**

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ที่ผ่านมามีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแต่ละสาขาที่มีความเข้มแข็งความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของผู้บริหารและทีมงานในแต่ละสาขา รวมทั้งระบบสนับสนุนอื่น ๆ เช่น ความพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ และระบบบริหารจัดการภายในจังหวัด โดยภาพรวมมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเกือบทุกสาขาในโรงพยาบาลระดับจังหวัดได้ดี ส่วนโรงพยาบาลชุมชนกำลังอยู่ระหว่างการปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีแผนการพัฒนาความพร้อมด้านทรัพยากรที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม การบูรณาการลงสู่ระดับ ปฐมภูมิ รพ.สต. และภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจนนัก อีกทั้งรูปแบบในการพัฒนา และการกำกับ ติดตามผลการดำเนินการในระดับจังหวัดและระดับเขตของหลายสาขายังไม่เป็น ทิศทางเดียวกัน ในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ประยุกต์ใช้กรอบการพัฒนาระบบ บริการของ WHO 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบบริการด้านสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบ ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล และยังสามารถบูรณาการองค์ประกอบที่มีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ อีก 1 องค์ประกอบ รวมเป็น Six plus building blocks เพื่อให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมเหมาะสม ตามบริบทพื้นที่ เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม และเป็นธรรม



ภาพที่ 23 กรอบ Six plus building blocks

เขตบริการสุขภาพที่ 6 จัดประชุมทำแผนพัฒนาระบบบริการตามกรอบ Six plus building blocks ให้มีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการของเขต ฯ ในวันที่ 15-16 กันยายน พ.ศ. 2557 ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ประธาน เลขา และทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่มาจากทุกสาขาและทุกจังหวัดในเขตบริการ จำนวน 150 คน มีการแบ่งกลุ่มระดมสมอง ทบทวน ข้อมูลสถานการณ์โรค และข้อมูลทรัพยากรที่จำเป็น กลยุทธ์การดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน ตามกรอบ Six plus building block ตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการติดตามในภาพเขต และวิธีการจัดเก็บ ข้อมูล เพื่อเป็นแผนการพัฒนาของแต่ละสาขา ในปี 2558-2560 ผลการจัดทำแผนการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ 16 สาขา แสดงรายละเอียดดังเอกสาร นอกจากนี้ ทีมงานพัฒนาระบบบริการจาก สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 6 ได้การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำแผนการพัฒนาเฉพาะด้าน ระบบบริการที่เชื่อมโยงลงสู่ระดับปฐมภูมิของทุกสาขา โดยสถานบริการทุกระดับควรมีทั้ง การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ แต่ให้น้ำหนักในบทบาทหลักและบทบาทรองแตกต่างกัน สามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 13 การจัดระบบบริการ (Service delivery) เชื่อมโยงบริการในทุกระดับ จำแนกตามสาขาบริการ และกลุ่มวัย

กลุ่มวัย	สาขาบริการ	A, S	M	F	P	มาตรการบูรณาการ
กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)	1. สาขาสูติกรรม	Fast tract-ANC risk	พัฒนา Node ลดการส่งต่อ C/ S	ANN คุณภาพ C/ S NL	Health promotion	กลไกการบริหารของ MCH board ระดับเขต จังหวัด ประชุม
	2. สาขาทารกแรกเกิด	Fast tract newborn risk/ birth asphyxia/ LBW/ NICU	ห้องคลอดคุณภาพ	ห้องคลอดคุณภาพ	ชุมชนในพื้นที่	คณะกรรมการ ฯ ทุก 3 เดือน มีแผนงาน/ โครงการ ตามสภาพปัญหาอนามัยแม่และเด็ก
	3. สาขากุมารเวชกรรม	PICU	พัฒนา Node ภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการ Refer ส่งต่อ-รับกลับ	1. WCC/ ศูนย์เด็กเล็ก 2. Screening เด็กที่สงสัย 3. พัฒนาการล่าช้า 4. Refer ส่งต่อ-รับกลับ		
กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี)	4. สาขาสุขภาพช่องปาก	1. Screening & early detection/ treatment 2. Primary care & prevention	1. Screening & early detection/ treatment 2. Primary care & prevention	1. Screening & early detection/ treatment 2. Primary care & prevention	1. ส่งเสริมสุขภาพช่องปากป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน (บูรณาการทุกกลุ่มวัย) 2. การจัดบริการสุขภาพร่วมกับโรงเรียน 3. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ครอบครัว/ ชุมชน/ อปท.	



ตารางที่ 13 (ต่อ)

กลุ่มวัย	สาขาบริการ	A, S	M	F	P	มาตรการบูรณาการ
กลุ่มเด็กวัยรุ่น (15-21 ปี)	5. สาขาสุขภาพจิตและ จิตเวช (บูรณาการทุก กลุ่มวัย)	1. เพิ่มบริการจิตเวช เด็กและวัยรุ่น/ คลินิก กระตุ้นพัฒนาการ เด็ก 2. รักษาซึมเศร้าครบ วงจร	1. Screening : ซึมเศร้า/ เด็กที่ พัฒนาการล่าช้า 2. Treatment 3. Refer ส่งต่อ- รับกลับ	1. Screening :ซึมเศร้า/ เด็กที่พัฒนาการล่าช้า 2. Treatment & Refer ส่งต่อ-รับกลับ	Screening & early detection HHC	1. ทักษะชีวิต-เพศศึกษา 2. ชุมชน/ พื้นที่บริการเชิงรุก อุบัติเหตุ มาตัวตาย ดิจเกมส์
	6. สาขาอุบัติเหตุ	Fast tract trauma Pre-Hos, In-Hos	ER/ EMS (1669)- pre-Hos, In-Hos	ER/ EMS (1669)-pre- Hos	อุบัติเหตุทางถนน 1669	1. ใช้มาตรการทางสังคม มาตรการทางกฎหมาย นูห์รี แอลกอฮอล์ บูรณาการกับ เครือข่ายลดอุบัติเหตุทางถนน 2. ฝึกซ้อมแผนบูรณาการ

← ระบบยาเดียวกัน →

ตารางที่ 13 (ต่อ)

กลุ่มวัย	สาขาบริการ	A, S	M	F	P	มาตรการบูรณาการ
กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)	7. สาขาโรคหัวใจ	1. Fast tract 2. CCU HF clinic	1. Early detection STEMI/ NSTEMI 2. Warfarin clinic 3. Refer ส่งต่อ-รับกลับ	1. Early detection/ treatment STEMI/ NSTEMI 3. Refer ส่งต่อ-รับกลับ	1. Primary Prevention 2. สร้าง เครือข่าย สุขภาพในการเฝ้า ระวัง สื่อสาร ข้อมูลด้าน สุขภาพ Alert & awareness 1669 3. บริการเชิงรุก & early detection & treatment (มี แพทย์ลงตรวจใน PCU) 4. HHC	1. Health promotion 2. ส่งเสริมความเข้มแข็งของ ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ในการมีส่วนร่วมดูแล ควบคุม ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อ ลดสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 3. สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพที่สอดคล้อง กับวิถีชุมชน 4. บริหารจัดการ คน เงิน ของร่วม 5. ขยายเวลาบริการนอกเวลา ราชการ
	8. สาขาหลอดเลือด	1. Fast tract 2. Stroke unit	1. Early detection/ treatment stroke-CT 2. 3. Refer ส่งต่อ- รับกลับ	1. Early detection/ treatment stroke 2. 3. Refer ส่งต่อ-รับกลับ		
	9. สาขามะเร็ง	Radiation/ chemo	1. Manogram/ US 2. Cheno	1. Early detection มะเร็ง เต้านม/ ปากมดลูก/ ตับ & treatment chemo		
	10. สาขาโรคไม่ ติดต่อ	NCD clinic NCD c complication ลดการ รอคอย พัฒนาระบบ ส่งกลับ	1. NCD clinic บูรณาการ 2. พัฒนา node ลดการส่งต่อ	1. NCD clinic บูรณาการเชิงรุก พัฒนา ระบบรับกลับและการดูแล ต่อเนื่อง		
		←————— ระบบยาเดียวกัน —————→				

ตารางที่ 13 (ต่อ)

กลุ่มวัย	สาขาบริการ	A, S	M	F	P	มาตรการบูรณาการ
	11. สาขาจักษุ	1. พัฒนา Excellent center/ retinal center 2. ลดระยะเวลารอคอย เพิ่มการผ่าตัดนอกเวลาราชการ	1. Screening & early detection cararact/ graucorna 2. Laser 3. เพิ่ม Node การผ่าตัด	1. บูรณาการ Screening & early detection DR/ cataract/ graucorna 2. Laser/ เพิ่ม Node การผ่าตัด		
	12. สาขาไต	1. CKU 2. KT/HD/ CAPD	1. CKD 2. HD/ CAPO	1. CKD 2. บูรณาการ Screening & early detection		
กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)	13. สาขาศัลยกรรม	Appendectomy c complication	1. Screening/ US 2. พัฒนา Node ลดการส่งต่อ Appendectomy	1. Screening Alvarado score &early detection/ appendectomy		
	14. สาขาอายุรกรรม	Fast tract severe sepias/ MICU	1. Early detection/ treatment 2. พัฒนา Node ลดการส่งต่อ Sepsis	Screening & early detection/ treatment		
	15. สาขาศัลยกรรม	Multiple Fx	1. พัฒนา Node ลดการส่งต่อ simple close Fx	Screening & early detection/ treatment		

ตารางที่ 13 (ต่อ)

กลุ่มวัย	สาขาบริการ	A, S	M	F	P	มาตรการบูรณาการ
กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	เน้นระบบบริหารเชื่อมโยงตั้งแต่ปฐมภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิใน 4 กลุ่ม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต ไขมัน หลอดเลือดสมอง และทันตกรรม					
ระบบฉุกเฉิน	จัดช่องทางด่วน					
	เน้น 1669 และ Fast tract ใน 6 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุจราจร โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด					



#### 4. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2558)

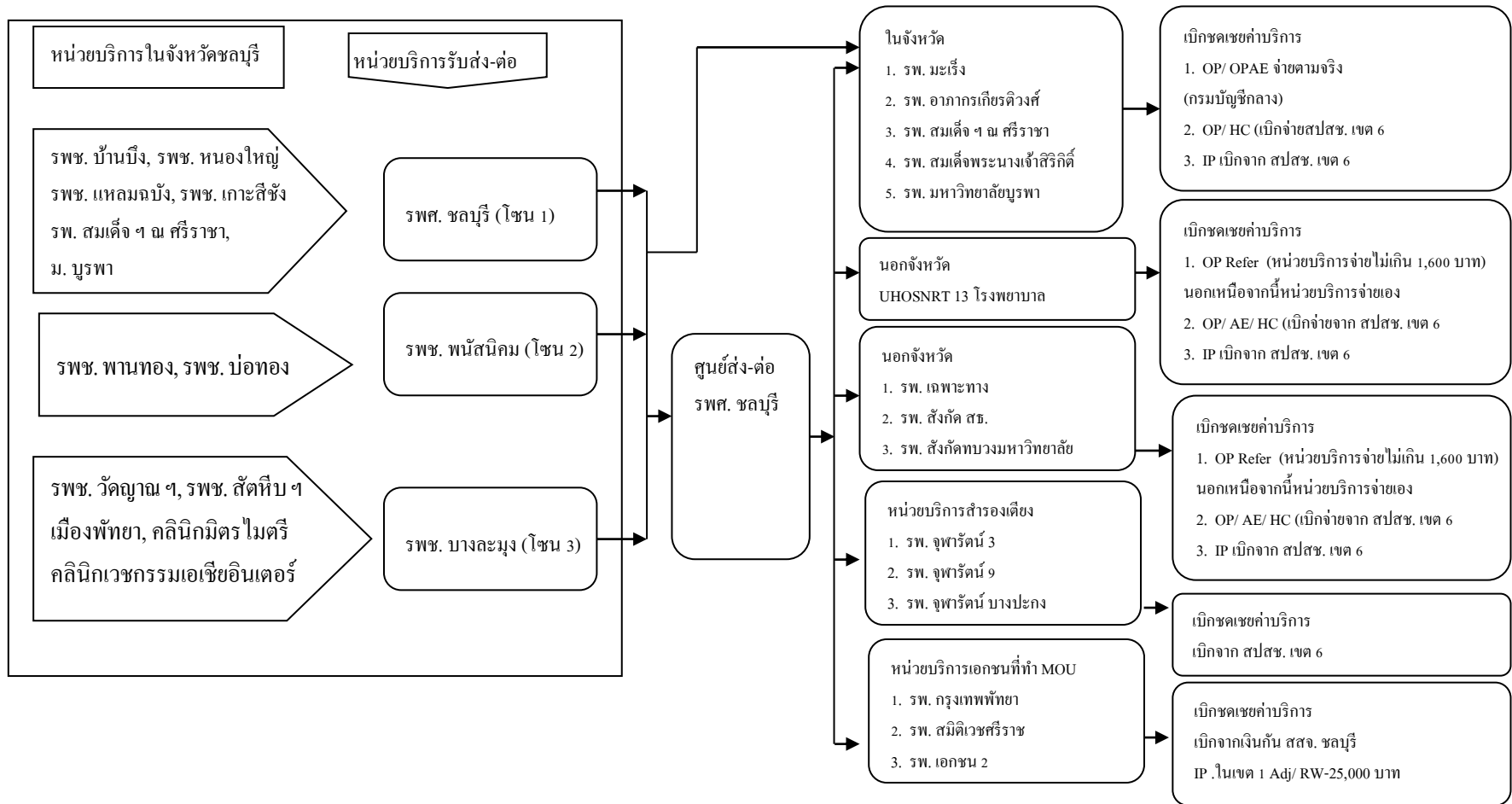
ระบบข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีในอดีตที่ผ่านมา แต่ละโรงพยาบาลจะบันทึกข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยลงในสมุดจดบันทึกในโปรแกรม Excel หรือในระบบ Hospital OS ซึ่งมีวิธีการและรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้พบปัญหาในการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในด้านการวิเคราะห์ การวางแผนเพื่อปรับปรุงคุณภาพการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย รวมไปถึงการใช้ใบส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งยากต่อการติดตาม หากใบส่งต่อนั้นสูญหาย ท่านผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 6 นพ.วิศิษฎ์ ตั้งนภากร จึงมอบนโยบายการพัฒนากระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thai refer ซึ่งมีที่มาจากประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนากระบวนการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ ด้านพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ และด้านพัฒนาการจระบบบริการแบบบูรณาการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัย โดยกำหนดให้ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 นำโปรแกรม Thai refer มาใช้เชื่อมโยงระบบรับ-ส่งต่อเข้าด้วยกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อในเขตบริการที่ 6 ซึ่งโปรแกรม Thai refer มีคุณสมบัติสามารถรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ทั้งการส่งต่อทั่วไปและการส่งต่อเฉพาะโรค มีการจัดเก็บข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบฐานข้อมูล สามารถออกรายงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยได้หลากหลายรูปแบบ โดยจังหวัดชลบุรีได้เริ่มดำเนินการติดตั้งและใช้งานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 โรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา และได้ขยายไปยังโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ ศูนย์มะเร็งชลบุรี

#### ข้อมูลพื้นฐานการจระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี

การพัฒนากระบวนการส่งต่อจังหวัดชลบุรี ได้จระบบส่งต่อเป็น 2 ประเภท คือ การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยตามระดับการรักษา โดยมีศูนย์ประสานการส่งต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ทำหน้าที่ในการประสานงานเกี่ยวกับการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในและนอกเครือข่าย เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนมีมาตรฐาน ให้บริการเป็นเครือข่ายเพื่อความสะดวกและปลอดภัย จึงได้จัดให้มีระบบการนัดล่วงหน้า และส่งผู้ป่วยกลับเพื่อลดความแออัดไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิ ก่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด

การจระบบรับ-ส่งต่อ ในจังหวัดชลบุรี ได้จระบบให้สอดคล้องกับ Service plan และลดความแออัดในโรงพยาบาลชลบุรี โดยจัดเป็นโซน เช่น โซน 2 กำหนดให้โรงพยาบาลบ่อทอง (ระดับ F1) โรงพยาบาลเกาะจันทร์ (ระดับ F1) โรงพยาบาลพานทอง (ระดับ F2) ส่งต่อผู้ป่วย

ให้โรงพยาบาลพนัสนิคม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ M1 ก่อนส่งต่อให้โรงพยาบาลชลบุรี โชน 3 กำหนดให้โรงพยาบาลสตึ๊หีบ กม. 10 (ระดับ F2) โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม (ระดับ F1) และหน่วยบริการตามระบบประกันสุขภาพนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม, คลินิกเวชกรรมเอเชียอินเตอร์ และเมืองพัทยา ส่งต่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลบางละมุง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ S ก่อนส่งให้โรงพยาบาลชลบุรี ส่วนโชน 1 โรงพยาบาลหนองใหญ่ (ระดับ F1) โรงพยาบาลบ้านบึง (ระดับ M2) โรงพยาบาลแหลมฉบัง (ระดับ M2) รวมทั้งโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลค่ายนวมินทราชินี, ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา) สามารถส่งต่อให้โรงพยาบาลชลบุรีได้โดยตรง รายละเอียดดัง Flow chart



ภาพที่ 24 การจักระบบรับ-ส่งต่อจังหวัดชลบุรี ปี 2558



โดยโรงพยาบาลชลบุรีเป็นศูนย์ส่งต่อระดับเครือข่ายบริการที่ 6 เป็น Excellence center ระดับ 1 สำหรับโรคที่มีอัตราตายสูง 4 สาขา ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด, ทารกแรกเกิด, มะเร็ง และ Trauma จังหวัดชลบุรี มีโรงพยาบาลภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา รับส่งต่อผู้ป่วย Stroke และโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วยกรณีเหตุสมควร ซึ่งเกินกว่าศักยภาพของหน่วยบริการ และโรงพยาบาลชลบุรีไม่สามารถรับรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ในขณะนั้น ซึ่งมีหน่วยบริการเอกชนได้ทำข้อตกลงรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในกรณีดังกล่าวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา, โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา, โรงพยาบาลเอกชน 1 และโรงพยาบาลเอกชน 2

#### การกำหนดนโยบาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีได้กำหนดนโยบาย พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thai refer โดยมุ่งหวังให้เกิดการเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ ทั้งด้านการประสาน บริการ และข้อมูลของระบบรับ-ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลภายในจังหวัดชลบุรี

#### วัตถุประสงค์ของนโยบาย

1. กำหนดผู้รับผิดชอบงาน/ ประสานงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย และบทบาทหน้าที่
2. ให้หน่วยบริการในจังหวัดชลบุรีได้รับทราบนโยบายและดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ด้วยโปรแกรม Thai refer
3. ให้หน่วยบริการดำเนินงานร่วมกันเป็นเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดชลบุรี
4. ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ดำเนินงานระบบส่งต่อและรับกลับระหว่างหน่วยบริการและเครือข่าย
5. พัฒนาระบบข้อมูลรายงานการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วยของหน่วยบริการในเครือข่าย

#### ขอบเขตการดำเนินการตามนโยบาย

โรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 12 แห่ง ได้แก่

1. โรงพยาบาลชลบุรี
2. โรงพยาบาลบ้านบึง
3. โรงพยาบาลหนองใหญ่

4. โรงพยาบาลบางละมุง
  5. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม
  6. โรงพยาบาลพานทอง
  7. โรงพยาบาลพนัสนิคม
  8. โรงพยาบาลแหลมฉบัง
  9. โรงพยาบาลเกาะสีชัง
  10. โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10
  11. โรงพยาบาลบ่อทอง และ
  12. โรงพยาบาลเกาะจันทร์
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี จำนวน 120 แห่ง

โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 แห่ง ได้แก่

โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

#### การดำเนินการตามนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีหนังสือที่ ชบ 0032/ ว2456 ลงวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2558 เรื่อง ขอให้หน่วยบริการดำเนินการติดตั้งและใช้งาน โปรแกรมรับ-ส่งต่อผู้ป่วย Thai refer เพื่อแจ้งให้โรงพยาบาลทราบและดำเนินการตามนโยบาย

2. จัดทำโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี  
ปีงบประมาณ 2558

3. ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีลงพื้นที่หน่วยบริการ เพื่อติดตาม กำกับผลการดำเนินงาน รับ-ส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thai refer และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรค รวมถึงร่วมหาแนวทางแก้ไขพัฒนา ณ โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 4 แห่ง

4. ขยายการติดตั้งและทดสอบการใช้โปรแกรมรับ-ส่งต่อผู้ป่วย Thai refer ในระดับ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดชลบุรี จำนวน 120 แห่ง ในเดือนกุมภาพันธ์  
พ.ศ. 2558

5. ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 6 จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจการพัฒนาระบบสารสนเทศ  
เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thai refer ให้แก่ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
และโรงพยาบาลทุกระดับ ในสังกัดเขตสุขภาพที่ 6

6. พัฒนาระบบเครื่องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์สำหรับให้บริการเชื่อมโยงข้อมูลโปรแกรม Thai refer เพื่อลดภาระขอขวดในเครื่องแม่ข่ายของโรงพยาบาลลำปาง ที่ทำหน้าที่เป็นเครื่องแม่ข่ายหลักในปัจจุบัน

7. ขยายความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลมะเรียงชลบุรี

8. พัฒนาการวิเคราะห์และจัดทำข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จากฐานข้อมูล Thai refer จังหวัดชลบุรี

#### ผู้รับผิดชอบการดำเนินการ

ผู้รับผิดชอบการดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี ประกอบไปด้วย

1. กลุ่มผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งทำหน้าที่ผู้ประสานหลักของการดำเนินการในระดับจังหวัด ได้แก่

1.1 ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 1 คน

1.2 หัวหน้าศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัด ๑ ทุกแห่ง จำนวน 12 คน

2. กลุ่มสนับสนุนการดำเนินการภายในโรงพยาบาลในสังกัด ๑ ทุกแห่ง ซึ่งทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาภายในโรงพยาบาล ได้แก่

2.1 ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยนอก จำนวน 12 คน

2.2 ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน จำนวน 12 คน

2.3 ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 12 คน

2.4 ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยห้องคลอด จำนวน 12 คน

2.5 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ จำนวน 12 คน

#### ตัวชี้วัดการดำเนินการ

1. โรงพยาบาลชุมชนมีการใช้โปรแกรม Thai refer ส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลชลบุรี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ส่งต่อจริงเข้าโรงพยาบาลชลบุรี

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด๑ทั้งหมดมีการติดตั้งโปรแกรม Thai refer

#### คำนิยาม

การส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น กรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย รักษา ผ่าตัด ชันสูตร เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้น ๆ (การส่งต่อ รวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)

### ผลการดำเนินการ

ผลการดำเนินการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thai refer จังหวัดชลบุรี ในไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ 2558 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2558) มีจำนวนผู้ป่วยรับ-ส่งต่อที่ส่งผ่านระบบ Thai refer ทั้งสิ้น 19,319 ราย จากผู้ป่วยรับ-ส่งต่อจริง ณ โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 31,536 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.18 และมีการติดตั้งโปรแกรม Thai refer ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 100

ตารางที่ 14 ผลการดำเนินงานรับ-ส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม ThaiRefer ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี ซึ่งโรคที่มีการส่งต่อมากที่สุด 10 อันดับแรก

รหัส	โรงพยาบาล	สรุป ณ ไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ 2558		
		Thai refer	ส่งต่อจริง	ร้อยละ
10817	บ้านบึง	2,308	4,575	50.45
10818	หนองใหญ่	1,097	1,379	79.55
10819	บางละมุง	3,038	4,555	66.70
10820	วัดญาณสังวราราม	339	711	47.68
10821	พานทอง	2,449	3,353	73.04
10822	พนัสนิคม	2,305	4,693	49.12
10823	แหลมฉบัง	3,679	5,103	72.09
10824	เกาะสีชัง	119	168	70.83
10825	สัตหีบ กม. 10	1,182	2,875	41.11
10826	บ่อทอง	2,156	2,997	71.94
28006	เกาะจันทร์	647	1,167	55.44
	รวม	19,319	31,576	61.18

ตารางที่ 15 โรคที่มีการส่งต่อมากที่สุด 10 อันดับแรก (โรงพยาบาลลำปาง, 2556)

ลำดับที่	ICD10	Description	Case
1	I64	Stroke, Not specified as haemorrhage or infarction	462
2	H269	Cataract, Unspecified	422
3	I259	Chronic ischaemic heart disease, Unspecified	397
4	F29	Unspecified nonorganic psychosis	349
5	C509	Breast malignant neoplasm, unspecified	274
6	0601	Preterm labour with preterm delivery	241
7	I519	Heart disease, Unspecified	239
8	K922	Gastrointestinal haemorrhage, Unspecified	231
9	I10	Essential (primary) hypertension	231
10	E119	NIDM Without complications	197

### ความสำคัญและที่มาของปัญหา

การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายสำคัญ คือ การให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและกระจายไปยังประชาชนในส่วนภูมิภาคอย่างทั่วถึง สามารถให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ตามขีดความสามารถในสถานพยาบาลแต่ละระดับ หากเป็นโรคที่ซับซ้อนซึ่งเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาล จะต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามขั้นตอนด้วยระบบการส่งต่อ (Referral system) ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขตตรวจราชการ นอกเขตตรวจราชการ รวมไปถึงเครือข่ายระดับประเทศ เน้นการทำงานแบบใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless health service network)” ที่สามารถเชื่อมโยงบริการสาธารณสุขทุกระดับเข้าด้วยกัน โดยไม่มีเส้นแบ่งของการปกครองหรือการแบ่งเขตตรวจราชการเป็นตัวขวางกั้น หากการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดลำปางมีสถานพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารบก 1 แห่ง โรงพยาบาลมะเร็งสังกัดกรมการแพทย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง เดิมมีปัญหาและอุปสรรคการทำงานในระบบส่งต่อหลายประการ ได้แก่

1. ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยในการส่งต่อ เช่น ประวัติการรักษา การแพ้ยา การได้รับยาในปัจจุบัน รวมไปถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของแต่ละสถานพยาบาล
2. ขาดการสื่อสารและการประสานงาน เช่น ไม่มีศูนย์ประสานงานเป็นศูนย์กลาง การเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง การติดต่อประสานงานซับซ้อน หลายขั้นตอน ทำให้การรักษาล่าช้า
3. สถานพยาบาลปลายทางขาดการเตรียมพร้อมรับเมื่อผู้ป่วยมาถึง เนื่องจากไม่มีข้อมูลสำคัญจากต้นทาง ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตบางรายมีอาการทรุดลงและได้รับการรักษาล่าช้า
4. แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยทั่วไป มีเนื้อหาข้อมูลไม่ครบ เขียนไม่ชัดเจน ไม่ออกขาดความสมบูรณ์ ทั้งที่มีข้อมูลของผู้ป่วยแล้ว แต่แพทย์ไม่ได้เขียนลงในแบบบันทึกการส่งต่อ นอกจากนี้ยังไม่มีใบตอบกลับเมื่อให้การรักษาแล้วและส่งกลับโรงพยาบาลต้นทางไม่สามารถวางแผนการรักษาต่อได้ หรือให้การรักษาที่ซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง
5. ไม่มีการเก็บข้อมูลเข้าในระบบฐานข้อมูลรวม ข้อมูลผู้ป่วย กระจายกระจัดกระจายหลากหลาย ไม่ทันสมัย การรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ทำได้ยาก และไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาได้
6. ไม่มีแบบประเมินคุณภาพการรักษาผู้ป่วยเมื่อส่งต่อ กรณีที่โรงพยาบาลต้นทางให้การรักษาส่งต่อไม่เหมาะสม จึงไม่สามารถวิเคราะห์คุณภาพการดูแลรักษาในภาพรวมได้
7. ภาวะแออัดของผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง เนื่องจากไม่มีระบบนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ
8. สูญเสียค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเดินทางกรณีส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น ค่าโทรศัพท์ โทรสาร กระดาษ เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าว จึงเกิดแนวคิดพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยแก้ไข เริ่มแรกได้นำร่องโดยใช้โปรแกรม Refer link ของจังหวัดร้อยเอ็ด และต่อมาได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมนักพัฒนาโปรแกรมของโรงพยาบาลลำปาง ซึ่งลงมือปฏิบัติจริงในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยตนเอง ร่วมกับมีเครือข่ายจากโรงพยาบาลเกือบทุกจังหวัดในประเทศไทยได้ร่วมกันให้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงแก้ไขและประยุกต์ให้เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่จนเข้าสู่การพัฒนาเป็นโปรแกรม Thai refer ในปัจจุบัน

#### **ลักษณะและคุณสมบัติของโปรแกรม Thai refer**

1. เป็นโปรแกรมที่ใช้งานออนไลน์ผ่าน Internet ซึ่งสามารถเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลได้หลากหลายโปรแกรม มีการกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลโดยใช้รหัสผ่าน มีระบบความปลอดภัยในการป้องกันข้อมูลของผู้ป่วย

2. เมื่อติดตั้งโปรแกรมแล้วและต้องการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลต้นทางเพียงป้อนหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล (Hospital number) หลังจากนั้นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านคลินิกที่อยู่ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลต้นทางจะแนบมายังโรงพยาบาลปลายทางโดยอัตโนมัติ
3. สามารถวางแผนบริหารการเตรียมรับผู้ป่วยส่งต่อ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ เนื่องจากระบบจะทำการคำนวณเวลาที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลปลายทางโดยอัตโนมัติ ทำให้สามารถเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยล่วงหน้าได้ เช่น การทำบัตร เตรียมสถานที่ เครื่องมือ และบุคลากรที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤติ
4. ส่งพิมพ์ใบส่งต่อจากโปรแกรมได้ทันที ซึ่งอ่านง่าย มีข้อมูลครบถ้วน และไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน
5. ส่งพิมพ์แบบบันทึกสัญญาณชีพระหว่างส่งต่อผู้ป่วยและแบบประเมินคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยได้
6. สามารถแนบรูปถ่าย ภาพเอ็กซเรย์ ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มาพร้อมกับประวัติผู้ป่วยหรือขอปรึกษาทางไกลกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้การรักษาที่โรงพยาบาลต้นทางได้
7. สามารถดูรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของทั้งโรงพยาบาลต้นทางและปลายทางได้ และสามารถตรวจสอบประวัติการรักษาในอดีต รวมไปถึงประวัติการใช้ยา ประวัติการแพ้ยา เป็นต้น
8. สามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและมีระบบรายงานผลสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อวางแผนพัฒนางานได้
9. ลักษณะการใช้งาน โปรแกรมง่าย สามารถเรียนรู้ได้ไว
10. สามารถพัฒนาต่อยอดโปรแกรมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีค่าลิขสิทธิ์

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย ทีมการเชื่อมโยงประสานกันภายในและภายนอกเครือข่ายให้เป็นระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีคุณภาพ เพื่อบริหารจัดการให้เกิดการส่งต่อที่รวดเร็ว เหมาะสม เกิดความราบรื่นในการทำงาน
2. เพื่อสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศในระบบส่งต่อแบบองค์รวม ซึ่งนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการได้

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อระดับจังหวัด โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปางเป็นประธาน คณะกรรมการ ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลในเครือข่ายทุกแห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. จัดตั้งศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดลำปางที่โรงพยาบาลลำปาง โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินอยู่ประจำศูนย์

3. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อพัฒนาโปรแกรมระบบส่งต่อ Thai refer โดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลลำปางเป็นประธานทีม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย

#### ขั้นตอนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการจัดเก็บ (Database management system)

#### โดยใช้โปรแกรม Thai refer

ระยะที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า การจัดเก็บข้อมูลแบบวิธีดั้งเดิมมีขั้นตอนยุ่งยาก ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลทางคลินิก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้มีการทำงานที่ซ้ำซ้อน เกิดข้อผิดพลาดได้ง่าย สิ้นเปลือง ไม่มีการนำข้อมูลมารวบรวม และประมวลผล เพื่อวิเคราะห์และพัฒนาเชิงระบบ

ระยะที่ 2: โครงการนำร่องโดยใช้โปรแกรม Refer link ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 มีการทดสอบโดยใช้โปรแกรม Refer link จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นต้นแบบ ในระยะแรกพบปัญหาในเรื่องความไม่คุ้นเคยในการใช้งาน ความยากในการเข้าถึงข้อมูลและการใช้งาน ความไม่เสถียรของระบบโปรแกรม ทำให้ผู้ใช้บริการตอบรับไม่ค่อยดี ต่อมาได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศขึ้น จึงมีการพัฒนาโปรแกรมขึ้นเองอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ หากผู้ใช้บริการพบปัญหาในการใช้งาน นักวิชาการคอมพิวเตอร์จะพร้อมแก้ไขปัญหาย่างทันทีทันใด และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

ระยะที่ 3: ใช้งานจริง ในการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 เริ่มมีการขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนครบทุกแห่งในจังหวัดลำปาง มีการป้อนข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยจริงทุกราย พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลปลายทาง โดยการใช้ระบบการแจ้งเตือนแบบหน้าจอแสดงเที่ยวบินของท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ซึ่งติดตั้งไว้ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปาง หน้าจอจะแสดงรายชื่อผู้ป่วยเรียงลำดับตามเวลาที่คาดว่าผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลลำปาง มีการแบ่งระดับความรุนแรง แสดงการวินิจฉัยของผู้ป่วย เพื่อให้โรงพยาบาลลำปางเตรียมบุคลากร เครื่องมือ และสถานที่ไว้ล่วงหน้า ทำให้การรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ (Seamless referral system)

ระยะที่ 4: ขยายเครือข่ายภายในจังหวัด: หลังจากที่โปรแกรมมีความเสถียรมากขึ้น และสามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลจากแต่ละระบบได้หลากหลาย จึงได้ขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 เริ่มจากในเขตอำเภอเมืองและอำเภอข้างเคียง ต่างจังหวัด: โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจากหลายจังหวัดจำนวนมากขอติดตั้ง



โปรแกรมเพื่อใช้งานจริง ในระยะแรก ได้แก่ เชียงราย พะเยา แพร่ น่าน อุตรดิตถ์ กาญจนบุรี เลย และจังหวัดในเขตภาคใต้เกือบทั้งหมด

ระยะที่ 5: พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาคุณภาพโปรแกรมอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 25 ครั้ง เพื่อให้โปรแกรมสะดวกต่อการใช้งานของผู้ใช้บริการมากที่สุด ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นโปรแกรม Thai refer version 1.2 ในปัจจุบัน โดยเพิ่มช่องทางด่วนสำหรับส่งต่อผู้ป่วยโรคสำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน (Stroke fast track) โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันในระยะเฉียบพลัน (STEMI fast track) มีระบบการค้นหาทะเบียนส่งต่อย้อนหลัง (Search engine) ระบบตอบกลับการรักษาจากสถานพยาบาลปลายทาง (Refer back) ระบบปฏิเสธรักษาส่งต่อพร้อมรายงานการประเมินคุณภาพการส่งต่อ และระบบประมวลผล เพื่อสะดวกในการดึงข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาได้อีกด้วย

#### **แผนดำเนินงานของ Thai refer**

ต.ค. 55-ธ.ค. 55: Thai refer OPD มีระบบนัดหมายแพทย์เฉพาะทางล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยนอก เพื่อลดปัญหาแออัดในสถานพยาบาลปลายทาง: Thai refer chat สามารถโต้ตอบทสนทนาระหว่างสถานพยาบาลต้นทางและปลายทางได้ เพื่อปรึกษาทางไกล: Thai refer trauma สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ธ.ค. 55-ม.ค. 56: Thai refer GPS tracking system ระบบติดตามตำแหน่งรถพยาบาลแบบ Real time

ก.พ. 56-มิ.ย. 56: Thai refer disaster ระบบบริหารจัดการสารสนเทศผู้ป่วยอุบัติเหตุกลุ่มชน  
**ผลการดำเนินงาน/ ประโยชน์ที่ได้รับ**

1. มีการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยเป็นระบบเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งไปรับการรักษายังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และการส่งกลับไปฟื้นฟูรักษาต่อเนื่องที่สถานพยาบาลต้นทาง

2. มีการเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยล่วงหน้า โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยช่องทางด่วนโรคสำคัญ

3. การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดข้อขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการสถานพยาบาลต่าง ๆ ลดระยะเวลาในการประสานงานสำเร็จ ทำให้ระยะเวลาการประสานงานสำเร็จภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 99.59 และการประสานงานระหว่างแพทย์ในผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.51 (เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.4 ในปี พ.ศ. 2554)

4. มีระบบรายงานผลที่สามารถดึงข้อมูลได้อย่างง่าย ๆ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนางาน

5. ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน โดยข้อมูลที่ป้อนเข้าสู่ระบบสามารถเก็บในฐานข้อมูล และพิมพ์เป็นใบส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว

6. ลดความผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น ข้อมูลพื้นฐาน อาการสำคัญ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวินิจฉัย เป็นต้น

7. ลดความแออัดในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจากการประสานงานล่วงหน้าผ่านโปรแกรม หากไม่จำเป็นต้องทำการส่งต่อผู้ป่วยจะให้คำแนะนำแก่แพทย์โรงพยาบาลต้นทางเพิ่มเติม

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญที่สุด คือ บุคลากรทุกระดับที่มีส่วนร่วมในระบบส่งต่อของเครือข่ายจังหวัดลำปาง ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงที่ผลักดันนโยบาย และสนับสนุนในด้านงบประมาณ มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นผู้ขับเคลื่อนหลักและประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ มีพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ทำงานตลอด 24 ชั่วโมง มีนักวิชาการคอมพิวเตอร์ที่ยินดีรับคำแนะนำจากผู้ใช้โปรแกรมและนำไปพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางเป็นผู้ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขส่วนกลาง และมีเครือข่ายจากโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศที่ร่วมใช้และให้คำแนะนำ โดยมุ่งเป้าหมายที่ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก (Patient center) และที่สำคัญ คือ ผู้ปฏิบัติงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและช่วยสะท้อนปัญหาการใช้งานของระบบอย่างสม่ำเสมอ

### การเผยแพร่

ไทยรีเฟอร์ (Thai refer) คือ ระบบสารสนเทศในการรับส่งต่อผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การรับส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว สะดวกต่อการใช้งาน เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาโดยทีมโรงพยาบาลลำปาง ปัจจุบันมีการติดตั้งและใช้งานจริงในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 51 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 231 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 436 แห่ง รวมทั้งสิ้น 718 สถานพยาบาลทั่วประเทศ

### โครงสร้างพื้นฐานโปรแกรม Thai refer

#### 1. ความต้องการของระบบ

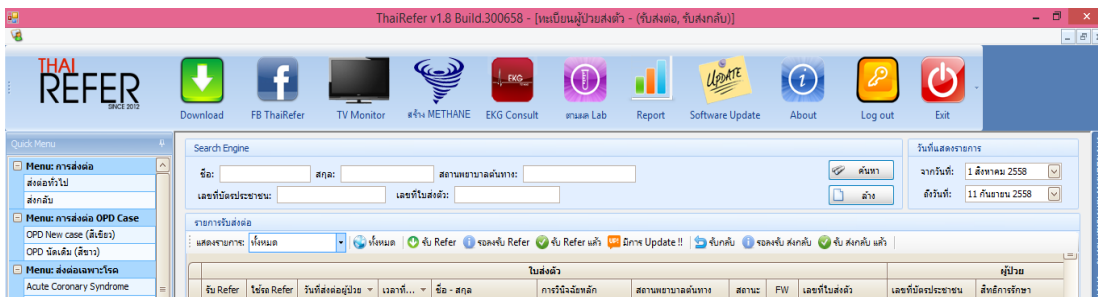
1.1 เครื่องคอมพิวเตอร์ลูกข่ายที่ติดตั้งระบบปฏิบัติการ Windows XP, 7, 8, 8.1 (32/64 bit) พร้อมติดตั้ง Microsoft dot net 4.0 และ Microsoft Visual C++ 2010

1.2 เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายที่ติดตั้งระบบฐานข้อมูล My SQL เวอร์ชัน 5.0 หรือสูงกว่า

1.3 การเชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ต

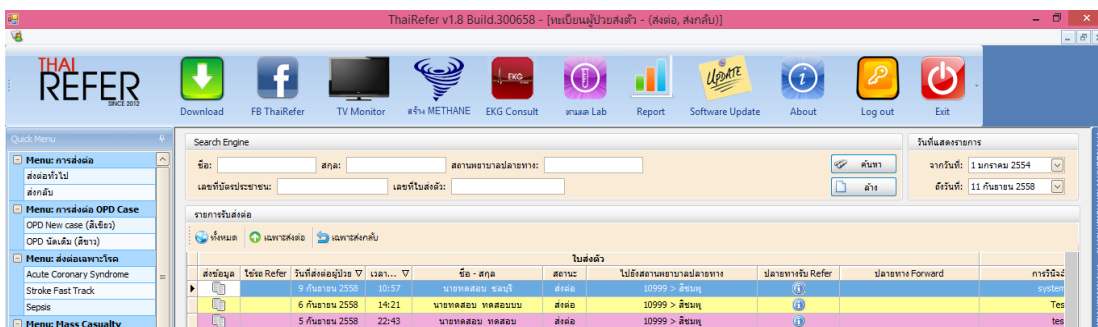
## 2. ข้อมูลเบื้องต้นภายใน โปรแกรม Thai refer

### 2.1 หน้าจอทะเบียนผู้ป่วยรับส่งต่อหรือรับส่งกลับจากโรงพยาบาลอื่น



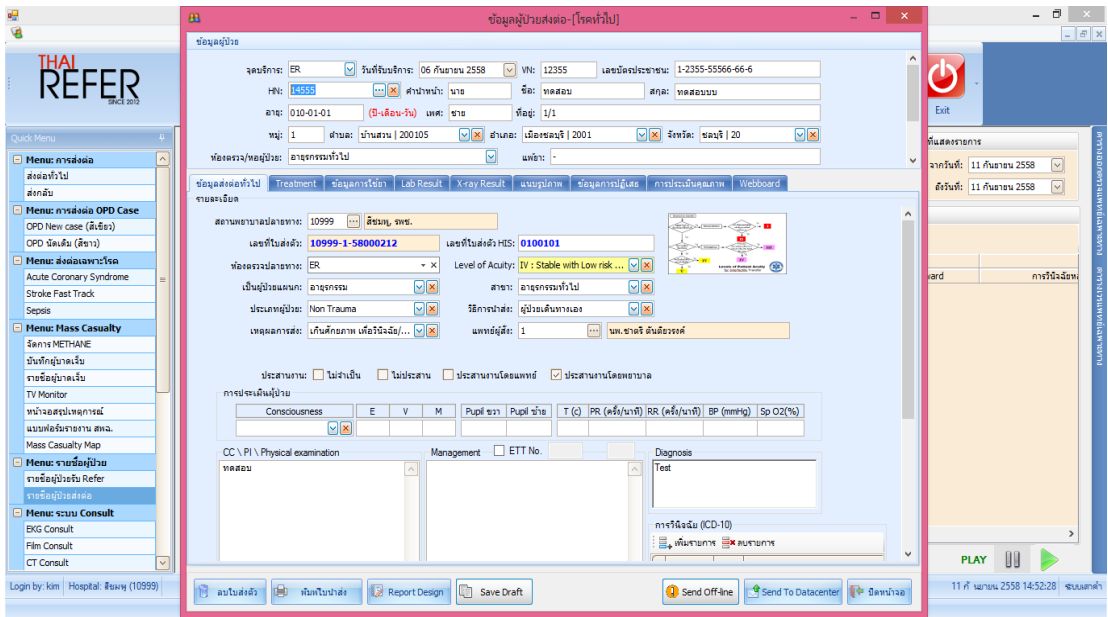
ภาพที่ 25 หน้าจอทะเบียนผู้ป่วยรับส่งต่อหรือรับส่งกลับจากโรงพยาบาลอื่น

### 2.2 หน้าจอทะเบียนผู้ป่วยส่งต่อหรือส่งกลับไปโรงพยาบาลอื่น



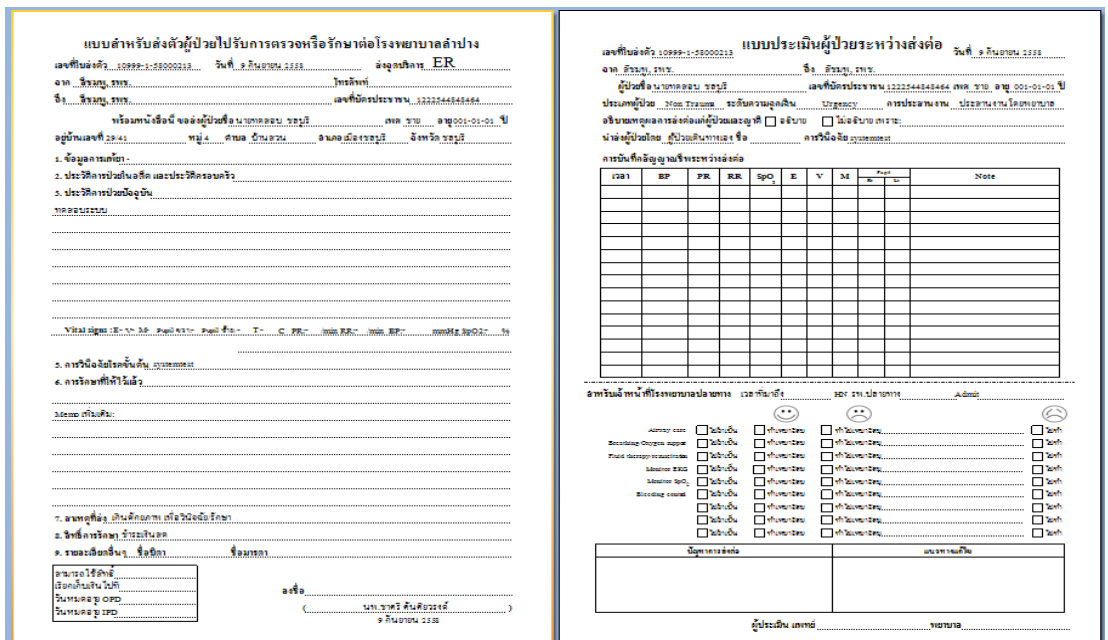
ภาพที่ 26 หน้าจอทะเบียนผู้ป่วยส่งต่อหรือส่งกลับไปโรงพยาบาลอื่น

### 2.3 หน้าบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย



ภาพที่ 27 หน้าบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย

### 2.3 ตัวอย่างใบส่งต่อผู้ป่วย



ภาพที่ 28 ตัวอย่างใบส่งต่อผู้ป่วย

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รักเกียรติ อินทับทัน ได้ศึกษา การนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติของเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ประการแรก เพื่อศึกษาการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติของเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี และประการที่สอง เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติของเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี โดยจำแนกตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย, การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, บุคลากร, งบประมาณ, สถานที่, การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน และการมีส่วนร่วม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำชุมชน คณะกรรมการชุมชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่ จำนวน 332 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire)

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีช่วงอายุ 31-40 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรี และมีอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชน โดยปัจจัยภาพรวมในด้านต่าง ๆ พบว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก จำแนกตามรายด้านได้ดังนี้ อันดับที่ 1 ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ พบว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก อันดับที่ 2 ด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน พบว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก อันดับที่ 3 ด้านบุคลากร พบว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก อันดับที่ 4 ด้านสถานที่ พบว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก อันดับที่ 5 ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติของเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำแนกรายด้านที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังนี้

ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ จากการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน จากการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านบุคลากร (เจ้าหน้าที่ภาครัฐ) จากการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านสถานที่ จากการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านงบประมาณ จากการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมาก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม จากการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมาก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

สรุปผลการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยด้านบุคลากร (เจ้าหน้าที่ภาครัฐ) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายไปปฏิบัติมากเป็นอันดับแรก ซึ่งหมายความว่า ปัจจัยด้านดังกล่าวย่อมเป็นปัจจัยที่ทางผู้มีอำนาจในการบริหารและทางสำนักงานเทศบาลเมืองแสนสุขต้องให้ความสนใจและพร้อมที่จะพัฒนาแนวทางหรือปรับทิศทางของกระบวนการดำเนินงานนโยบายให้ส่งผลกับปัจจัยดังกล่าวให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้แนวทางการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ รวมถึงนโยบายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีโอกาสมากขึ้นที่จะประสบผลสำเร็จบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของทางหน่วยงาน

ระพีพรรณ พลายวิจิตร ได้ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ประการแรก เพื่อศึกษาถึงการนำนโยบายโครงการรับจำนำข้าวไปปฏิบัติของเกษตรกรชาวนาในเขตพื้นที่ ตำบลนาคู อำเภอฝักไห้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประการที่สอง เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการนำนโยบายโครงการรับจำนำข้าวไปปฏิบัติของเกษตรกรชาวนาในเขตพื้นที่ ตำบลนาคู อำเภอฝักไห้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยจำแนกตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย, การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, บุคลากร, การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน, มาตรฐานในการปฏิบัติงาน และงบประมาณ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรชาวนาในเขตพื้นที่ตำบลนาคู อำเภอฝักไห้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ได้ขึ้นทะเบียนกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์

การเกษตร (ชกส.) เพื่อเข้าร่วม โครงการรับจำนำข้าวปี 2555/ 2556 จำนวน 321 ครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า มีภาพรวมของการนำนโยบายโครงการรับจำนำข้าวไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก โดยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายโครงการรับจำนำข้าวไปปฏิบัติ ได้แก่ 1. ปัจจัยด้าน 2. ด้านต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายโครงการรับจำนำข้าวไปปฏิบัติ 3. ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงานของโครงการรับจำนำข้าว 4. ปัจจัยด้านสถานที่ และเครื่องมือเครื่องใช้ของนโยบายโครงการรับจำนำข้าว และจากผลการศึกษาทั้งหมด ผู้วิจัยพบว่าการนำนโยบายรับจำนำข้าวไปปฏิบัติของเกษตรกรชาวนาในเขตพื้นที่ ตำบลนาคู อำเภอฝักไห้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า เกษตรกรชาวนาสามารถมีอำนาจในการต่อรองในการขายข้าวเปลือกให้กับโรงสีตามระดับความชื้นของข้าวเปลือกได้ และเกษตรกรชาวนามีความคิดเห็นว่า นโยบายโครงการรับจำนำข้าวเป็นนโยบายที่สร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาการค้าข้าวเปลือกตกต่ำได้น้อย และยังไม่สามารถที่จะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้นจากนโยบายดังกล่าว

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรีของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ” ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เพื่อศึกษาการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ 2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ โดยจำแนกตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย, การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, บุคลากร, การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน และการมีส่วนร่วม โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

### วิธีการวิจัย

ในการวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ” สามารถจำแนกวิธีการศึกษาเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การวิจัยเอกสาร (Documentary research) โดยการรวบรวมเอกสารข้อมูลต่าง ๆ ทั้งที่เป็นหนังสือ, บทความ, รายงานสรุปของหน่วยงานราชการ, นโยบายและแผนของหน่วยงานราชการ, แนวคิดทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในรูปของการอธิบายเชิงพรรณนา (Descriptive method) เพื่อให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น และสร้างแนวความคิดในการศึกษา เพื่อให้การศึกษาในครั้งนี้มีความถูกต้องที่สุด

2. การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เป็นการศึกษาโดยลงพื้นที่จริงและเก็บข้อมูลจากการแจกแบบสอบถามจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ในเรื่องการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ประกอบไปด้วยประเด็นดังนี้

2.1 ด้านนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี

2.2 ด้านการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ด้านการกำหนดภารกิจ

และมอบหมายงาน, ด้านบุคลากร และด้านการมีส่วนร่วม



## 2.3 ด้านการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของงานวิจัยเรื่อง การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่สามารถให้ข้อมูลสำคัญ คือ บุคลากรผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาล จำนวน 12 โรงพยาบาล ได้แก่ 1. โรงพยาบาลชลบุรี 2. โรงพยาบาลบ้านบึง 3. โรงพยาบาลหนองใหญ่ 4. โรงพยาบาลบางละมุง 5. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม 6. โรงพยาบาลพานทอง 7. โรงพยาบาลพนัสนิคม 8. โรงพยาบาลแหลมฉบัง 9. โรงพยาบาลเกาะสีชัง 10. โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 11. โรงพยาบาลบ่อทอง และ 12. โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โดยแบ่งออกเป็น 1. หัวหน้าศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย 2. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยนอก 3. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน 4. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน 5. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยห้องคลอด 6. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลละ 6 คน รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 72 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ใช้ประกอบการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีประเด็นในการตอบแบบสอบถามดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม  
 ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ประกอบด้วย

1. วัตถุประสงค์ของนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี
2. การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน
3. บุคลากร
4. การมีส่วนร่วม

5. การบรรลุแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6  
ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อ  
ผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ

### การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการหาข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ ซึ่งมีรายละเอียด  
ของขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการนำนโยบายไปปฏิบัติ  
จากนั้นนำมากำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กำหนดนิยาม และเพื่อใช้เป็นแนวทาง  
ในการสร้างแบบสอบถาม
2. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อ  
ผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ  
และตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามว่าครอบคลุมวัตถุประสงค์หรือไม่ จากนั้นนำไปให้อาจารย์  
ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ  
ของอาจารย์ที่ปรึกษา
3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน  
เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้แก่
  - 3.1 นางจันทนา วังคอม                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล  
คุณภาพและรูปแบบบริการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
  - 3.2 นายณัฏพพงศ์ พิรภักพงษ์              นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
รองหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
  - 3.3 นายธนาเศรษฐ์ วัฒนาพงศ์สถิต      นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
หัวหน้างานข้อมูลสารสนเทศ  
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
4. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง  
จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้

ของแบบสอบถาม (Reliability) แบบ Cronbach's alpha ได้ค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี เท่ากับ 0.770 ด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน เท่ากับ 0.803 ด้านบุคลากร เท่ากับ 0.861 ด้านการมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.918 ด้านการบรรลุแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการเขตบริการสุขภาพที่ 6 เท่ากับ 0.928 และในภาพรวมของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.955 จึงถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อถือได้ สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ยื่นเรื่องทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์และแนะนำตัวผู้วิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพา ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบเครื่องมือ
2. ลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม
3. นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล
4. คัดเลือกและแยกแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน
5. สรุปข้อมูลจากแบบสอบถาม เพื่อนำไปจัดหมวดหมู่ข้อมูลสำหรับนำเสนอข้อค้นพบ
6. ลงรหัสข้อมูลแบบสอบถามในเครื่องคอมพิวเตอร์ รอการวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัย

### ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จะใช้เวลาในการเก็บข้อมูลภาคสนามรวมทั้งสิ้น 30 วัน เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นจึงได้ลงรหัสข้อมูลเพื่อนำมาประมวลผลและวิเคราะห์ผลด้วยการใช้คอมพิวเตอร์ในการประมวลผลค่าทางสถิติ สำหรับสถิติที่ใช้วิเคราะห์ มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยนำข้อมูลมาประมวลผล และใช้สถิติในการวิเคราะห์ คือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\mu$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

## 2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ใช้การวิเคราะห์เชิงสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation coefficient) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง

### เกณฑ์การวิเคราะห์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficients สัญลักษณ์ หรือ r ในกรณีใช้กลุ่มตัวอย่าง) แสดงทิศทางความสัมพันธ์และแสดงระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะมีค่าสูงสุดเป็น 1 และต่ำสุดเป็น -1 การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีดังนี้

#### 1. ทิศทางความสัมพันธ์ ดังนี้

1.1 สหสัมพันธ์ทางบวก (Positive correlation) แสดงว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน เมื่อตัวแปรตัวหนึ่งเพิ่มหรือลดลงอีกตัวแปรหนึ่งก็จะเพิ่มขึ้นหรือลดลงไปด้วย

1.2 สหสัมพันธ์ทางลบ (Negative correlation) แสดงว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกัน เมื่อตัวแปรตัวหนึ่งเพิ่มหรือลดลงอีกตัวแปรหนึ่งก็จะเพิ่มหรือลดลงตรงข้ามกันเสมอ

1.3 สหสัมพันธ์เป็นศูนย์ (Zero correlation) แสดงว่า ตัวแปรสองตัวไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

#### 2. ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร ดังนี้

2.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกอย่างสมบูรณ์ (Perfect positive correlation) และมีความสัมพันธ์กันมาก

2.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเข้าใกล้ -1 แสดงว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบอย่างสมบูรณ์ (Perfect negative correlation) และมีความสัมพันธ์กันมาก

2.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์ (No relation)

การแปลผลของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2549, หน้า 462-463) โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

$r \leq 0.70$  หรือ  $r \leq -0.70$  ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระดับความสัมพันธ์มาก

$0.30 \leq r \leq 0.69$  หรือ  $-0.30 \leq r \leq -0.69$  ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

$-0.30 < r < 0.30$  ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระดับความสัมพันธ์น้อย

### เกณฑ์การแปลผล

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์ในการแปลความโดยใช้สูตรอันตรภาคชั้นของข้อมูลตามระดับการปฏิบัติของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติโดยใช้สูตรหาอันตรภาคชั้น ดังนี้ (ลือชัย วงษ์ทอง, 2555, หน้า 91)

$$\begin{aligned} \text{ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}} \\ &= \frac{4-1}{4} \\ &= 0.75 \end{aligned}$$

ดังนั้น อันตรภาคชั้น เท่ากับ 0.75 ผู้วิจัยจึงกำหนดแบ่งระดับการปฏิบัติ โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของคะแนนแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ
3.26-4.00	มีระดับการปฏิบัติมากที่สุด
2.51-3.25	มีระดับการปฏิบัติมาก
1.76-2.50	มีระดับการปฏิบัติน้อย
1.00-1.75	มีระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ
2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ โดยจำแนกตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย, การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, บุคลากร, การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน และการมีส่วนร่วม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากร คือ บุคลากรผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลจำนวน 12 โรงพยาบาล ได้แก่ 1. โรงพยาบาลชลบุรี 2. โรงพยาบาลบ้านบึง 3. โรงพยาบาลหนองใหญ่ 4. โรงพยาบาลบางละมุง 5. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม 6. โรงพยาบาลพานทอง 7. โรงพยาบาลพนัสนิคม 8. โรงพยาบาลแหลมฉบัง 9. โรงพยาบาลเกาะสีชัง 10. โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 11. โรงพยาบาลบ่อทอง และ 12. โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โดยแบ่งออกเป็น 1. หัวหน้าศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย 2. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยนอก 3. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน 4. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน 5. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยห้องคลอด 6. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ

โรงพยาบาลละ 6 คน รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 72 คน โดยทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยนำข้อมูลมาประมวลผล และใช้สถิติในการวิเคราะห์ คือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\mu$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearsom correlation coefficient)

#### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ตารางที่ 16 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ค่าความถี่ และค่าร้อยละ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	9	12.50
หญิง	63	87.50
รวม	72	100.00
<b>อายุ</b>		
อายุ 21-30 ปี	30	41.67
อายุ 31-40 ปี	18	25.00
อายุ 41-50 ปี	23	31.94
อายุ 51-60 ปี	1	1.39
รวม	72	100.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	4.17
ปริญญาตรี	65	90.28
สูงกว่าปริญญาตรี	4	5.56
รวม	72	100.00
<b>อาชีพ</b>		
ข้าราชการ	58	80.56
พนักงานราชการ	2	2.78
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	5	6.94
ลูกจ้างชั่วคราว	7	9.72
รวม	72	100.00

จากตารางที่ 16 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป มีดังนี้

เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.50 รองลงมา เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 12.50

อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมา มีอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.94 อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.00 และน้อยที่สุดเป็นอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.39

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 90.28 รองลงมา มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 5.56 และน้อยที่สุดเป็นต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 4.17

อาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 80.56 รองลงมา ลูกจ้างชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 9.72 รองลงมา พนักงานกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 6.94 และน้อยที่สุด พนักงานราชการ คิดเป็นร้อยละ 2.78

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ

ตารางที่ 17 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับปัจจัยที่มีผล

ต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ  
ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์

ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์	ระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ				$\mu$	$\sigma$	ระดับ	อันดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด				
1. กำหนดผู้รับผิดชอบงาน/ ประสานงานการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยและบทบาทหน้าที่	9 (12.50)	53 (73.61)	9 (12.50)	1 (1.39)	2.97	0.556	มาก	2
2. โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี ได้รับทราบนโยบาย และดำเนินการพัฒนาระบบ สารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ด้วยโปรแกรม Thai refer	7 (9.72)	58 (80.56)	6 (8.33)	1 (1.39)	2.99	0.489	มาก	1



ตารางที่ 17 (ต่อ)

ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์	ระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ				$\mu$	$\sigma$	ระดับ	อันดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด				
3. โรงพยาบาลดำเนินงานร่วมกัน เป็นเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข ในเขตจังหวัดชลบุรี- พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของ แต่ละสาขาบริการให้ได้มาตรฐาน ทุกระดับ	6 (8.33)	51 (70.83)	15 (20.83)	-	2.88	0.529	มาก	4
4. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ดำเนินงานระบบ ส่งต่อและรับกลับระหว่าง โรงพยาบาลและเครือข่าย	11 (15.28)	40 (55.56)	20 (27.78)	1 (1.39)	2.85	0.685	มาก	5
5. พัฒนาระบบข้อมูลรายงาน การส่งต่อและรับกลับผู้ป่วย ของโรงพยาบาลในเครือข่าย	8 (11.11)	51 (70.83)	12 (16.67)	1 (1.39)	2.92	0.575	มาก	3
ภาพรวม					2.92	0.41	มาก	

จากตารางที่ 17 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ  
เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ไปปฏิบัติ ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ พบว่า โดยภาพรวมวัตถุประสงค์ของนโยบาย/  
ยุทธศาสตร์ มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไปปฏิบัติ  
อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.92$ ,  $\sigma = 0.41$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี ได้รับทราบนโยบายและดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศ  
เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีด้วยโปรแกรม Thai refer พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบาย  
ไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.99$ ,  $\sigma = 0.489$ ) เป็นอันดับที่ 1

กำหนดผู้รับผิดชอบงาน/ ประสานงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและบทบาทหน้าที่ พบว่า  
เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.97$ ,  $\sigma = 0.556$ ) เป็นอันดับที่ 2

พัฒนาระบบข้อมูลรายงานการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเครือข่าย  
พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.92$ ,  $\sigma = 0.575$ )  
เป็นอันดับที่ 3

โรงพยาบาลดำเนินงานร่วมกันเป็นเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดชลบุรี-พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละสาขาบริการให้ได้ มาตรฐานทุกระดับ พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.88$ ,  $\sigma = 0.529$ ) เป็นอันดับที่ 4

เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ดำเนินงานระบบส่งต่อและรับกลับระหว่าง โรงพยาบาลและเครือข่าย พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.85$ ,  $\sigma = 0.685$ ) เป็นอันดับที่ 5

สรุปผลการศึกษา ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ที่มีผลต่อการนำนโยบาย พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ผู้วิจัยพบว่าสามารถนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า ผู้จัดทำนโยบายได้มีการอธิบายให้ผู้เกี่ยวข้องทราบถึงรายละเอียดของนโยบาย รวมถึงแนวทางการดำเนินการตามนโยบาย ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะนโยบายที่ดี ต้องมีความชัดเจนทั้งในส่วนของตัวนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน เพื่อที่หน่วยงานจะได้ สามารถดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงมีการกำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน มีการพัฒนาระบบข้อมูลรายงานที่เหมาะสม และสร้างรูปแบบการดำเนินการร่วมกันเป็นเครือข่าย ระหว่างโรงพยาบาล ทำให้การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ดำเนินงาน ที่ยังคงทำได้ไม่เต็มที่ อันเนื่องมาจากภาระงานของเจ้าหน้าที่และ โอกาสในการพบเจอเพื่อแลกเปลี่ยนกัน มีไม่มาก จึงยังเป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณาหาโอกาสหรือเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง โรงพยาบาล และเครือข่ายให้มากขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการนำความรู้ที่ได้จากหน่วยงานอื่น ๆ ไปปรับใช้ ในหน่วยงานของตนต่อไป

ตารางที่ 18 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับปัจจัยที่มีผล  
การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี  
ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ  
ด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน

ด้านการกำหนดภารกิจ และมอบหมายงาน	ระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ				$\mu$	$\sigma$	ระดับ	อันดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด				
1. โรงพยาบาลมีการมอบหมาย งาน และกำหนดมาตรฐาน การทำงานให้แก่หน่วยงาน ย่อยต่าง ๆ ของโรงพยาบาล	9 (12.50)	56 (77.78)	7 (9.72)	-	3.03	0.474	มาก	1
2. โรงพยาบาลมีการแบ่ง สายการบังคับบัญชาที่น้อย และเหมาะสม	5 (6.94)	48 (66.67)	19 (26.39)	-	2.81	0.547	มาก	4
3. โรงพยาบาลมีการจัดระบบ การทำงานอย่างเหมาะสม และมีแนวปฏิบัติได้จริง	8 (11.11)	54 (75.00)	10 (13.89)	-	2.97	0.503	มาก	2
4. โรงพยาบาลมีการกำหนด ภารกิจที่ชัดเจน ไม่ทับซ้อน ในอำนาจหน้าที่ของงาน แต่ละอย่าง	4 (5.56)	55 (76.39)	13 (18.06)	-	2.88	0.473	มาก	3
5. ผู้บริหารโรงพยาบาล มีการกระจายอำนาจ ในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ทำการแทนได้	5 (6.94)	49 (68.06)	17 (23.61)	1 (1.39)	2.81	0.573	มาก	5
	ภาพรวม				2.90	0.39	มาก	

จากตารางที่ 18 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ  
เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ไปปฏิบัติ ด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน พบว่า โดยภาพรวมด้านการกำหนดภารกิจ  
และมอบหมายงาน มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไปปฏิบัติ  
อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.90$ ,  $\sigma = 0.39$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

โรงพยาบาลมีการมอบหมายงานและกำหนดมาตรฐานการทำงานให้แก่หน่วยงานย่อย  
ต่าง ๆ ของโรงพยาบาล พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก  
( $\mu = 3.03$ ,  $\sigma = 0.474$ ) เป็นอันดับที่ 1

โรงพยาบาลมีการจัดระบบการทำงานอย่างเหมาะสมและมีแนวปฏิบัติได้จริง พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.97, \sigma = 0.503$ ) เป็นอันดับที่ 2

โรงพยาบาลมีการกำหนดภารกิจที่ชัดเจน ไม่ทับซ้อนในอำนาจหน้าที่ของงานแต่ละอย่าง พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.97, \sigma = 0.473$ ) เป็นอันดับที่ 3

โรงพยาบาลมีการแบ่งสายการบังคับบัญชาที่น้อยและเหมาะสม พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.81, \sigma = 0.547$ ) เป็นอันดับที่ 4

ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงานทำการแทนได้ พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.81, \sigma = 0.573$ ) เป็นอันดับที่ 5

สรุปผลการศึกษา ด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงานที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ผู้วิจัยพบว่าสามารถนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า โรงพยาบาลได้มีการดำเนินการมอบหมายงานและกำหนดมาตรฐานการทำงาน รวมไปถึงการจัดระบบการทำงานที่เหมาะสมปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริง ทำให้หน่วยงานภายในไปจนถึงผู้รับผิดชอบงานทราบถึงงานที่ตนรับผิดชอบจนถึงแนวทางการปฏิบัติ อันจะส่งผลให้การดำเนินงานตามนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีเป็นไปด้วยความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนในหน้าที่ มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงานด้วยสายบังคับบัญชาที่ไม่ยาวจนเกินไป แต่ในด้านการกระจายอำนาจในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ยังคงต้องพัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจที่เหมาะสม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสามารถปฏิบัติงานได้คล่องตัว มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ตารางที่ 19 จำนวน คำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับปัจจัยที่มีผลต่อการนำ  
นโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาล  
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติด้านบุคลากร

ด้านบุคลากร	ระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ				$\mu$	$\sigma$	ระดับ	อันดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด				
1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือโรงพยาบาลได้อธิบายถึง รายละเอียดของแผนงาน โครงการต่าง ๆ ด้านพัฒนาระบบ สารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี (Thai Refer) ได้อย่าง ชัดเจน เข้าใจง่าย	8 (11.11)	45 (62.50)	18 (25.00)	1 (1.39)	2.83	0.628	มาก	4
2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือ โรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถ ในการให้ข้อมูลและคำแนะนำ ในทุก ๆ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ นโยบายได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง	10 (13.89)	45 (62.50)	17 (23.61)	-	2.90	0.609	มาก	1
3. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวน เหมาะสมกับปริมาณงาน ในความรับผิดชอบ	6 (8.33)	38 (52.78)	26 (36.11)	2 (2.78)	2.67	0.671	มาก	5
4. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน มีความเหมาะสมกับงาน ในความรับผิดชอบ	6 (8.33)	50 (69.44)	15 (20.83)	1 (1.39)	2.85	0.573	มาก	3
5. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน มีการติดต่อประสานงานกับ ผู้รับผิดชอบงานระดับสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดหรือระดับ โรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี	7 (9.72)	50 (69.44)	15 (20.83)	-	2.89	0.545	มาก	2
ภาพรวม					2.83	0.49	มาก	

จากตารางที่ 19 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ  
เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ไปปฏิบัติ พบว่า โดยภาพรวมด้านบุคลากรมีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ

เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.83, \sigma = 0.49$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลและคำแนะนำในทุก ๆ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายได้อย่างชัดเจน และถูกต้อง พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.90, \sigma = 0.609$ ) เป็นอันดับที่ 1

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีการติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือระดับโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.89, \sigma = 0.545$ ) เป็นอันดับที่ 2

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความเหมาะสมกับงานในความรับผิดชอบ พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.85, \sigma = 0.573$ ) เป็นอันดับที่ 3

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลได้อธิบายถึงรายละเอียดของแผนงาน โครงการต่าง ๆ ด้านพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) ได้อย่างชัดเจน เข้าใจง่าย พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.83, \sigma = 0.628$ ) เป็นอันดับที่ 4

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณงานในความรับผิดชอบ พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.67, \sigma = 0.671$ ) เป็นอันดับที่ 5

สรุปผลการศึกษา ด้านบุคลากรที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ผู้วิจัยพบว่าสามารถนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลและคำแนะนำในทุก ๆ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการถ่ายทอดนโยบายลงสู่ผู้รับผิดชอบในระดับโรงพยาบาลจนถึงผู้ปฏิบัติงานจริง ทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายนี้ มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจนในแนวทางการปฏิบัติงาน รวมถึงมีการประสานงานระหว่างผู้รับผิดชอบที่ดี ทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและในระดับโรงพยาบาลที่สามารถประสาน แก้ไขปัญหา และตอบข้อสงสัยได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความเหมาะสมกับงาน มีความเข้าใจในเนื้อหา งาน วิธีการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี ซึ่งทุกสิ่งทุกอย่างจะเป็นสิ่งที่ส่งผลให้ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ

เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี แต่ยังคงต้องพิจารณาแนวทางการสื่อสารในรายละเอียดของแผนงาน โครงการต่าง ๆ ของผู้ฝึคชอบงานให้มีความกระชับและเข้าใจง่าย รวมถึงพิจารณาแนวทางเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสมกับปริมาณงานในความรับผิดชอบต่อไป

ตารางที่ 20 จำนวน คำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ด้านการมีส่วนร่วม

ด้านการมีส่วนร่วม	ระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ				$\mu$	$\sigma$	ระดับ	อันดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด				
1. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น	6 (8.33)	34 (47.22)	32 (44.44)	-	2.64	0.635	มาก	4
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์นโยบายและแผน	5 (6.94)	33 (45.83)	32 (44.44)	2 (2.78)	2.57	0.668	มาก	5
3. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) ไปปฏิบัติอย่างใกล้ชิด	6 (8.33)	42 (58.33)	23 (31.94)	1 (1.39)	2.74	0.628	มาก	2
4. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer)	7 (9.72)	37 (51.39)	28 (38.89)	-	2.71	0.638	มาก	3
5. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) ได้เป็นอย่างดี	8 (11.11)	48 (66.67)	16 (22.22)	-	2.89	0.571	มาก	1
ภาพรวม					2.71	0.55	มาก	

จากตารางที่ 20 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

พบว่า โดยภาพรวมด้านการมีส่วนร่วมมีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.71, \sigma = 0.55$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) ได้เป็นอย่างดี พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.89, \sigma = 0.571$ ) เป็นอันดับที่ 1

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) ไปปฏิบัติอย่างใกล้ชิด พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.74, \sigma = 0.628$ ) เป็นอันดับที่ 2

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.71, \sigma = 0.638$ ) เป็นอันดับที่ 3

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.64, \sigma = 0.635$ ) เป็นอันดับที่ 4

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์นโยบายและแผน พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.57, \sigma = 0.668$ ) เป็นอันดับที่ 5

สรุปผลการศึกษา ด้านการมีส่วนร่วมที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ผู้วิจัยพบว่าสามารถนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า ผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีให้ประสบความสำเร็จ มีส่วนร่วมในการดำเนินการและให้ความร่วมมือในการพัฒนาเป็นอย่างดี รวมถึงช่วยตรวจสอบผลของการดำเนินการอย่างใกล้ชิด ทำให้จังหวัดชลบุรีสามารถพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ แต่สิ่งที่ยังต้องพัฒนา คือ การสร้างโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ไปจนถึงการจัดทำยุทธศาสตร์และแผน อันจะส่งผลให้การดำเนินการกำหนดนโยบายแผนงานในอนาคต สะท้อนและตอบสนองต่อการพัฒนาในระดับพื้นที่อย่างแท้จริง



ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย  
จังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ  
ด้านปัจจัยภาพรวม

ปัจจัยที่มีผลต่อการนำการนำนโยบายพัฒนาระบบ สารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ	$\mu$	$\sigma$	ระดับการนำ นโยบาย ไปปฏิบัติ	อันดับ
ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์	2.91	0.412	มาก	1
ด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน	2.89	0.385	มาก	2
ด้านบุคลากร	2.82	0.486	มาก	3
ด้านการมีส่วนร่วม	2.70	0.545	มาก	4
ภาพรวม	2.83	0.37	มาก	

จากตารางที่ 21 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ  
เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ไปปฏิบัติ พบว่า ในภาพรวมการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัด  
ชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ สามารถนำนโยบาย  
ไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.83$ ,  $\sigma = 0.37$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบาย  
ไปปฏิบัติมาก ( $\mu = 2.91$ ,  $\sigma = 0.412$ ) เป็นอันดับที่ 1

ด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบาย  
ไปปฏิบัติมาก ( $\mu = 2.89$ ,  $\sigma = 0.385$ ) เป็นอันดับที่ 2

ด้านบุคลากร พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติมาก ( $\mu = 2.82$ ,  
 $\sigma = 0.486$ ) เป็นอันดับที่ 3

ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติมาก ( $\mu = 2.70$ ,  
 $\sigma = 0.545$ ) เป็นอันดับที่ 4

สรุปผลการศึกษา ปัจจัยภาพรวมด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ  
ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการการวิเคราะห์สภาพปัญหาและผลกระทบ  
ที่เกิดขึ้นไปจนถึงการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนงาน ยังคงเป็นจุดอ่อนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ซึ่งหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลควรพิจารณาดำเนินการสร้างแนวทาง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนาตามนโยบายนี้ในอนาคตเกิดความยั่งยืน สามารถตอบสนองถึงความต้องการและสภาพปัญหาของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

### ตอนที่ 3 การบรรลุแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการเขตบริการสุขภาพที่ 6

ตารางที่ 22 จำนวน คำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียง

เป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพ มีคุณภาพและพอเพียง	ระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ				$\mu$	$\sigma$	ระดับ	อันดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด				
1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทุกระดับให้มีสมรรถนะเหมาะสม และเพียงพอต่อการให้บริการ ในทุกสาขา	7 (9.72)	45 (62.50)	20 (27.78)	-	2.82	0.589	มาก	1
2. สร้างขวัญกำลังใจ เพิ่มคุณค่า แก่บุคลากรให้มีจิตใจให้บริการ มีศักดิ์ศรีและได้รับการยอมรับ ในทุกระดับ	5 (6.94)	39 (54.17)	27 (37.50)	1 (1.39)	2.67	0.628	มาก	2
	ภาพรวม				2.74	0.56	มาก	

จากตารางที่ 22 ผลการศึกษาการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า โดยภาพรวมเป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียงสามารถบรรลุเป้าหมายได้อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.74$ ,  $\sigma = 0.56$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้มีสมรรถนะเหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการในทุกสาขา พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.82$ ,  $\sigma = 0.589$ ) เป็นอันดับที่ 1

สร้างขวัญกำลังใจ เพิ่มคุณค่าแก่บุคลากรให้มีจิตใจให้บริการ มีศักดิ์ศรี และได้รับการยอมรับในทุกระดับ พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการเขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.67$ ,  $\sigma = 0.628$ ) เป็นอันดับที่ 2

สรุปผลการศึกษา การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ สามารถบรรลุเป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียง อยู่ในระดับมาก ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ จะส่งผลให้สามารถบรรลุเป้าเป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียง เนื่องจากข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่ได้จากนโยบายนี้จะมีส่วนในการกำหนดแผนสำหรับการพัฒนาบุคลากรในสาขาต่าง ๆ ให้เหมาะสม

ตารางที่ 23 จำนวน คำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับการบรรลุเป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป้าประสงค์ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า

เป้าประสงค์ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยี ที่ทันสมัย และมีการนำไป ใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า	ระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ				$\mu$	$\sigma$	ระดับ	อันดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด				
1. พัฒนากลไกการจัดเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลแต่ละสาขา และให้มีการนำข้อมูล มาใช้วางแผนพัฒนาอย่างมีทิศทาง	8 (11.11)	51 (70.83)	13 (18.06)	-	2.93	0.539	มาก	1
2. พัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศให้เอื้อต่อการจัดการ บริการสุขภาพ	10 (13.89)	48 (66.67)	13 (18.06)	1 (1.39)	2.93	0.613	มาก	2
3. สร้างกลไกการสื่อสารข้อมูล ย้อนกลับ การสื่อสาร ความเสี่ยง ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย	9 (12.50)	41 (56.94)	22 (30.56)	-	2.82	0.635	มาก	3
ภาพรวม					2.89	0.54	มาก	

จากตารางที่ 23 ผลการศึกษาการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า โดยภาพรวมเป้าประสงค์ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า สามารถบรรลุเป้าหมายได้อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.89$ ,  $\sigma = 0.54$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

พัฒนาการไกลการจัดเก็บ รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละสาขา และให้มีการนำข้อมูลมาใช้วางแผนพัฒนาอย่างมีทิศทาง พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.93$ ,  $\sigma = 0.539$ ) เป็นอันดับที่ 1

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เอื้อต่อการจัดการบริการสุขภาพ พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.93$ ,  $\sigma = 0.613$ ) เป็นอันดับที่ 2

สร้างกลไกการสื่อสารข้อมูลย้อนกลับ การสื่อสารความเสี่ยงให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.82$ ,  $\sigma = 0.635$ ) เป็นอันดับที่ 3

สรุปผลการศึกษา การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ สามารถบรรลุเป้าประสงค์ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า อยู่ในระดับมาก ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ จะส่งผลให้สามารถบรรลุเป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียง เนื่องจากนโยบายนี้จะเข้ามาเติมเต็มระบบเทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความเชื่อมโยงข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในทุกระดับ รวมถึงข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการพิจารณากำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม ตรงกับสภาพปัญหาของพื้นที่

ตารางที่ 24 จำนวน คำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับการบรรจุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป้าประสงค์การลงทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม

เป้าประสงค์การลงทุน ค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพเหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม	ระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ				$\mu$	$\sigma$	ระดับ	อันดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด				
1. พัฒนากลไกการบริหารจัดการ บส่วนต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า	6 (8.33)	43 (59.72)	23 (31.94)	-	2.76	0.593	มาก	2
2. พัฒนาระบบการจัดซื้อจัดจ้าง ซ่อมและบำรุงรักษา ที่มีประสิทธิภาพ	3 (4.17)	47 (65.28)	22 (30.56)	-	2.74	0.531	มาก	3
3. พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ของแต่ละสาขาบริการให้ได้ มาตรฐานทุกระดับ	6 (8.33)	46 (63.89)	19 (26.39)	1 (1.39)	2.79	0.604	มาก	1
	ภาพรวม				2.89	0.54	มาก	

จากตารางที่ 24 ผลการศึกษาการบรรจุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า โดยภาพรวมเป้าประสงค์การลงทุน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม สามารถบรรจุเป้าหมายได้อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.89$ ,  $\sigma = 0.54$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

พัฒนากลไกการบริหารจัดการบส่วนต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า พบว่า สามารถบรรจุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.76$ ,  $\sigma = 0.593$ ) เป็นอันดับที่ 2

พัฒนาพัฒนาระบบการจัดซื้อจัดจ้าง ซ่อมและบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพ พบว่า สามารถบรรจุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.74$ ,  $\sigma = 0.531$ ) เป็นอันดับที่ 3

สร้างพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละสาขาบริการให้ได้มาตรฐานทุกระดับ พบว่า สามารถบรรจุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.79$ ,  $\sigma = 0.604$ ) เป็นอันดับที่ 1

สรุปผลการศึกษา การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ สามารถบรรลุ

เป้าประสงค์การลงทุน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม อยู่ในระดับมาก ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ จะส่งผลให้สามารถบรรลุเป้าประสงค์การลงทุน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม เนื่องจากข้อมูลการรับ-ส่งต่อที่ได้จากนโยบายนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงความต้องการ ในด้าน โครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นของสาขาต่าง ๆ ซึ่งผู้บริหารสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจ วางแผน หรือกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาที่เหมาะสมต่อไป

ตารางที่ 25 จำนวน คำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับการบรรลุเป้าหมายแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป้าประสงค์ระบบบริการ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และปลอดภัย

เป้าประสงค์ระบบบริการ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และปลอดภัย	ระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ				$\mu$	$\sigma$	ระดับ	อันดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด				
1. พัฒนาคุณภาพการจัดบริการ ที่เชื่อมต่อ ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม	4 (5.56)	53 (73.61)	15 (20.83)	-	2.85	0.494	มาก	2
2. พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อ ที่เชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ทั้งใน และนอกเขตบริการ/ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลแม่ข่าย มีความพร้อม ให้บริการ สามารถลดการส่งต่อเข้า รพศ./ รพท. ได้	4 (5.56)	56 (77.78)	12 (16.67)	-	2.89	0.461	มาก	1
	ภาพรวม				2.87	0.46	มาก	

จากตารางที่ 25 ผลการศึกษาการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า โดยภาพรวมเป้าประสงค์ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และปลอดภัย สามารถบรรลุเป้าหมายได้อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.87$ ,  $\sigma = 0.46$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

พัฒนาคุณภาพการจัดบริการที่เชื่อมต่อ ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.85$ ,  $\sigma = 0.494$ ) เป็นอันดับที่ 2

พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อที่เชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ทั้งในและนอกเขตบริการ/ โดยเฉพาะโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความพร้อมให้บริการ สามารถลดการส่งต่อเข้า รพศ./ รพท. ได้ พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.89$ ,  $\sigma = 0.461$ ) เป็นอันดับที่ 1

สรุปผลการศึกษา การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ สามารถบรรลุเป้าประสงค์ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ จะส่งผลให้สามารถบรรลุเป้าประสงค์ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และปลอดภัย เนื่องจากระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ในการดำเนินนโยบายนี้ ซึ่งก็คือ โปรแกรม Thai refer มีคุณสมบัติสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล รวมถึงสามารถติดตามได้ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ

ตารางที่ 26 จำนวน คำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 เป้าประสงค์ภาคีเครือข่าย และเครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีส่วนรับผิดชอบในระบบสุขภาพ

เป้าประสงค์ภาคีเครือข่ายและ เครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีส่วนรับผิดชอบ ในระบบสุขภาพ	ระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ				$\mu$	$\sigma$	ระดับ	อันดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด				
1. พัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (DHS) ให้มีความเชื่อมโยงระบบบริการทุกสาขาบริการ	4 (5.56)	60 (83.33)	8 (11.11)	-	2.94	0.407	มาก	2
2. สร้างความร่วมมือทั้งในและนอกเครือข่ายสาธารณสุข รวมทั้งชุมชนท้องถิ่นให้มีส่วนรับผิดชอบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง	7 (9.72)	56 (77.78)	9 (12.50)	-	2.97	0.474	มาก	1
ภาพรวม					2.96	0.40	มาก	

จากตารางที่ 26 ผลการศึกษาการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า โดยภาพรวมเป้าประสงค์ภาคีเครือข่ายและเครือข่ายชุมชน มีความเข้มแข็ง และมีส่วนรับผิดชอบในระบบสุขภาพ สามารถบรรลุเป้าหมายได้ในระดับมาก ( $\mu = 2.96, \sigma = 0.40$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

พัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (DHS) ให้มีความเชื่อมโยงระบบบริการทุกสาขาบริการ พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.94, \sigma = 0.407$ ) เป็นอันดับที่ 2

สร้างความร่วมมือทั้งในและนอกเครือข่ายสาธารณสุข รวมทั้งชุมชนท้องถิ่นให้มีส่วนรับผิดชอบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.97, \sigma = 0.474$ ) เป็นอันดับที่ 1

สรุปผลการศึกษา การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ สามารถบรรลุเป้าประสงค์ภาคีเครือข่ายและเครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีส่วนรับผิดชอบในระบบสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ จะส่งผลให้สามารถบรรลุเป้าประสงค์ภาคีเครือข่ายและเครือข่ายชุมชน มีความเข้มแข็ง และมีส่วนรับผิดชอบในระบบสุขภาพ เนื่องจากระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อ ที่พัฒนาตามนโยบายนี้ จะเข้ามามีบทบาทให้การเชื่อมโยงความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ และสนับสนุนการดูแลประชาชนในระดับพื้นที่



ตารางที่ 27 ผลการศึกษาการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการ  
สุขภาพที่ 6 ในภาพรวม

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขต บริการสุขภาพที่ 6	$\mu$	$\sigma$	ระดับการ บรรลุ เป้าหมาย	อันดับ
เป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพ และพอเพียง	2.74	.562	มาก	5
เป้าประสงค์ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการนำไปใช้ ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า	2.89	.539	มาก	2
เป้าประสงค์การลงทุน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม	2.76	.501	มาก	4
เป้าประสงค์ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุมและปลอดภัย	2.86	.459	มาก	3
เป้าประสงค์ภาคีเครือข่าย และเครือข่ายชุมชนมี ความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระบบ สุขภาพ	2.95	.400	มาก	1
การบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6	2.84	.405	มาก	

จากตารางที่ 27 ผลการศึกษาการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ  
เขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า โดยภาพรวมสามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ  
บริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก ( $\mu = 2.84$ ,  $\sigma = 0.405$ ) เมื่อพิจารณาในรายละเอียด  
สรุปได้ดังนี้

เป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียง พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมาย  
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ในระดับมาก ( $\mu = 2.74$ ,  $\sigma = 0.562$ )  
เป็นอันดับที่ 5

เป้าประสงค์ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ในระดับมาก ( $\mu = 2.89$ ,  $\sigma = 0.539$ ) เป็นอันดับที่ 2

เป้าประสงค์การลงทุน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ในระดับมาก ( $\mu = 2.76$ ,  $\sigma = 0.501$ ) เป็นอันดับที่ 4

เป้าประสงค์ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุมและปลอดภัย พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ในระดับมาก ( $\mu = 2.86$ ,  $\sigma = 0.459$ ) เป็นอันดับที่ 3

เป้าประสงค์ภาคีเครือข่ายและเครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีส่วนรับผิดชอบ ในระบบสุขภาพ พบว่า สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ในระดับมาก ( $\mu = 2.95$ ,  $\sigma = 0.400$ ) เป็นอันดับที่ 1

สรุปผลการศึกษา การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ มีส่วนทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 โดยเฉพาะในเป้าประสงค์ภาคีเครือข่ายและเครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีส่วนรับผิดชอบในระบบสุขภาพ และเป้าประสงค์ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า เพราะนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี จะเข้ามาสร้างความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงเป็นระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการดำเนินการและข้อมูลรายงานที่เกี่ยวข้อง แต่ นโยบายนี้อาจช่วยให้บรรลุเป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียง ไม่มากเท่าที่ควร เนื่องจากการดำเนินการด้านบุคลากรมีขั้นตอน เงื่อนไขจำนวนมากที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ

**ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ**

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ และการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ

ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์	การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ	
	r	p
ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์	0.513**	0.000

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 28 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ และการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ พบว่า ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ( $r = 0.513$ ,  $p = 0.000$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อวัดความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ มีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $r = 0.513$ )

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน และการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ

ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจ และมอบหมายงาน	การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ	
	r	p
ด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน	0.620**	0.000

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 29 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน และการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ พบว่า ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงานมีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ( $r = 0.620$ ,  $p = 0.000$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อวัดความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน มีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $r = 0.620$ )

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ตารางที่ 30 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลากรและการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ

ปัจจัยด้านบุคลากร	การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ	
	r	p
ด้านบุคลากร	0.636**	0.000

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 30 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยด้านบุคลากรและการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ( $r = 0.636$ ,  $p = 0.000$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อวัดความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $r = 0.636$ )

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ตารางที่ 31 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม และการนำนโยบายพัฒนาระบบ  
สารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม	การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ	
	r	p
ด้านการมีส่วนร่วม	0.775**	0.000

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 31 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม  
และการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ พบว่า  
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อ  
ผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ  
( $r = 0.775$ ,  $p = 0.000$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อวัดความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม  
มีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย  
จังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ  
โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ( $r = .775$ )

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการนำ  
นโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัด  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมาก  
และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์ประการแรก เพื่อศึกษาการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ประการที่สอง เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ โดยจำแนกตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย, การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, บุคลากร, การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน และการมีส่วนร่วม ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลจำนวน 12 โรงพยาบาล ได้แก่ 1. โรงพยาบาลชลบุรี 2. โรงพยาบาลบ้านบึง 3. โรงพยาบาลหนองใหญ่ 4. โรงพยาบาลบางละมุง 5. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม 6. โรงพยาบาลพานทอง 7. โรงพยาบาลพนัสนิคม 8. โรงพยาบาลแหลมฉบัง 9. โรงพยาบาลเกาะสีชัง 10. โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 11. โรงพยาบาลบ่อทอง และ 12. โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โดยแบ่งออกเป็น 1. หัวหน้าศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย 2. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยนอก 3. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน 4. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน 5. ผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยห้องคลอด 6. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลละ 6 คน รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 72 คน โดยเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้อง พร้อมปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำเครื่องมือฉบับร่างไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ต่อไป สำหรับสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\mu$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และใช้การวิเคราะห์เชิงสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation coefficient) โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง

## สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีอาชีพข้าราชการมากที่สุด

ผลการศึกษาการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติมาก เป็นอันดับที่ 1

ด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติมาก เป็นอันดับที่ 2

ด้านบุคลากร พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติมาก เป็นอันดับที่ 3

ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติมาก เป็นอันดับที่ 4

ผลการศึกษาด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ พบว่า โดยภาพรวมผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นในระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกตามรายชื่อได้ดังนี้

โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรีได้รับทราบนโยบายและดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ด้วยโปรแกรม Thai refer พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 1

กำหนดผู้รับผิดชอบงาน/ ประสานงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและบทบาทหน้าที่ พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 2

ผลการศึกษาด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน พบว่า โดยภาพรวมผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่ามีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกตามรายชื่อได้ดังนี้

โรงพยาบาลมีการมอบหมายงานและกำหนดมาตรฐานการทำงานให้แก่หน่วยงานย่อยต่าง ๆ ของโรงพยาบาล พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 1

โรงพยาบาลมีการจัดระบบการทำงานอย่างเหมาะสมและมีแนวปฏิบัติได้จริง พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 2



ผลการศึกษาด้านบุคลากร พบว่า โดยภาพรวมผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกตามรายชื่อได้ดังนี้

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลและคำแนะนำในทุก ๆ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายได้อย่างชัดเจน และถูกต้อง พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 1

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีการติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือระดับโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 2

ผลการศึกษาด้านการมีส่วนร่วม พบว่า โดยภาพรวมผู้รับผิดชอบการรับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความเห็นว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกตามรายชื่อได้ดังนี้

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) ได้เป็นอย่างดี พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 1

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) ไปปฏิบัติอย่างใกล้ชิด พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 2

ผลการศึกษาการบรรลุแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า ในภาพรวมการบรรลุแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกตามรายชื่อได้ดังนี้

เป้าประสงค์ภาคีเครือข่ายและเครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีส่วนรับผิดชอบในระบบสุขภาพ พบว่า มีการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 1

เป้าประสงค์ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า พบว่า มีการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 2

เป้าประสงค์ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุมและปลอดภัย พบว่า มีการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 3

เป้าประสงค์การลงทุน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม พบว่า มีการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 4

เป้าประสงค์กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียง พบว่า มีการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 5

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ จำแนกตามปัจจัยรายด้านที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านบุคลากร จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ และการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6

การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับการบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาก่อนนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ พบว่า มีภาพรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก โดยมีความสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Rondinelli (1983 อ้างถึงใน สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, 2548, หน้า 406) ที่ได้กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การนำนโยบาย แผนงาน หรือโครงการ ไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีการแปลงนโยบายให้เป็นแผนงานและโครงการก่อน เพื่อให้มีการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ รวมถึงยังสอดคล้องกับ Meter and Horn (1975, p. 447 อ้างถึงใน สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, 2548, หน้า 402) ที่ได้กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติครอบคลุมกิจกรรมของแต่ละบุคคล หรือกลุ่มบุคคลทั้งที่อยู่ในระบบราชการหรือเอกชน เพื่อให้วัตถุประสงค์ของนโยบายที่กำหนดไว้บรรลุผลสำเร็จ ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความพยายามขององค์การในการแปลงนโยบาย ซึ่งเป็นนามธรรมให้เป็นเชิงปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม ตลอดจนปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของรักเกียรติ อินทับทัน (2557) ที่ได้ทำการศึกษาก่อนนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ ของเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า โดยปัจจัยภาพรวมในด้านต่าง ๆ มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก จำแนกตามรายด้าน ได้ดังนี้ อันดับที่ 1 ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ พบว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก อันดับที่ 2 ด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน พบว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก อันดับที่ 3 ด้านบุคลากร พบว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก อันดับที่ 4 ด้านสถานที่ พบว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก อันดับที่ 5 ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า มีระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ได้ดังนี้

ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผลการศึกษาต่างไปจากผลงานวิจัยของรักเกียรติ อินทับทัน (2557) ที่ได้ทำการศึกษากำหนดนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ ของเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงานมีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผลการศึกษาต่างไปจากผลงานวิจัยของรักเกียรติ อินทับทัน (2557) ที่ได้ทำการศึกษากำหนดนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ ของเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผลการศึกษาต่างไปจากผลงานวิจัยของรักเกียรติ อินทับทัน (2557) ที่ได้ทำการศึกษากำหนดนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ ของเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากร (เจ้าหน้าที่ภาครัฐ) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยของรักเกียรติ อินทับทัน (2557) ที่ได้ทำการศึกษากำหนดนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ ของเทศบาลเมืองแสนสุข

จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการชายฝั่ง ไปปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมาก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันมากในเชิงบวก

สรุปผลการศึกษาข้อค้นพบ ผู้วิจัย พบว่า ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ ยังคงมีอิทธิพลต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ อยู่ในลำดับสุดท้าย ซึ่งผู้รับผิดชอบการดำเนินงานตามนโยบายนี้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ควรพิจารณาปรับปรุงวัตถุประสงค์และแนวทางการปฏิบัติของนโยบายให้มีความชัดเจน และสร้างความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในทุกระดับ รวมไปถึงสร้างกระบวนการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง และองค์ความรู้ของเครือข่ายผู้รับผิดชอบในการดำเนินการพัฒนาตามนโยบายระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีอย่างยั่งยืน

โดยขณะที่ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์สภาพปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นไปจนถึงการจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนงานยังคงเป็นจุดอ่อนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลควรพิจารณาดำเนินการสร้างแนวทาง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าว ซึ่งจะทำการพัฒนาตามนโยบายนี้ในอนาคตเกิดความยั่งยืน สามารถตอบสนองถึงความต้องการ และสภาพปัญหาของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ พบว่า มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก โดยผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการทำการศึกษาดังนี้

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากข้อค้นพบของปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ ในส่วนของประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง ได้แก่ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ดำเนินงานระบบส่งต่อ และรับกลับระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่าย โดยหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ควรจัดทำนโยบาย แนวทางที่ชัดเจน ต่อเนื่อง ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการแบ่งปันองค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน ไปจนถึงสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะส่งผลไปถึงความราบรื่นในการประสานดำเนินการต่าง ๆ ในอนาคต

จากข้อค้นพบของปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน พบว่า ในส่วนของประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงานทำการแทนได้ โดยผู้บริหารในแต่ละระดับควรพิจารณาแนวทางการกระจายอำนาจที่เหมาะสมให้แก่บุคลากรผู้รับผิดชอบงานให้สามารถตัดสินใจในขอบเขตงานที่ตนรับผิดชอบได้ เพื่อให้การดำเนินงานต่าง ๆ สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว คล่องตัว ลดขั้นตอน หรือการรอคอยที่เกี่ยวกับการตัดสินใจ

จากข้อค้นพบของปัจจัยด้านบุคลากร พบว่า ในส่วนของประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณงานในความรับผิดชอบ เป็นสิ่งที่หน่วยงานได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลต้องร่วมกันพิจารณาแนวทางการวางแผนเพิ่มหรือพัฒนาบุคลากรในอนาคตให้มีความเพียงพอเหมาะสมกับภาระงานต่อไป

จากข้อค้นพบของปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ในส่วนของประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์นโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดให้มีช่องทางการสื่อสารหรือสร้างการมีส่วนร่วมให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถจัดทำยุทธศาสตร์นโยบายและแผนที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของพื้นที่ และสร้างความร่วมมือในการนำนโยบายไปปฏิบัติต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีควรมีแผนนโยบายที่ชัดเจนในการบูรณาการการใช้ประโยชน์จากการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ไม่ว่าจะเป็นด้านการเชื่อมโยงข้อมูลบริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดการใช้ประโยชน์จากระบบที่พัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม อันจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในระยะยาว

#### **ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ**

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายไปปฏิบัติมากที่สุดเป็นลำดับแรกนั้น ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีและโรงพยาบาลจึงควรมีแนวทางส่งเสริมพัฒนาบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน สร้างขวัญกำลังใจ รวมถึงปรับแนวทางของนโยบายให้มีความเหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติของบุคลากร เพื่อเพิ่มโอกาสประสบผลสำเร็จในการดำเนินการตามนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีที่มากขึ้นในอนาคตต่อไป

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีไปปฏิบัติ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายไปปฏิบัติมากเป็นลำดับสุดท้ายนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีควรทบทวนการกำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรีให้มีความชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติที่ทำได้จริง เข้าใจได้ง่าย เกิดประโยชน์กับหน่วยงานไปจนถึงผู้ปฏิบัติงาน

จากข้อค้นพบของปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์ ในส่วนของประเด็นเรื่อง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ดำเนินงานระบบส่งต่อและรับกลับระหว่างโรงพยาบาล และเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรในรูปแบบของการประชุมสังเคราะห์ของผู้ปฏิบัติงานไปประชุมในโรงพยาบาลภายในเครือข่าย หมุนเวียนกัน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบริบทจริงที่แตกต่าง ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีองค์ความรู้จากบริบทที่หลากหลายสำหรับไปปรับใช้ในหน่วยงานของตน

จากข้อค้นพบของปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน ในส่วนของประเด็นเรื่อง ผู้บริหาร โรงพยาบาลมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงานทำการแทนได้ โรงพยาบาลควรจัดให้มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้แก่ผู้รับผิดชอบงาน โดยจัดทำในรูปแบบของโครงสร้างหรือคำสั่งการมอบหมายอำนาจการตัดสินใจที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจที่มีความสำคัญสูงไปจนถึงการตัดสินใจในเรื่องทั่วไปของเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเป็นรูปธรรมในการกระจายอำนาจการตัดสินใจที่ชัดเจน

จากข้อค้นพบของปัจจัยด้านบุคลากร ในส่วนของประเด็นเรื่อง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณงานในความรับผิดชอบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลควรจัดทำกรอบระยะเวลาการสรรหาและเพิ่มบุคลากรที่ชัดเจน โดยจัดลำดับตามความจำเป็นและความขาดแคลนของบุคลากรในแต่ละสาขา รวมถึงจัดหาเครื่องมือหรือกระบวนการทำงานใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาระงานและอำนวยความสะดวกให้แก่บุคลากร

จากข้อค้นพบของปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ในส่วนของประเด็นเรื่อง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์นโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดให้มีการประชุมจัดทำนโยบายร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบจัดทำนโยบายและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันพิจารณาจัดทำยุทธศาสตร์นโยบายและแผนร่วมกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดการยอมรับและความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบายจากผู้ปฏิบัติงานที่ดีต่อไป

### ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรศึกษาเรื่อง ความต้องการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของผู้ให้บริการสุขภาพในสาขาต่าง ๆ เช่น ด้านหัวใจ ด้านทารกแรกเกิด เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในอนาคตให้มีความครอบคลุม ตอบสนองต่อการให้บริการในสาขาต่าง ๆ

ควรศึกษาเรื่อง ผลกระทบด้านภาระงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์จุดที่กระทบหรือเพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรมาปรับปรุงให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มากที่สุด และลดภาระที่ไม่จำเป็นต่อบุคลากรในการดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในอนาคต



## บรรณานุกรม

- กรมการปกครอง. (2556). *ระบบสถิติทางการทะเบียน สำนักทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง*. เข้าถึงได้จาก [http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat\\_age.php](http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php)
- กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2558). *การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี*. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- เขตบริการสุขภาพที่ 6. (2558). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560*. ชลบุรี: เขตบริการสุขภาพที่ 6
- เขตสุขภาพที่ 6. (2558). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560*. ชลบุรี: เขตสุขภาพที่ 6.
- ทศพร ศิริสัมพันธ์. (2539). *การวางแผนเชิงกลยุทธ์*. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549). *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- ระพีพรณ์ พลายวิจิต. (2557). *การนำนโยบายโครงการรับจำนำข้าวไปปฏิบัติของเกษตรกรชาวนาในเขตพื้นที่ ตำบลนาคู อำเภอดักใต้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. ปัญหาพิเศษ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รักเกียรติ อินทับทัน. (2557). *การนำนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและการจัดการชายฝั่งไปปฏิบัติ ของเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี*. งานนิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โรงพยาบาลลำปาง. (2556). *การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thai refer*. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง.
- ลือชัย วงษ์ทอง. (2555). *เอกสารประกอบการสอนวิชาการระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์*. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรเดช จันทรศร. (2548). *ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณสุขไปปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สหાયบ์ล็อกและการพิมพ์.
- วรเดช จันทรศร. (2554). *ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.

ศิริพงษ์ ลดาวัลย์ ณ อุทยาน. (2551). *แนวความคิดและทฤษฎีรัฐประศาสนศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2).

เชียงใหม่: คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศุภชัย ยาวะประภาส. (2554). *นโยบายสาธารณะ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมบัติ ชำรงธัญวงศ์. (2548). *นโยบายสาธารณะ: แนวความคิด การวิเคราะห์ และกระบวนการ*

(พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิต

พัฒนบริหารศาสตร์.

สัมฤทธิ์ ชสสมศักดิ์. (2555). *นโยบายสาธารณะ*. กรุงเทพฯ: เอ็มที เพรส.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. (2556). *จำนวนและอัตราการเสียชีวิตของประชากรในเขตบริการ*

*สุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2556*. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2558). *รายงานการขึ้นทะเบียนสถานบริการสุขภาพ*. ชลบุรี:

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.

Hargrove, E. C. (1975). *The missing link: The study of implementation of social policy*.

Washington: Urban Institute.

Nagel, S. S. (1980). *Public policy: Goals, means and methods*. New York: St Martin's Press.

World Health Organization [WHO]. (2010). *World breastfeeding week*. Retrieve from

[http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_breastfeeding\\_week/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_breastfeeding_week/en/)

ภาคผนวก

## แบบสอบถามเพื่อการศึกษาวิจัย

เรื่อง การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี  
ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ

คำชี้แจง: แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ตอน ประกอบไปด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ

ขอให้ท่านให้ข้อมูลตามความจริง เพื่อประโยชน์สูงสุดในการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาใช้เวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะถูกปิดเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง: โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ

(1) ชาย

(2) หญิง

2. อายุ

(1) 21-30 ปี

(2) 31-40 ปี

(3) 41-50 ปี

(4) 51-60 ปี

3. ระดับการศึกษา

(1) ต่ำกว่าปริญญาตรี

(2) ปริญญาตรี

(3) สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

(1) ข้าราชการ

(2) ลูกจ้างประจำ

(3) พนักงานราชการ

(4) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

(5) ลูกจ้างชั่วคราว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย  
จังหวัดชลบุรี ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ไปปฏิบัติ

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ โดยละเอียดแล้วพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไร  
และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการได้รับแต่ละข้อ

นโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี	ระดับการปฏิบัติ			
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
<b>ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย/ ยุทธศาสตร์</b>				
1. กำหนดผู้รับผิดชอบงาน/ ประสานงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย และบทบาทหน้าที่				
2. โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรีได้รับทราบนโยบายและ ดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี ด้วยโปรแกรม Thai refer				
3. โรงพยาบาลดำเนินงานร่วมกันเป็นเครือข่ายการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วย ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดชลบุรี-พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละสาขา บริการให้ได้มาตรฐานทุกระดับ				
4. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ดำเนินงานระบบ ส่งต่อและรับกลับระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่าย				
5. พัฒนาระบบข้อมูลรายงานการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วย ของโรงพยาบาลในเครือข่าย				

การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ			
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
<b>ด้านการกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน</b>				
1. โรงพยาบาลมีการมอบหมายงานและกำหนดมาตรฐานการทำงานให้แก่หน่วยงานย่อยต่าง ๆ ของโรงพยาบาล				
2. โรงพยาบาลมีการแบ่งสายการบังคับบัญชาที่น้อยและเหมาะสม				
3. โรงพยาบาลมีการจัดระบบการทำงานอย่างเหมาะสมและมีแนวปฏิบัติได้จริง				
4. โรงพยาบาลมีการกำหนดภารกิจที่ชัดเจน ไม่ทับซ้อนในอำนาจหน้าที่ของงานแต่ละอย่าง				
5. ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงานทำการแทนได้				
<b>ด้านบุคลากร</b>				
1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลได้อธิบายถึงรายละเอียดของแผนงาน โครงการต่าง ๆ ด้านพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) ได้อย่างชัดเจน เข้าใจง่าย				
2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลและคำแนะนำในทุก ๆ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง				
3. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณงานในความรับผิดชอบ				
4. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความเหมาะสมกับงานในความรับผิดชอบ				

นโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี	ระดับการปฏิบัติ			
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
5. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีการติดต่อประสานงาน กับผู้รับผิดชอบงานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือระดับ โรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี				
<b>ด้านการมีส่วนร่วม</b>				
1. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ สภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น				
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์ นโยบายและแผน				
3. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ การนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) ไปปฏิบัติอย่างใกล้ชิด				
4. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ สารสนเทศเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer)				
5. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือ เกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการรับ-ส่ง ต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี (Thai refer) ได้เป็นอย่างดี				

การบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6	ระดับการปฏิบัติ			
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
<b>ประเด็นยุทธศาสตร์ 1 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ</b>				
<b>เป้าประสงค์ 1.1 กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพและพอเพียง</b>				
1.1.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้มีสมรรถนะ เหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการในทุกสาขา				
1.1.2 สร้างขวัญกำลังใจ เพิ่มคุณค่าแก่บุคลากรให้มีจิตใจ ให้บริการ มีศักดิ์ศรี และได้รับการยอมรับในทุกระดับ				
<b>เป้าประสงค์ 1.2 ระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการนำไปใช้ ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า</b>				
1.2.1 พัฒนากลไกการจัดเก็บ รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล แต่ละสาขา และให้มีการนำข้อมูลมาใช้วางแผนพัฒนา อย่างมีทิศทาง				
1.2.2 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เอื้อต่อ การจัดการบริการสุขภาพ				
1.2.3 สร้างกลไกการสื่อสารข้อมูลย้อนกลับ การสื่อสาร ความเสี่ยงให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย				
<b>เป้าประสงค์ 1.3 การลงทุน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมาะสม พอเพียง และเป็นธรรม</b>				
1.3.1 พัฒนากลไกการบริหารจัดการงบประมาณต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า				
1.3.2 พัฒนาระบบการจัดซื้อจัดจ้าง ซ่อมและบำรุงรักษา ที่มีประสิทธิภาพ				
1.3.3 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละสาขาบริการ ให้ได้มาตรฐานทุกระดับ				



การบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6	ระดับการปฏิบัติ			
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
<b>ประเด็นยุทธศาสตร์ 3 พัฒนาการจัดระบบบริการแบบบูรณาการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัย</b>				
<b>เป้าประสงค์ 3.1 ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และปลอดภัย</b>				
3.1.1 พัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เชื่อมต่อ ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม				
3.1.2 พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อที่เชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ทั้งในและนอกเขตบริการ/ โดยเฉพาะโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความพร้อมให้บริการ สามารถลดการส่งต่อเข้า รพศ./ รพท. ได้				
<b>เป้าประสงค์ 3.2 ภาครีเครือข่าย และเครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีส่วนรับผิดชอบในระบบ สุขภาพ</b>				
3.2.1 พัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (DHS) ให้มีความเชื่อมโยงระบบบริการทุกสาขาบริการ				
3.2.2 สร้างความร่วมมือทั้งในและนอกเครือข่ายสาธารณสุข รวมทั้งชุมชนท้องถิ่นให้มีส่วนรับผิดชอบในการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง				

**ตอนที่ 3** ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะสำหรับการนำนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ  
เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของ โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ไปปฏิบัติ

1. ปัญหาและอุปสรรคของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติตามนโยบายพัฒนาระบบสารสนเทศ  
เพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดชลบุรี ของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

.....

.....

.....

.....

.....

2. ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

.....

.....

**\*\*\* ขอขอบพระคุณที่ท่านได้กรุณาเสียสละเวลารอกแบบสอบถาม \*\*\***