

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12

เกษมศานต์ ชัยศิลป์ ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์), ศศ.ม. (สังคมวิทยาการพัฒนา)

วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย พย.บ., วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน),

วท.ด. (การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ติดต่อผู้เขียน: เกשמศานต์ ชัยศิลป์ Email: chaisil@hotmail.com

วันรับ:	8 ก.ค. 2568
วันแก้ไข:	13 ม.ค. 2569
วันตอบรับ:	27 ม.ค. 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ได้แก่ การจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคอุบัติใหม่ การดูแลโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ก่อนและหลังการพัฒนาเขตสุขภาพ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2568 การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อกำหนดกรอบตัวแปรของการศึกษาเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มจากหัวหน้ากลุ่มงานและผู้ปฏิบัติงานกลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1- 12 เขตสุขภาพละ 4 คน รวม 48 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 จำนวน 256 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired sample t-test, Chi-square และ multiple regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า การบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพ (ตัวแปรต้น) และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (ตัวแปรตาม) ส่วนใหญ่มุ่งองค์ประกอบและตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้ ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ภายหลังการพัฒนาเขตสุขภาพอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.7 และผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาเขตสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ส่วนปัจจัยของการบริหารจัดการฯ ด้านข้อมูลสารสนเทศและด้านเทคโนโลยีสุขภาพ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถอธิบายการผันแปร ได้ร้อยละ 54.4 ดังนั้น จึงควรพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการจัดบริการสุขภาพประชาชนอย่างยั่งยืน และมุ่งเน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการบริหารจัดการ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านข้อมูลสารสนเทศและด้านเทคโนโลยีสุขภาพเป็นลำดับแรก

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ; เขตสุขภาพ; ระบบสุขภาพ

บทนำ

การปฏิรูปเขตสุขภาพเป็นหนึ่งในกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับ

ปรับปรุง) พ.ศ. 2564 - 2565 โดยดำเนินการเพื่อให้

เขตสุขภาพมีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและ

ท้องถิ่น ภายใต้เป้าหมายการปฏิรูป 4 กิจกรรม และ 1 นโยบายสำคัญ (1) การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ (2) การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย (3) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริการรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเอง ในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม และ (4) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการทั่วถึง เป็นธรรม เพียงพอ และเกิดความยั่งยืนในด้านการเงินการคลัง และเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามเป้าหมายการปฏิรูป และ (5) การดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “30 บาท รักษาทุกที่” โดยในระยะแรกคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการคัดเลือกเขตสุขภาพนำร่อง เพื่อเป็นพื้นที่เป้าหมาย (setting) จำนวน 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12 โดยกำหนดให้มีการดำเนินงาน 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564) จัดทำกลไกการบริหารจัดการและบริการแบบบูรณาการ ในพื้นที่เขตสุขภาพนำร่อง (sandbox 5 ด้าน ประกอบด้วย (1) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (2) กำลังคนด้านสุขภาพ (3) การเงินการคลัง (4) ข้อมูลสารสนเทศ (5) เทคโนโลยีสุขภาพ) ระยะที่ 2 (กรกฎาคม พ.ศ. 2564 - มิถุนายน พ.ศ. 2565) เขตสุขภาพนำร่องขับเคลื่อนการดำเนินงานการปฏิรูปตามรูปแบบ sandbox และระยะที่ 3 (กรกฎาคม พ.ศ. 2565 - ธันวาคม พ.ศ. 2565) การติดตามประเมินผลและจัดทำข้อเสนอเพื่อการบริหารจัดการเขตสุขภาพตามเป้าหมายและแก้ไขกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้เขตสุขภาพนำร่อง ใช้แนวทาง sandbox เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามกิจกรรมการปฏิรูป (big rock) ในพื้นที่เขตสุขภาพเพื่อเป็นการปฏิรูปการบริหาร

จัดการให้สามารถปรับระบบบริการให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพได้มากที่สุด มุ่งเน้นให้ความสำคัญในการกระจายอำนาจให้กับเขตสุขภาพ เพื่อเป็นการลดอำนาจรัฐ และเพิ่มอำนาจประชาชน ประกอบด้วย (1) การจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคระบาดโรคอุบัติใหม่ (2) การดูแลโรคเรื้อรัง (3) การดูแลผู้สูงอายุ (4) ระบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้อง และ (5) การดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “30 บาท รักษาทุกที่”⁽¹⁾

ปัจจุบันการขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพนำร่อง (เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12) ได้มีการดำเนินงานครบทั้ง 3 ระยะแล้ว โดยพบว่า ผลลัพธ์ในภาพรวมของการดำเนินงานที่มีผลกระทบ (impact) สำคัญต่อการบริหารจัดการการจ้ดระบบบริการ และบริการสุขภาพที่ประชาชนได้รับ ประกอบด้วย (1) เขตสุขภาพ มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการรองรับการบริหารจัดการเขตสุขภาพรูปแบบใหม่ที่มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (2) เกิดการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการเขตสุขภาพ โดยภาคีเครือข่ายและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารและจัดระบบบริการด้านสุขภาพภายในพื้นที่เขตสุขภาพ (3) เกิดกลไกการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพ โดยคณะกรรมการ 3 ระดับ (คณะกรรมการกำกับทิศทางและนโยบายด้านเขตสุขภาพ คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ และคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ) (4) เกิดบริการรูปแบบใหม่ (new service model) ที่ประชาชน 4 เขตสุขภาพนำร่อง ได้รับประโยชน์ ครอบคลุมประชากร 28.5 ล้านคน⁽²⁾ และจากการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการเขตสุขภาพ เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนวทางการจัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพ กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12 พบว่า สถานการณ์แนวทางการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ทั้ง 4 เขตสุขภาพ เกิดการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่ สามารถแก้ปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ ส่งผลให้มีการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว มีการบูรณาการ คน เงิน ของ กับกรมวิชาการและท้องถิ่น

ลดความซ้ำซ้อนของงาน ประหยัดงบประมาณ สร้างความเข้มแข็งในการทำงาน และสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาส่งผลต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม⁽³⁾ ประกอบกับผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของเขตสุขภาพ นำร่องการปฏิรูปเขตสุขภาพ (เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12) พบว่า ภาพรวมการดำเนินงานของเขตสุขภาพนำร่องทุกเขต มีการดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของเขตสุขภาพ และหน่วยบริการสุขภาพของเขตสุขภาพนำร่อง มีการดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์อยู่ในระดับที่สูง ดังนั้น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงควรขยายผลการดำเนินงานในลักษณะดังกล่าว จาก 4 เขตสุขภาพ ขยายให้ครอบคลุมครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพประชาชนตามการปฏิรูปเขตสุขภาพ ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น และสามารถปรับใช้รูปแบบวิธีการดำเนินงานดังกล่าว เป็นแนวทางการดำเนินงานขยายผลไปยังบริการด้านอื่น ๆ ได้ รวมทั้งควรให้ความสำคัญกับการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน ใน 12 เขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลผลลัพธ์ของการดำเนินงานและการตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาเขตสุขภาพ เพื่อการบูรณาการการบริหารจัดการและจัดระบบบริการได้อย่างทั่วถึงและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน⁽⁴⁾

ทั้งนี้ จากผลการดำเนินงานการปฏิรูปเขตสุขภาพของเขตสุขภาพนำร่องทั้ง 4 เขตสุขภาพ ดังกล่าว ประกอบกับผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปและการพัฒนาเขตสุขภาพ ส่งผลให้คณะกรรมการกำกับทิศทางและนโยบายด้านเขตสุขภาพ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีมติรับทราบผลการดำเนินงานการปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง และเห็นชอบให้มีการขยายผลการดำเนินงานการพัฒนาเขตสุขภาพจาก 4 เขตสุขภาพ นำร่อง ให้ครอบคลุมทั้ง 12 เขตสุขภาพ เริ่มให้มีการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นต้นมา โดยกำหนดให้การพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจัดตั้ง

เขตสุขภาพ เพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ พ.ศ. 2566 ลงวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2566⁽⁵⁾ และคาดหวังว่า การดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของเขตสุขภาพ น่าจะส่งผลที่ดีต่อการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ซึ่งมีการพัฒนาการดำเนินงานตามองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน ดังนี้

1) การดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของเขตสุขภาพ ได้แก่ การอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ กำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลัง ข้อมูลสารสนเทศ และเทคโนโลยีสุขภาพ

2) การดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ได้แก่ การจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ การดูแลโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจุบันการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ของกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามแนวทางที่กำหนดไว้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 เพื่อให้ได้องค์ความรู้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการบริหารจัดการและจัดระบบบริการภายในเขตสุขภาพ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงานให้เขตสุขภาพมีความเข้มแข็งสามารถบูรณาการและบริหารจัดการการให้บริการประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพได้ต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ก่อน (ก่อนปี พ.ศ. 2566) และหลังการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (ปี พ.ศ. 2566 ถึงปัจจุบัน) รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี (mixed method research) ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ผ่านการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รหัสโครงการวิจัย 13/2567 วันที่รับรอง 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 พื้นที่ในการวิจัย คือ หน่วยบริการของเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) เริ่มด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้ากลุ่มงานและผู้ปฏิบัติงานของกลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 เป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อศึกษาข้อมูลในการกำหนดขอบข่ายการนิยามความหมายของการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของเขตสุขภาพ (ตัวแปรต้น) และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (ตัวแปรตาม) มีวิธีในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูลการสำรวจบุคลากรของกลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567) พบว่า ในแต่ละสำนักงานเขตสุขภาพ มีบุคลากรปฏิบัติงานในกลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ 4 - 9 คน⁽⁶⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างแบบขั้นต่ำ คือ สำนักงานเขตสุขภาพละ 4 คน (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 คน และหัวหน้ากลุ่มงานคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานที่มีบทบาทในการพัฒนาเขตสุขภาพ 3 คน) รวมจำนวน 84 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักตามแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง สำหรับการประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกระบวนการสนทนากลุ่ม บันทึกลงในบันทึกสนาม (field note) หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มต้นด้วยการตรวจสอบข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ จัดระบบของข้อมูลด้วยการจำแนกและจัดข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษา และทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเปรียบเทียบข้อมูลในแต่ละประเด็นร่วมกับข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาข้อสรุปความแตกต่างขององค์ประกอบ/ตัวชี้วัดของตัวแปรต้นและตัวแปรตามเพื่อกำหนด เป็นนิยามความหมายที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นข้อมูลสำหรับประกอบการสร้างแบบสอบถามการวิจัยเชิงปริมาณ

สำหรับวิธีวิจัยเชิงปริมาณเป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ก่อนและหลังการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้บริหารหน่วยบริการของเขตสุขภาพที่ 1 - 12 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 256 คน (คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการใช้อัตราการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบขนาดประชากร)⁽⁷⁾ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้

1) แบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) จากประชากร (ผู้บริหารหน่วยบริการของเขตสุขภาพที่ 1 - 12: รพศ. รพท. และ รพช.) คำนวณหาสัดส่วน (proportion to size) จำแนกเป็นรายเขตสุขภาพ

2) จำแนกแต่ละเขตสุขภาพเป็นรายจังหวัด และคำนวณหาสัดส่วนของตัวอย่างแต่ละจังหวัด

3) สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากเพื่อเลือกผู้บริหารหน่วยบริการของเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) ตัวแทนของแต่ละจังหวัดตามจำนวนที่ได้รับสัดส่วน

เครื่องมือใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล และประเภทของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการบริหาร

จัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ด้านการเงินการคลัง ด้านข้อมูลสารสนเทศ และด้านเทคโนโลยีสุขภาพ ใช้ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) มีระดับการวัดจำแนกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)

สำหรับการแปลผลคะแนน แบ่งระดับโดยการจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับ แบบอิงกลุ่ม⁽⁶⁾ ประกอบด้วย มีความคิดเห็นอยู่ในระดับต่ำ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง และมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย การจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคระบาดโรคอุบัติใหม่ การดูแลโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้สูงอายุ มีระดับการวัดจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการดำเนินงาน (2 คะแนน) มีการดำเนินงานบางส่วน (1 คะแนน) และไม่มีการดำเนินงาน (0 คะแนน) สำหรับการแปลผลคะแนน แบ่งระดับโดยการจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับ แบบอิงกลุ่มทั้งก่อนการพัฒนาและภายหลังการพัฒนาเขตสุขภาพ ประกอบด้วย มีการดำเนินงานระดับต่ำ มีการดำเนินงานระดับปานกลาง และมีการดำเนินงานระดับสูง

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถาม ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ (expert judgement) จำนวน 3 คน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) พบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า CVI = 0.99 สำหรับการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้บริหารหน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถามทั้งชุดได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability: alpha = 0.96) วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1) การวิเคราะห์ระดับตัวแปรเดียว (univariate analysis) สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงการกระจายของข้อมูลและเพื่อทราบลักษณะพื้นฐานทั่วไปของข้อมูล

2) การวิเคราะห์ระดับสองตัวแปร (bivariate analysis) แบ่งเป็น

2.1) ใช้สถิติ paired sample T test โดยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ก่อนและหลังการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12

2.2) ใช้สถิติศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ กับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 โดยการวิเคราะห์ตารางไขว้ (crosstabulation) และนำตัวแปรต้น ได้แก่ การอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ กำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลัง ข้อมูลสารสนเทศ และเทคโนโลยีสุขภาพ นำมาวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 โดยใช้ข้อมูลในส่วนของผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ภายหลังการพัฒนาเขตสุขภาพ เข้าสู่การวิเคราะห์

3) การวิเคราะห์ระดับหลายตัวแปร (multi-variate analysis) ใช้สถิติสำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวด้วยสถิติ multiple regression analysis โดยวิธีการนำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าสู่สมการถดถอยพร้อมกัน (enter) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 โดยการทดสอบว่าเมื่อนำปัจจัยด้านอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการเงินการคลัง ปัจจัยด้านข้อมูลสารสนเทศ และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสุขภาพ ร่วมวิเคราะห์พร้อมกัน ปัจจัยทั้งหมดมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 อย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12

ผลการศึกษา

1. การกำหนดขอบข่ายการนิยามความหมายของการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของเขตสุขภาพ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (เชิงคุณภาพ) จากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่า ในแต่ละองค์ประกอบนั้นมีตัวชี้วัดทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่จะมีการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เหมือนกัน (ตารางที่ 1) สามารถกำหนดนิยามความหมายที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางการประกอบการสร้างแบบสอบถามการวิจัยเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้

1.1 การบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัด

ตารางที่ 1 สรุปลักษณะ/ตัวชี้วัดของการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของเขตสุขภาพ (ตัวแปรต้น) และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (ตัวแปรตาม) ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่ม

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	การทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสนทนากลุ่ม			
		กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4
1. การบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของเขตสุขภาพ					
1.1 การอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ					
- การทำงานร่วมกันภายในเขตสุขภาพ	/	/	/	/	/
- การกำหนดแผนการทำงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายระดับประเทศและความต้องการของเขตสุขภาพ	/	/	/	/	/
- กลไกการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	/	/	/	/	/
- การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	/	/	/	/	/
1.2 กำลังคนด้านสุขภาพ					
- การจัดโครงสร้างบุคลากร	/	/	/	/	/
- กลไกการบริหารจัดการกำลังคนระดับเขตสุขภาพ	/	/	/	/	/
- การพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	/	/	/	/	/
1.3 การเงินการคลัง					
- การบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ	/	/	/	/	/
- การกำหนดแนวทางการบริหาร/จัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการ ในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพ	/	/	/	/	/
1.4 ข้อมูลสารสนเทศ					
- การรวบรวมข้อมูลและการบริหารจัดการข้อมูลที่ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด	/	/	/	/	/
- การพัฒนาระบบและฐานข้อมูลให้มีความครอบคลุมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพ	/	/	/	/	/
- การใช้ข้อมูลแบบบูรณาการและเกิดประโยชน์ต่อการจัดบริการร่วมกัน	/	-	/	/	/
* - การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัล (Digital Information System)	-	/	/	/	/
1.5 เทคโนโลยีสุขภาพ					
- กลไกการจัดซื้อ/จัดจ้าง เพื่อทำให้เกิดการซื้อ/จ้างที่มีประสิทธิภาพและได้ประโยชน์สูงสุด (การจัดซื้อร่วมกัน/เอื้อต่อการลงทุนและการพัฒนาบริการ)	/	/	/	/	/
- การพัฒนากลไกการประเมินความเหมาะสมของการลงทุนและกำหนดแผนการลงทุนที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของพื้นที่	/	/	/	/	/
* - การพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีและสุขภาพดิจิทัล	-	/	/	/	/

ตารางที่ 1 สรุปองค์ประกอบ/ตัวชี้วัดของการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของเขตสุขภาพ (ตัวแปรต้น) และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (ตัวแปรตาม) ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่ม (ต่อ)

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	การทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสนทนากลุ่ม			
		กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4
2. ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12					
2.1 การจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคระบาดโรคอุบัติใหม่					
- กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์	/	/	/	/	/
- แผนบูรณาการและการจัดการโครงสร้างพื้นฐาน	/	/	/	/	/
- ระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล	/	-	/	/	/
2.2 การดูแลโรคเรื้อรัง					
- การบูรณาการการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์	/	/	/	/	/
- ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัล	/	/	/	/	/
2.3 การดูแลผู้สูงอายุ					
* - ระบบและกลไกการบริหารร่วมกับภาคีเครือข่าย และชุมชน	/	/	/	/	/
- ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล	/	/	/	/	/
- ระบบการเงินการคลังและหลักประกันสุขภาพ	/	/	/	/	/

หมายเหตุ: 1. (/) มีการดำเนินงาน (-) ไม่มีการดำเนินงาน

2. * ตัวชี้วัดที่ได้ใหม่และตัวชี้วัดที่มีรายละเอียดเพิ่มเติมจากทัศนะของหัวหน้ากลุ่มงานและผู้ปฏิบัติงานของกลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12

บริการที่มีคุณภาพของเขตสุขภาพ (ตัวแปรต้น) หมายถึง การที่ผู้บริหารหน่วยบริการของเขตสุขภาพ มีความ- คิดเห็นต่อการดำเนินงานของเขตสุขภาพในการบริหารจัดการและการสนับสนุนการจัดระบบบริการของหน่วย- บริการในเขตสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย

1) การอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ ได้แก่ การทำงานร่วมกันภายในเขตสุขภาพ การกำหนดแผนการทำงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายระดับประเทศ และความต้องการของเขตสุขภาพ มีกลไกการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2) กำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่ การจัดโครงสร้างบุคลากร กลไกการบริหารจัดการกำลังคนระดับเขต-สุขภาพ และการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ

3) การเงินการคลัง ได้แก่ การบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ และการกำหนด

แนวทางการบริหาร/จัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพ

4) ข้อมูลสารสนเทศ หมายถึง การดำเนินงานด้านข้อมูลสารสนเทศ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลและการบริหารจัดการข้อมูลที่ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด การพัฒนาระบบและฐานข้อมูลให้มีความครอบคลุมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพ การใช้ข้อมูลแบบบูรณาการและเกิดประโยชน์ต่อการจัดบริการร่วมกัน และการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัล (digital information system)

5) เทคโนโลยีสุขภาพ ได้แก่ กลไกการจัดซื้อ/จัดจ้างเพื่อทำให้เกิดการซื้อ/จ้างที่มีประสิทธิภาพและได้ประโยชน์สูงสุด (การจัดซื้อร่วมกัน/เอื้อต่อการลงทุนและการพัฒนาบริการ) การพัฒนากลไกการประเมินความ-เหมาะสมของการลงทุนและกำหนดแผนการลงทุนที่

เหมาะสมตรงกับความต้องการของพื้นที่ และการพัฒนา นวัตกรรมด้านเทคโนโลยีและสุขภาพดิจิทัล

1.2 ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพ ที่ 1 - 12 (ตัวแปรตาม) หมายถึง การที่หน่วยบริการ ของเขตสุขภาพมีการดำเนินงานให้บริการประชาชน ภายใต้งิจกรรมแผนการปฏิรูปด้านสาธารณสุขฉบับ ปรับปรุง (พ.ศ. 2564 - 2565) รายละเอียด ดังนี้

1) การจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคระบาด โรค- อุกุบัติใหม่ ได้แก่ กลไก การบริหารจัดการสถานการณ์ แผนบูรณาการและการจัดการโครงสร้างพื้นฐาน และ ระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล

2) การดูแลโรคเรื้อรัง ได้แก่ การบูรณาการการ- ดำเนินงาน ระบบหลักประกันสุขภาพและชุดสิทธิ- ประโยชน์ และระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัล

3) การดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบและกลไกการ บริหารร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชน ระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีดิจิทัล และระบบการเงินการคลังและ หลักประกันสุขภาพ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (เชิงปริมาณ) เนื่องจากการ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 เป็นข้อมูลที่ได้จาก การตอบแบบสอบถามออนไลน์ของผู้บริหาร หน่วย- บริการในเขตสุขภาพ จำนวน 256 คน มีผู้ตอบ แบบสอบถามกลับมา จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 94.1 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราการตอบกลับที่อยู่ในเกณฑ์ดี สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ได้ โดยอัตราการ ตอบกลับแบบสอบถามที่ยอมรับได้อยู่ที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ส่วนอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่ ร้อยละ 50 - 70 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี⁽⁹⁾ ผลการศึกษามี รายละเอียด ดังนี้

2.1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ผู้บริหารของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ส่วน ใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.3 มีอายุ 50 - 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 55.2 มีประสบการณ์

เป็นผู้บริหารโรงพยาบาล 1 - 11 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 74.9 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 61.4

2.2 ความคิดเห็นของผู้บริหารหน่วยบริการของ เขตสุขภาพที่ 1 - 12 เกี่ยวกับการบริหารจัดการ ที่ส่งผล ต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของเขตสุขภาพ มี คะแนนเฉลี่ย 159.5 คะแนน (คะแนนเต็ม 200 คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอภิบาลระบบและ ภาวะผู้นำ มีคะแนนเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 82.3 รองลงมา คือ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 82.0 ด้านการเงินการคลัง คิดเป็นร้อยละ 78.6 และด้าน ข้อมูลสารสนเทศ ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ที่เท่ากัน คือ 77.5 (ตารางที่ 2)

2.3 ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพ ที่ 1 - 12 พบว่า ก่อนการพัฒนาเขตสุขภาพ หน่วยบริการ ของเขตสุขภาพที่ 1 - 12 มีคะแนนเฉลี่ยของการดำเนิน- งานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพ 32.9 คะแนน (คะแนนเต็ม 52 คะแนน) และภายหลัง การพัฒนาเขตสุขภาพ พบว่า มีคะแนนการดำเนินงาน เฉลี่ย 45.3 คะแนน (คะแนนเต็ม 52 คะแนน) เมื่อ พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน และโรคระบาดโรคอุบัติใหม่ มีคะแนนอันดับ 1 คิดเป็น ร้อยละ 88.3 รองลงมา คือ ด้านการดูแลโรคเรื้อรัง และ ด้านการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 87.5 และ 85.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ พึงประสงค์ก่อนและหลังการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 พบว่า หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 มีการดำเนิน- งานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ก่อนและหลังการพัฒนาเขต- สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีคะแนนเฉลี่ย ภายหลังการพัฒนาเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้นจาก 32.9 เป็น 45.3 คะแนน (คะแนนเต็ม 52 คะแนน)

เพื่อให้ได้ภาพการกระจายของตัวแปรตามในแต่ละ คุณลักษณะของตัวแปรต้น ซึ่งจะทำให้ทราบว่า การบริหาร จัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ด้านใดบ้างที่ต้องได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้มีการดำเนิน-

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม จำแนกตามองค์ประกอบของความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการจัดบริการ ที่มีคุณภาพ (รายด้าน) และองค์ประกอบของการดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนา เขตสุขภาพที่ 1 - 12 (รายด้าน)

องค์ประกอบ	Mean	SD	Min	Max	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม
ความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพ					
- ด้านการอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ	45.2	6.3	28	55	82.2
- ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ	24.6	3.9	8	30	82.0
- ด้านการเงินการคลัง	23.6	3.9	14	30	78.6
- ด้านข้อมูลสารสนเทศ	34.9	5.5	16	45	77.5
- ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ	31.0	4.9	18	40	77.5
(คะแนนเฉลี่ยรวม 159.5 คะแนนรวมต่ำสุด 98.0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 200.0)					
การดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์					
ก่อนการพัฒนา					
- ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคระบาดโรคอุบัติใหม่	15.5	4.8	1	24	64.5
- ด้านการดูแลโรคเรื้อรัง	8.1	2.5	0	12	68.3
- ด้านการดูแลผู้สูงอายุ	9.2	3.7	0	16	57.5
(คะแนนเฉลี่ยรวม 32.9 คะแนนรวมต่ำสุด 1.0 คะแนนรวมสูงสุด 52.0)					
หลังการพัฒนา					
- ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคระบาดโรคอุบัติใหม่	21.2	3.8	7	24	88.3
- ด้านการดูแลโรคเรื้อรัง	10.5	1.9	5	12	87.5
- ด้านการดูแลผู้สูงอายุ	13.6	2.6	6	16	85.0
(คะแนนเฉลี่ยรวม 45.3 คะแนนรวมต่ำสุด 24.0 คะแนนรวมสูงสุด 52.0)					

งานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์มากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 พบว่า ปัจจัยด้านการอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ กำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลัง ข้อมูลสารสนเทศ และเทคโนโลยีสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 กับตัวแปรต่างๆ

ตัวแปร (ความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการ)	การดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์				ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	Contingency coefficient
	ต่ำ (22 - 31)	ปานกลาง (32 - 41)	สูง (42 - 52)	รวม			
ด้านการอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ							
ต่ำ (28 - 36 คะแนน)	35.0	47.1	17.6	100.0 (17)	45.222	<0.01	0.397
ปานกลาง (37 - 45 คะแนน)	25.0	56.8	18.2	100.0 (44)			
สูง (46 - 55 คะแนน)	4.4	36.1	59.4	100.0 (180)			

ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 กับตัวแปรต่างๆ (ต่อ)

ตัวแปร (ความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการ)	การดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์				ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	p-value	Contingency coefficient
	ต่ำ (22 - 31)	ปานกลาง (32 - 41)	สูง (42 - 52)	รวม			
ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ							
ต่ำ (8 - 15 คะแนน)	0.0	58.8	41.2	100.0 (17)	27.374	<0.01	0.319
ปานกลาง (16 - 23 คะแนน)	2.3	63.6	34.1	100.0 (44)			
สูง (24 - 30 คะแนน)	1.1	26.1	72.8	100.0 (180)			
การเงินการคลัง							
ต่ำ (14 - 19 คะแนน)	41.2	47.1	11.8	100.0 (17)	35.263	<0.01	0.357
ปานกลาง (20 - 25 คะแนน)	36.4	56.8	6.8	100.0 (44)			
สูง (26 - 30 คะแนน)	10.0	50.6	39.4	100.0 (180)			
ข้อมูลสารสนเทศ							
ต่ำ (16 - 25 คะแนน)	23.5	64.7	11.8	100.0 (17)	59.007	<0.01	0.443
ปานกลาง (26 - 35 คะแนน)	11.4	72.7	15.9	100.0 (44)			
สูง (36 - 45 คะแนน)	0.6	36.7	62.8	100.0 (180)			
เทคโนโลยีสุขภาพ							
ต่ำ (18 - 25 คะแนน)	52.9	41.2	5.9	100.0 (4)	56.042	<0.01	0.434
ปานกลาง (26 - 33 คะแนน)	22.7	75.0	2.3	100.0 (44)			
สูง (34 - 40 คะแนน)	7.2	48.3	44.4	100.0 (180)			

2.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ โดยการนำปัจจัยด้านการอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ด้านการเงินการคลัง ด้านข้อมูลสารสนเทศ และด้านเทคโนโลยีสุขภาพ เข้าสู่การวิเคราะห์พร้อมกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อมูลสารสนเทศ และเทคโนโลยีสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่

1 - 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยด้านข้อมูลสารสนเทศมีอิทธิพลเชิงบวกกับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ($b = 0.414$) ส่วนด้านเทคโนโลยีสุขภาพ มีอิทธิพลเชิงบวกกับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ($b = 0.508$) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรได้ถึงร้อยละ 54.4 ($R \text{ square} = 0.544$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12

ตัวแปร	B	Beta	p-value
ด้านข้อมูลสารสนเทศ	0.414	0.314	<0.01
ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ	0.508	0.340	<0.01
Constant (a)	20.466		

$R \text{ square} = 0.544$, $F = 19.727$

วิจารณ์

จากการศึกษาผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ภายหลังการพัฒนาเขตสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ภายหลังการพัฒนาเขตสุขภาพสูงกว่าผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ก่อนมีการพัฒนาเขตสุขภาพ แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการพัฒนาเขตสุขภาพ (ปี พ.ศ. 2566 ถึง ปัจจุบัน) ผู้บริหาร บุคลากร และผู้เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการของเขตสุขภาพที่ 1 - 12 มีการดำเนินงานได้ดีกว่าก่อนที่จะมีการพัฒนาเขตสุขภาพ (ก่อนปี พ.ศ. 2566) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษารพีสู่ภาพหวังเจริญรุ่ง และคณะ⁽²⁾ พบว่า ในภาพรวมการดำเนินงานตามกลไกการบริหารจัดการและบริการแบบบูรณาการในพื้นที่เขตสุขภาพนำร่อง เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12 ภายหลังการดำเนินงานตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. 2564 - 2565 ให้ผลที่สำคัญ คือ เขตสุขภาพมีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการรองรับการบริหารจัดการเขตสุขภาพรูปแบบใหม่ที่มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการเขตสุขภาพ โดยภาคีเครือข่ายและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารและจัดระบบบริการด้านสุขภาพภายในพื้นที่เขตสุขภาพ เกิดกลไกการขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพโดยมีคณะกรรมการ 3 ระดับ และเกิดบริการรูปแบบใหม่ (new service model) ที่ประชาชน 4 เขตสุขภาพนำร่อง ได้รับประโยชน์ครอบคลุมประชากรมากกว่า 28.5 ล้านคน สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงการบริหารจัดการที่สามารถสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการได้มากขึ้น จากระดับคะแนนในช่วงระหว่างการดำเนินงานที่มีค่าคะแนนเท่ากับ 4.13 เพิ่มขึ้นเป็น 4.20 เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการประเมินผลรวมทั้งผลการวิจัยในครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของเกษมศานต์ ชัยศิลป์ และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรี⁽⁴⁾ พบว่า ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ภายหลังการปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง (เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12) สูงกว่าก่อนมีการปฏิรูป ประกอบกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เกี่ยวกับความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง และ New Service Model ของแต่ละเขตสุขภาพ พบว่า ในภาพรวมผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการในภาพรวมภายหลังที่มีการปฏิรูปเขตสุขภาพ โดยส่วนใหญ่เห็นว่า ในปัจจุบันมีการพัฒนาการให้บริการไปได้ด้วยดี โดยเฉพาะโครงสร้างอาคาร พื้นที่ในการให้บริการที่กว้างขวางไม่แออัด สถานที่นั่งรอตรวจสะดวกสบาย มีเก้าอี้ที่นั่งรอที่เพียงพอ และใช้เวลาในการรับบริการตั้งแต่ในขั้นตอนแรกถึงขั้นตอนสุดท้าย อยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง 20 นาที แต่ไม่เกิน 3 ชั่วโมง⁽⁴⁾

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ที่พบว่ามีปัจจัยด้านการอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ ด้านกำลังคน ด้านสุขภาพ ด้านการเงินการคลัง ด้านข้อมูลสารสนเทศ และด้านเทคโนโลยีสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามแนวทางและกลไกการบริหารจัดการที่สำคัญของการปฏิรูปเขตสุขภาพ ตามข้อเสนอ sandbox การบริหารจัดการที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ โดยคาดหวังว่า การบริหารจัดการทั้ง 5 ด้าน จะส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงานการปฏิรูปเขตสุขภาพ⁽¹⁾ ส่วนผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลสารสนเทศ และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 โดยมีอิทธิพลเชิงบวกกับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพของเขตสุขภาพ มีความคิดเห็นที่ดีเกี่ยวกับการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดบริการที่มีคุณภาพด้านข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จะมีผลทำให้มีการดำเนินงานตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพ

เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของรพีสุภา หวังเจริญรุ่ง และคณะ⁽²⁾ ที่พบว่า โดยภาพรวม เขตสุขภาพนาร่องทั้ง 4 เขตสุขภาพ มีการดำเนินการด้านข้อมูลสารสนเทศ ที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรมชัดเจน เนื่องจากการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล พัฒนาระบบข้อมูลในเขตสุขภาพ รวมถึงดำเนินการหรือจัดทำแผนการดำเนินการเรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล (digital transformation) ในสถานพยาบาลแล้วในทุกเขตสุขภาพนาร่อง และมีการสร้างระบบหรือฐานข้อมูลและสารสนเทศที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการทำงานและการจัดบริการที่ดี และสอดคล้องกับสถานการณ์อนาคตในระยะประมาณ 5 - 10 ปี ตามฉากทัศน์ภาพอนาคตที่พึงปรารถนาของระบบสาธารณสุขไทย (preferred future scenario) คือ คนไทยต้องมีสุขภาพดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนคนไทยส่วนใหญ่มีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเป็นอยู่ที่ดี (good health and well-being) โดยมีหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับเป็นศูนย์กลางของการให้คำแนะนำในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพที่ถูกต้อง ทั้งนี้ การจะทำให้ไปถึงเป้าหมายตามฉากทัศน์ที่พึงปรารถนาได้ โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ ต้องเปลี่ยนผ่านสู่โรงพยาบาลดิจิทัล (digital hospital) ซึ่งจะช่วยให้ระบบบริการประชาชนและการบริหารจัดการภายในองค์กร มีประสิทธิภาพและคล่องตัวมากขึ้น⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากพัฒนาเขตสุขภาพหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 มีผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคอุบัติใหม่ การดูแลโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำแนวทางการดำเนินงาน ทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ให้เป็นมาตรฐานการดำเนินงานระยะยาวและขยายผลไปยังบริการด้านอื่น ๆ อย่างยั่งยืน

2. การอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ กำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลัง ข้อมูลสารสนเทศ และเทคโนโลยีสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ควรส่งเสริมการดำเนินงานทั้ง 5 ด้านอย่างบูรณาการ โดยควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีสุขภาพเป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาเขตสุขภาพ

3. การวิจัยในอนาคต ควรมุ่งศึกษาความยั่งยืนของการบริหารจัดการและการจัดระบบบริการแบบบูรณาการภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 เพื่อสะท้อนประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัล รวมถึงคุณภาพการให้บริการสุขภาพในภาพรวมและรายเขตสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับงบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์สุภโชค เวชภักดิ์ เกสซ์ (หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) นายแพทย์ดิเรก สุตแดน (ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข) และผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 รวมทั้งผู้บริหารของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. บทสรุปและสาระสำคัญของการปฏิรูปเขตสุขภาพ ระยะที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2564. หน้า 4-75.

2. รพีสุภา หวังเจริญรุ่ง, อนันตโชค โอแสงธรรมนนท์, ดาวุด ยูนุซ, ต້องการ จิตเลิศขจร, สุทธิ สืบศิริ วิริยะกุล, ปณัสยา เทพโพธา, และคณะ. โครงการจัดทำกลไกการบริหารจัดการ และบริการแบบบูรณาการในพื้นที่ เขตสุขภาพนำร่อง. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง; 2566.
3. สิริพร สมชื่อ. รูปแบบการบริหารจัดการเขตสุขภาพ เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนวทางการจัดตั้งสำนักงาน เขตสุขภาพ กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 4 เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 12. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565. หน้า 15-88.
4. เกษมศานต์ ชัยศิลป์, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของเขตสุขภาพนำร่องการปฏิรูป เขตสุขภาพ (เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2567; หน้า 59 - 97.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ พ.ศ. 2566 ประกาศ ณ วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566. หน้า 1 - 6.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. ผลการสำรวจอัตราตำแหน่งและบุคลากรของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
7. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ชีวสถิติ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2550.
8. ดุษฎี อายุวัฒน์. เอกสารประกอบการเรียนวิชาคอมพิวเตอร์ประยุกต์สำหรับสังคมวิทยาการพัฒนา. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558. หน้า 1-40.
9. นิศาชล รัตนมณี, ประสพชัย พสุนนท์. อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามในงานวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี 2563;13 (3):188-11.
10. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2566; หน้า 1 - 57.

Desired Outcomes Under the Development of Regional Health Areas 1 - 12

Kasamsan Chaisil, B.P.H. (Public Health), M.A. (Sociology of development); Wilailuk Ruangrat-tanatrai, B.N.S., M.S. (Community Medicine), Ph.D. (Health Research and Management)

Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(3):498-511.

Corresponding author: Kasamsan Chaisil, Email: chaisil@hotmail.com

Abstract: This mixed-methods survey research aimed to examine the desired outcomes of the development of Regional Health Areas 1 - 12, focusing on emergency and emerging disease management, chronic disease care, and elderly care; to compare desired outcomes before and after the implementation of Regional Health Areas; and to identify management factors influencing these desired outcomes. The study was conducted between June 2024 and March 2025 and consisted of two phases. The first phase employed qualitative research to identify variables for the quantitative phase. Data were collected through focus group discussions with heads of divisions and strategic and information personnel from Regional Health Areas 1 - 12, with four participants from each area, totaling 48 persons. Qualitative data were analyzed using content analysis. The second phase involved quantitative research to assess outcomes in accordance with the study objectives. The sample consisted of 256 executives from healthcare service units across Regional Health Areas 1 - 12, selected through multistage sampling. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including paired sample t-tests, chi-square tests, and multiple regression analysis, with a statistical significance level set at 0.05. Qualitative findings indicated that management factors influencing quality service delivery (independent variables) and the desired outcomes of Regional Health Area development (dependent variables) comprised components and indicators consistent with the literature review. Quantitative results revealed that post-development desired outcomes were at a high level (74.7%), and post-development outcomes were significantly higher than pre-development outcomes at the 0.01 level, with improvements observed across all dimensions. Furthermore, management factors related to health information systems and health technology demonstrated a significant positive influence on desired outcomes at the 0.01 level, explaining 54.4% of the variance. Therefore, it is necessary to develop operational guidelines based on the desired outcomes of the three areas of Regional Health Area development, in order to achieve sustainable healthcare services for the public and to focus on strengthening management, with priority given to the development of information systems and health technology.

Keywords: health outcome; regional health; health system