



รายงาน ฉบับสมบูรณ์

การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัด
ผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติใน
12 เขตสุขภาพ

ผศ.ดร.จารุวรรณ ธาดาทะ
ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์
ผศ.ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร
อาจารย์รณภูมิ สามัคคีคารมย์
นส.ณัฏฐา เศรษฐบุตร
นส.รัชนิวรรณ แยมเกตุ
นายเจียรธรรม อภิจักรยาธรรม

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



รายงานฉบับสมบูรณ์

การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัด
ผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ

ทีมผู้วิจัย	สังกัด	ตำแหน่ง
ผศ.ดร.จารุวรรณ ธาดาดเดช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	หัวหน้าโครงการ
ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ผู้ร่วมวิจัย
ผศ.ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์รณภูมิ สามัคคีคารมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ผู้ร่วมวิจัย
นส.ณัฐฐา เศรษฐบุตร	นักวิจัยอิสระ	ผู้ช่วยนักวิจัย
นส.รัชนีวรรณ แยมเกตุ	อิสระ	ผู้ประสานงาน
นายเจียรธรรม อภิจรยาธรรม	นักศึกษาหลักสูตร วทม. (สส.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ผู้ประสานงาน

Full Report

The Study of Process Deployment Key Performance Indicators in 12 Health Areas

Researcher Team	Affiliation	Position
Assist. Prof. Dr. Charuwan Tadadej	Faculty of Public Health Mahidol University	Project Director
Assist. Prof. Dr. Sirima Mongkolsamlit	Faculty of Public Health Thammasat University	Co-researcher
Assist. Prof. Dr. Natkamol Chansatiporn	Faculty of Public Health Mahidol University	Co-researcher
Lect. Ronnapoom Samakeekarom	Faculty of Public Health Thammasat University	Co-researcher
Ms. Nutta Sreshthaputra	Freelance Researcher	Assistant Researcher
Ms. Ratchaneewan Yamket	Freelance	Co-ordinator
Mr. Tientham Apichanyatham	MS. (Public Health) Student Faculty of Public Health Mahidol University	Co-ordinator

ที่ปรึกษาโครงการ

ที่ปรึกษาโครงการ	สังกัด	ตำแหน่ง
รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ที่ปรึกษาคณะผู้วิจัย

Project Advisor

Project Advisor	Affiliation	Position
Assoc. Prof. Dr. Jiruth Sriratanaban	Faculty of Medicine Chulalongkorn University	Advisor

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง “การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ” ได้รับทุนอุดหนุนจากศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (TRC-HS) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อศึกษาว่าเขตสุขภาพมีกระบวนการนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักยุทธศาสตร์ที่ 2 ถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติอย่างไร นำแนวทางอะไรมาดำเนินการช่วงระยะของการเปลี่ยนผ่านจากแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 กับการปฏิบัติงานของหน่วยสุขภาพภายในเขตสุขภาพ โดยศึกษาการถ่ายทอดจากเขตสุขภาพไประดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักให้เขตสุขภาพสามารถบรรลุผลตามเป้าหมาย และวิสัยทัศน์

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานภายในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิทุติยภูมิ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่สละเวลาให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถาม ตลอดจนให้เอกสารเพื่อนำมาศึกษา

ขอขอบคุณ รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสำหรับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณ นพ.ณรงค์ ธานีเดช และดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง ตลอดจน ผู้ประสานงานใน 12 จังหวัดที่ช่วยเหลือประสานงานการเก็บข้อมูลในระดับพื้นที่จนทำให้งานวิจัยได้บรรลุผลตามแผนงาน ขอขอบคุณ ผศ.พีระ ศรีกรรณิจิตร หัวหน้าภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุน และคำแนะนำ ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านมา ณ ที่นี้

ทีมผู้วิจัย
ตุลาคม 2558

บทสรุปผู้บริหาร

แม้ว่าการวัดผลการดำเนินงานคือหัวใจของแนวคิดการพัฒนาเพื่อการจัดระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ และมาตรฐาน แต่หากขาดความรู้ใน“กระบวนการถ่ายทอด”ซึ่งเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญระหว่างแผนยุทธศาสตร์กับการปฏิบัติงานประจำวันให้สอดคล้องตามเป้าหมายของหน่วยงานแล้ว ผลที่เกิดขึ้นตามมา คือ แผนยุทธศาสตร์ที่ทำมาอย่างดีต้องพบความล้มเหลว เมื่อนำไปปฏิบัติ เพราะไม่สามารถบรรลุผลได้ตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และวิสัยทัศน์หน่วยงาน

ปัจจุบัน 12 เขตสุขภาพได้นำตัวชี้วัดมาเป็นเครื่องมือประเมินผลและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ผลการทบทวนการรายงานผลตัวชี้วัด (26 ตัวหลัก) ตามยุทธศาสตร์ที่ 2 ของ 12 เขตสุขภาพในปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ผู้วิจัยพบว่า มีเพียง 3 เขตสุขภาพที่รายงานตัวชี้วัดได้ถูกต้องตรงตามค่านิยาม มากกว่าร้อยละ 85 ส่วนการประเมินผลหลักฐานวิจัยนี้ยังไม่สามารถประเมินได้เนื่องจากมีข้อจำกัดของข้อมูล และการรายงานผลตัวชี้วัดของเขตสุขภาพที่ยังทำได้ไม่สมบูรณ์

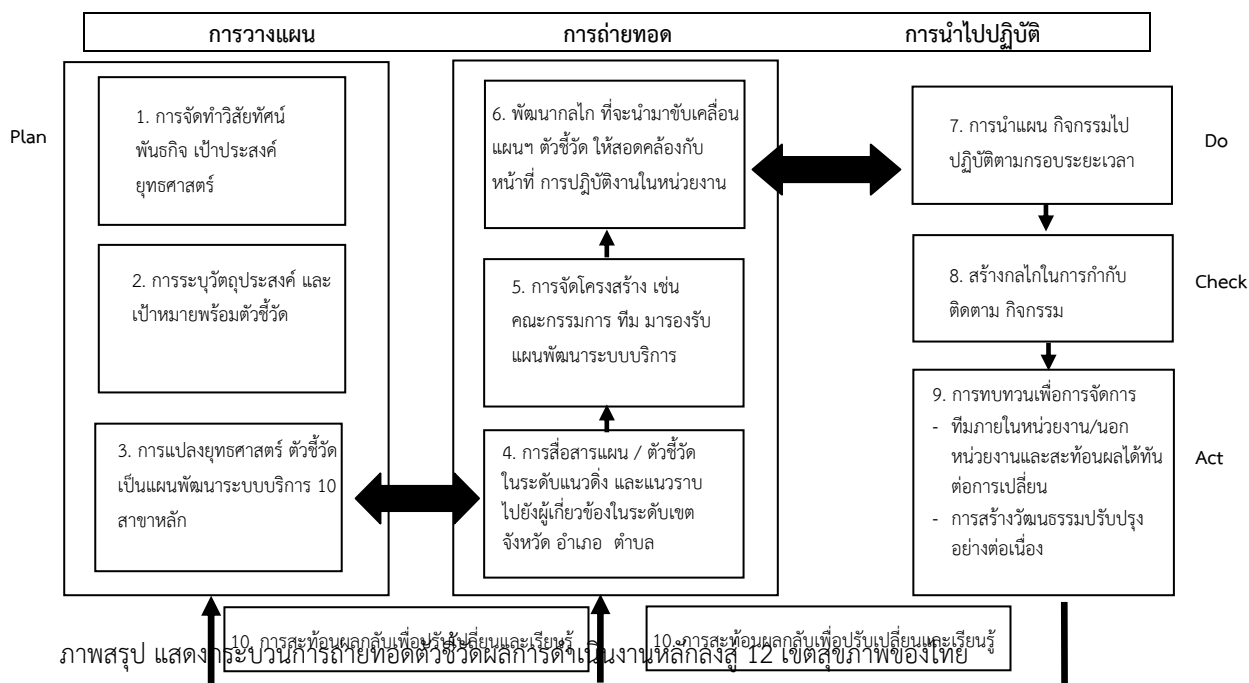
วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) ศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ และ 2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดใน 12 เขตสุขภาพ การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (Mixed Method) ด้วยวิธี Sequential Exploratory Design เริ่มด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่อยู่ในควอไทล์ที่ 4 และ 1 จำนวนทั้งหมด 44 คน จากนั้นวิเคราะห์เนื้อหาหลักด้วยตาราง และสรุปผลโดยนักวิจัยทั้ง 4 คน แล้วนำผลสรุปมาสร้างแบบสอบถามเพื่อนำไปศึกษาเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจำนวน 942 คน ใน 12 เขตสุขภาพ ผลการตอบกลับจำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 57.3 ขอบเขตการวิจัยศึกษาเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 2 (การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้) ซึ่งมีตัวชี้วัด 26 ตัวหลักในปีงบประมาณ พ.ศ.2557

สรุปผล

เขตสุขภาพนำ PDCA (Plan-Do-Check-Act) มาเป็นกรอบแนวคิดในการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก รูปแบบการดำเนินงานเป็นแบบทางการ (ระบบราชการผ่านตามสายการบังคับบัญชาตามแนวดิ่งเป็นหลัก) กระบวนการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลการดำเนินการหลักใน 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก และ 10 กระบวนการ ดังต่อไปนี้ (ดูภาพประกอบ)

ขั้นตอนที่หนึ่ง การวางแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ 1) การจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ 2) การระบุวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย ตัวชี้วัด 3) การแปลงยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด เป็นแผนพัฒนาระบบบริการ 10 สาขาหลัก ในขั้นตอนนี้ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์จะเป็นหน่วยงานหลักในการวางแผนยุทธศาสตร์ และมีคณะทำงานจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสาขาหลัก 10 สาขา หน่วยงานในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ จัดทำยุทธศาสตร์ตามแผนที่กระทรวงกำหนด จากนั้น จะเข้าสู่ขั้นตอนที่สอง การถ่ายทอดยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการถ่ายทอดระดับประเทศ ไปยังผู้บริหารเขตสุขภาพ และจังหวัดเป็นหลัก ในขั้นตอนนี้ หน่วยงานในระดับเขต และจังหวัด จะนำยุทธศาสตร์มาถ่ายทอดให้กับ

ผู้ใต้บังคับบัญชา โดยมีกระบวนการ 3 กระบวนการ คือ 4) การสื่อสารแผนฯ และตัวชี้วัดไปถึงผู้รับผิดชอบหลักผ่านระบบงานราชการตามสายการบังคับบัญชาจากบนลงล่าง จากระดับเขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ 5) การจัดโครงสร้างเช่น ตั้งคณะกรรมการ ทีมภายในหน่วยงาน ทีมคร่อมสายงานมารองรับแผนงานและตัวชี้วัดที่รับมา 6) พัฒนากลไกเพื่อขับเคลื่อนแผนฯ ตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับหน้าที่ ของหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงาน โดยเขตสุขภาพจะนำแผนยุทธศาสตร์ที่ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ไปถ่ายทอดเพื่อให้หน่วยงานปฏิบัติตาม ในขั้นตอนนี้ ผู้ถ่ายทอดคือเขตสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หลังจากนั้น จะเข้าสู่ขั้นตอนที่สาม คือ ขั้นตอนการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติในหน่วยงาน โดยมีกระบวนการทั้งหมด 4 กระบวนการ ดังนี้ 7) ทุกหน่วยงานนำแผนฯ กิจกรรมไปปฏิบัติตามกรอบเวลาโดยผ่านกลไกของทีม คณะกรรมการ แต่งตั้งให้ทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย 8) การสร้างกลไกกำกับ ติดตาม และประเมิน โดยเขตสุขภาพมีคณะกรรมการกำกับ ติดตาม และประเมินผล เพื่อติดตามความก้าวหน้าของหน่วยงานทุกระดับร่วมด้วยการนิเทศการตรวจเยี่ยม การตรวจราชการ ในหน่วยงานบางแห่งจะมีคณะกรรมการภายนอก เช่น สถาบันพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล เข้ามาตรวจประเมินคุณภาพของหน่วยบริการร่วมด้วย 9) การทบทวนเพื่อการจัดการ โดยกลไกของคณะกรรมการทบทวนเพื่อสร้างเป็นวัฒนธรรมให้นำผลการทบทวนมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และ 10) สะท้อนผลกลับไปถึงผู้รับผิดชอบในขั้นตอนการวางแผน และขั้นตอนการถ่ายทอดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนเรียนรู้



การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ความชัดเจนของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 2) ภาวะผู้นำของหน่วยงาน 3) ทรัพยากรในหน่วยงาน 4) บรรยากาศการทำงานในหน่วยงาน และ 5) ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

จากการวิเคราะห์กระบวนการทั้งหมด พบจุดอ่อนของกระบวนการถ่ายทอด ดังนี้

1. ความเชื่อมต่อของกระบวนการที่เป็นควมสำคัญที่ผู้บริหารทุกระดับจะต้องตระหนัก คือ
 - 1.1 การเชื่อมต่อกระบวนการที่สามคือการสร้างกลไกแปลงยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และแผนปฏิบัติการแล้วเชื่อมต่อไปยังกระบวนการที่สี่คือการสื่อสาร และทิศทางการสื่อสาร ยุทธศาสตร์ แผนฯ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักไปยังผู้รับผิดชอบหลัก ที่ต้องคำนึงถึงความสอดคล้อง ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 2 ที่จะนำไปสู่หน่วยปฏิบัติทั้งแนวดิ่งและแนวนราบ และระยะเวลาที่หน่วยงานต้องนำไปดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมาย การสื่อสารไปยังผู้เกี่ยวข้องทุกระดับต้องชัดเจน โดยเน้นการสื่อสารสองทิศทางให้ผู้มีส่วนได้เสียสามารถสะท้อนกลับคำถาม และได้คำตอบ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทำงาน สนับสนุนทิศทางยุทธศาสตร์ได้อย่างสอดคล้องกัน

- 1.2 ความเชื่อมต่อของกระบวนการที่หก คือการพัฒนากลไกที่จะนำมาขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด ให้สอดคล้องกับหน้าที่ของหน่วยงานเพื่อนำไปสู่กระบวนการที่เจ็ด คือการนำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนาระบบบริการลงสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพได้ตามระยะเวลาการดำเนินงานจริงของหน่วยปฏิบัติ ที่การศึกษายังไม่เห็นความชัดเจนของความสอดคล้องของประเด็นยุทธศาสตร์หลักได้ส่งมอบไปยังหน่วยงาน การสนับสนุนทรัพยากร เครื่องมือ และเวลาให้ถึงผู้ปฏิบัติ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม แม้ว่าเขตสุขภาพได้จัดวางกลไกเพื่อขับเคลื่อนงานในรูปแบบของคณะกรรมการ ทีมทำงาน ทีมคร่อมสายงาน ทีมในหน่วยงาน และทีมประสานงาน แต่โครงสร้างเหล่านี้ต้องการผู้นำและผู้ปฏิบัติงานที่มีศักยภาพ และเข้าใจการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ ทีมที่อยู่ในเขตสุขภาพ โดยเฉพาะระดับหัวหน้าทีม มีภาระงานอื่นๆ ร่วมด้วย จึงส่งผลต่อการขับเคลื่อนงานยุทธศาสตร์ ลงสู่งานประจำ
2. การทบทวนผลการดำเนินงาน และการจัดการในกระบวนการที่เก้า แม้ว่า เขตสุขภาพมีคณะกรรมการทบทวนผลการดำเนินงาน แต่จากการวิจัยยังไม่พบว่าเมื่อผลการดำเนินงานเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมาย คณะกรรมการได้ทบทวนหาสาเหตุ และนำไปสู่การเรียนรู้ถึงจุดบกพร่องต่างๆ และสะท้อนผลไปยังหน่วยงานให้นำไปพัฒนาและการจัดการปรับเปลี่ยนกิจกรรมในบางกระบวนการ เพื่อให้เป็นวงจรที่ครบถ้วนของ PDCA cycle และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ด้านการจัดการ

1. ผู้บริหารเขตสุขภาพควรตระหนักว่าการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้เสียหลายระดับมาก (กระทรวงสาธารณสุข ระดับเขตสุขภาพมีบริการหลายระดับที่อยู่ภายในจังหวัด อำเภอ และตำบล) การเชื่อมต่อกระบวนการต้องวางมาตรฐานงาน เพื่อให้ทุกกระบวนการมีมาตรฐานการถ่ายทอดโดยนำรูปแบบที่ผู้วิจัยนำเสนอในภาพสรุป มาพิจารณาและจัดทำเป็นแนวปฏิบัติให้กับหน่วยงานทุกระดับ เพื่อให้การถ่ายทอดมีมาตรฐานเชิงกระบวนการและสามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างเป็นระบบ
2. ผู้บริหารหน่วยงานทุกระดับควรเรียนรู้จุดควบคุมสำคัญที่เป็นจุดอ่อนที่ผู้วิจัยได้ระบุคือ
 - 2.1 การแปลงยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการ ก่อนการส่งมอบให้กับหน่วยงาน ทีม และคณะกรรมการต่างๆ ผู้ถ่ายทอดยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดต้องคำนึงถึงความสอดคล้องของหน้าที่หน่วยงานและยุทธศาสตร์ ตลอดจนระยะเวลาการถ่ายทอดกับการดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย
 - 2.2 ทิศทางการสื่อสารแผนงานฯ และตัวชี้วัดไปยังผู้ปฏิบัติงานในระดับทีม ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน โดยการสื่อสารควรผสมผสานรูปแบบบนลงล่าง และล่างขึ้นบน และประสานคร่อมสายงานเพื่อการสื่อสารไปถึงผู้รับผิดชอบได้สอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์

3. การพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารระดับกลางและระดับต้นให้ได้รับการอบรมความรู้และความสามารถในการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และเครื่องมือการจัดการสมัยใหม่ เช่น Balanced Scorecard (BSC) Closed Loop Management System (CLMS) Change management และ Leadership for Change

ด้านนโยบาย

1. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ กรมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวชี้วัดทุกหน่วยงาน ควรคำนึงถึงประเด็นดังต่อไปนี้ก่อนนำตัวชี้วัดไปถ่ายทอดให้กับหน่วยงานในเขตสุขภาพ
 - 1.1 การบูรณาการตัวชี้วัดที่อยู่ในความรับผิดชอบของทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดทำแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์และชัดเจน ให้หน่วยงานแต่ละระดับเพื่อนำไปดำเนินงาน
 - 1.2 กรอบเวลาในการถ่ายทอดตัวชี้วัดควรถ่ายทอดให้รวดเร็วก่อนปีงบประมาณ เพื่อลดผลกระทบต่อหน่วยงานระดับอำเภอและตำบลที่ต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูล
 - 1.3 ควรนำระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพมาเป็นเครื่องมือช่วยให้กับหน่วยงานสามารถการจัดเก็บรวบรวม แปลผลตัวชี้วัด และวิเคราะห์ เพื่อลดภาระงานของหน่วยงานระดับปทุมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชนที่มีความขาดแคลนทรัพยากรบุคคล
2. ผู้บริหารเขตสุขภาพควรพิจารณาการรายงานค่าสถิติของทุกหน่วยบริการว่าสอดคล้องกับความเป็นจริง การวางค่าเป้าหมายตัวชี้วัดควรยึดหลักความยืดหยุ่น ข้อจำกัดด้านบริบท และศักยภาพภายในหน่วยงาน จะเป็นการสร้างวัฒนธรรมการวัดผลที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริง และนำการวัดผลมาปรับปรุงเพื่อให้งานได้มาตรฐาน

สารบัญ

หน้า

ทิมวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทสรุปผู้บริหาร

ก

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

1

1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

2

1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2

1.4 กรอบแนวคิดการศึกษา

3

1.5 คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

4

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

13

1.7 ขอบเขตของการวิจัย

13

1.8 ข้อจำกัด

14

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

2.1 การสืบค้นและทบทวนวรรณกรรม แนวคิด วิธีการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติในองค์กร

15

2.2 วิธีการศึกษา

15

2.3 วิธีการสืบค้นข้อมูล

16

2.4 เกณฑ์การเลือกเอกสาร

16

2.5 การประเมินคุณภาพเอกสาร

16

2.6 ผลการศึกษา

17

2.7 การสังเคราะห์ข้อมูล

17

2.8 การวิพากษ์จากผู้เชี่ยวชาญ

31

2.9 สรุป

32

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือแนวคิดประสิทธิผลการนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ

33

ระยะที่ 2 การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ

34

	หน้า
ระยะที่ 3 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานใน 12 เขตสุขภาพ	38
บทที่ 4 บริบทของเขตสุขภาพ	
4.1 ด้านการเมือง	43
4.2 ด้านสังคม	43
บทที่ 5 ผลการศึกษา	
5.1 กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติในสองเขตสุขภาพ	48
5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน 12 เขตสุขภาพ	60
บทที่ 6 อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ	
6.1 อภิปรายผล	83
6.2 สรุปผล	86
6.3 ข้อเสนอแนะ	88
เอกสารอ้างอิง	92
ภาคผนวก	98

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสกัดข้อมูล และสรุปกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	19
3.1 ร้อยละความสมบูรณ์ของการรายงานตัวชีวิต 26 ตัวจาก 12 เขตสุขภาพในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557	36
3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลัก ระดับกระทรวง เขต จังหวัด อำเภอ และตำบล	37
4.1 บริบทของเขตสุขภาพในด้านประชากร ทรัพยากรบุคคล และหน่วยบริการ	45
4.2 บริบทของจังหวัด ในด้านประชากร ทรัพยากรบุคคล และหน่วยบริการ	46
4.3 รายชื่อหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบตัวชีวิตตามมิติตัวชีวิต	47
5.1 กระบวนการที่เขตสุขภาพถ่ายทอดตัวชีวิตผลการดำเนินงานหลักลงสู่พื้นที่ในระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ	50
5.2 การวิเคราะห์จุดเด่นและช่องว่างกระบวนการถ่ายทอดตัวชีวิตผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติในสองเขตสุขภาพ	58
5.3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับผู้บริหาร และระดับผู้ปฏิบัติงาน	61
5.4 จำนวน ร้อยละตามความเกี่ยวข้องของระดับผู้บริหารต่อกระบวนการถ่ายทอด นโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวที่ชีวิตผลการดำเนินงานหลักของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2557	62
5.5 จำนวน ร้อยละตามความเกี่ยวข้องของระดับผู้ปฏิบัติต่อกระบวนการถ่ายทอด นโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวที่ชีวิตผลการดำเนินงานหลักของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2557	62
5.6 จำนวน ร้อยละการประเมินกิจกรรมในกระบวนการถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชีวิตผลการดำเนินงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2557 จากมุมมองผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน	65
5.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชีวิตผลการดำเนินงานหลักมุมมองจากผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน	71
5.8 จำนวน ร้อยละของระดับความคิดเห็นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชีวิตผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อจากมุมมองผู้บริหาร	72
5.9 จำนวน ร้อยละของระดับความคิดเห็นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชีวิตผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อจากมุมมองผู้ปฏิบัติงาน	77

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา	3
3.1 แผนผังการสุมตัวอย่างในแต่ละเขตสุขภาพ	40
6.1 กระบวน4การถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่ 12 เขตสุขภาพ	87

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงสำคัญจากนโยบายการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2556 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เพิ่มบทบาทเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพระดับชาติ (National Health Authority) เพื่อนำอำนาจหน้าที่ กลไกภาครัฐมาวางทิศทางนโยบายสุขภาพระดับประเทศ โดยจัดบริการหน่วยงานสุขภาพในสังกัดและหน่วยงานอื่นๆให้ทำงานสอดคล้องในทิศทางเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างและวิธีการทำงานของหน่วยงานในสังกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน โดยแบ่งพื้นที่การให้บริการเป็นเขตสุขภาพ 12 เขต แต่ละเขตสุขภาพให้การดูแลสุขภาพประชาชนครอบคลุม 4-8 จังหวัด โดยมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารระดับสูงของเขตสุขภาพ มีคณะกรรมการบริหารเขตขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพด้วยหลักการบริหารและการจัดบริการร่วม ทั้งกำลังคน แผนงาน และงบประมาณ¹

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด 3 ยุทธศาสตร์หลักและตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ดังนี้ 1) พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย จำนวน 10 ตัวชี้วัด 2) พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ จำนวน 26 ตัวชี้วัด และ 3) พัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อการสนับสนุนให้หน่วยงานสุขภาพสามารถจัดการได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในทุกเขตสุขภาพจำนวน 8 ตัวชี้วัด รวมทั้งสิ้น 44 ตัวชี้วัด เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ในทศวรรษต่อไปคือ **“คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม อย่างยั่งยืน”** กระทรวงสาธารณสุขได้นำยุทธศาสตร์นี้ลงมาสู่การปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556¹

มีหลายผลงานวิจัย²⁻⁵ ชี้ว่าแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติงานเป็นเครื่องมือที่หน่วยงานได้นำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ได้ กระบวนการนำยุทธศาสตร์ไปประยุกต์ได้ส่งผลลัพธ์ด้านบวกแก่หน่วยงาน เช่น การเจริญเติบโตในระยะยาว มีผลกำไร และสามารถแข่งขันได้ แต่อย่างไรก็ตามความสำเร็จการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภาครัฐแตกต่างกัน เนื่องจากกระบวนการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ให้มีประสิทธิผลนั้นทำได้ไม่่ง่ายนักจากข้อจำกัด และอุปสรรคเชิงระบบการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ วัฒนธรรมของหน่วยงาน ทรัพยากรไม่เพียงพอ ขาดมุมมองเชิงระบบ กระบวนการไม่ชัดเจน และภาวะการนำ จึงอาจส่งผลกระทบต่อความล้มเหลวของแผนยุทธศาสตร์แม้ว่าจะจัดทำมาอย่างดี^{4,6-7}

จากการศึกษารายงานการตรวจราชการปี พ.ศ.2557 พบว่าผลลัพธ์ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน ตัวหลักทั้ง 26 ตัวชี้วัดใน 12 เขตสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ผลลัพธ์ระยะสั้นบางเขตสุขภาพบรรลุเป้าหมาย แต่บางเขตสุขภาพต่ำกว่าเป้าหมาย ในปีงบประมาณ พ.ศ.2557 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานให้แก่หน่วยบริการสุขภาพในสังกัด ซึ่งกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของแต่ละเขตสุขภาพจะบรรลุผลตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขคาดหวังไว้หรือไม่จำเป็นต้องมีกระบวนการติดตามกำกับ รายงานผล และการทำวิจัยเพื่อติดตามการทำงาน และนำข้อค้นพบมาเรียนรู้ร่วมกันในเขตสุขภาพ

จากการพิจารณาตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่กระทรวงสาธารณสุขได้วางกรอบให้ทุกเขตสุขภาพนำลงสู่การปฏิบัติตามเป้าหมาย และระยะเวลาที่กำหนดไว้ในปีงบประมาณ พ.ศ.2557 มีประเด็นที่น่าสนใจให้ค้นหาคำตอบ คือ เขตสุขภาพทั้ง 12 เขตได้นำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานทั้ง 26 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ที่ 2 ถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติอย่างไร จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัด ดังนั้นการวิจัยนี้มุ่งศึกษาเฉพาะประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 (การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักยุทธศาสตร์ที่ 2 ของเขตสุขภาพว่าใช้แนวทาง กลไก และเทคนิคใดในการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติ ตัวชี้วัดในกลุ่มนี้ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับของเขตสุขภาพรับรู้อย่างไร และมีปัจจัยใดส่งผลต่อประสิทธิผลของกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดได้ ซึ่งจะทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน ลงสู่การปฏิบัติในแต่ละระดับของเขตสุขภาพว่าทำได้อย่างไรจึงส่งผลลัพธ์ของตัวชี้วัดระยะสั้นทั้ง 5 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงบริการ 2) คุณภาพบริการ 3) คุณภาพการบำบัดรักษา 4) บริการเฉพาะ และ 5) กลุ่มระบบบริการ

1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

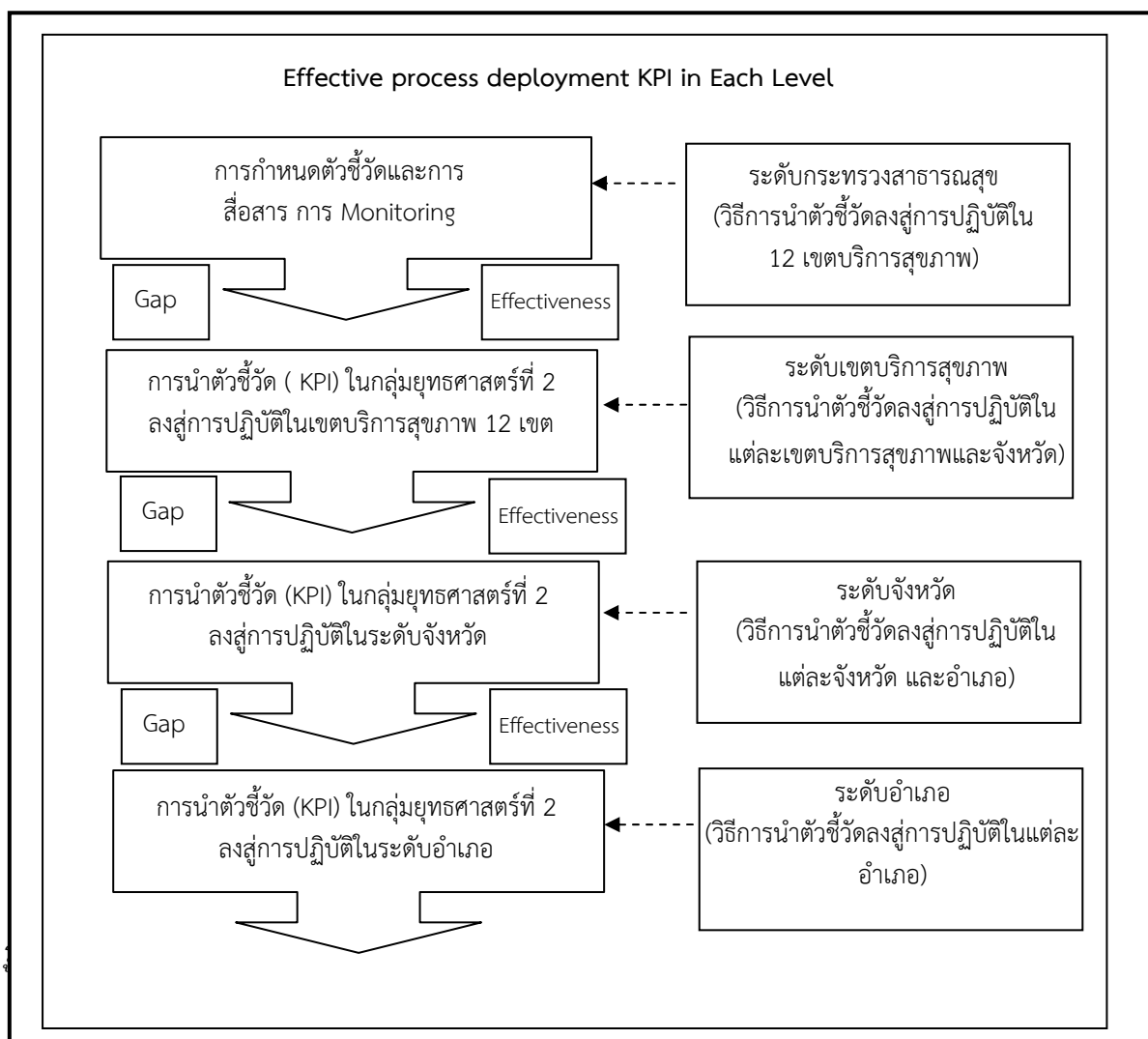
เพื่อศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ

1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาแนวทางเขตสุขภาพถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่แต่ละระดับของเขตสุขภาพ
2. ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการที่เขตสุขภาพถ่ายทอดตัวชี้วัดหลักลงสู่พื้นที่ในเขตสุขภาพ
3. ศึกษารูปแบบกระบวนการการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานในกลุ่มควอไทล์ที่ 4 และ 1

4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อประสิทธิภาพการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานใน 12 เขตสุขภาพตามมุมมองของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน

1.4 กรอบแนวคิดการศึกษา



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

1.5 คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ตัวชี้วัด (Indicator) หมายถึง สารสนเทศแสดงตัวเลขสะท้อนสถานะของสิ่งชี้วัด การศึกษา
นี้ คือตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ที่ 2 จำนวน 26 ตัวชี้วัดหลัก (36 ตัวชี้วัดย่อย) ที่กระทรวง
สาธารณสุขใช้เป็นสารสนเทศติดตามผลการปฏิบัติงานของเขตสุขภาพ ตามพันธกิจ และ
วิสัยทัศน์ที่ได้กำหนดไว้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557
2. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicator-KPI) หมายถึง ตัวชี้วัดผล
การดำเนินงานสำคัญ 26 ตัวหลัก ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ปีงบประมาณพ.ศ. 2557 ที่
กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและถ่ายทอดให้เขตสุขภาพทั้ง 12 เขตนำไปดำเนินงานมี
ทั้งหมด 5 ด้าน คือ
 - 2.1 การเข้าถึงบริการ จำนวน 5 ตัวชี้วัด
 - 2.2 คุณภาพบริการ จำนวน 12 ตัวชี้วัด
 - 2.3 คุณภาพการบำบัดรักษา จำนวน 6 ตัวชี้วัด
 - 2.4 บริการเฉพาะ จำนวน 2 ตัวชี้วัด
 - 2.5 กลุ่มระบบบริการ จำนวน 1 ตัวชี้วัด
3. การถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Deployment Key Performance Indicator)
หมายถึง กระบวนการที่เขตสุขภาพถ่ายทอด นโยบาย ยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการ
ดำเนินงานหลัก 26 ตัว ตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาระบบบริการ จากระดับกระทรวงสาธารณสุข
ไปยังเขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557
4. กระบวนการ (Process) หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่เขตสุขภาพถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย
และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 (ปีงบประมาณพ.ศ. 2557) ไปยังหน่วยบริการภายในจังหวัด
อำเภอ โดยมุ่งให้สอดคล้องประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ด้านคือ 1) การเข้าถึงบริการ 2) คุณภาพ
บริการ 3) คุณภาพการบำบัดรักษา 4) บริการเฉพาะ และ 5) กลุ่มระบบบริการ โดย
กิจกรรมเกี่ยวข้องกับการนำทรัพยากรสุขภาพ เช่น คน เครื่องมือ เทคนิค วัสดุ และการ
ปรับปรุงระบบงานตามขั้นตอนและแนวปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ รวมถึงมีการวัด
และขั้นตอนการควบคุมที่กำหนดไว้ชัดเจน
5. การถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ (Deployment) หมายถึง ความครอบคลุมและทั่วถึงของการ
นำนโยบาย เป้าหมาย และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของกระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ไปดำเนินการให้สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ตั้งแต่ระดับ
กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ การถ่ายทอดเพื่อนำไป
ปฏิบัติงานประเมินได้จากความกว้าง และความลึกในการนำแนวทางไปใช้กับหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องทั่วทั้งเขตสุขภาพ

6. กระบวนการถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ (Process Deployment) หมายถึง กิจกรรม และแนวทางการปฏิบัติที่เขตสุขภาพถ่ายทอดตัวชี้วัดหลักในยุทธศาสตร์ที่ 2 ที่รับมาจากระดับกระทรวงสาธารณสุขสู่ระดับเขตสุขภาพ ระดับเขตสุขภาพสู่ระดับจังหวัด และระดับจังหวัดสู่ระดับอำเภอ โดยแสดงถึงขั้นตอน หรือแนวทางการทำงานที่สำคัญเพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพได้กระทำตามขั้นตอนการปฏิบัติในหน่วยบริการที่สังกัด
7. ประสิทธิภาพของกระบวนการถ่ายทอด (Effectiveness of process deployment) หมายถึง ความสำเร็จของกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เขตสุขภาพนำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักของปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ถ่ายทอดไปยังทุกหน่วยบริการภายในพื้นที่ โดยมีทิศทางทั้งทางแนวดิ่ง (จากเขตสุขภาพ ไปสู่ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ) และในแนวนราบ (หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภารกิจการให้บริการต่างๆในระดับเดียวกันคร่อมหน้าที่ทุกหน่วยงานในพื้นที่) ให้ดำเนินงานสอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ พัฒนา และจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน ครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึง โดยกระบวนการถ่ายทอดประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้
 - 7.1 ความชัดเจนของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก
 - 7.2 กลไกการถ่ายทอดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักไปยังหน่วยบริการทุกระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ
 - 7.3 ทิศทางการสื่อสารนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักไปยังหน่วยปฏิบัติทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ
 - 7.4 สร้างกลไกที่จะแปลงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลักลงสู่แผนปฏิบัติงานในทุกระดับของหน่วยปฏิบัติ
 - 7.5 กำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลัก ที่ต้องการบรรลุผลในระยะสั้น กลาง ยาว
 - 7.6 การจัดทำแผนปฏิบัติการ และสนับสนุนทรัพยากรให้กิจกรรมทำได้ตามกรอบเวลา
 - 7.7 กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานหลัก ด้วยตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรม
 - 7.8 กระบวนการติดตาม กำกับ และการประเมินความก้าวหน้าของนโยบาย แผนตัวชี้วัด
 - 7.9 กระบวนการรายงานผลการดำเนินการ
 - 7.10 กระบวนการทบทวนผลการดำเนินงาน และการจัดการ (Review Result and Action)

8. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึก และกลุ่มการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดในระดับกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ ในการศึกษาประกอบไปด้วย 2 ระดับ คือ
 - 8.1 ระดับผู้บริหาร
 - 8.1.1 ระดับกระทรวงคือ ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย
 - 8.1.2 คณะกรรมการเขตสุขภาพ
 - 8.1.3 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ฯ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
 - 8.2 ระดับผู้ปฏิบัติงาน
 - 8.2.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือผู้แทน
 - 8.2.2 หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลตติยภูมิ
 - 8.2.3 สาธารณสุขอำเภอ
 - 8.2.4 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
9. เขตสุขภาพ (Health area) หมายถึง รูปแบบการจัดบริการและการบริหารจัดการซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับขึ้นในปี พ.ศ.2556 โดยแบ่งเป็น 12 เขต โดยแต่ละเขตครอบคลุม 4 - 8 จังหวัด ประชากร 4 - 6 ล้านคน เป็นโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ โดยยึดตามพื้นที่ เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนภายในขอบเขตที่ชัดเจน มีเครือข่ายสถานพยาบาล อยู่ภายใต้การสนับสนุน และกำกับดูแลของคณะกรรมการ โดยแต่ละเขตมีผู้ที่ได้รับมอบหมายจากปลัดกระทรวง ทำหน้าที่เป็น ประธานกรรมการบริหารเขตสุขภาพ (Chief Executive Officer) เขตสุขภาพ ในการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ให้ได้ตรงกับปัญหาสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการบริหารเขตขับเคลื่อนแต่ละเขตโดยใช้หลักการบริหารและการจัดบริการร่วม ทั้งกำลังคน แผน งบประมาณ เพื่อให้มีขนาดเหมาะสม (Economy of scale) ให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อโดยมุ่งหวังเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ รวมทั้งการกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคด้วยการมอบอำนาจเชิงปฏิบัติการให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงผ่านการกำหนดตัวชี้วัด และการกำกับติดตามการดำเนินงานไปสู่การปฏิบัติระดับเขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน แพร่ น่าน เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์

เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร อุทัยธานี

เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี อุดรธานี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง ปทุมธานี นนทบุรี นครนายก

เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม นครปฐม

สุพรรณบุรี สมุทรสาคร

เขตสุขภาพที่ 6 ระยอง จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี

สมุทรปราการ

เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย หนองบัวลำภู เลย

เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์

เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ

เขตสุขภาพที่ 11 สุราษฎร์ธานี กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง

เขตสุขภาพที่ 12 สงขลา ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สตูล

10. ผู้นำระดับสูง (Senior Leaders) หมายถึง กลุ่มหรือทีมผู้บริหารระดับสูงสุดของหน่วยบริการสุขภาพ ในหลายๆ หน่วยบริการสุขภาพ ผู้นำระดับสูง ประกอบด้วย ผู้บริหารสูงสุดของเขตสุขภาพ และผู้ที่รายงานตรงต่อผู้บริหารสูงสุด
11. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งจากเขตสุขภาพเพื่อทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบไปด้วย บุคคลดังต่อไปนี้ 1) ประธานกรรมการ: ข้าราชการระดับสูงสุด (ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ ผู้ทรงคุณวุฒิ) ที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย 2) กรรมการ: นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งในเขตสุขภาพ ผู้บริหารสังกัดอื่นของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพ หรือผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพ 3) กรรมการและเลขานุการ: นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ หรือนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ที่เป็นหัวหน้าสำนักงานเขตสุขภาพ จำนวน 1 คน
12. ประธานกรรมการบริหารเขตสุขภาพ (Chief Executive Officer-CEO) หมายถึง ผู้บริหารระดับสูงสุดในเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
13. ผู้บริหารระดับสูงด้านการเงินและบัญชี (Chief Financial Officer-CFO) หมายถึง ผู้บริหารระดับสูงที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการเงินในเขตสุขภาพ โดยคำนึงถึง Productivity เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ สามารถวิเคราะห์ ความเสี่ยงและโอกาสขององค์กรได้ มีหน้าที่

รวบรวมข้อมูลและเสนอ CEO เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการกำหนดทิศทางและกลยุทธ์ขององค์กร ประเมินความเสี่ยงขององค์กรคืออะไร ช่วยในการบริหารความเสี่ยง ให้สามารถมีผลตอบแทนที่สูงที่สุดภายใต้ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ รวมถึงต้องคำนึงถึงการกำกับดูแลกิจการที่ดี และมีส่วนร่วมการวางแผนการลงทุน การบริหารต้นทุน

14. ผู้บริหารระดับสูงการจัดบริการสุขภาพ (Chief Service Officer-CSO) หมายถึง ผู้บริหารระดับสูงมีหน้าที่รับผิดชอบด้านการจัดบริการสุขภาพ เป็นหัวหน้าทีมบริหารเพื่อให้การจัดบริการร่วมกันในเขตมีประสิทธิภาพ ทั้งการทำงานเฉพาะหน้า และการทำงานตามแผนปฏิบัติการ วิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพ นำเสนอ CEO และทีมงานกำหนดยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพอย่างเหมาะสม เชื่อมโยงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กับการพัฒนาบุคลากร ได้เหมาะสมและตอบสนองต่อการพัฒนาระบบบริการ และเป็นผู้ขับเคลื่อน แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) อย่างเป็นระบบ
15. ผู้บริหารเทคโนโลยีสารสนเทศระดับสูง (Chief Information Officer-CIO) หมายถึง ผู้บริหารเทคโนโลยีสารสนเทศระดับสูง มีหน้าที่กำหนด วิสัยทัศน์ นโยบาย วัตถุประสงค์ มาตรฐานด้านไอซีที กำหนดแผนกลยุทธ์ หรือแผนประจำปีด้าน MIS ประเมินผลและตรวจสอบคุณภาพของงานสารสนเทศ สนับสนุนให้มีการใช้ข้อมูล อย่างต่อเนื่อง และการสร้างระบบความปลอดภัย และแผนสำรองฉุกเฉิน
16. ผู้บริหารระดับสูงด้านทรัพยากรบุคคล (Chief Human Resource Officer-CHRO) หมายถึงผู้บริหารระดับสูงด้านทรัพยากรบุคคล มีหน้าที่กำหนดนโยบายการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรในองค์กรให้เหมาะสม กับ Productivity การวางแผนการบริหารบุคลากร สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการ และเป้าหมายของเขตสุขภาพ การกำหนดหลักเกณฑ์ การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับผลผลิต และเป็นธรรมภายในเขตสุขภาพ และการกำหนดหลักเกณฑ์ การแต่งตั้ง โยกย้าย และการเกลี่ยบุคลากรอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม
17. ผู้บริหารระดับสูงสุดด้านปฏิบัติการ (Chief Operating Officer-COO) หมายถึง เลขาธิการเขตสุขภาพ ทำหน้าที่ร่วมกับทีมงานในการรวบรวมข้อมูล เพื่อเสนอต่อประธานและคณะกรรมการเพื่อใช้ในการตัดสินใจกำหนดทิศทาง และวางแผนยุทธศาสตร์ของเขต
18. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) หมายถึง ทุกกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ หรืออาจได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติงานและความสำเร็จของหน่วยงานบริการสุขภาพ เช่น ประชาชน ผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการภายในเขตสุขภาพ

19. ความสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน (Alignment) หมายถึง ความคงเส้นคงวาของแผนงาน กระบวนการ สารสนเทศ การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรการปฏิบัติการ ผลลัพธ์ และการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนเป้าประสงค์ที่สำคัญขององค์กร ความสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ (เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติเพื่อองค์กรที่เป็นเลิศ 2550)
20. ลำดับความสำคัญก่อนหลัง (Prioritization) หมายถึง การจัดลำดับก่อนและหลังตามลำดับความสำคัญของกระบวนการทำงาน
21. การบูรณาการ (Integration) หมายถึง การประสานกลมกลืนกันของแผนงาน กระบวนการ สารสนเทศ การตัดสินใจเกี่ยวกับทรัพยากร การปฏิบัติการ ผลลัพธ์ และการวิเคราะห์ เพื่อสนับสนุนเป้าประสงค์ที่สำคัญขององค์กร การบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่ยิ่งกว่าความสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน จะสำเร็จเมื่อต้องประกอบแต่ละส่วนของระบบการจัดการ การดำเนินการที่มีการปฏิบัติการเชื่อมต่อกันอย่างสมบูรณ์
22. บริบท (Context) หมายถึง สภาพสิ่งแวดล้อมจริงของการให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการในประเทศไทย ตามสถานที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม ค่านิยม ทรัพยากรสุขภาพ โครงสร้างหน่วยงาน วิสัยทัศน์ พันธกิจ การวางแผนยุทธศาสตร์ การออกแบบงาน กระบวนการทำงาน สภาพการทำงาน นโยบายด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและกฎหมายของประเทศไทย ตลอดจนแนวโน้มด้านสังคม ประชากร สภาพแวดล้อมภายในหน่วยบริการสุขภาพ
23. แนวทาง (Approach) หมายถึง วิธีการที่หน่วยบริการสุขภาพดำเนินการเพื่อนำตัวชี้วัดหัวข้อต่างๆไปดำเนินงาน แนวทางหมายรวมถึง ความเหมาะสมของวิธีการต่อตัวชี้วัด และประสิทธิภาพของการใช้แนวทางนั้น
24. การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง การตรวจสอบข้อเท็จจริง และข้อมูลเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์มักเกี่ยวข้องกับการหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล
25. แนวโน้ม (Trends) หมายถึง สารสนเทศที่เป็นตัวเลขที่แสดงให้เห็นทิศทางและอัตราการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ของหน่วยบริการสุขภาพ แนวโน้มแสดงผลการดำเนินการของหน่วยงานตามลำดับช่วงเวลาที่ผ่านมา
26. วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ.2557 หมายถึง ข้อความ กล่าวว่า ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม อย่างยั่งยืน

27. พันธกิจ (Mission) หมายถึง หน้าที่โดยรวมขององค์กร พันธกิจเป็นการตอบคำถามว่า “องค์กรต้องการบรรลุอะไร” ในปี พ.ศ.2557 กระทรวงสาธารณสุขได้เขียนพันธกิจ ไว้ดังนี้ คือ 1) กำหนดนโยบาย มาตรฐาน กฎหมาย และบริหารจัดการบนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ และการจัดการความรู้ รวมถึงการติดตาม กำกับ ประเมินผล (Regulator) 2) จัดระบบ บริการตั้งแต่ระบบปฐมภูมิจนถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพครอบคลุม และระบบ ส่งต่อที่ไร้รอยต่อ (Provider)
28. ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2557 มี 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย 2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการได้ 3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ ใน งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ด้าน และเป้าหมาย ดังนี้
1. การเข้าถึงบริการ จำนวน 5 ตัวชี้วัด
 - 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (เท่ากับร้อยละ 16)
 - 1.2 ลดความแออัด และเวลารอคอย
 - 1.2.1 ส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ (ลดลงร้อยละ 50)
 - 1.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 70)
 - 1.2.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 31)
 2. คุณภาพบริการ จำนวน 12 ตัวชี้วัด
 - 2.1 ร้อยละของบริการ ANC คุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)
 - 2.2 ร้อยละของห้องคลอดคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)
 - 2.3 ร้อยละของ WCC คุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)
 - 2.4 ร้อยละศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)
 - 2.5 ร้อยละของศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ (Psychosocial Clinic) และ เชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือ (เท่ากับร้อยละ 70)
 - 2.6 ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ (เท่ากับร้อยละ 70)

- 2.7 ร้อยละของอำเภอที่มีทีม mini MERT, MCATT, SRRT คุณภาพ (เท่ากับ ร้อยละ 80)
- 2.8 ร้อยละของ ER, EMS คุณภาพ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10)
- 2.9 ร้อยละของห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพและมาตรฐานการบริการ (เท่ากับร้อยละ 100)
- 2.10ดัชนีผู้ป่วยใน(CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
 - 2.10.1 รพศ. (A) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.6
 - 2.10.2 รพท. (S) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.2
 - 2.10.3 รพท. ขนาดเล็ก (M1) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.0
 - 2.10.4 รพช. แม่ข่าย (M2) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.8
 - 2.10.5 รพช. (F1-F3) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.6
 - 2.10.6 กรณีโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ที่ผ่านเกณฑ์ ควรมีสัดส่วนผู้ป่วยใน ที่มีค่า AdjRw <0.5 ดังนี้ รพศ. (A) เท่ากับไม่มากกว่าร้อยละ 25, รพท. (S) เท่ากับไม่มากกว่าร้อยละ 30, รพท. ขนาดเล็ก (M1) เท่ากับไม่มากกว่าร้อยละ 40
- 2.11จำนวน CKD clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไปในแต่ละเครือข่าย (โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 เท่ากับร้อยละ 100; โรงพยาบาลระดับ M2, F1 เท่ากับ ร้อยละ 50)
- 2.12ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น (เท่ากับร้อยละ 45)
3. คุณภาพการบำบัดรักษา จำนวน 6 ตัวชี้วัด
 - 3.1 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองลดลง (ใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลของตนเองในเขตสุขภาพจากปี พ.ศ.2556 เทียบกับปี พ.ศ.2557 และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ)
 - 3.2 ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ภายใน 28 วัน (น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม น้อยกว่าร้อยละ 50; น้ำหนัก 1,000 – 1,499 กรัม น้อยกว่าร้อยละ 10; น้ำหนัก 1,500-2,499 กรัม น้อยกว่าร้อยละ 2)
 - 3.3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา (เท่ากับร้อยละ 60)

- 3.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40)
 - 3.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)
 - 3.6 ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น (เท่ากับร้อยละ 80)
 4. บริการเฉพาะ จำนวน 2 ตัวชี้วัด
 - 4.1 ร้อยละของผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตาม ไม่กลับไปเสพซ้ำ (เท่ากับร้อยละ 80)
 - 4.2 ร้อยละของข้อร้องเรียนของผู้บริโภคได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด (เท่ากับร้อยละ 98)
 5. กลุ่มระบบบริการ จำนวน 1 ตัวชี้วัด
 - 5.1 ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)
29. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic objectives) หมายถึง จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับปรุงที่สำคัญ ที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการจะบรรลุเป้าหมายระยะยาว เพื่อรักษาหรือทำให้เกิดความสามารถในการแข่งขัน และทำให้มั่นใจว่าองค์กรมีความยั่งยืนในระยะยาว วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กรและเป็นแนวทางในการจัดสรรทรัพยากร และปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากร
30. แผนปฏิบัติการ (Action plan) หมายถึง แผนการปฏิบัติการที่เขียนกิจกรรมเฉพาะเจาะจงเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ระยะสั้น และระยะยาว รวมทั้งรายละเอียดของทรัพยากรที่ต้องใช้และช่วงเวลาที่ต้องทำให้สำเร็จ เมื่อมีการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และเป้าประสงค์อย่างชัดเจนแล้ว การจัดทำแผนปฏิบัติการถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการวางแผนเพื่อให้มีความเข้าใจ และถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ หมายถึง แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ที่เขตสุขภาพนำมาจัดทำเป็นแผนการจัดบริการสุขภาพ 10 สาขาดังต่อไปนี้ 1) หัวใจและหลอดเลือด 2) โรคมะเร็ง 3) อุบัติเหตุ 4) ทารกแรกเกิด 5) สุขภาพจิตและจิตเวช 6) จักษุและไต 7) 5 สาขาหลัก (สูติกรรม อายุรกรรม ศัลยศาสตร์ กุมารเวชกรรม และ

ออร์โธปิดิกส์) 8) ทันตกรรม 9) บริการปฐมภูมิ พุติยาภิบาล และสุขภาพองค์รวม 10) โรคไม่ติดต่อ

31. ระดับ (Levels) หมายถึง ระดับการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักในยุทธศาสตร์ที่ 2 ซึ่งในงานวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 1) ระดับกระทรวง 2) ระดับเขต 3) ระดับจังหวัด และ 4) ระดับอำเภอ
32. ระดับเทียบเคียง (Benchmark) หมายถึง กระบวนการและผลลัพธ์ซึ่งแสดงวิธีปฏิบัติการและผลดำเนินการที่เป็นเลิศของกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันภายในหรือภายนอกอุตสาหกรรม
33. ประสิทธิภาพ (Effectiveness) หมายถึง การบรรลุผลตามเป้าประสงค์ของหน่วยบริการสุขภาพ เป็นการประเมินว่า กระบวนการหรือมาตรการที่หน่วยบริการสุขภาพใช้สามารถตอบสนองจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ได้ดีเพียงใด โดยการประเมินประสิทธิภาพ ต้องประเมิน 1) แนวทางนั้นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับความต้องการขององค์กรสุขภาพ และหน่วยบริการสามารถนำแนวทางไปปฏิบัติได้ดีเพียงใด 2) ผลลัพธ์ของกระบวนการที่ใช้

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้บริหารเขตสุขภาพได้รับทราบข้อมูลเชิงประจักษ์และเข้าใจจุดควบคุม (control point) หลักๆของประสิทธิภาพกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานลงสู่ระดับต่างๆ ภายในเขต และนำมาติดตามกำกับกับการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมกับความรับผิดชอบของตนเอง
2. ตัวอย่างกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพภายใต้บริบทวัฒนธรรมไทย
3. เป็นแนวทางให้เขตสุขภาพปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายในระดับเขต
4. กระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อประโยชน์ในการพัฒนายุทธศาสตร์ และแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดผลการดำเนินงานต่อไปในอนาคต
5. ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพจากหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ
6. เป็นแนวทางพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้บริหารเขต ผู้บริหารระดับกลาง ผู้บริหารระดับต้น ให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น ในการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติ

1.7 ขอบเขตของการวิจัย

1. ศึกษาการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน 26 ตัวชี้วัดหลัก ในยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ และอีก 6 ตัวชี้วัดในแต่ละเขตบริการสุขภาพในปีงบประมาณ พ.ศ.2557

2. พื้นที่ศึกษาคือ 12 เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขไม่รวมพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร

1.8 ข้อจำกัด

1. สภาพแวดล้อม ความไม่ปลอดภัยจากสภาพทางสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางเมืองที่ส่งผลต่อระยะเวลาในการทำวิจัย
2. ข้อมูลการรายงานตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักในระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2557 ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีข้อจำกัดในการนำมาใช้วิเคราะห์ผล
3. การเก็บข้อมูลในบางเขตบริการสุขภาพจำเป็นต้องเสนอโครงการขอรับการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยจากหน่วยงานภายใน ทำให้ต้องเพิ่มเวลาในการดำเนินงานวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในทั่วโลกตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมีความสำคัญต่ออุตสาหกรรมด้านบริการทั่วไป และบริการสุขภาพ เพราะเป็นตัวบ่งชี้ว่าผลการดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาวตามที่ตั้งเป้าหมายหรือไม่ นอกจากนั้นยังนำไปเทียบเคียงกับอุตสาหกรรมเดียวกันว่าองค์กรดำเนินกิจกรรมดีกว่า เท่ากับ หรือน้อยกว่า เพื่อนำผลมาพัฒนาองค์กรให้เติบโตได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ประเทศไทยได้นำตัวชี้วัดมาวัดผลการดำเนินงานขององค์กร ด้วยการบูรณาการเข้ากับเครื่องมือการบริหารสมัยใหม่ เช่น Balanced scorecard (BSC), Total Quality Management (TQM), Result Based Management (RBA) และการประเมินมาตรฐานหน่วยบริการด้านสุขภาพ เช่น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation), Thailand Quality Award (TQA), Joint Commission International Accreditation (JCI)

วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรมนี้เพื่อหากรอบแนวคิดประสิทธิผลกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติในระบบงานขององค์กรโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

2.1 การสืบค้นและทบทวนวรรณกรรมแนวคิดวิธีการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติในองค์กร

แนวคิด หลักการ และวิธีการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติในระบบงานขององค์กรด้านสุขภาพมีความหลากหลาย⁸⁻²² เช่น MBNQA, TQA, Technique Hoshin, catchball, PDCA, Lead Lack KPI, Value matrix ผู้วิจัยได้สืบค้นเอกสารทั้งจากที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2557 เพื่อนำวรรณกรรมมาทบทวนหาแนวคิด หลักการ และวิธีการถ่ายทอดนโยบาย แผน ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลักลงสู่การปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพทั้งใน และต่างประเทศ

2.2 วิธีการศึกษา

รูปแบบเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสืบค้นแหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ระดับนานาชาติ (Cochrane, Science Direct, Google scholar, HSRI, PubMed และ Emerald Insight) และจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากห้องสมุดในประเทศไทย ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทย ร่วมกับสืบค้นบทความจากวารสารที่ไม่ได้เผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากห้องสมุดต่างๆ ในประเทศไทย จากนั้นผู้วิจัยได้นำผลสรุปมากำหนดประเด็นเพื่อสร้างเป็นกรอบแนวคิดกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน และประเด็นคำถามเพื่อพัฒนา

เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด สำหรับการสัมภาษณ์ Key informant ใน 4 ระดับ คือ ระดับกระทรวง สาธารณสุข ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

2.3 วิธีการสืบค้นข้อมูล

การสืบค้นจากคำสำคัญทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย จากเอกสารทั้งที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2557 โดยใช้คำสำคัญเป็นภาษาอังกฤษ ดังต่อไปนี้ “MBNQA AND Key Performance Indicators AND Healthcare” *Leading, Lagging, PDCA, Technique Hoshin, Catch ball, Deployment, Cascading, TQA, Value Matrix, Alignment, Process Deployment, Metrics, Technique Deployment*. และ คำสำคัญเป็นภาษาไทย ดังต่อไปนี้ “Process Deployment และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักและการบริการสุขภาพ” *Technique Deployment, Value Matrix, MBNQA, ตัวชี้วัดที่เป็นเหตุ, ตัวชี้วัดนำ, ตัวชี้วัดที่เป็นผลตัวชี้วัดตาม, PDCA, Deployment TQA, Alignment, Metrics, Technique Hoshin, Catch ball*

2.4 เกณฑ์การเลือกเอกสาร

- เกณฑ์การเลือกเข้า: เป็นเอกสารภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ บทความวิชาการบทคัดย่อ เอกสารวิจัยตีพิมพ์ รายงานการประเมินผลโครงการ หนังสือ
- เกณฑ์การเลือกออก: วารสารที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นภาษาอื่น นอกเหนือภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 การประเมินคุณภาพเอกสาร

- การประเมินคุณภาพเอกสารโดยนักวิจัยหลักคนที่ 1 และคนที่ 2 ในกรณีมีความเห็นต่างกันได้ปรึกษาขอความเห็นจากนักวิจัยคนที่ 3 เพื่อร่วมกันสรุปหาข้อยุติ
- เกณฑ์การประเมินคุณภาพจำแนกตามชนิดเอกสารในประเด็นต่อไปนี้
 1. กรณีรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ: ประเมินจากการตรวจสอบงานวิจัยแบบสามเส้า (ข้อมูลจากหลายแหล่ง ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายวิธีและมีผู้ร่วมวิจัยมากกว่า 1 คนตีความและสรุปรายงานวิจัย)
 2. กรณีงานวิจัยเชิงปริมาณ: ประเมินจากอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การควบคุมตัวแปร กวน อคติในการรายงานผลการศึกษา และสรุปผลการวิจัยตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้หรือไม่

3. กรณีรายงานประเมินโครงการ: พิจารณาจากผลการประเมินตรงตามวัตถุประสงค์โครงการหรือไม่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการประเมินวิธีการประเมินโครงการ และอคติในการเขียนรายงานผล ประเมินโครงการ
4. กรณีบทความวิชาการ: พิจารณาว่าบทความนั้นมีการตรวจทานขึ้นงานโดยผู้เชี่ยวชาญตีพิมพ์ ในวารสารที่ได้รับความเชื่อถือ และมีเลขประจำวารสาร

2.6 ผลการศึกษา

บทความทั้งหมด 550 เรื่อง จาก 6 ฐานข้อมูล มีจำนวน 320 เรื่อง ที่ผ่านเข้าพิจารณาบทความ 160 เรื่อง ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และมี 120 เรื่องที่ไม่ผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ จึงเหลือจำนวนบทความที่ใช้ในการศึกษา 30 เรื่อง (ภาษาไทย 1 เรื่อง)

2.6.1 การดึงข้อมูล

เอกสารที่ผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ จะถูกสกัดข้อมูลตามองค์ประกอบต่างๆ

2.6.2 กรอบแนวคิด:

- 1) แนวคิดเชิงระบบ (System Perspective)
- 2) แนวคิดด้านการจัดการ (Management perspective)
- 3) แนวคิดการปรับปรุงผลการดำเนินงาน (Performance Improvement)
- 4) แนวคิดด้านการประเมินผล (Formal Evaluation)

2.7 การสังเคราะห์ข้อมูล

บทความวิชาการในแต่ละหมวดหมู่ ได้นำมาสังเคราะห์โดยนักวิจัยสองคน (นักวิจัยคนที่ 1 และนักวิจัยคนที่ 2) เพื่อสรุปผลในภาพรวมในกรณีที่นักวิจัยทั้งสองคนมีความเห็นในการสรุปผลไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยจะขอความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญคนที่สาม (นักวิจัยคนที่ 3) เพื่อสรุปผล หากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนที่สามสอดคล้องกับความคิดเห็นของนักวิจัยหนึ่งในสอง การสรุปผลใช้ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของนักวิจัยสองในสาม แต่หากนักวิจัยคนที่สาม มีความเห็นไม่สอดคล้องกับนักวิจัยทั้งสองคนประชุมกลุ่มเพื่อลงความเห็นพ้อง ข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์ถูกใช้เป็นการรายงานผลสำหรับการศึกษารุ่นนี้ (ตารางที่ 2.1)

ผลการสังเคราะห์ข้อมูล ได้สรุปประเด็นสำคัญจากการสกัดข้อมูลมาเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

1. แนวคิดเชิงระบบ (การนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์) การนำมุมมองเชิงระบบมาเป็นกรอบแนวคิดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโดยการออกแบบตัวชี้วัด การพัฒนาตัวชี้วัดโดยให้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคัดเลือก และสร้างตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทของงาน ชนิดของตัวชี้วัด การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่มีความถูกต้อง การวิเคราะห์ผลการวัดด้วยตัวชี้วัด และการกระจายผลการวัดไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ และการนำผลมาปรับปรุงงาน และตัวชี้วัดต่อไป แนวคิดเชิงระบบมุ่งที่การพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อนำมาวัดผลระบบสุขภาพของระดับประเทศ หน่วยงาน ระดับโปรแกรม หรือกลุ่มโรค²³⁻²⁶
2. แนวคิดด้านการจัดการสมัยใหม่ เป็นการนำแนวคิดการจัดการยุคใหม่มาเป็นเครื่องมือนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน วิธีการวัดผลการดำเนินงานลงสู่การปฏิบัติโดยเชื่อมโยงกับเครื่องมือการจัดการสมัยใหม่ (Balance Scorecard, CQI (PDSA), Lean Management) มาเป็นเครื่องมือ หลักการ วิธีการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินการโดยนำตัวชี้วัดมาวัดผลงาน²⁷⁻³³
3. แนวคิดด้านการปรับปรุงผลการดำเนินงาน เป็นกรอบแนวคิดการนำตัวชี้วัดมาวัดผลการดำเนินงาน การพัฒนางานให้ได้คุณภาพ มีมาตรฐาน โดยตัวชี้วัดที่หน่วยงานเลือกจะต้องมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่จะเกี่ยวข้องด้วย หน่วยงานต้องให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดเพื่อนำไปปรับปรุงงาน หรือมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้รับบริการ³⁴⁻³⁵
4. แนวคิดด้านการประเมินผลองค์กร เป็นกรอบแนวคิดของการประเมินผลองค์กรเพื่อให้ได้มาตรฐาน และความเป็นเลิศ เช่น MBNQA, EFQA, ISO 9000 หรือการตรวจประเมินรับรองคุณภาพจากองค์กรด้วยหน่วยงานภายนอก (ที่เรียกว่า Accreditation) โดยแนวคิดเหล่านี้จะมีหมวดที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลการปฏิบัติงานด้วยตัวชี้วัดและนำผลมาเปรียบเทียบกับกัน³⁶⁻⁴²

ตาราง 2.1 สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสกัดข้อมูล และสรุปกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
1. แนวคิดเชิงระบบ (System Perspective)	การนำมุมมองเชิงระบบ (ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์) มาเป็นกรอบแนวคิดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโดยการออกแบบตัวชี้วัด การพัฒนาตัวชี้วัดโดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคัดเลือก และสร้างตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทของงานมีคำอธิบายที่ชัดเจน ชนิด การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่มีความถูกต้อง การนำตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติ การประเมินผล การวิเคราะห์ผลการวัดด้วยตัวชี้วัด และการกระจายผลการวัดไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ และการนำผลมาปรับปรุงงาน และพัฒนาตัวชี้วัดต่อไป ● Hilarion P และคณะ²³ รายงาน Design and Implement of Performance assessment system (4 ขั้นตอน): 1. Stakeholder involvement and overall design and context 2. Indicator development 3. Evaluation Process 4. Feedback and improvement นอกจากนี้ยังพูดถึง Template indicators มี หัวข้อ 9 หัวข้อดังตัวอย่าง Indicator description 1. Name of the indicator quality dimension 2. Justification 3. Formula / format 4. Description

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
	5. Population 6. Type 7. Data Source 8. Std. (Level of compliance with this indicator) 9. Remarks, references: Observations about the validity, confounding factors or references to further information.
	- Voerman GE และคณะ²⁴ กล่าวถึง Systematic Approach for the deployment of a set quality indicator (Community base maternity care) 4 steps: 1. Definition of the key elements of community-based maternity care. 2. Selection of available quality indicators (representing maternity care and suitable for public reporting). 3. Validation among health-care professionals. 4. Validation among health-care consumers (pregnant women).

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
	● Perera R และคณะ²⁵ กล่าวถึง The systematic indicator development (SID) method 6 steps: 1. Prioritization and selection of indicators 2. Delineation of intent 3. Determination of implementation requirements 4. Development of measure specification 5. Assessment of fitness for purpose 6. Development of targets ● Engels Y และคณะ²⁶ กล่าวถึง European set of indicators for assessing the quality and practice management despite the differences in health care system and cultures in six different countries. Agreement of practice management across five domains: 1. Infrastructure 2. Staff 3. Information 4. Finance 5. Quality and safety 6. A common set of indicators for the organization of general practice

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
2. แนวคิดด้านการจัดการยุคใหม่ นำตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือ/วิธีการวัดผลการดำเนินงาน (Performance measure technique/Approach)	การนำแนวคิดการจัดการยุคใหม่มาเป็นเครื่องมือนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานลงสู่การปฏิบัติเชื่อมโยงวิธีการ/เทคนิค/เครื่องมือ เช่น Balance Scorecard, CQI (PDSA), Lean Management, Six-sigma นำมาเป็นหลักเพื่อวัดผลการดำเนินงานหน่วยงาน ● Agostino D และคณะ²⁷ กล่าวถึงการนำ Balance Score (BSC) มาเป็นเครื่องมือนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในการปฏิบัติได้มองประเด็นดังต่อไปนี้: 1. BSC design: KPs selection, cascading (alignment & communication), target setting, link with reward system 2. BSC Use: communication process; attention from top, operation management and face –to-face dialogue. ● Umashev C และคณะ²⁸ กล่าวถึงการนำ BSC มาลงสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ต่างๆ ในแต่ละระดับหน่วยงาน ดังนี้ 1. The relationship Corporate / Unit strategy and Cascading the scorecard to units. 2. The selection of KPIs in the business units. ● ประภาส อนันตา และคณะ²⁹ กล่าวถึงรูปแบบการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานปทุมภูมิที่ อ.เกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ดมี 4 ขั้นตอน 1. การวางแผน 2. การนำแผนไปปฏิบัติ 3. การติดตามและประเมินโดยใช้ตัวชี้วัดที่เป็นผล และ 4. ปรับมาตรฐาน โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์วงจรเต็มมิ่ง CQI (PDSA)/TQM

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
	● Evans JR³⁰ กล่าวถึง The design of an effective performance measurement system, which includes the selection of appropriate measures and approaches for analyzing results, is central to aligning an organization's operations with its strategic direction. Despite its importance, this is one area that many organizations fail to address effectively. This paper reports exploratory empirical results, obtained from an on-line survey, on the relative emphasis and types of performance measurements and analysis approaches used by organizations in manufacturing, service, and not-for-profit (including education and health care) sectors. The results suggest that organizations with more mature performance measurement systems report better results in terms of customer, financial, and market performance. Performance measurement frameworks : 1. Balance score care: good balanced scorecard contains both leading and lagging measures and indicators. 2. Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence 3. Supporting research: little formal research addresses the actual selection of organizational performance measures

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
	● Chan Y-CL ³¹ รายงานการนำ BSC มาปฏิบัติด้วยวิธี AHP ในการวัดผลงานหน่วยงานดังนี้ 1. Brief review the implementation of balance scorecard in not-for-profit organization 2. Discussion potential benefits and uses of BSC in Healthcare organization 3. Describe Analytic Hierarchy Process (AHP) as a framework for evaluating balanced scorecards 4. Present a case study by application AHP to hospital scorecards in evaluating the performance of hospital ● Kollberg B และคณะ ³² รายงานการนำ lean thinking is applicable in health care settings, and that the flow model is a suitable tool for following up these initiatives ● A framework of measurements towards lean thinking in health care 1. Specify value 2. Value stream 3. Flow 4. Pull 5. Perfection

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
	● Grigoroudis E และคณะ³³ รายงานว่า The main focus of this paper is to present the development of a performance measurement system for public health care organization in the context of BSC methodology. The main results of the proposed approach refer to the evaluation of the overall scores for each one of the main dimensions of the BSC methodology (i.e. financial, customer, internal business process, and innovation-learning). These results are able to help the organisation to evaluate and revise its strategy, and generally to adopt modern management approaches in every day practice.
3. แนวคิดการปรับปรุงผลดำเนินงาน (Performance Improvement)	กรอบแนวคิดการนำตัวชี้วัดมาเพื่อวัดผลการดำเนินงาน การพัฒนางานให้ได้คุณภาพ และมีมาตรฐาน โดยตัวชี้วัดที่เราเลือกนั้นจะต้องมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ ที่จะเกี่ยวข้องด้วย โดยต้องให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดที่ทำให้เรานำไปปรับปรุงงาน หรือมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพของการดูแล ความปลอดภัยของผู้มารับบริการ ● Freeman T³⁴ กล่าวถึง Using performance indicators to improve health care quality in public sector โดยตัวชี้วัดที่เลือกแบ่งเป็น <i>Practice-oriented</i>; 1. Selection of appropriate indicators 2. Valid and reliable data collection 3. Sensitivity in the analysis and use of data to improve care quality

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
	- <i>Practice-oriented</i> links conceptually to Total Quality Management (TQM) and Continuous Quality Improvement (CQI) approaches - The two principal uses of indicator systems are as summative mechanisms for external accountability and verification, and as formative mechanisms for internal quality improvement. Factors that help in the derivation, implementation and use of indicator systems include clear objectives, involvement of stakeholders in development, and use of 'soft' data to aid interpretation. Technical problems include indicator selection; the availability, validity and reliability of data; confounding; and problems with robustness, sensitivity and specificity. ● Zamanis D และคณะ³⁵ กล่าวถึง A brief relevant knowledge associated with the application of process management principles and elements to key process identification. Basic process definitions are singled out and presented in conjunction with resulting value, customer and stakeholder. Key Process identification is accomplished by the process owner and cross-functional teams working together. The heart of the framework lies a causal logic based on lead and lag types elements, grouped into five areas. The five cause-related chain areas are: 1. Stakeholder: What do they want? How do they think? 2. Strategy: How do we want to achieve?

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
	3. Process: How will we do it? 4. Output: What have we achieved? 5. Goal: How will we know?
4. แนวคิดการประเมินผลองค์กรเพื่อมาตรฐาน/ความเป็นเลิศ (Formal evaluation perspective: Excellence Model such as MBNQA, EFQA, ISO, HA, PMQA TQA etc)	กรอบแนวคิดของการประเมินผลองค์กรเพื่อให้ได้มาตรฐาน/ความเป็นเลิศ เช่น MBNQA, EFQA, ISO 9000 หรือการตรวจประเมินรับรองคุณภาพจากองค์กรด้วยหน่วยงานภายนอก (ที่เรียกว่า Accreditation) โดยแนวคิดเหล่านี้จะมีหมวดที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลการปฏิบัติงานด้วยตัวชี้วัด และนำมาเปรียบเทียบกับ ผลการทบทวนสรุปได้ดังนี้ ● Tari JJ และคณะ³⁶ กล่าวถึง Formal evaluation of quality outcome (TQM, MBNQA, EFQA, ISO9000) ● Relationship between TQM practice and their effects on quality outcomes. ● Sinclair D และคณะ³⁷ Review Literature on performance measurement โดยดูการวิวัฒนาการของการวัดผลการดำเนินงาน โดยเน้นที่การวัดผลการดำเนินงานขององค์กรที่ไม่ใช่ด้านการเงิน ผลการทบทวนพบว่า 1) ความไม่ชัดเจนของตัวชี้วัด และไม่มีแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ 2) การออกแบบตัวชี้วัดไม่น่าเชื่อถือ และไม่ได้วัฒนธรรมการวัดผลงานในยุคสมัยใหม่ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 3) ไม่ได้นำผู้ปฏิบัติงานมาเข้าร่วมและละเลยวัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลง ● Bou-Llusar JC และคณะ³⁸ กล่าวถึง Quality award models, such as the Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) and the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model, are used as a guide to TQM implementation by a large number of organizations.

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
	MBNQA Criteria (2007) 1. Leadership 2. Strategic planning 3. Customer and market focus 4. Measurement, analysis, and knowledge management 5. Workforce focus 6. Process management 7. Results EFQM Criteria (2003) 1. Leadership 2. Policy and strategy 3. People 4. Partnership and resources 5. Processes 6. Customer results 7. People Results 8. Society results 9. Key performance results

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
	TQM core concept (Sila and Ebrahimpour 2002) 1. Leadership and top management commitment 2. Customer focus and satisfaction 3. Continuous improvement and innovation 4. Process management 5. Employee training 5.1) Teamwork 5.2) Employee involvement 5.3) Everybody's participation Quality information and performance measurement ● Sunil C. และคณะ³⁹ Application of MBNQA for service quality management and performance: The outcome of the study indicated that the healthcare organizations had a silver line performance based on MBNQA criteria. ● McLoughlin V และคณะ⁴⁰ กล่าวถึงการนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้รับบริการสุขภาพในระดับประเทศของสหรัฐอเมริกา และอังกฤษ และ ออสเตรเลีย

กรอบแนวคิด	รายละเอียด
	● Mannion R และคณะ⁴¹ กล่าวถึงการนำตัวชี้วัดเพื่อเขียนรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ได้ข้อสังเกตเพื่อนำมาปรับปรุงตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานดังนี้ 1. The need to develop indicators with sound metric properties. 2. The need to involve all stakeholders in the design of indicators, and a requirement that those measures be adapted to different audiences. 3. A need to understand the needs of end users and to engage with them in partnerships to increase the attention paid to measurement. This study concludes that the greatest challenge is posed by the desire to make comparative performance data more influential in leveraging performance improvement. ● Sanchez E และคณะ⁴² describe the implementation of the European Foundation for Quality Management (EFQM) excellence model. Four assessment cycles in which most of the organizations have participated were completed. Scores for most of the criteria improved, particularly in ‘processes’. The overall patients’ satisfaction was higher than 89% in all settings, in most of the cases higher than 95%. Ten organizations (32%) exceeded 400 points in an external evaluation with the EFQM excellence model, and 2 (6%) 500 points. Eighty-three percent of hospitals have some ISO-certified areas of activity. In the primary care setting, 40% of people were attended in a certified center.

2.8 การวิพากษ์จากผู้เชี่ยวชาญ

หัวหน้าทีมวิจัยได้นำเสนอผลการสืบค้นและทบทวนวรรณกรรม สรุปเป็นกรอบแนวคิด 4 กรอบหลัก ให้กับบุคลากรหลักระดับนโยบาย ผู้บริหารระดับสูง นักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน เพื่อวิพากษ์ และแสดงข้อคิดเห็น ในวันที่ 8 กันยายน พ.ศ.2557 ณ ห้องประชุม 1606 ชั้น 6 อาคารสาธารณสุขวิศิษฐ์ ด้วยวิธี Panel discussion กับผู้มีส่วนได้เสีย (Key Stakeholder) จำนวน 6 คนประกอบด้วย

1. ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2. เลขาธิการศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
3. ผู้แทนคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ
4. ผู้เชี่ยวชาญระบบบริการสุขภาพ
5. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
6. ผู้แทนจาก สำนักบริหารการสาธารณสุข (สบรส)

ผลสรุปจากการทำ Panel Discussion มีข้อเสนอแนะให้ทบทวน Construct definition ของการถ่ายทอดตัวชี้วัด เพื่อจะนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก ทีมวิจัยได้ค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มอีก 2 เรื่อง คือ Zhang S และคณะ⁴³ และ Hacker ME และคณะ⁴⁴ นำมารวมกับกรอบแนวคิดที่ได้สังเคราะห์ไว้เดิม สรุปเป็นกรอบแนวคิด ประสิทธิภาพการถ่ายทอดตัวชี้วัดในเขตสุขภาพ ประกอบด้วยกระบวนการดังต่อไปนี้

1. การจัดทำยุทธศาสตร์ (Develop strategy)
2. การแปลงยุทธศาสตร์ (Translate strategy)
3. การจัดการความสอดคล้องหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานกับทิศทางยุทธศาสตร์ (Align organizational units and employees)
4. การดำเนินการตามทิศทางยุทธศาสตร์ (Plan operations to execute strategy)
5. การกำกับติดตาม และการเรียนรู้ (Monitor and learn)
6. ตรวจสอบและการปรับ (Test and adapt)
7. การสื่อสารทิศทางยุทธศาสตร์ (Communicate the strategic direction)
8. การจัดวางโครงสร้าง (Create the improvement structure)
9. การระบุกลไกการขับเคลื่อน (Identify drivers for the annual objectives)
10. การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Develop action plans)

2.9 สรุป

ผลจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำแนวคิด 1) แนวคิดเชิงระบบ 2) แนวคิดด้านการจัดการยุคใหม่ นำตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือเพื่อวัดผลการดำเนินงาน 3) แนวการปรับปรุงผลดำเนินงาน และ 4) แนวคิดการประเมินผลองค์การเพื่อมาตรฐาน/ความเป็นเลิศ มาเป็นกรอบการสร้างแนวคิดเชิงทฤษฎีของนิยามเชิงปฏิบัติการกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัด ประกอบไปด้วย 10 กระบวนการ คือ 1) การจัดทำยุทธศาสตร์ 2) การแปลงยุทธศาสตร์ 3) การจัดความสอดคล้องหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานกับทิศทางยุทธศาสตร์ 4) การดำเนินตามทิศทางยุทธศาสตร์ 5) การกำกับติดตาม และการเรียนรู้ 6) ตรวจสอบและการปรับ 7) การสื่อสารทิศทางยุทธศาสตร์ 8) การจัดวางโครงสร้าง 9) การระบுகลไกการขับเคลื่อน 10) การจัดทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปผลไปใช้พัฒนาเป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์เชิงลึกในบทที่ 3 ต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ มีหน่วยการวิเคราะห์ คือ เขตสุขภาพ โดยศึกษาตั้งแต่ระดับกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ

รูปแบบการศึกษา

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยผสมผสาน (mixed method)^{8,45-55} คือการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยวิธี Sequential Exploratory Design การดำเนินงานมี 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือแนวคิดประสิทธิผลการนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ

ผู้วิจัยนำผลสรุปการทบทวนวรรณกรรมบทที่ 2 ไปสังเคราะห์กรอบแนวคิดการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลักใน 12 เขตบริการสุขภาพของไทย โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

การสังเคราะห์กรอบแนวคิดประสิทธิผลการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักประกอบด้วย

1. ความชัดเจนของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก
2. กลไกการถ่ายทอดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักไปยังหน่วยบริการทุกระดับในเขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ
3. ทิศทางการสื่อสารนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักไปยังหน่วยปฏิบัติทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ
4. สร้างกลไกที่จะแปลงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลักลงสู่แผนปฏิบัติงานในทุกระดับของหน่วยปฏิบัติ
5. กำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลัก ที่ต้องการบรรลุผลในระยะสั้น กลาง ยาว
6. การจัดทำแผนปฏิบัติการและสนับสนุนทรัพยากรให้กิจกรรมทำได้ตามกรอบเวลา
7. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานหลัก ด้วยตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรม
8. กระบวนการรายงานผลการดำเนินการ
9. กระบวนการทบทวนผลการดำเนินงาน และการจัดการ (Review Result and Action)

จากนั้นผู้วิจัยนำ 9 ประเด็นมาทำเป็นข้อคำถามแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด 1 ฉบับส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา เมื่อปรับแก้ไข และนำไปเป็นแนวทางใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 ระดับ คือ ระดับกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ โดยมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ (ภาคผนวก ก) เพื่อการศึกษาระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติในเขต

สุขภาพ

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานตัวชี้วัดการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 โดยหัวหน้าโครงการวิจัยส่งจดหมายขอเอกสารรายงานตัวชี้วัดการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ไปยังผู้อำนวยการสำนักตรวจราชการและประเมิน สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ.2557 เมื่อได้รับข้อมูลรายงานตัวชี้วัดของปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลตัวชี้วัดผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 2 จำนวน 26 ตัวชี้วัดหลักมาศึกษาโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การตรวจความถูกต้องตรงตามคำนิยามของการรายงานตัวชี้วัดของ 12 เขตสุขภาพ โดยอ้างอิงตามเอกสาร ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557
2. คำนวณค่าร้อยละการรายงานตัวชี้วัดที่รายงานตรงตามคำนิยามในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ในแต่ละเขตสุขภาพ โดยคำนวณจากจำนวนตัวชี้วัดที่เขตรายงานได้ตรงตามคำนิยามหารด้วยจำนวนตัวชี้วัดที่เขตต้องรายงานทั้งหมดในรอบปี พ.ศ.2557
3. เรียงลำดับเขตสุขภาพตามผลการรายงานด้วยค่าร้อยละตัวชี้วัดการรายงานที่ตรงตามคำนิยามของกระทรวงสาธารณสุข (ในข้อที่ 2) จากลำดับน้อยไปมาก จากนั้นจึงแบ่งเขตสุขภาพตามควอไทล์ เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (ตารางที่ 3.1)
 - ควอไทล์ที่ 1 หมายถึง เขตสุขภาพที่ Q11, Q12, และ Q13
 - ควอไทล์ที่ 2 หมายถึง เขตสุขภาพที่ Q21, Q22 และ Q23
 - ควอไทล์ที่ 3 หมายถึง เขตสุขภาพที่ Q31, Q32 และ Q33
 - ควอไทล์ที่ 4 หมายถึง เขตสุขภาพที่ Q41, Q42 และ Q43

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. การเลือกเขตสุขภาพ
 - 1.1 สุ่มเลือกเขตสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Simple Random Sampling จากเขตสุขภาพที่อยู่ในกลุ่มควอไทล์ที่ 4 และ 1 มาอย่างละ 1 เขตสุขภาพ
 - 1.2 ผลการสุ่มเลือกในข้อ 1.1 ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 เขตสุขภาพ คือ Q42 เป็นตัวแทนกลุ่มควอไทล์ที่ 4 และ Q12 เป็นตัวแทนกลุ่มควอไทล์ที่ 1
2. การเลือกจังหวัด
 - 2.1 สุ่มเลือกหนึ่งจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ Q42 และ Q12 ด้วยวิธี Simple Random Sampling
 - 2.2 ผลการสุ่ม ได้จังหวัด Q422 เป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ Q42 และจังหวัด Q125 เป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ Q12

การเก็บข้อมูลการวิจัย

1. เมื่อได้รายชื่อเขตสุขภาพที่ Q42 และ Q12 และจังหวัด Q422 และ Q125 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยส่งจดหมายขออนุญาตลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์ ผู้ตรวจราชการสาธารณสุขนิเทศก์ ผู้บริหารระดับเขต และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ตารางที่ 3.2)
2. เมื่อได้รับการอนุมัติ ทีมวิจัย (ผู้วิจัยหลักคนที่ 1 และผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1) ได้ลงพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกเสียง ผู้ตรวจราชการสาธารณสุขนิเทศก์ รวม 4 คน ในวันที่ 21 และ 28 มกราคม พ.ศ.2558 และในวันที่ 10 และ 23 มีนาคม พ.ศ.2558 ตามลำดับ โดยใช้ระยะเวลาการสัมภาษณ์ 40-50 นาทีต่อคน
3. ทีมวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลเขตสุขภาพที่ Q12 ที่จังหวัด Q121 เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับเขต จำนวน 4 คน โดยผู้วิจัยหลักคนที่ 1 เป็นผู้สัมภาษณ์ ผู้ช่วยผู้วิจัยคนที่ 1 เป็นผู้บันทึกเสียง และจดบันทึก ในวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2558
4. ทีมวิจัยลงพื้นที่จังหวัด Q125 ในวันที่ 5 - 6 มีนาคม พ.ศ.2558 เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับเขต นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนปฏิบัติการ การสนทนากลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือผู้แทน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลหรือผู้แทน

5. ทีมวิจัยลงพื้นที่จังหวัด Q422 ในวันที่ 18-20 มีนาคม พ.ศ.2558 เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับเขต นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระดับเขตและจังหวัด และการสัมภาษณ์กลุ่มกับผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลหรือผู้แทน
6. การสัมภาษณ์ทำโดยผู้วิจัยหลักคนที่ 1 และผู้ช่วยผู้วิจัย คนที่ 1 ทำหน้าที่เขียนบันทึกข้อมูล และ การใช้เครื่องบันทึกเสียง
7. จากนั้นผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 และ 2 ได้ทำการถอดเทปเสียงออกมาโดยพิมพ์เป็นอักษร เพื่อนำเนื้อหาสัมภาษณ์ไปวิเคราะห์

ตารางที่ 3.1 ร้อยละความสมบูรณ์ของการรายงานตัวชีวิต 26 ตัวจาก 12 เขตสุขภาพในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

Ranking เขตสุขภาพ	จำนวนตัวชีวิตที่ รายงานตรงตามคำ นิยาม*	จำนวนตัวชีวิตที่ต้อง รายงานทั้งหมด	ร้อยละการรายงานที่ตรง ตามคำนิยาม**	การจัดกลุ่ม***
Q11	123	288	42.71	ควอไทล์ที่ 1
Q12	168	288	58.33	ควอไทล์ที่ 1
Q13	189	288	65.63	ควอไทล์ที่ 1
Q21	99	144	68.75	ควอไทล์ที่ 2
Q22	214	288	74.31	ควอไทล์ที่ 2
Q23	134	180	74.44	ควอไทล์ที่ 2
Q31	192	252	76.19	ควอไทล์ที่ 3
Q32	210	252	83.33	ควอไทล์ที่ 3
Q33	214	252	84.92	ควอไทล์ที่ 3
Q41	154	180	85.56	ควอไทล์ที่ 4
Q42	164	180	91.11	ควอไทล์ที่ 4
Q43	132	144	91.67	ควอไทล์ที่ 4

แหล่งที่มา: * จากเอกสารรายงานตัวชีวิตการตรวจราชการระดับเขตปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 รอบที่ 2
 ** จากการคำนวณตัวชีวิตที่รายงานได้สมบูรณ์ ตรงตามคำนิยาม หาร จำนวนตัวชีวิตที่ต้องรายงานทั้งหมด คูณ 100
 *** จากการจัดกลุ่มเขตสุขภาพตามควอไทล์ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม (ค่าควอไทล์มากหมายถึงร้อยละความสมบูรณ์ของการรายงานผลตัวชีวิตมีค่ามาก)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยคนที่ 4 เป็นผู้ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยจัดทำตาราง (Thematic table) เพื่อค้นหาเนื้อหาหลัก
2. การวิเคราะห์เนื้อหาหลักทำผ่านการประชุมที่มวิจัยที่มีประสบการณ์หลากหลาย เช่น ด้านการบริหารสาธารณสุข (ผู้วิจัยหลักคนที่ 1) ระบาดวิทยา (ผู้วิจัย คนที่ 2) ชีวสถิติ (ผู้วิจัย คนที่ 3) และมานุษยวิทยาทางการแพทย์ (ผู้วิจัย คนที่ 4)
3. การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาหลักในการสรุปเป็นข้อค้นพบ ทำการตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลหลักใน 4 ระดับจากกลุ่มตัวอย่างในระดับกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต ระดับอำเภอ และระดับตำบล ดังแสดงในตารางที่ 3.2
4. ผู้วิจัยนำเนื้อหาที่สรุปผลจากข้อที่ 3 ไปวิเคราะห์ผลเพื่อหาประเด็นหลักของกระบวนการถ่ายทอดในเขตสุขภาพที่อยู่ในควอไทล์ที่ 4 และควอไทล์ที่ 1
5. จากนั้นจึงวิเคราะห์หาจุดเด่นและช่องว่างของกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติ
6. นำผลจากข้อ 4 และ 5 ไปสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้ในระยะที่ 3

ตารางที่ 3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลัก ระดับกระทรวง เขต จังหวัด อำเภอ และตำบล

ระดับ	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
กระทรวงสาธารณสุข	ผู้ตรวจราชการเขต / สาธารณสุขนิเทศก์	4
	ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ	1
เขตสุขภาพ	หัวหน้าแผนยุทธศาสตร์	1
	ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	2
	คณะกรรมการประสานงาน	1
	คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ	3
	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	2
	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนปฏิบัติการ	1
	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	2
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1
	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	1
	คณะกรรมการ Service Plan	4
อำเภอ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / ผู้แทน	6
	สาธารณสุขอำเภอ / ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ	8
ตำบล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล / ผู้แทน	7
รวม		44

แหล่งที่มา: สรุปผลจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

ระยะที่ 3 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานใน 12

เขตสุขภาพ

ผลการศึกษาระยะที่ 2 ทีมวิจัยนำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม 2 ชุด (ดูภาคผนวก ข. และ ค.) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานใน 12 เขตสุขภาพ จากมุมมองระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณโดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 2
2. เก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร คือ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบต่อประสิทธิผลปฏิบัติงานเพื่อให้ตัวชี้วัดบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายใน 4 ระดับ คือ ระดับกระทรวงระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอใน 12 เขตสุขภาพ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Multistage stratified random sampling²¹ ในแต่ละขั้นตอนของการสุ่มใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้ (รูปภาพที่ 3.1)
 - ขั้นที่ 1 ในระดับเขตสุขภาพทั้งหมด 12 เขต เก็บข้อมูลจากผู้บริหารที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ที่ 2 และเป้าหมาย (ตัวชี้วัด) จำนวนทั้งหมด 36 คน (เขตสุขภาพละ 3 คน) ประกอบด้วย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์ Chief Service Officer (CSO)
 - ขั้นที่ 2 ในระดับจังหวัด สุ่มเลือก 1 จังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนแต่ละเขตสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 12 จังหวัด เก็บข้อมูลจากทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ที่ 2 และเป้าหมาย (ตัวชี้วัด) รายละเอียด ดังนี้

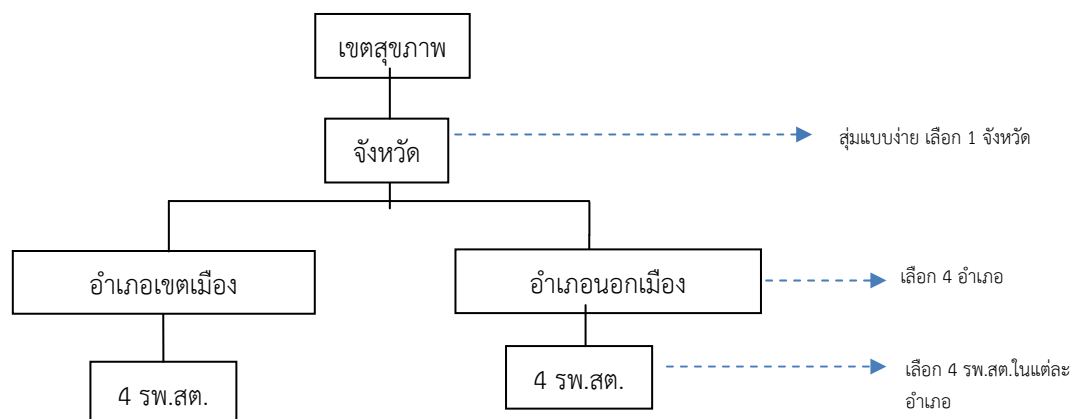
ระดับผู้บริหาร (รวมจำนวนตัวอย่างผู้บริหารระดับจังหวัด ทั้งหมด 173 คน) ได้แก่

 - นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ จังหวัดละ 3 คน รวมทั้งหมด 36 คน
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดละ 1 คน รวมทั้งหมด 17 คน
 - ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดละ 10 คน รวมทั้งหมด 120 คน

ระดับผู้ปฏิบัติงาน (รวมจำนวนตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดทั้งหมด 156 คน) ได้แก่

- หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ (ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) จังหวัดละ 1 คน รวมทั้งหมด 12 คน
 - หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง (ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป) จังหวัดละ 2 คน รวมทั้งหมด 24 คน
 - ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการของจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับการนำตัวชีวิตของ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ไปปฏิบัติในหน่วยบริการ หรือ ผู้รับผิดชอบตัวชีวิต Service Plan หรือ Project Manager ในยุทธศาสตร์ที่ 2 จังหวัดละ 10 คน รวมทั้งหมด 120 คน
- ขั้นที่ 3 ในระดับอำเภอ สุ่มเลือก 4 อำเภอในแต่ละจังหวัด รวมทั้งสิ้น 48 อำเภอ เก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ที่ 2 และเป้าหมาย (ตัวชีวิต) ได้แก่
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายรวบรวม ตัวชีวิตในยุทธศาสตร์ที่ 2 ไปปฏิบัติ รวมทั้งหมด 96 คน
 - สาธารณสุขอำเภอ และผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายรวบรวมตัวชีวิตใน ยุทธศาสตร์ที่ 2 ไปปฏิบัติ รวมทั้งหมด 96 คน
 รวมจำนวนตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอทั้งหมด 192 คน
 - ขั้นที่ 4 ในระดับตำบลสุ่มเลือก 4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในแต่ละอำเภอ รวมทั้งสิ้น 192 รพ.สต. เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม ตำบลและผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบตัวชีวิตในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล จำนวน 2 คน ต่อ รพ.สต.รวมทั้งหมด 384 คน

สรุปจำนวนตัวอย่างทุกระดับ 941 คน โดยแบ่งออกเป็น ผู้บริหาร 209 คน ผู้ปฏิบัติงาน 732 คน



รูปภาพที่ 3.1 แผนผังการสุ่มตัวอย่างในแต่ละเขตสุขภาพ

การพัฒนาแบบสอบถาม

1. ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามโดยนำประเด็นที่ค้นพบจากระยะที่ 2 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นแบบสอบถาม
2. การตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน คนที่ 1 เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานด้านการศึกษา คนที่ 2 รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต และ คนที่ 3 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาไปตรวจสอบความเชื่อมั่นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยผู้วิจัยทำจดหมายขออนุมัตินายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์เพื่อขออนุญาตนำแบบสอบถามไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ.2558 จากจำนวนการตอบกลับ 26 คน ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ที่ 0.967 โดยองค์ประกอบของแบบสอบถาม มีดังต่อไปนี้
 - 2.1 แบบสอบถามระดับผู้บริหาร มีจำนวนทั้งหมด 87 ข้อ (ดูภาคผนวก ข)
 - 2.2 แบบสอบถามระดับผู้ปฏิบัติ มีจำนวนทั้งหมด 123 ข้อ (ดูภาคผนวก ค)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยวางแผนนำแบบสอบถาม ไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. ส่งจดหมายขออนุญาตนำแบบสอบถามลงเก็บข้อมูลไปยังผู้ตรวจราชการทั้ง 12 เขต และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 12 จังหวัด ในวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ.2558

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้บริหาร ระดับเขต และ ระดับจังหวัด ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปยังผู้บริหารระดับกระทรวงโดยตรง สำหรับในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยวิธี ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้
 - 2.1 เลือกผู้ประสานงานของแต่ละจังหวัดทั้ง 12 จังหวัด ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ โดยจัดทำเป็นคู่มือ และอธิบายคู่มือการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับผู้ประสานงานแต่ละท่านทางโทรศัพท์
 - 2.2 จัดส่งแบบสอบถามให้กับผู้ประสานในแต่ละจังหวัด
 - 2.3 ผู้ประสานงานของแต่ละเขตสุขภาพส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ ตั้งแต่วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ.2558 ถึง 17 สิงหาคม พ.ศ.2558 โดยกำหนดระยะเวลาส่งแบบสอบถามคืนภายใน 4 สัปดาห์ หลังได้รับแบบสอบถาม
 - 2.4 ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถส่งแบบสอบถามกลับไปยังผู้ประสานงานของแต่ละเขต/จังหวัด หรือผู้ตอบแบบสอบถามสามารถส่งกลับโดยตรงถึงหัวหน้าโครงการ เพราะแบบสอบถามทุกฉบับ ทีมวิจัยได้แนบซองส่งเอกสารกลับพร้อมแสตมป์เจ้าหน้าที่ของถึงหัวหน้าโครงการวิจัย โดยกำหนดระยะเวลาส่งกลับ ตั้งแต่วันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ.2558 ถึง 17 กันยายน พ.ศ.2558
 - 2.5 หลังจากได้รับแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้บริหารจัดการโดยตรวจสอบความสมบูรณ์ ลงรหัส และคีย์ข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ผล

ระยะเวลาการเก็บข้อมูลระยะที่ 3

การเก็บข้อมูลได้เริ่มหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในระยะที่ 3 และคณะกรรมการรับรองจริยธรรมของจังหวัด โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ.2558 ถึง 17 กันยายน พ.ศ.2558

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ทั้งเพศชายและเพศหญิง

1. ยินยอมตนเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และลงนามในหนังสือยินยอมตนเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ยินดีให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและเต็มใจให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยออกจากโครงการวิจัย มีดังนี้

- ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ปฏิเสธการสัมภาษณ์ และ/หรือการตอบแบบสอบถาม หรือตอบรับแบบสอบถามแล้วไม่ส่งคืนให้กับผู้รวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอยกเลิกหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ และการถอนตัวนี้ไม่กระทบกับสิทธิใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบ นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องอีกครั้ง จากนั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS V.18 โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน 12 เขตสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน 12 เขตสุขภาพ เช่น 1) ความชัดเจนของนโยบาย ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดของหน่วยงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 2) ภาวะผู้นำในหน่วยงาน 3) ทรัพยากรในหน่วยงาน 4) บรรยากาศการทำงานในหน่วยงาน และ 5) ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

การแปลผลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก 5 ด้าน มีเกณฑ์ดังนี้ 1) คะแนนน้อยกว่า 3.0 เท่ากับน้อย 2) คะแนน 3.0–4.0 เท่ากับปานกลาง 3) คะแนนมากกว่า 4.0 เท่ากับมาก

การรับรองจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (หมายเลข MUPH 2014-2000) เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2557

บทที่ 4

บริบทเขตสุขภาพ

บทนี้กล่าวถึงบริบทของสองเขตสุขภาพที่นำมาเป็นกรณีศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัด การดำเนินงานลงสู่การปฏิบัติภายในเขตสุขภาพ ด้านการเมือง (ภายในหน่วยงานและระบบสุขภาพ) ด้านสังคม ประชากร และทรัพยากรสุขภาพ การวิเคราะห์บริบทจะช่วยให้เห็นความซับซ้อนที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลังลงสู่หน่วยบริการในระดับกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ และอำเภอ

4.1 ด้านการเมือง

ตลอดช่วงการการวิจัยนี้ สภาพการเมืองเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยในช่วงแรกเปลี่ยนรัฐบาล โดยการนำของ นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร มาเป็น พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลนโยบายภายในกระทรวงสาธารณสุข ต่อมา ผู้บริหารระดับผู้สูงในกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในเรื่องงบประมาณ ส่งผลให้มีคำสั่งย้ายปลัดกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาปฏิบัติงานในสำนักนายกรัฐมนตรี ตามมาด้วยการปรับเปลี่ยนรักษาการปลัดกระทรวงสาธารณสุขถึงสองท่าน และในที่สุดได้มีคำสั่งย้ายกลับมาปฏิบัติงานในตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามเดิม และตามด้วยการเปลี่ยน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบรรยากาศด้านการเมืองตลอดระยะเวลาตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2557 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2558 มีการเปลี่ยนแปลง จึงส่งผลต่อการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ต้องปรับตัวให้ทันต่อนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข

4.2 ด้านสังคม

ประชากร ทรัพยากร และหน่วยบริการ

การศึกษาบริบทด้านประชากร ทรัพยากร และหน่วยบริการในระดับเขตสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างในสองเขตสุขภาพ มีความแตกต่างกัน โดยเขตสุขภาพที่ Q42 รับผิดชอบดูแล 5 จังหวัด จำนวนประชากร 3,442,854 คน จำนวนแพทย์ 740 (คน) แพทย์ต่อประชากร 1: 4,652 จำนวนเตียง 4,670 เตียง จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด 741 แห่ง ครอบคลุมการบริการ 4 ระดับ คือ 1) ศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง 4 สาขา จำนวน 4 แห่ง 2) ระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์ (A); รพศ/โรงพยาบาลทั่วไป (S); รพท) 7 แห่ง 3) ระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M 2)

จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จำนวน 29 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) จำนวน 2 แห่ง 4) ระดับปฐมภูมิ จำนวนหน่วยบริการ 690 แห่ง (ตารางที่ 4.1)

เขตสุขภาพที่ Q12 รับผิดชอบดูแล 8 จังหวัด จำนวนประชากร 5,548,017 คน จำนวนแพทย์ 1,075 (คน) แพทย์ต่อประชากร 1: 5,161 จำนวนเตียง 7,065 เตียง หน่วยบริการทั้งหมด 873 แห่ง ครอบคลุมการบริการ 4 ระดับ คือ 1) ศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง 4 สาขา จำนวน 10 แห่ง 2) ระดับตติยภูมิ (รพศ/รพท: A, S) 14 แห่ง 3) ระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M 2) จำนวน 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) จำนวน 11 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จำนวน 37 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) จำนวน 5 แห่ง 4) ระดับปฐมภูมิ หน่วยบริการ จำนวน 791 แห่ง (ตารางที่ 4.1)

ในด้านประชากร ทรัพยากร และหน่วยบริการ พบว่า จังหวัด Q422 จำนวนประชากร 849,692 คน จำนวนแพทย์ 238 คน แพทย์ต่อประชากร 1: 3,570 จำนวนเตียง 1,148 หน่วยบริการ ระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง 4 แห่ง ตติยภูมิ 1 แห่ง ทุติยภูมิ 8 แห่ง และปฐมภูมิ 145 แห่ง (ตารางที่ 4.2) จังหวัด Q125 จำนวนประชากร 673,933 คน จำนวนแพทย์ 137 คน แพทย์ต่อประชากร 1: 4,919 จำนวนเตียง 1,003 หน่วยบริการระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง 1 แห่ง ตติยภูมิ 1 แห่ง ทุติยภูมิ 10 แห่ง และปฐมภูมิ 120 แห่ง (ตารางที่ 4.2)

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) เกี่ยวกับตัวชี้วัด จำนวน 26 ตัวหลัก ใน 5 ด้าน พบว่า หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดมีจำนวน 10 หน่วยงาน แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบจำนวนแตกต่างกัน คือ ตั้ง 1 ตัวชี้วัด สูงสุด 11 ตัว (ตารางที่ 4.3)

การวิเคราะห์บริบทเบื้องต้นจะสังเกตว่า เขตสุขภาพดำเนินงานอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องด้านการเมืองที่ส่งผลต่อการดำเนินนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ด้านสังคม เช่น จำนวนประชากร (อายุ ความเชื่อ วัฒนธรรม ซึ่งไม่ได้มีการวิเคราะห์เชิงลึกในการศึกษานี้) จำนวนผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขด้านอื่นๆ) ลักษณะหน่วยบริการที่แตกต่างกัน (ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง และหน่วยบริการตติยภูมิ หน่วยบริการทุติยภูมิ และหน่วยบริการปฐมภูมิ) และผู้มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับตัวชี้วัด 10 หน่วยงาน (ไม่ได้รวมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) นอกจากนั้น ระดับหน่วยบริการยังกระจายทางภูมิศาสตร์แตกต่างกันด้วย จึงทำให้กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดภายในเขตสุขภาพมีความซับซ้อนมาก ต้องเชื่อมต่องานทั้งในแนวดิ่ง(ระดับจากกระทรวงสาธารณสุข ไปเขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ) และการเชื่อมต่อแนวนราบคือแต่หน่วยบริการในระดับเดียวกัน ตลอดจนระดับสายการบังคับบัญชาของแต่ละหน่วยบริการไปถึงผู้ปฏิบัติงานในด้านหน้า เพื่อให้การวัดผลการดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมาย จึงต้องมีกระบวนการถ่ายทอดที่ชัดเจนและมีมาตรฐาน

การวิเคราะห์บริบทของทั้งสองเขตสุขภาพจะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารทุกระดับได้ตระหนักถึง
ก่อนนำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดไปถ่ายทอดให้หน่วยบริการนำไปสู่การปฏิบัติ
ตารางที่ 4.1 บริบทของเขตสุขภาพในด้านประชากร ทรัพยากรบุคคล และหน่วยบริการ⁵⁶

Parameter	เขตสุขภาพที่ Q42	เขตสุขภาพที่ Q12
จำนวนจังหวัด	5	8
ประชากร (คน)	3,442,845	5,548,017
จำนวนแพทย์ (คน)	740	1,075
แพทย์ต่อประชากร	1 : 4,652	1 : 5,161
จำนวนเตียง	4,670	7,065
เตียง/10,000 ประชากร	13.6	12.7
ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (แห่ง)	4	10
• ทารกแรกเกิด	1	3
• มะเร็ง	1	2
• อุบัติเหตุ	1	3
• หัวใจ	1	2
ตติยภูมิ (แห่ง)	7	14
• โรงพยาบาลศูนย์	2	6
• โรงพยาบาลทั่วไป	4	3
• โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	1	5
ทุติยภูมิ (แห่ง)	40	58
• โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย	6	5
• โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	3	11
• โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	29	37
• โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	1	1
• โรงพยาบาลชุมชนสร้างใหม่	1	4
ปฐมภูมิ (แห่ง)	690	791
• เขตเมือง (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง)	13	18
• โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	617	772
• ศูนย์สุขภาพชุมชน	60	1

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนระบบบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.2 บริบทของจังหวัด ในด้านประชากร ทรัพยากรบุคคล และหน่วยบริการ⁵⁶

Parameter	Q422	Q125
ประชากร (คน)	849,692	673,933
จำนวนแพทย์ (คน)	238	137
ประชากรต่อแพทย์	1 : 3,570	1 : 4,919
จำนวนเตียง	1,148	1,003
เตียง / 10,000 ประชากร	13.5	14.9
ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (แห่ง)		
● ทารกแรกเกิด	1	1
● มะเร็ง	1	-
● อุบัติเหตุ	1	-
● หัวใจ	1	-
ตติยภูมิ (แห่ง)		
● รพศ.	1	1
● รพท.	-	-
● รพท.ขนาดเล็ก	-	-
ทุติยภูมิ (แห่ง)		
● โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย	1	1
● โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	-	3
● โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	7	5
● โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	-	-
● โรงพยาบาลชุมชนสร้างใหม่	-	1
ปฐมภูมิ (แห่ง)		
● เขตเมือง (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง)	2	1
● โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	143	119
● ศูนย์สุขภาพชุมชน	-	-

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนระบบบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.3 รายชื่อหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบตัวชี้วัดตามมิติตัวชี้วัด

	หน่วยงาน	จำนวนตัวชี้วัด (ลำดับที่เกี่ยวข้อง)	มิติตัวชี้วัด
1	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (สำนักยุทธศาสตร์)	1 (1)	- การเข้าถึงบริการ
2	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักบริหารการ สาธารณสุข, สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน)	11 (2,3,4,13,15,16,17, 18,20,24,26)	- การเข้าถึงบริการ - คุณภาพบริการ - คุณภาพการบำบัดรักษา - บริการเฉพาะ - กลุ่มระบบบริการ
3	กรมสุขภาพจิต	1 (5)	- การเข้าถึงบริการ
4	กรมอนามัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, สำนักทันต สาธารณสุข)	4 (6,8,9,17)	- คุณภาพบริการ
5	กรมการแพทย์ (กลุ่มงานสูติรีเวชศาสตร์, โรงพยาบาล ราชวิถี, กลุ่มงานฉุกเฉินทางการแพทย์, สถาบันสุขภาพ เด็กแห่งชาติมหาราชินี, สถาบันประสาทวิทยา)	5 (7,12,13,19,23)	- คุณภาพบริการ - คุณภาพการบำบัดรักษา
6	กรมสุขภาพจิต (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, สำนักบริหารบริการสุขภาพจิต และจิตเวช) กรมควบคุมโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อ, สำนักระบาดวิทยา)	2 (10,12) 4 (11,12,21,22)	- คุณภาพบริการ - คุณภาพการบำบัดรักษา
8	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	1 (14)	- คุณภาพบริการ
9	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองพัฒนา ศักยภาพผู้บริโภค)	1 (25)	- บริการเฉพาะ
10	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สำนักกฎหมาย)	1 (25)	- บริการเฉพาะ

บทที่ 5

ผลการศึกษา

บทนี้กล่าวถึงผลการศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ แบ่งการรายงานผลเป็น 2 ส่วนดังนี้

5.1 กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติในสองเขตสุขภาพ

5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน 12 เขตสุขภาพ

5.1 กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติในสองเขตสุขภาพ

5.1.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กรณีศึกษา 2 เขตสุขภาพโดยสุ่มเลือกเขตสุขภาพในกลุ่มควอไทล์ที่ 4 และกลุ่มควอไทล์ที่ 1 ได้เขตสุขภาพ Q42 และ Q12 ตามลำดับ จากนั้นสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารเขตสุขภาพ การสนทนากลุ่มกับผู้บริหารระดับกลางและปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ จำนวนทั้งหมด 44 คน (เขตสุขภาพ Q42 จำนวน 21 คน เขตสุขภาพ Q12 จำนวน 23 คน) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.28 ± 7.52 ปี เป็นเพศชาย 28 คน หญิง 16 คน ปฏิบัติงานระดับกระทรวงฯ 4 คน (9.1%) ระดับเขตสุขภาพ 8 คน (18.2%) ระดับจังหวัด 11 คน (25.0%) ระดับอำเภอ 14 คน (31.8%) ระดับตำบล 7 คน (15.9%) อายุงานเฉลี่ย 10.89 ± 10.63 ปี (ภาคผนวก ง)

5.1.2 กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของสองเขตสุขภาพด้วยวิธี content analysis สรุปกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่เขตสุขภาพ มี 7 กระบวนการดังนี้ (ตารางที่ 5.1)

1. การจัดทำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก โดยกำหนดวัตถุประสงค์และค่าเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผลให้ชัดเจน
2. การสร้างกลไกแปลงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่แผนปฏิบัติงานในทุกระดับของหน่วยปฏิบัติโดยจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ แผนปฏิบัติการ และจัดทีมรับผิดชอบเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติ
3. การจัดระบบการสื่อสาร และทิศทางการสื่อสารของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก โดยนำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และแผนปฏิบัติงานไปสู่หน่วยงานระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตามสายการบังคับบัญชา
4. การนำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานลงสู่หน่วยปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ

5. การติดตาม กำกับ และการประเมินผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรมตามกำหนดเวลา
6. การรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงาน
7. การทบทวนผลการดำเนินงาน และการจัดการ

ตารางที่ 5.1 กระบวนการที่เขตสุขภาพถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่พื้นที่ในระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภ

ระดับ กระบวนการถ่ายทอด	กระทรวงสาธารณสุข	เขตสุขภาพ	จังหวัด	อำเภอ / ตำบล
1. การจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ที่ 2 ตัวชี้วัด • ความชัดเจน • กลไกการถ่ายทอด	• สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) จัดทำวิสัยทัศน์ เป้าหมาย แผน ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด (สนย. สำนักบริการสาธารณสุข (สปรส.) กรมวิชาการต่างๆ ของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) • การกำหนดวัตถุประสงค์ ค่าเป้าหมาย • การประชุมอย่างเป็นทางการ - การมอบนโยบายที่ส่วนกลาง โดยผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และทีมงาน - มอบเอกสาร ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บ ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2557	• เขตสุขภาพจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด • การกำหนดวัตถุประสงค์ ค่าเป้าหมาย ของเขตสุขภาพ • การประชุมอย่างเป็นทางการ - รับนโยบายที่ส่วนกลางโดยผู้บริหารเขตสุขภาพ - การประชุมคณะกรรมการ ประสานงานระดับเขต (คปสข.)	• สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด • มีการกำหนดวัตถุประสงค์ ค่าเป้าหมาย ของจังหวัด • การประชุมอย่างเป็นทางการ - รับนโยบายที่ส่วนกลาง เขต และจังหวัด - การประชุมคณะกรรมการ ประสานงานระดับจังหวัด (คปสจ.)	• สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด • การกำหนดวัตถุประสงค์ ค่าเป้าหมาย ของอำเภอ • การประชุมอย่างเป็นทางการ - รับนโยบายที่ เขต จังหวัด และอำเภอ - การประชุมคณะกรรมการ ประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.)

ระดับ กระบวนการถ่ายทอด	กระทรวงสาธารณสุข	เขตสุขภาพ	จังหวัด	อำเภอ / ตำบล
2. สร้างกลไกแปลงนโยบาย ยุทธศาสตร์ที่ 2 เพื่อนำลงสู่การปฏิบัติงาน ● แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10-15 สาขาหลัก ● การจัดโครงสร้างทีม ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการตามสาขาหลัก ● การ cascading แผนพัฒนาระบบบริการสาขาหลัก ไปยังส่วนงานที่เกี่ยวข้อง ● การนำแผนพัฒนาระบบบริการและแผนปฏิบัติงานลงสู่การปฏิบัติ ได้ตามกำหนดเวลา	● คณะกรรมการ (สปรส. กรมวิชาการ ต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหารเขต) แปลงยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10-15 สาขาหลัก ● การจัดทีมงาน (สหสาขา) รับผิดชอบแต่ละแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10-15 สาขาหลัก (กรมวิชาการต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหารเขต) ● การ cascading แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแต่ละสาขาหลักไปยังส่วนงานของเขตตามสายการบังคับบัญชา ● การนำแผนพัฒนาระบบบริการและแผนปฏิบัติงานลงสู่การปฏิบัติยังไม่ได้กำหนดเวลาชัดเจน	● คณะกรรมการเขตแปลงยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพพื้นที่เครือข่ายบริการ (A, S, M, F) ● การจัดทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตามสาขาหลัก 10-15 สาขา (คณะกรรมการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต ประกอบด้วย Project Director (PD), Project Coordinator (PC) ● การ cascading แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแต่ละสาขาหลักไปยังหน่วยงานระดับตติยภูมิ, ทุติยภูมิ, ปฐมภูมิ ● การนำแผนพัฒนาระบบบริการและแผนปฏิบัติงานลงสู่การปฏิบัติ ยังไม่ได้กำหนดเวลาชัดเจน	● สสจ. แปลงยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของจังหวัด (A, S) ● การจัดทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด แยกตามสาขาหลัก 10-15 สาขา (โดยมี PD, PC เป็นแกนหลัก) ● การ cascading แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแต่ละสาขาหลัก ในแนวตั้ง และแนวนอนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระดับ ตติยภูมิ, ทุติยภูมิ ● การนำแผนพัฒนาระบบบริการและแผนปฏิบัติงานลงสู่การปฏิบัติ ยังไม่ได้กำหนดเวลาชัดเจน	● สสอ. ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน แปลงยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับหน่วยงานบริการสุขภาพระดับอำเภอ (M, F) ● การจัดทีม เครือข่ายรับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตามสาขา (โดยมี PD, PC เป็นแกนหลัก) ● การ cascading แผนพัฒนาระบบบริการสาขาหลักในแนวราบไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระดับ ทุติยภูมิ, ปฐมภูมิ ● การนำแผนพัฒนาระบบบริการและแผนปฏิบัติงานลงสู่การปฏิบัติ ยังไม่ได้กำหนดเวลาชัดเจน

ระดับ กระบวนการถ่ายทอด	กระทรวงสาธารณสุข	เขตสุขภาพ	จังหวัด	อำเภอ / ตำบล
การจัดสรรทรัพยากรสอดคล้องกับกิจกรรมในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหลัก และแผนปฏิบัติงาน	ผู้บริหารใช้หลัก “ความร่วมมือการใช้ทรัพยากรร่วมกัน” โดยมีนโยบายใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขต	การจัดทำแผนด้านกำลังคน เงินและเครื่องมือให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการตามกำหนดเวลา โดยยึดหลักการใช้ทรัพยากรร่วม	การจัดทำแผนด้านกำลังคน และเครื่องมือให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการ ยังไม่ได้ตามกำหนดเวลา	การจัดทำแผนด้านกำลังคน และเครื่องมือให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการ ยังไม่ได้ตามกำหนดเวลา
3. ทิศทางการสื่อสารนโยบายแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 ตัวชี้วัด - ระบบการสื่อสาร - บรรยากาศการสื่อสาร - สาร (นโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด)	- ระบบการสื่อสารเป็นแบบทางการ โดยใช้การประชุมเป็นหลัก มีทิศทางเดียว (จากบนลงล่าง) เป็นหลัก มีการให้สอบถามในห้องประชุม - บรรยากาศการประชุมเป็นแบบทางการ เป็นหลัก - ส่งมอบเอกสาร คู่มือตัวชี้วัด และคำเป้าหมาย และแผนพัฒนาระบบบริการที่จัดทำโดยคณะทำงานจากกระทรวงสาธารณสุข - การ Cascade แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหลักตามแนวดิ่ง 3 ระดับ คือ เขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ	- ระบบการสื่อสารเป็นแบบผสม มีการสื่อสารแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ แต่รูปแบบยังคงเป็นการสื่อสารจากบนลงล่างเป็นหลัก มีการพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการในทีมทำงาน - บรรยากาศการประชุมเป็นแบบทางการ Teleconference - มอบเอกสาร คู่มือตัวชี้วัด และคำเป้าหมาย และจัดทำแผนพัฒนาบริการสุขภาพ - ทำหน้าที่ Facilitate การ Cascade แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหลักตามแนวดิ่ง 3 ระดับ คือ เขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ	- ระบบการสื่อสารเป็นแบบผสม มีการสื่อสารแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ แต่รูปแบบยังคงเป็นการสื่อสารจากบนลงล่างเป็นหลัก มีการพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการในทีมทำงาน - บรรยากาศการประชุมเป็นแบบทางการ - มอบเอกสาร คู่มือตัวชี้วัด และคำเป้าหมาย และจัดทำแผนพัฒนาบริการสุขภาพ - การ Cascade แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหลักตามแนวดิ่ง 3 ระดับ คือ เขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ และแนวราบ ไปยังหน่วยงานตามหน้าที่	- ระบบการสื่อสารเป็นแบบผสม มีการสื่อสารแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ แต่รูปแบบยังคงเป็นการสื่อสารจากบนลงล่างเป็นหลัก มีการพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการในทีมทำงาน - บรรยากาศการประชุมเป็นแบบทางการ - มอบเอกสาร คู่มือตัวชี้วัด และคำเป้าหมาย และจัดทำแผนพัฒนาบริการสุขภาพ - หน่วยงาน Cascade แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามที่ได้รับมอบหมาย ไปยังส่วนงานในหน่วยบริการ

ระดับ กระบวนการถ่ายทอด	กระทรวงสาธารณสุข	เขตสุขภาพ	จังหวัด	อำเภอ / ตำบล
4. การนำนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 ตัวชี้วัด ลงสู่การปฏิบัติ • กรอบแนวคิด • ระบุวัตถุประสงค์ที่ต้องการบรรลุในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว • การจัดทำแผนปฏิบัติการ • ระบบการคัดเลือกตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 และแผนพัฒนาระบบบริการ • สร้างกลไกการขับเคลื่อนต่างๆ ให้สอดคล้องและไปในทิศทางเพื่อบรรลุผลลัพธ์ระยะสั้นในแต่ละปี	• ใช้ Six building block model และ Plan Do Check Act (PDCA) Context Input Process Output (CIPP) Hospital Accreditation (HA) เป็นหลัก • วัตถุประสงค์ที่ต้องการบรรลุในระยะสั้น (1 ปี) ระยะกลาง (3 ปี) ระยะยาว (5 ปี) มีการระบุไว้ • กิจกรรมในแผนปฏิบัติการยังไม่เห็นชัดเจนในกรอบเวลาของการนำลงสู่การปฏิบัติ • สนย. สบรส. กรมวิชาการ (มากกว่า 10 หน่วยงาน) คัดเลือกตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักทั้งหมด 26 ตัวหลัก ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 และในแผนพัฒนาระบบบริการ • มีการนำ Line, Social media มาช่วยในการสื่อสารสร้างกลไกเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 2	• ใช้ Six building block model PDCA CIPP HA เป็นหลัก • วัตถุประสงค์ที่ต้องการบรรลุในระยะสั้น (1 ปี) ระยะกลาง (3 ปี) ระยะยาว (5 ปี) มีการระบุไว้ • กิจกรรมในแผนปฏิบัติการยังไม่เห็นความชัดเจนของกรอบเวลาของกิจกรรมที่เริ่มต้นและสิ้นสุด • เขตสุขภาพนำตัวชี้วัดจากกระทรวงและตัวชี้วัดของแผนพัฒนาระบบบริการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติโดยการประชุมอย่างเป็นทางการ • ใช้ทีมสหสาขาเป็นกลไกเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 2 ให้บรรลุผลตามเป้าหมาย	• ใช้ Six building block model PDCA CIPP HA เป็นหลัก • วัตถุประสงค์ที่ต้องการบรรลุในระยะสั้น (1 ปี) ระยะกลาง (3 ปี) ระยะยาว (5 ปี) มีการระบุไว้ • การจัดทำกิจกรรมในแผนปฏิบัติการยังไม่เห็นความชัดเจนของกรอบเวลาของกิจกรรมที่เริ่มต้นและสิ้นสุด • สสจ. เลือกตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และนำไปปฏิบัติก่อนการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากกระทรวงและเขต เนื่องจากตัวชี้วัดมาถึงหน่วยงานล่าช้า • ใช้ทีมสหสาขาเป็นกลไกเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 2 ให้บรรลุผลตามเป้าหมาย	• ใช้ Six building block model PDCA CIPP HA เป็นหลัก • วัตถุประสงค์ที่ต้องการบรรลุในระยะสั้น (1 ปี) ระยะกลาง (3 ปี) ระยะยาว (5 ปี) มีการระบุไว้ • การจัดทำกิจกรรมในแผนปฏิบัติการยังไม่เห็นความชัดเจนของกรอบเวลาของกิจกรรมที่เริ่มต้นและสิ้นสุด • หน่วยงานระดับอำเภอ ตำบล เลือกตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และนำไปปฏิบัติก่อนเนื่องจากตัวชี้วัดมาถึงหน่วยงานล่าช้า • ใช้ทีมสหสาขาในหน่วยงานเป็นกลไกเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 2 ให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ระดับ กระบวนการถ่ายทอด	กระทรวงสาธารณสุข	เขตสุขภาพ	จังหวัด	อำเภอ / ตำบล
การผลักดันกลไกต่างๆ ให้เกิดขึ้น และเสริมซึ่งกันและกัน	ใช้ Service plan เป็นกลไกผลักดัน ให้เสริมงาน และเชื่อมต่อกับ เป้าหมายของหน่วยงานระดับต่างๆ ในแนวดิ่ง	ใช้ Service plan เป็นกลไกผลักดัน ให้เสริมงาน และเชื่อมต่อกับ เป้าหมายของหน่วยงานระดับต่างๆ ในแนวดิ่ง และแนวนราบ	ใช้ Service plan เป็นกลไกผลักดัน ให้เสริมงาน และเชื่อมต่อกับ เป้าหมายของหน่วยงานระดับต่างๆ ในแนวดิ่ง และแนวนราบ	ใช้ Service plan เป็นกลไกผลักดัน ให้เสริมงาน และเชื่อมต่อกับ เป้าหมายของหน่วยงานในแนวนราบ
5. การติดตาม กำกับ และประเมิน ความก้าวหน้าของนโยบาย แผน ยุทธศาสตร์ที่ 2 แผนปฏิบัติงาน - การติดตาม กำกับภายใน (Internal Monitoring) - การติดตาม กำกับภายนอก (External Monitoring)	- กระทรวงฯ ติดตาม กำกับ และประเมิน ความก้าวหน้าของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงาน โดยมี ผู้ตรวจราชการ และทีมงานลงไปตรวจ เยี่ยมปีละ 2 ครั้ง - วิธีการติดตาม กำกับภายใน (นิเทศงาน การตรวจราชการ การลงเยี่ยมพื้นที่ การตรวจ ราชการ) การประชุม การทำ Group line - วิธีการติดตาม กำกับภายนอก จากหน่วยงานรับรองมาตรฐาน	- เขตสุขภาพ ติดตาม กำกับ และประเมิน ความก้าวหน้าของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงาน โดย การตรวจเยี่ยมร่วมกับผู้ตรวจราชการปี ละ 2 ครั้ง - วิธีการติดตาม กำกับภายใน (นิเทศงาน การตรวจราชการ การลงเยี่ยมพื้นที่ การตรวจ ราชการ) การประชุม การทำ Group line - วิธีการติดตาม กำกับภายนอก (การตรวจรับรองมาตรฐาน โรงพยาบาล HA Primary Care Accreditation (PCA))	- หน่วยงานระดับจังหวัด ติดตาม กำกับ และประเมินความก้าวหน้าของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงาน โดย การตรวจเยี่ยมร่วมกับผู้ตรวจราชการปี ละ 2 ครั้ง - วิธีการติดตาม กำกับภายใน (นิเทศงาน การตรวจราชการ การลงเยี่ยมพื้นที่ การตรวจ ราชการ) การประชุม การทำ Group line - วิธีการติดตาม กำกับภายนอก (การตรวจรับรองมาตรฐาน โรงพยาบาล HA)	- หน่วยงานระดับอำเภอ มีการติดตาม กำกับ และประเมินความก้าวหน้าของ นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติ งาน โดยการตรวจเยี่ยมร่วมกับผู้ตรวจ ราชการปีละ 2 ครั้ง - วิธีการติดตาม กำกับภายใน (นิเทศงาน การตรวจราชการ การลงเยี่ยมพื้นที่ การตรวจ ราชการ) การประชุม การทำ Group line - วิธีการติดตาม กำกับภายนอก (การตรวจรับรองมาตรฐาน โรงพยาบาล HA PCA)

ระดับ กระบวนการถ่ายทอด	กระทรวงสาธารณสุข	เขตสุขภาพ	จังหวัด	อำเภอ / ตำบล
6. กระบวนการรายงานผลการดำเนินงาน • การรายงานด้วยวาจา • การรายงานโดยใช้เอกสาร • ผู้รับรายงาน	• กระทรวงฯ มีวิธีการรายงานผลการดำเนินงานโดย - การรายงานด้วยวาจา - การรายงานโดยใช้เอกสาร • ผู้รับรายงานตัวชี้วัด คือ ทีมพัฒนาระบบบริการ และผู้ที่ได้รับมอบหมายและรายงานผู้บริหารสาธารณสุข	• เขตสุขภาพ มีวิธีการรายงานผลการดำเนินงานโดย - การรายงานด้วยวาจา - การรายงานโดยใช้เอกสาร • ผู้รับรายงานตัวชี้วัด คือ ทีมพัฒนาระบบบริการ และผู้ที่ได้รับมอบหมาย แล้วจึงสื่อสารผลการดำเนินงานไปยังคณะกรรมการระดับเขต กระทรวงฯ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สารสนเทศ	• หน่วยงานระดับจังหวัด มีวิธีการรายงานผลการดำเนินงานโดย - การรายงานด้วยวาจา - การรายงานโดยใช้เอกสาร • ผู้รับรายงานตัวชี้วัด คือ ทีมพัฒนาระบบบริการ และผู้ที่ได้รับมอบหมาย แล้วจึงสื่อสารผลการดำเนินงานไปยัง สสจ. สสจ. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับเขตสุขภาพ โดยใช้สารสนเทศ	• หน่วยงานระดับอำเภอ มีวิธีการรายงานผลการดำเนินงานโดย - การรายงานด้วยวาจา - การรายงานโดยใช้เอกสาร • ผู้รับรายงานตัวชี้วัด คือ ทีมพัฒนาระบบบริการ และผู้ที่ได้รับมอบหมาย แล้วจึงสื่อสารผลการดำเนินงานไปยัง สสอ. สสจ. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด อำเภอ โดยใช้สารสนเทศ

ระดับ กระบวนการถ่ายทอด	กระทรวงสาธารณสุข	เขตสุขภาพ	จังหวัด	อำเภอ / ตำบล
7. กระบวนการทบทวนผลการดำเนินงาน และการจัดการ - ผู้ทบทวน - วิธีการทบทวน - การจัดการ ในกรณีที่ผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ หรือแผน ยุทธศาสตร์ - การจัดการ ในกรณีที่ผลการดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย มีความคลาดเคลื่อน ไม่สอดคล้อง - นำผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา หน่วยงานที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด และการคาดการณ์ผลในปีถัดไป	- กระทรวงฯ ยังไม่วางระบบการทบทวน และจัดการอย่างเป็นรูปธรรม ในเรื่อง (วิธีการทบทวน ผู้ทบทวน และการจัดการเมื่อผลการดำเนินงานไม่บรรลุ เป้าหมายยุทธศาสตร์ X - การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานเริ่มมีการเปรียบเทียบในระหว่างเขตสุขภาพ และในเขตสุขภาพ ในระยะ 3-5 ปี แต่ข้อมูลที่ใช้ยังไม่สมบูรณ์ ขาดการ Validate ค่าสถิติ - การสื่อสารผลการทบทวนกลับไปยัง หน่วยงาน ยังไม่ชัดเจน และล่าช้า	- เขตฯ ยังไม่มีระบบการทบทวน และจัดการผลการวัดอย่างเป็นรูปธรรม (วิธีการทบทวน ผู้ทบทวน และการจัดการเมื่อผลการดำเนินงานไม่บรรลุ เป้าหมายยุทธศาสตร์) - การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานเริ่มมีการเปรียบเทียบในระหว่างเขตสุขภาพ และในเขตสุขภาพ โดยเปรียบเทียบในระยะ 3 ปี แต่ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ขาดการ Validate ค่าสถิติชัดเจน - การสื่อสารผลการทบทวนกลับไปยัง หน่วยงานระดับเขตสุขภาพ ยังไม่ชัดเจน และล่าช้า	- สสจ. ยังไม่มีระบบการทบทวน และจัดการผลการวัดอย่างเป็นรูปธรรม (วิธีการทบทวน ผู้ทบทวน และการจัดการเมื่อผลการดำเนินงานไม่บรรลุ เป้าหมายยุทธศาสตร์) - การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานเริ่มมีการเปรียบเทียบในระหว่างเขตสุขภาพ และในเขตสุขภาพ โดยเปรียบเทียบในระยะ 3 ปี แต่ข้อมูลที่ใช้เปรียบเทียบ ยังไม่มีการ Validate ค่าสถิติชัดเจนและยังไม่เห็นการเปรียบเทียบในระดับ จังหวัด - การสื่อสารผลการทบทวนกลับไปยัง หน่วยงานระดับจังหวัด ยังไม่ชัดเจน และล่าช้า	- สสอ ยังไม่มีระบบการทบทวน และจัดการผลการวัดอย่างเป็นรูปธรรม (วิธีการทบทวน ผู้ทบทวนและการจัดการเมื่อผลการดำเนินงานไม่บรรลุ เป้าหมายยุทธศาสตร์) - การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานเริ่มมีการเปรียบเทียบในระหว่างเขตสุขภาพ และในเขตสุขภาพ โดยเปรียบเทียบในระยะ 3 ปี แต่ข้อมูลที่ใช้เปรียบเทียบ ยังไม่มีการ Validate ค่าสถิติชัดเจน และยังไม่เห็นการเปรียบเทียบในระดับ อำเภอ - การสื่อสารผลการทบทวนกลับไปยัง หน่วยงานระดับอำเภอ ตำบล ยังไม่ชัดเจน และล่าช้า

5.1.3 การวิเคราะห์จุดเด่นและช่องว่างของกระบวนการที่เขตสุขภาพถ่ายทอดตัวชี้วัดหลักลงสู่พื้นที่

การวิเคราะห์จุดเด่นและช่องว่างของสองเขตสุขภาพ (ตารางที่ 5.2) พบว่า ในระดับกระทรวงฯ จุดเด่นคือ มีการวางทิศทางยุทธศาสตร์ของประเทศ และค่าเป้าหมาย เพื่อให้หน่วยบริการทราบทิศทางในระยะยาว ด้วยกลไกหลักคือ 1) นำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นกลไกหลัก ผลักดันยุทธศาสตร์ที่ 2 โดยแยกเป็น 10-15 สาขาหลัก ตามปัญหาของประเทศ โดยมีหน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักการบริหารสาธารณสุข (สปรส.) กรมวิชาการต่างๆ มาเป็นผู้คิดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน 2) ใช้ความหลากหลายในการถ่ายทอด เช่น การประชุมในระดับนโยบาย และการประชุมร่วมกับผู้บริหารเขต นอกจากนั้น 3) มีระบบการติดตามผลการดำเนินงาน หลากหลายรูปแบบ เช่น การตรวจเยี่ยม การตรวจราชการ ระบบรายงานทุก 3, 6, 9 เดือน การรายงานด้วยระบบราชการเป็นหลัก (ตามสายการบังคับบัญชา) ในการวิเคราะห์ช่องว่างก็พบว่า 1) นโยบายของกระทรวงมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย 2) ตัวชี้วัดขาดการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ และ 3) ความไม่สอดคล้องด้านระยะเวลาในการถ่ายทอดตัวชี้วัดกับการที่หน่วยงานต้องนำตัวชี้วัดไปดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้หน่วยงานต้องตัดสินใจดำเนินการเลือกตัวชี้วัดของพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับอำเภอ และตำบล ไปล่วงหน้าก่อน เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามกำหนดเวลา

ในระดับเขตสุขภาพ จุดเด่น คือ 1) ได้แปลงยุทธศาสตร์ของกระทรวงฯ โดยจัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวปฏิบัติ สังเคราะห์ เพื่อนำมาเป็นแนวทางให้กับผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนั้น 2) ได้จัดโครงสร้างคณะกรรมการ และทีมผู้รับผิดชอบแต่ละแผนพัฒนาระบบบริการ เพื่อนำไปชี้แจงในที่ประชุมระดับเขตสุขภาพ (ผู้บริหาร เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง) ช่องว่างที่พบคือ 1) โครงสร้างเขตสุขภาพไม่ชัดเจน พื้นที่ที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ใช้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ 2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานก็มีการยืมตัวจากหน่วยงานในระดับจังหวัดมาปฏิบัติงาน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักแผนพัฒนาระบบบริการมีภารกิจในตำแหน่งผู้บริหารของหน่วยงาน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมเพื่อผลักดันงานได้เต็มเวลา ส่งผลต่อการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 ให้สอดคล้องกันในระดับแนวตั้งและแนวนอน เนื่องจากติดภารกิจเข้ามาประชุมไม่ได้ต้องอาศัยตัวแทนเข้ามาประชุมแทน

ในระดับจังหวัด จุดเด่น 1) ผู้บริหารให้ความสำคัญกับแผนพัฒนาระบบบริการ 2) มีคณะกรรมการวางแผน และประเมินผล (กวป.) กำกับ ติดตาม ผลการปฏิบัติงาน โดยสร้างความเชื่อมโยงกิจกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาหลัก ในระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ โดยใช้ทีมเป็นผู้ขับเคลื่อน แต่ยังพบช่องว่าง คือ 1) การถ่ายทอดยุทธศาสตร์ของกระทรวงยังไม่สอดคล้องกับเวลาการดำเนินงานของหน่วยงาน ตัวชี้วัดจะมาจากจังหวัดได้กำหนดแผนปฏิบัติงานเสร็จสิ้นแล้ว

นอกจากนั้น 2) ทักษะ ภาวะผู้นำ ของผู้บริหารในระดับกลาง และระดับต้น ยังขาดมุมมองเชิงระบบ 3) ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดจะอยู่ในกลุ่มที่ได้รับมอบหมายที่ได้รับผิดชอบเท่านั้น และ 4) วัฒนธรรม Benchmarking ยังคลาดเคลื่อน นำมาใช้ในการจับผิด

ในระดับอำเภอ ตำบล จุดเด่นคือ 1) การทำงานเป็นทีม ร่วมมือกันเป็นเครือข่าย มีระบบ ติดตามผลการดำเนินงานรายไตรมาส การประชุมประจำเดือนเพื่อติดตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และการนิเทศงานจากอำเภอ 2) การนำเสนอสารสนเทศ เช่น โปรแกรม HosXP มาติดตามผลการดำเนินงาน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ที่ 2 ที่ชัดเจน เพื่อ ถ่ายทอดลงสู่ รพ.สต. ช่องว่างที่พบ คือ 1) ความเข้าใจตัวชี้วัด และการคำนวณ ตัวชี้วัดยังไม่ชัดเจน ระยะเวลาที่ถ่ายทอดตัวชี้วัดยังไม่สอดคล้องกับการดำเนินงาน ส่งผลให้หน่วยงานต้องเลือกตัวชี้วัดก่อน ล่วงหน้า และจึงกลับมาปรับให้สอดคล้องกับของจังหวัด และเขต 2) ภาระงานของบุคลากร โดยเฉพาะ รพ.สต. ไม่สอดคล้องกับภาระงานที่ได้รับมอบหมาย เนื่องจาก ตัวชี้วัดที่ลงมายัง รพ.สต. มาจากหลากหลายหน่วยงาน ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 5.2 การวิเคราะห์จุดเด่น และช่องว่างกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานลงสู่การ ปฏิบัติในสองเขตสุขภาพ

ระดับ	จุดเด่น	ช่องว่าง
1. กระทรวง สาธารณสุข	- ได้วางยุทธศาสตร์ที่ 2 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติทราบทิศทาง และเป้าหมาย และมีการนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักมาประเมินผลงาน - นำหน่วยงาน สนย. สบรส. กรมวิชาการต่างๆ มา เป็นสมอง เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และ ตัวชี้วัด - แปลงยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นแผนพัฒนาระบบ คุณภาพบริการ 10 สาขาหลัก (15 สาขาหลัก) เพื่อใช้ขับเคลื่อนปัญหาสุขภาพสุขภาพของ ระดับประเทศ เพื่อให้หน่วยงานนำไปปฏิบัติ - ใช้หลากหลายกลวิธีในการถ่ายทอด เช่น การ ประชุมรับนโยบาย จากปลัดกระทรวงฯ การ ประชุมร่วมกับผู้บริหารเขตสุขภาพ - มีระบบการติดตามผลการดำเนินงานหลากหลาย แบบ เช่น การตรวจเยี่ยม การตรวจราชการ ระบบการรายงาน 3,6,9 เดือน การประชุม และ การใช้กรุ๊ปไลน์	- นโยบายของกระทรวงเปลี่ยนแปลง บ่อย(ตัวชี้วัดเปลี่ยนแปลง) - ตัวชี้วัดของพื้นที่ ความต้องการไม่ ตรงกับของกระทรวง - ตัวชี้วัดมาจากหลายหน่วยงาน ส่งผล ต่อผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ตำบล - ความไม่สอดคล้องด้านระยะเวลา การถ่ายทอดตัวชี้วัดที่หน่วยงานต้อง นำตัวชี้วัดไปดำเนินงานตามกำหนด ระยะเวลา - การสะท้อนผลการทบทวนกลับไปยัง หน่วยงานปฏิบัติงานยังมีความล่าช้า

ระดับ	จุดเด่น	ช่องว่าง
2. ระดับเขต สุขภาพ	- ได้แปลงยุทธศาสตร์ โดยการจัดทำเป็นคู่มือเพื่อเป็นแนวปฏิบัติ โดยการสังเคราะห์ และกำหนดแนวทาง เพื่อนำไปชี้แจงต่อ นายแพทย์ สสจ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง - ได้จัดโครงสร้างคณะกรรมการ ทีม รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการ แต่ละสาขาในระดับเขต	- ระยะเวลาการถ่ายทอดตัวชี้วัดยังไม่สอดคล้องกับหน่วยงานต้องนำตัวชี้วัดไปปฏิบัติให้ได้ตามเป้าหมาย - การให้คำนิยามตัวชี้วัดในระดับเขตกับกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ตรงกัน - โครงสร้าง เขตสุขภาพไม่ชัดเจน บุคลากรที่ปฏิบัติงานทำงาน 2 แห่ง ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอ
3. ระดับ จังหวัด	- ผู้บริหารให้ความสำคัญอย่างสม่ำเสมอ - ความเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาระบบบริการสาขาหลักลงสู่การปฏิบัติในหน่วยปฐมภูมิได้ - การสื่อสารหลากหลายวิธี เช่น หนังสือราชการ เชิญประชุม ประชุมชี้แจง แจกเอกสาร E-mail โทรศัพท์ Website และ กรู๊ปไลน์ - มีคณะกรรมการวางแผน และประเมินผล - มีทีมพัฒนาระบบบริการสาขาอยู่ตามโรงพยาบาล ตติยภูมิ ทุตติยภูมิ	- ยุทธศาสตร์ของกระทรวงมาหลังจากจังหวัดได้กำหนดแผนจังหวัดเสร็จสิ้นแล้ว - ผู้บริหารระดับกลาง ระดับต้น ต้องพัฒนาความสามารถด้านภาวะผู้นำ ความรู้ มุมมองเชิงระบบ และเชิงบริหารจัดการ - การรับรู้ตัวชี้วัดในภาพรวมของโรงพยาบาลชุมชน จะทราบเพียงเฉพาะกลุ่มที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ - วัฒนธรรมการรับรู้ Benchmarking คลาดเคลื่อน นำมาใช้ในการจับผิด
4. ระดับ อำเภอ/ ตำบล	- ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเป็นเครือข่าย - มีระบบติดตามผลการดำเนินงาน เช่น การประเมินรายไตรมาส การประชุมประจำเดือนเพื่อติดตามตัวชี้วัดระดับ รพ.สต. การนิเทศงานจากอำเภอ การใช้ Program HosXP มาติดตามเพื่อเปรียบเทียบ - กำหนดผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในระดับอำเภอ เพื่อถ่ายทอดลงมาถึง รพ.สต.	- การคำนวณค่าเป้าหมาย ให้สอดคล้องพื้นที่ เช่น เป็นกรณีประชากรน้อย ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดควรให้พื้นที่ปรับได้บ้าง เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพจริงของหน่วยงาน - จำนวนภาระงานใน รพ.สต. กับบุคลากรไม่สอดคล้องกับทุกนโยบาย และตัวชี้วัดลงมาถึง รพ.สต. ต้องรับผิดชอบ

ระดับ	จุดเด่น	ช่องว่าง
		- การถ่ายทอดตัวชี้วัดควรคำนึงถึงระยะเวลาการนำไปปฏิบัติของหน่วยงานระดับอำเภอ และตำบล ควรถ่ายทอดก่อนปีงบประมาณ เพื่อให้หน่วยงานมีเวลานำไปปฏิบัติได้ตามกำหนด - งบประมาณ รพ.สต. ส่วนใหญ่มาจาก สปสช. ทำให้ตัวชี้วัด สปสช. มีความสำคัญกว่ากระทรวงฯ

5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน 12 เขตสุขภาพ

5.2.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 942 ฉบับ ผลการตอบกลับจำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 57.3 เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ ทั้งหมด 534 ฉบับ เป็นระดับผู้บริหาร จำนวน 76 ฉบับ ระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 458 ฉบับ

ในระดับบริหารกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.9 อายุเฉลี่ย 50.23 ± 7.15 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่ในตำแหน่งงานปัจจุบัน 9.89 ± 9.53 ปี และปฏิบัติงานในกระทรวงนานกว่า 25 ปี ถึงร้อยละ 57.3 และส่วนใหญ่ได้ระบุว่าเกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดในฐานะเป็นผู้กำกับติดตามและประเมินผล และเป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ร้อยละ 77.6 และ ร้อยละ 71.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 5.3)

ในระดับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่างสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย โดยที่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 อายุเฉลี่ย 44.87 ± 9.25 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่ในตำแหน่งงานปัจจุบัน 12.86 ± 8.94 ปี ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขนานกว่า 25 ปี ร้อยละ 45.9 และระบุว่าเกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัด ส่วนใหญ่เป็นผู้ประสานงานภายในหน่วยงาน ร้อยละ 65.3 และเป็นผู้กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในหน่วยงาน ร้อยละ 62.9 (ตารางที่ 5.3)

ตารางที่ 5.3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับผู้บริหาร (n=76) และระดับผู้ปฏิบัติงาน (n=458)

คุณลักษณะทั่วไป	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติงาน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	44	57.9	175	38.5
หญิง	32	42.1	280	61.5
อายุ (ปี)				
≤ 40	6	8.0	121	26.7
41 – 50	29	38.7	185	40.7
51 – 55	19	25.3	104	22.9
≥ 56	21	28.0	44	9.7
Mean±SD	50.23±7.15		44.87±9.25	
Median (Min, Max)	51 (27, 60)		460 (21, 60)	
ระยะเวลาทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน (ปี)				
< 5	31	43.1	82	18.6
5 – 10	16	22.2	137	31.1
> 10	25	34.7	222	50.3
Mean±SD	9.89±9.53		12.86±8.94	
Median (Min, Max)	6 (1, 38)		11 (1, 39)	
ระยะเวลาทำงานในกระทรวงสาธารณสุข (ปี)				
< 15	7	9.3	83	18.4
15-20	13	17.3	71	15.7
21-25	12	16.0	90	20.0
> 25	43	57.3	207	45.9
Mean±SD	25.89±7.77		22.89±9.60	
Median (Min, Max)	27 (4, 38)		25 (1, 39)	
ระดับการปฏิบัติงาน				
- ระดับกระทรวงสาธารณสุข	7	9.2	1	0.2
- ระดับเขตสุขภาพ	25	32.9	1	0.2
- โรงพยาบาลระดับจังหวัด (รพศ / รพท)	20	26.3	34	7.4
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	21	27.6	64	14.0
- โรงพยาบาลระดับอำเภอ (รพช)	3	4.0	72	15.7
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-	-	68	14.9
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	-	-	218	47.6

ตารางที่ 5.4 จำนวน ร้อยละตามความเกี่ยวข้องของระดับผู้บริหารต่อกระบวนการถ่ายทอด นโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 (n = 76) (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ความเกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
- เป็นผู้กำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	2	2.6
- เป็นผู้กำหนดนโยบายเขตสุขภาพ	8	10.5
- เป็นผู้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายในส่วนงานที่รับผิดชอบที่ปฏิบัติ	34	44.7
- เป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายของกระทรวงฯ ไปสู่การปฏิบัติในระดับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ	54	71.1
- เป็นผู้วางเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ในระดับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ	40	52.6
- เป็นผู้วางแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติงานในระดับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ	43	56.6
- เป็นคณะกรรมการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพใน 10 สาขาหลัก	46	60.5
- เป็นผู้กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในระดับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ	59	77.6
- เป็นผู้ทบทวนผลการดำเนินงานในระดับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ	50	65.8
- เป็นผู้ให้คำปรึกษา ชี้ทิศทางพัฒนาหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด	41	53.9
- อื่นๆ	5	6.6

ตารางที่ 5.5 จำนวน ร้อยละตามความเกี่ยวข้องของระดับผู้ปฏิบัติต่อกระบวนการถ่ายทอด นโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 (n = 458) (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ความเกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
- เป็นผู้นำนโยบาย แผนงานฯ ของกระทรวง และเขตไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน	178	38.9
- เป็นผู้วางแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน	194	42.4
- เป็นผู้วางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยงาน	215	46.9
- เป็นผู้ประสานงานภายในหน่วยงาน	299	65.3
- เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานภายนอก	261	57.0
- เป็นผู้กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในหน่วยงาน	288	62.9
- เป็นผู้มีส่วนร่วมกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานภายนอก	155	33.8
- เป็นผู้ทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของหน่วยงาน	216	47.2
- เป็นผู้มีส่วนร่วมทบทวนผลการดำเนินงานของหน่วยงานภายในเขตสุขภาพ	99	21.6
- เป็นผู้รับผิดชอบรวบรวมตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักของหน่วยงาน	225	49.1

ความเกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
- เป็นผู้ให้คำปรึกษาการพัฒนาหน่วยงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2	121	26.4
- อื่นๆ (เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เป็นคณะกรรมการพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)	47	10.3

5.2.2 กิจกรรมในกระบวนการถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผล การดำเนินงานหลัก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณประเมินโดยผู้บริหาร (76 คน) และผู้ปฏิบัติงาน (458 คน) ด้วยตัวเลือก 2 ตัว (มี และไม่มี) สรุปกิจกรรมในกระบวนการถ่ายทอดฯ ได้ดังนี้ (ตารางที่ 5.6)

1. การแปลงนโยบาย เป้าหมาย และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 จากเขตสุขภาพ มาสู่การปฏิบัติ

ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานตอบว่ามีกิจกรรมการจัดทำเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 สาขาหลัก ร้อยละ 93.4 และ ร้อยละ 85.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแผนปฏิบัติการของหน่วยงานเป็นเอกสาร ร้อยละ 88.2 และ 90.1 ตามลำดับ

2. ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2

ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานระบุว่าหน่วยงานได้กำหนดระยะเวลาที่ต้องการให้ตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายได้ชัดเจน ร้อยละ 90.8 และ 88.6 ตามลำดับ แต่สังเกตว่าทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานตอบว่า ระยะเวลาการนำตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติในจังหวัดมีความล่าช้าถึงร้อยละ 50.0 และ 63.1 ตามลำดับ และบุคลากรที่รับผิดชอบตัวชี้วัดของหน่วยงานได้ผ่านการอบรมแนวทางการจัดเก็บข้อมูลเพียงร้อยละ 53.9 และ 56.8 ตามลำดับ และระดับผู้ปฏิบัติงานตอบว่า ไม่มีส่วนร่วมคัดเลือก และกำหนดตัวชี้วัดถึงร้อยละ 37.6

3. กรอบแนวคิดหลักที่นำมาเป็นแนวทาง

ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานตอบว่าได้นำ PDCA (Plan-Do-Check-Act) มาเป็นกรอบแนวคิด ร้อยละ 72.4 และร้อยละ 76.9 ตามลำดับ ส่วนแนวคิด “One Province One Hospital One Region” ผู้ปฏิบัติงานตอบว่าไม่มี ถึงร้อยละ 72.9 นอกจากนั้นผู้บริหารตอบว่าได้นำ Six building block Model มาปฏิบัติ ร้อยละ 86.8 ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานนำมาปฏิบัติเพียง ร้อยละ 47.4 เท่านั้น

4. ระบบการสื่อสาร นโยบาย เป้าหมาย และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ไปยังผู้ร่วมงาน
 ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานตอบว่า เป็นการสื่อสารแบบทางการ ส่งการตามสาย การบังคับบัญชา ร้อยละ 81.6 และร้อยละ 83.0 ตามลำดับ โดยทิศทางการสื่อสารจาก บนลงล่าง (ร้อยละ 84.2 และ 88.0 ตามลำดับ) นอกจากนั้นทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ตอบว่ามีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Line, Online, Website) ร้อยละ 78.9 และ 69.0 ตามลำดับ นอกจากนั้นพบว่าในระดับผู้ปฏิบัติงานใช้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ร้อยละ 80.1 ในขณะที่ผู้บริหารใช้ภาคีเครือข่ายร้อยละ 65.8
5. เขตสุขภาพติดตาม กำกับและประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงาน
 ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ระบุว่ามีการติดตามการตรวจราชการ (ร้อยละ 93.4 และ 76.6 ตามลำดับ) การตรวจเยี่ยม (ร้อยละ 89.5 และ 81.7 ตามลำดับ) การนิเทศงาน (ร้อยละ 90.8 และ 91.9 ตามลำดับ) การประชุม (ร้อยละ 88.2 และ 86.2 ตามลำดับ) และระบบรายงานทุก 1, 3, 6 เดือน (ร้อยละ 84.2 และ 83.4 ตามลำดับ) มีการติดตาม รายงานผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัด (ร้อยละ 96.1 และ 87.1 ตามลำดับ) การ ติดตามความก้าวหน้าของผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัด (ร้อยละ 92.1 และ 84.3 ตามลำดับ) และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักที่บรรลุเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 86.8 และ 74.2 ตามลำดับ)
6. การรายงานผลการดำเนินงาน
 ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานระบุว่า หน่วยงานรายงานด้วยเอกสารไปยังผู้รับผิดชอบ ในจังหวัด เขตสุขภาพ (ร้อยละ 94.7 และ 83.8 ตามลำดับ) เขตสุขภาพ จังหวัดจัดเวที ให้หน่วยงานนำเสนอ (ร้อยละ 84.2 และ 71.8 ตามลำดับ) แต่พบว่าหน่วยงานรายงาน ด้วยวาจาไปยังผู้รับผิดชอบในจังหวัด เขตสุขภาพ เพียงร้อยละ 52.6 และ 38.4 ตามลำดับ
7. การทบทวนและจัดการผลการดำเนินงาน
 ผู้บริหาร ตอบว่ามีคณะกรรมการระดับเขต และจังหวัดมาทบทวนทุก 6 เดือน หรือ ตามกรอบเวลาที่กำหนดโดยใช้เอกสารที่ได้รับจากการรายงาน (ร้อยละ 85.5) ในขณะที่มี มาตรการจัดการเมื่อผลการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับทิศทางเป้าหมายยุทธศาสตร์ เพียง ร้อยละ 65.8 นอกจากนั้นคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ แสดงผลการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่องติดต่อกัน 3 ปีงบประมาณ เพียงร้อยละ 67.1
 ในระดับผู้ปฏิบัติงาน ตอบว่ามีคณะกรรมการระดับเขต จังหวัด ทบทวนผลการ ดำเนินงานภายใต้การกำกับดูแลทุก 6 เดือน หรือตามกรอบเวลาที่กำหนดจากเอกสารที่ ได้รับรายงาน ร้อยละ 72.7 และ คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพมีมาตรการจัดการเมื่อ

ผลการดำเนินงานหน่วยงานไม่สอดคล้องกับทิศทางเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของเขต
เพียงร้อยละ 66.6 เท่านั้น

ตารางที่ 5.6 จำนวน ร้อยละของการประเมินกิจกรรมในกระบวนการถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมายใน
ยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2557 จากมุมมองผู้บริหาร (n
= 76) และผู้ปฏิบัติงาน (n = 458)

กิจกรรม	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติงาน	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. การแปลงนโยบาย เป้าหมาย และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 จาก ระดับเขตสุขภาพ มาสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน โดย				
1.1 จัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อเป็นคู่มือให้กับผู้ปฏิบัติงานเป็นลาย ลักษณ์อักษรในเอกสาร	64 (84.2)	12 (15.8)	383 (84.4)	71 (15.6)
1.2 จัดทำประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแผนปฏิบัติการของ หน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสาร	67 (88.2)	9 (11.8)	409 (90.1)	45 (9.9)
1.3 จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 สาขาหลัก ที่สอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ที่ 2	71 (93.4)	5 (6.6)	389 (85.7)	65 (14.3)
1.4 กำหนดผู้รับผิดชอบการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติ การ/แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 สาขาหลัก ได้ชัดเจน	66 (86.8)	10 (13.2)	389 (85.7)	65 (14.3)
1.5 อื่นๆ	5 (6.6)	71 (93.4)	-	-
2. ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ของหน่วยงาน				
2.1 สอดคล้องประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ด้าน	72 (94.7)	4 (5.3)	427 (93.6)	29 (6.4)
2.2 มีจำนวน 26 ตัวชี้วัด เหมาะสมกับบริบทของเขตสุขภาพ	68 (89.5)	8 (10.5)	381 (83.6)	75 (16.4)
2.3 เขตสุขภาพได้เก็บตัวชี้วัดเพิ่มจากที่ได้ระบุไว้ในข้อ 2.2	57 (75.0)	19 (25.0)	323 (70.5)	135 (29.5)
2.4 มีคู่มืออธิบายแนวทางการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดทุกตัวชัดเจน เช่น คำนิยาม วิธีการจัดเก็บ วิธีการรวบรวม (ตัวตั้ง/ตัวหาร)	64 (84.2)	12 (15.8)	375 (81.9)	83 (18.1)
2.5 กำหนดระยะเวลาที่ต้องการให้ตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายได้ชัดเจน	69 (90.8)	7 (9.2)	406 (88.6)	52 (11.4)
2.6 หน่วยงานในพื้นที่/ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมคัดเลือก และกำหนด ตัวชี้วัด	58 (76.3)	18 (23.7)	286 (62.4)	172 (37.6)
2.7 ตัวชี้วัดของหน่วยงาน สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ของ จังหวัด	72 (94.7)	4 (5.3)	421 (91.9)	37 (8.9)
2.8 ระยะเวลานำตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติในจังหวัดเกิดความล่าช้า	38 (50.0)	38 (50.0)	289 (63.1)	169 (36.9)
2.9 บุคลากรรับผิดชอบตัวชี้วัดผ่านการอบรมแนวทางการจัดเก็บ ข้อมูล	41 (53.9)	35 (46.1)	260 (56.8)	198 (43.2)

กิจกรรม	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติงาน	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
3. กรอบแนวคิดหลักที่ใช้ในการถ่ายทอดนโยบายและตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของหน่วยงาน				
3.1 Six building block Model	66 (86.8)	10 (13.2)	217 (47.4)	241 (52.6)
3.2 CIPP Model (Context/Input/Process/Product)	36 (47.4)	40 (52.6)	148 (32.3)	310 (67.7)
3.3 One Province One Hospital One Region	49 (64.5)	27 (35.5)	124 (27.1)	334 (72.9)
3.4 PDCA (Plan-Do-Check-Act))	55 (72.4)	21 (27.6)	352 (76.9)	106 (23.1)
3.5 Balanced Scorecard	39 (51.3)	37 (48.7)	218 (47.6)	240 (52.4)
3.6 TQA (Thailand Quality Award Framework)	23 (30.3)	53 (69.7)	113 (24.7)	345 (75.3)
3.7 PMQA (Public Management Quality Award Framework)	33 (43.4)	43 (56.6)	278 (60.7)	180 (39.3)
3.8 HA (Hospital Accreditation Framework)	53 (69.7)	23 (30.3)	208 (45.4)	250 (54.6)
3.9 อื่นๆ (เช่น PCA)	-	-	34 (7.4)	424 (92.6)
4. ระบบการสื่อสาร นโยบาย เป้าหมาย และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ไปยังผู้ร่วมงานโดย				
4.1 ให้เข้าร่วมประชุมรับมอบนโยบาย จากกระทรวงสาธารณสุข	55 (72.4)	21 (27.6)	167 (36.5)	291 (63.5)
4.2 ให้เข้าร่วมการประชุมมอบนโยบายแก่คณะกรรมการบริหารเขต	60 (78.9)	16 (21.1)	165 (36.0)	293 (64.0)
4.3 การขับเคลื่อนผ่านแต่ละคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ 10 สาขาหลักของเขต	70 (92.1)	6 (7.9)	235 (51.3)	223 (48.7)
4.4 แบบทางการตามสายการบังคับบัญชา	62 (81.6)	14 (18.4)	380 (83.0)	78 (17.0)
4.5 แบบไม่เป็นทางการ (Line, Online, Website)	60 (78.9)	16 (21.1)	316 (69.0)	142 (31.0)
4.6 การสื่อสารมีทิศทางจากระดับบนลงล่าง (จากเขตไปจังหวัด อำเภอ ตำบล)	64 (84.2)	12 (15.8)	403 (88.0)	55 (12.0)
4.7 การสื่อสารมีทิศทางจากระดับล่างขึ้นบน (จากตำบลไปอำเภอ จังหวัด เขต)	37 (48.7)	39 (51.3)	264 (57.6)	194 (42.4)
4.8 การสื่อสารในแต่ละระดับมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร	53 (69.7)	23 (30.3)	324 (70.7)	134 (29.3)
4.9 ใช้หนังสือราชการเชิญประชุม	71 (93.4)	5 (6.6)	393 (85.8)	65 (14.2)
4.10 ใช้เอกสารแจก	56 (73.7)	20 (26.3)	342 (74.7)	116 (25.3)
4.11 ใช้ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Mail)	57 (75.0)	19 (25.0)	321 (70.1)	137 (29.9)
4.12 ใช้โทรศัพท์	48 (63.2)	28 (36.8)	308 (67.2)	150 (32.8)
4.13 การพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ	56 (73.7)	20 (26.3)	349 (76.2)	109 (23.8)
4.14 ใช้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ	50 (65.8)	26 (34.2)	367 (80.1)	91 (19.9)

กิจกรรม	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติงาน	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
5. เขตสุขภาพติดตาม กำกับ และประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงาน โดย				
5.1 การตรวจเยี่ยม	68 (89.5)	8 (10.5)	374 (81.7)	84 (18.3)
5.2 การตรวจราชการ	71 (93.4)	5 (6.6)	351 (76.6)	107 (23.4)
5.3 การนิเทศงาน	69 (90.8)	7 (9.2)	421 (91.9)	37 (8.1)
5.4 ระบบการรายงาน (เช่น ทุก 1, 3, 6 เดือน)	64 (84.2)	12 (15.8)	382 (83.4)	76 (16.6)
5.5 การประชุม	67 (88.2)	9 (11.8)	395 (86.2)	63 (13.8)
5.6 การทำกลุ่ม Line	56 (73.7)	20 (26.3)	295 (64.4)	163 (35.6)
5.7 การรายงานผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัด	73 (96.1)	3 (3.9)	399 (87.1)	59 (12.9)
5.8 ความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานหลักจากตัวชี้วัด	70 (92.1)	6 (7.9)	386 (84.3)	72 (15.7)
5.9 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักที่บรรลุเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง	66 (86.8)	10 (13.2)	341 (74.5)	117 (25.5)
6. การรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบายเป้าหมายและตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของหน่วยงานทำโดย				
6.1 หน่วยงานรายงานด้วยวาจาไปยังผู้รับผิดชอบในจังหวัด/เขตสุขภาพ	40 (52.6)	36 (47.4)	176 (38.4)	282 (61.6)
6.2 หน่วยงานรายงานด้วยเอกสารไปยังผู้รับผิดชอบในจังหวัด/เขตสุขภาพ	72 (94.7)	4 (5.3)	384 (83.8)	74 (16.2)
6.3 เขตสุขภาพ/จังหวัด จัดเวทีให้หน่วยงานมานำเสนอ	64 (84.2)	12 (15.8)	329 (71.8)	129 (28.2)
6.4 หน่วยงานนำเสนอผลงานด้วยวาจา ในการประชุมกับผู้ร่วมงานเพื่อทราบ	-	-	390 (85.2)	68 (14.8)
7. การทบทวนและจัดการผลการดำเนินงาน โดย				
7.1 มีคณะกรรมการระดับเขต/จังหวัด มาร่วมทบทวน และจัดการผลการดำเนินงานในภาพรวมกับหน่วยงาน	61 (80.3)	15 (19.7)	300 (65.5)	158 (34.5)
7.2 มีคณะกรรมการบริหารเขต/จังหวัด ทบทวนผลการดำเนินงานของทุกหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลทุก 6 เดือน หรือตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้ จากเอกสารที่ได้รับรายงาน	65 (85.5)	11 (14.5)	333 (72.7)	125 (27.3)
7.3 มีคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ/จังหวัด ทบทวนผลการดำเนินงานโดยให้หน่วยงานนำเสนอผลงานด้วยวาจาทุก 6 เดือน หรือตามกรอบเวลาที่กำหนด	51 (67.1)	25 (32.9)	288 (62.9)	170 (37.1)
7.4 คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ/จังหวัด มีมาตรการจัดการเมื่อผลการดำเนินงานหน่วยงานไม่สอดคล้องกับทิศทางเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของเขตและกระทรวง	50 (65.8)	26 (34.2)	305 (66.6)	153 (33.4)
7.5 คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ/จังหวัด ให้คำแนะนำ โดยใช้หลักการพัฒนาคุณภาพเมื่อผลการดำเนินงานของหน่วยงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย	59 (77.6)	17 (22.4)	345 (75.3)	113 (24.7)

กิจกรรม	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติงาน	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
7.6 คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ/จังหวัด ให้กำลังใจ เมื่อหน่วยงานดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ของเขต/จังหวัด และกระทรวงฯ	54 (71.1)	22 (28.9)	363 (79.3)	95 (20.7)
7.7 คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพใช้มาตรการส่งเสริมทางบวก เมื่อผลการดำเนินงานของหน่วยงานได้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของเขต	56 (73.7)	20 (26.3)	-	-
7.8 คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพส่งเสริมหน่วยงานให้นำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักมาเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา เพื่อคาดการณ์การดำเนินงานในปีถัดไป	65 (85.5)	11 (14.5)	-	-
7.9 คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพส่งเสริมให้หน่วยงานนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักมาเปรียบเทียบกับหน่วยงานที่ดีที่สุดในภายใน และภายนอกเขตสุขภาพ	56 (73.7)	20 (26.3)	-	-
7.10 คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพได้ส่งผลการทบทวน สะท้อนกลับไปยังหน่วยงาน ในทุก 6 เดือน หรือตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด	53 (69.7)	23 (30.3)	-	-
7.11 คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพแสดงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 3 ปีงบประมาณ	51 (67.1)	25 (32.9)	-	-
7.12 มีคณะกรรมการภายในหน่วยงานมาทบทวน และจัดการผลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมาย เชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	-	-	373 (81.4)	85 (18.6)
7.13 หัวหน้างานทบทวนผลการดำเนินงานกับผู้บังคับบัญชาตามระยะเวลาที่กำหนด (1, 3, 6 เดือน)	-	-	369 (80.6)	89 (19.4)

จากตารางที่ 5.6 กระบวนการถ่ายทอดทั้งหมด 7 กระบวนการ เมื่อมองในภาพรวมทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน มีความคิดเห็นสอดคล้องกันถึง 5 กระบวนการ คือ กระบวนการที่ 1 การแปลงนโยบาย เป้าหมาย และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 จากระดับเขตสุขภาพ มาสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน โดยทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานประเมินว่ามี ข้อ 1.2 จัดทำประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแผนปฏิบัติการของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสาร ถึง 88.2% และ 90.1% ตามลำดับ ข้อ 1.3 การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 สาขาหลัก ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 ถึง 93.4% และ 85.7% ตามลำดับ กระบวนการที่ 2 ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2557

ของหน่วยงาน โดยการประเมินของทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ประเมินว่ามี ข้อ 2.5 กำหนดระยะเวลาที่ต้องการให้ตัวชี้วัดบรรลุตามเป้าหมายได้ชัดเจน ถึง 90.8% และ 88.6% ตามลำดับ ส่วน ข้อ 2.8 ระยะเวลาในการนำตัวชี้วัดลงไปปฏิบัติในจังหวัดเกิดความล่าช้า ก็มีความเห็นสอดคล้องกันถึง 50.0% และ 61.1% ตามลำดับ นอกจากนี้ ข้อ 2.9 บุคลากรที่รับผิดชอบตัวชี้วัดควรผ่านการอบรมแนวทางการจัดเก็บ ประเมินว่ามีเพียง 53.9% และ 56.8% ตามลำดับ กระบวนการที่ 5 เขตสุขภาพติดตาม กำกับ และประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงาน ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ประเมินว่ามี ข้อ 5.7 การรายงานผลลัพธ์การดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดสอดคล้องกัน คือ 96.1% และ 87.1% ตามลำดับ และ ข้อ 5.8 การนำตัวชี้วัดมาติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานหลัก 92.1% และ 84.3% ตามลำดับ กระบวนการที่ 6 การรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบายเป้าหมาย และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของหน่วยงาน ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ประเมินว่ามี ข้อ 6.2 หน่วยงานรายงานด้วยเอกสารไปยังผู้รับผิดชอบในจังหวัดหรือเขต 94.7% และ 83.8% ตามลำดับ และกระบวนการที่ 7 การทบทวนและจัดการผลการดำเนินงาน โดยทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานประเมินว่า ข้อ 7.4 มีคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ จังหวัด มีมาตรการการจัดการ เมื่อผลการดำเนินงานหน่วยงานไม่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของเขต และกระทรวง ร้อยละ 65.8 และ 66.6 ตามลำดับ

ส่วนกระบวนการที่ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นยังไม่สอดคล้องกัน คือ กระบวนการที่ 3 กรอบแนวคิดหลักที่ใช้ในการถ่ายทอดนโยบาย และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของหน่วยงาน ผู้บริหารประเมินว่าได้มีการนำกรอบแนวคิด ข้อ 3.1 Six building block model มาปฏิบัติ 86.8% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานประเมินว่ามีการนำมาปฏิบัติเพียง 47.4% ส่วนกรอบแนวคิด ข้อ 3.3 One Province One Hospital One Region ผู้บริหารประเมินว่ามีการนำมาใช้ 64.5% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานประเมินว่า มีการนำมาใช้เพียง 27.1% ส่วนกระบวนการที่ 4 ระบบการสื่อสารนโยบาย เป้าหมาย และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ไปยังผู้ร่วมงาน ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน มีความเห็นแตกต่างกันในประเด็นต่อไปนี้ ข้อ 4.1 การให้เข้าร่วมประชุมรับมอบนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารประเมินว่า มี 72.4% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานประเมินว่ามีเพียง 36.5% และ ข้อ 4.2 การเข้าร่วมประชุมมอบนโยบายแก่คณะกรรมการบริหารเขต ผู้บริหารประเมินว่ามี 78.9% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานประเมินว่ามีเพียง 36.0% และ ข้อ 4.3 การขับเคลื่อนผ่านแต่ละคณะกรรมการ

พัฒนาระบบบริการ 10 สาขาหลักของเขต ผู้บริหารประเมินว่ามี 92.1% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานประเมินว่ามีเพียง 51.3% นอกจากนั้น ข้อ 4.14 การใช้เครือข่ายเพื่อการสื่อสาร ผู้บริหารประเมินว่ามีเพียง 65.8% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานประเมินว่ามีถึง 80.1%

5.2.3 ปัจจัยเกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายใน 12 เขต สุขภาพ

5.2.3.1 ผลการประเมินจากผู้บริหาร (จำนวน 76 คน) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักสรุปผลได้ดังนี้ (ตารางที่ 5.7 และ 5.8)

1. ความชัดเจนของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 (ค่าเฉลี่ย 3.71 ± 0.63 อยู่ในระดับปานกลาง) โดยจำนวนร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ 1) เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้รับการแปลงเป็นแผนปฏิบัติการในหน่วยงาน เห็นด้วยร้อยละ 56.0 2) นโยบาย แผนงาน ตัวชี้วัดของหน่วยงานมีความต่อเนื่อง เห็นด้วยร้อยละ 50.7 3) ความสอดคล้องแผนงานฯ ตัวชี้วัดกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน เห็นด้วยร้อยละ 48.0
2. ภาวะผู้นำในหน่วยงาน (ค่าเฉลี่ย 3.86 ± 0.69 อยู่ในระดับปานกลาง) โดยจำนวนร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ 1) ส่งเสริมให้กระบวนการทำงานเป็นไปโดยราบรื่น เห็นด้วยร้อยละ 61.4 2) เข้าใจแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานได้ถูกต้อง เห็นด้วยร้อยละ 55.3 3) สนับสนุนบรรยากาศให้เกิดการทำงานร่วมกัน เห็นด้วยร้อยละ 54.7
3. ทรัพยากรในหน่วยงาน (ค่าเฉลี่ย 3.23 ± 0.75 อยู่ในระดับปานกลาง) โดยจำนวนร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ 1) มีบุคลากรที่มีความรู้ มากำกับดูแลแผนงานฯ ตัวชี้วัด เห็นด้วยร้อยละ 51.3 2) มีความสามารถแปลงนโยบายเป็นตัวชี้วัด (ในระดับหัวหน้างาน) เห็นด้วยร้อยละ 44.7 3) ได้รับการจัดสรรทรัพยากรสอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานได้ทันตามกรอบเวลา และ เขตสุขภาพได้ใช้

ทรัพยากรร่วมกันภายในเขตเพื่อส่งเสริมให้การบริการสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ เห็นด้วยร้อยละ 40.8

4. บรรยากาศการทำงานในหน่วยงาน (ค่าเฉลี่ย 3.61 ± 0.70 อยู่ในระดับปานกลาง) โดยจำนวนร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ 1) มีการสร้างทีมเพื่อทำงานในหน่วยงาน เห็นด้วยร้อยละ 52.0 2) ทีมงานสามัคคีและให้ความร่วมมือกันปฏิบัติงาน เห็นด้วยร้อยละ 50.7 3) มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกันภายในหน่วยงาน และ มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน เห็นด้วยร้อยละ 49.3
5. ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย 3.76 ± 0.82 อยู่ในระดับปานกลาง) โดยจำนวนร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ 1) ผู้ปฏิบัติงานดีทำงานเพื่อให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ แม้จะไม่มีคำสั่งการ เห็นด้วยร้อยละ 48.6 2) ผู้ปฏิบัติงาน ปรับปรุงงานที่ทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ เห็นด้วยร้อยละ 43.2 3) ผู้ปฏิบัติงานอุทิศตนเองแม้ต้องทำงานนอกเวลา เพื่อให้งานยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมาย เห็นด้วยร้อยละ 39.2

ตารางที่ 5.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากผู้บริหาร (n=76) และผู้ปฏิบัติงาน (n=458)

	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติงาน	
	Mean $\pm$ SD	ระดับ	Mean $\pm$ SD	ระดับ
1. ความชัดเจนของนโยบายแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด	3.71 $\pm$ 0.63	ปานกลาง	3.72 $\pm$ 0.67	ปานกลาง
2. ภาวะผู้นำในหน่วยงาน	3.86 $\pm$ 0.69	ปานกลาง	3.78 $\pm$ 0.74	ปานกลาง
3. ทรัพยากรในหน่วยงาน	3.23 $\pm$ 0.75	ปานกลาง	3.34 $\pm$ 0.67	ปานกลาง
4. บรรยากาศการทำงานในหน่วยงาน	3.61 $\pm$ 0.70	ปานกลาง	3.66 $\pm$ 0.65	ปานกลาง
5. ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน	3.76 $\pm$ 0.82	ปานกลาง	3.81 $\pm$ 0.78	ปานกลาง
ภาพรวม	3.60 $\pm$ 0.62	ปานกลาง	3.62 $\pm$ 0.60	ปานกลาง

หมายเหตุ: คะแนน < 3.0 = น้อย 3.0 - 4.0 = ปานกลาง > 4.0 = มาก

ตารางที่ 5.8 จำนวน ร้อยละของระดับความคิดเห็นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอด
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อจากมุมมองผู้บริหาร (n=76)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ความชัดเจนของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และ ตัวชี้วัดของหน่วยงานปีงบประมาณ พ.ศ.2557					
1.1 ความชัดเจนของวิสัยทัศน์ พันธกิจ และ เป้าหมาย ของหน่วยงาน	25 (33.4)	33 (44.0)	16 (21.3)	-	1 (1.3)
1.2 ความสอดคล้องแผนงานฯตัวชี้วัดกับ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	21 (28.0)	36 (48.0)	15 (20.0)	2 (2.7)	1 (1.3)
1.3 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้แปลงเป็น แผนปฏิบัติการในหน่วยงาน	14 (18.7)	42 (56.0)	18 (24.0)	1 (1.3)	-
1.4 นโยบาย แผนงาน ตัวชี้วัดของหน่วยงาน มีความต่อเนื่อง	13 (17.3)	38 (50.7)	21 (28.0)	3 (4.0)	-
1.5 หน่วยงานบูรณาการตัวชี้วัดกระทรวงฯ กรมต่างๆ ก่อนนำลงสู่การปฏิบัติ	9 (12.2)	34 (45.9)	25 (33.8)	6 (8.1)	-
1.6 เขตสุขภาพได้ประชุมหน่วยงานเพื่ออธิบาย ความชัดเจนของนิยาม ตัวชี้วัด/วิธีการ รวบรวม ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติ	12 (16.0)	31 (41.4)	25 (33.3)	7 (9.3)	-
1.7 ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานมีส่วนร่วม กำหนดนโยบาย แผนงานฯ ตัวชี้วัด	5 (6.7)	26 (34.7)	28 (37.3)	13 (17.3)	3 (4.0)
1.8 จำนวนตัวชี้วัดหน่วยงานสอดคล้องภาระ งาน ประเด็นยุทธศาสตร์ และปัญหาของ พื้นที่	6 (8.0)	32 (42.7)	25 (33.3)	10 (13.3)	2 (2.7)
2. ภาวะผู้นำในหน่วยงาน					
2.1 สนับสนุนบรรยากาศให้เกิดการทำงาน ร่วมกัน	17 (22.6)	41 (54.7)	14 (18.7)	3 (4.0)	-
2.2 ส่งเสริมให้กระบวนการทำงานเป็นไปโดย ราบรื่น	15 (20.0)	46 (61.4)	10 (13.3)	4 (5.3)	-
2.3 กระตุ้น สร้างขวัญ กำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติตามเป้าหมายของหน่วยงาน	14 (18.4)	37 (48.7)	22 (29.0)	3 (3.9)	-

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2.4 ส่งเสริมให้ผู้ได้บังคับบัญชาเกิดการคิดเชิงวิเคราะห์	19 (25.0)	33 (43.4)	20 (26.3)	4 (5.3)	-
2.5 เคารพในคุณค่าของผู้ร่วมงาน	22 (29.3)	39 (52.0)	12 (16.0)	2 (2.7)	-
2.6 นำวิสัยทัศน์ พันธกิจมาส่งเสริมให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติตาม	18 (23.7)	37 (48.7)	18 (23.7)	3 (3.9)	-
2.7 ให้ความสำคัญเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ และจริงจัง	17 (22.4)	33 (43.4)	20 (26.3)	6 (7.9)	-
2.8 มีความสามารถถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก	15 (19.7)	36 (47.4)	20 (26.3)	5 (6.6)	-
2.9 เข้าใจแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานได้ถูกต้อง	11 (14.4)	42 (55.3)	19 (25.0)	4 (5.3)	-
2.10 ไม่กดดันผู้ได้บังคับบัญชาในเรื่องตัวชี้วัด	14 (18.4)	31 (40.8)	25 (32.9)	4 (5.3)	2 (2.6)
2.11 มีมุมมองเชิงระบบที่ชัดเจน	14 (18.4)	40 (52.6)	17 (22.4)	5 (6.6)	-
2.12 สามารถเชื่อมโยงนโยบาย ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด ไประดับที่สูงกว่าต่ำกว่าและระดับเดียวกัน	15 (19.7)	35 (46.1)	20 (26.3)	6 (7.9)	-
3. ทรัพยากรในหน่วยงาน					
3.1 ได้รับการจัดสรรทรัพยากรสอดคล้องกับแผนการปฏิบัติงานได้ทันตามกรอบเวลา	6 (7.9)	31 (40.8)	23 (30.3)	13 (17.1)	3 (3.9)
3.2 มีบุคลากรที่มีความรู้ มากำกับ ดูแลแผนงานฯ ตัวชี้วัด	5 (6.6)	39 (51.3)	21 (27.6)	9 (11.9)	2 (2.6)
3.3 ได้รับการสนับสนุน คน เงิน ของ ตามกิจกรรมในแผนปฏิบัติการสอดคล้องตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ 2	5 (6.6)	28 (36.8)	30 (39.5)	11 (14.5)	2 (2.6)
3.4 นำระบบสารสนเทศมาช่วยบริการในระบบการรายงาน การจัดเก็บ	10 (13.2)	26 (34.2)	27 (35.5)	11 (14.5)	2 (2.6)
3.5 ระบบสารสนเทศมีเสถียรภาพในการทำงาน	6 (7.9)	19 (25.0)	32 (42.1)	13 (17.1)	6 (7.9)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
3.6 หน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัดได้รับงบประมาณบางส่วนจากแผนงานที่สอดคล้องและอยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	6 (7.9)	20 (26.3)	32 (42.1)	14 (18.4)	4 (5.3)
3.7 เขตสุขภาพได้ใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขตเพื่อส่งเสริมให้การบริการสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่	6 (7.9)	31 (40.8)	26 (34.2)	12 (15.8)	1 (1.3)
3.8 การใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขตสุขภาพส่งเสริมให้การทำงานตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมาย ตามยุทธศาสตร์ที่ 2	7 (9.5)	24 (32.4)	30 (40.5)	12 (16.2)	1 (1.4)
3.9 ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีความคิดเชิงกลยุทธ์	3 (3.9)	23 (30.3)	31 (40.8)	15 (19.7)	4 (5.3)
3.10 ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้การบริหารงานสมัยใหม่ (เช่น TQM, Lean และอื่นๆ)	4 (5.3)	19 (25.0)	39 (51.3)	11 (14.5)	3 (3.9)
3.11 มีความสามารถแปลงนโยบายเป็นตัวชี้วัด (ในระดับหัวหน้างาน)	4 (5.3)	34 (44.7)	30 (39.5)	7 (9.2)	1 (1.3)
3.12 ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนเพียงพอกับการะงาน	4 (5.4)	9 (12.2)	28 (37.8)	25 (33.8)	8 (10.8)
4. บรรยายการทำงานในหน่วยงาน					
4.1 บรรยายการทำงานเป็นแบบมุ่งเป้าหมาย	8 (10.7)	35 (46.6)	26 (34.7)	6 (8.0)	-
4.2 บรรยายการทำงานสนับสนุน ช่วยเหลือกัน	13 (17.3)	35 (46.7)	21 (28.0)	5 (6.7)	1 (1.3)
4.3 กระบวนการดำเนินงานหลัก(สำคัญ) ที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้รับการสนับสนุน ให้ดำเนินงานไปได้อย่างราบรื่น	8 (10.7)	34 (45.3)	26 (34.7)	7 (9.3)	-
4.4 บรรยายการทำงานให้ความสำคัญต่อการวัดผลงานอย่างสม่ำเสมอ	9 (12.0)	28 (37.3)	28 (37.3)	8 (10.7)	2 (2.7)
4.5 บรรยายการทำงานสนับสนุนงานเป็นทีมตามแผนปฏิบัติการ	11 (14.9)	31 (41.9)	24 (32.4)	6 (8.1)	2 (2.7)
4.6 บรรยายการทำงานเอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์การสื่อสารแบบสองทิศทาง	12 (16.0)	27 (36.0)	29 (38.7)	6 (8.0)	1 (1.3)
4.7 กำหนดทีมผู้รับผิดชอบหลักในทุกแผนงานฯ ได้ชัดเจน	15 (20.0)	36 (48.0)	17 (22.7)	7 (9.3)	-

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
4.8 ทีมงานสามัคคีและให้ความร่วมมือกันปฏิบัติงาน	10 (13.3)	38 (50.7)	22 (29.3)	5 (6.7)	-
4.9 มีการสร้างทีมเพื่อทำงานในหน่วยงาน	13 (17.3)	39 (52.0)	19 (25.4)	4 (5.3)	-
4.10 มีการสร้างทีมคร่อมสายในหน่วยงาน	10 (13.5)	35 (47.3)	23 (31.1)	6 (8.1)	-
4.11 มีภาคีเครือข่ายทำงานด้านสาธารณสุขที่เข้มแข็ง	8 (10.7)	33 (44.0)	27 (36.0)	6 (8.0)	1 (1.3)
4.12 ใช้วัฒนธรรมการรับรู้ Benchmarking เพื่อมาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น	7 (9.3)	34 (45.4)	26 (34.7)	7 (9.3)	1 (1.3)
4.13 มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกันภายในหน่วยงาน	9 (12.0)	37 (49.3)	24 (32.0)	5 (6.7)	-
4.14 มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน	8 (10.7)	37 (49.3)	24 (32.0)	6 (8.0)	-
4.15 นำการเซ็น MOU ระหว่างหน่วยงานกับหัวหน้างานมาปฏิบัติ (เช่น รพ.สต. กับ สสอ.)	8 (10.8)	16 (21.6)	36 (48.6)	9 (12.2)	5 (6.8)
4.16 มีวัฒนธรรมชื่นชมผู้ปฏิบัติงาน ที่มุ่งมั่นทำงานให้สำเร็จ	16 (21.6)	34 (45.9)	18 (24.3)	5 (6.8)	1 (1.4)
5. ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน					
5.1 ผู้ปฏิบัติงานอุทิศตนแม้ต้องทำงานนอกเวลา เพื่อให้งานยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมาย	15 (20.3)	29 (39.2)	25 (33.8)	4 (5.4)	1 (1.3)
5.2 ผู้ปฏิบัติงานปรับปรุงงานที่ทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์	16 (21.6)	32 (43.2)	24 (32.4)	1 (1.4)	1 (1.4)
5.3 ผู้ปฏิบัติงานยินดีทำงานเพื่อให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์แม้จะไม่มีคำสั่งการ	12 (16.2)	36 (48.6)	21 (28.4)	4 (5.4)	1 (1.4)

5.2.3.2 ผลการประเมินจากระดับผู้ปฏิบัติงาน (จำนวน 458 คน) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก สรุปผลได้ดังนี้ (ตารางที่ 5.7 และ 5.9)

1. ความชัดเจนของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดของหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2557 (ค่าเฉลี่ย 3.72 ± 0.67 อยู่ในระดับปานกลาง) โดยจำนวนร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ
 - 1) ความสอดคล้องแผนงานฯ ตัวชี้วัด กับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน เห็นด้วยร้อยละ 58.1
 - 2) เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้แปลงเป็นแผนปฏิบัติการในหน่วยงาน เห็นด้วยร้อยละ 51.7
 - 3) ความชัดเจนของวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายของหน่วยงาน เห็นด้วยร้อยละ 50.7
2. ภาวะผู้นำในหน่วยงาน (ค่าเฉลี่ย 3.78 ± 0.74 อยู่ในระดับปานกลาง) โดยจำนวนร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ
 - 1) มีความสามารถถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก เห็นด้วยร้อยละ 48.7
 - 2) นำวิสัยทัศน์ พันธกิจ มาส่งเสริมให้ผู้บังคับบัญชาปฏิบัติตาม เห็นด้วยร้อยละ 48.0
 - 3) มีมุมมองเชิงระบบที่ชัดเจน เห็นด้วยร้อยละ 46.4
3. ทրพยากรในหน่วยงาน (ค่าเฉลี่ย 3.34 ± 0.67 อยู่ในระดับปานกลาง) โดยจำนวนร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ
 - 1) มีบุคลากรที่มีความรู้ มากำกับ ดูแลแผนงานฯ ตัวชี้วัด เห็นด้วยร้อยละ 43.4
 - 2) นำระบบสารสนเทศมาช่วยบริการในระบบการรายงาน การจัดเก็บ เห็นด้วยร้อยละ 42.6
 - 3) มีความสามารถแปลงนโยบายเป็นตัวชี้วัด (ในระดับหัวหน้างาน) เห็นด้วยร้อยละ 40.4

อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 15.7 ของผู้ปฏิบัติงานไม่เห็นด้วยกับข้อความที่กล่าวว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้การบริหารงานสมัยใหม่ (เช่น TQM, Lean และอื่นๆ) และหนึ่งในสี่ของผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 25.5 ไม่เห็นด้วยที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน
4. บรรยากาศการทำงานในหน่วยงาน (ค่าเฉลี่ย 3.66 ± 0.65 อยู่ในระดับปานกลาง) โดยจำนวนร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ
 - 1) บรรยากาศการทำงานสนับสนุนงานเป็นทีมตามแผนปฏิบัติการ เห็นด้วยร้อยละ 49.0
 - 2) การสร้างทีมเพื่อทำงานในหน่วยงาน เห็นด้วยร้อยละ

- 48.3 3) มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกันภายในหน่วยงาน เห็นด้วยร้อยละ 47.8
5. ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย 3.81 ± 0.78 อยู่ในระดับปานกลาง) โดยจำนวนร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ 1) ผู้ปฏิบัติงานปรับปรุงงานที่ทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ เห็นด้วยร้อยละ 45.8 2) ผู้ปฏิบัติงานยินดีทำงานเพื่อให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ แม้จะไม่มีคำสั่งเห็นด้วยร้อยละ 44.3 3) ผู้ปฏิบัติงานอุทิศตนแม้ต้องทำงานนอกเวลา เพื่อให้งานยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมาย เห็นด้วยร้อยละ 43.4

ตารางที่ 5.9 จำนวน ร้อยละของระดับความคิดเห็นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ($n = 458$)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วยปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ความชัดเจนของนโยบาย แผน และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2					
1.1 ความชัดเจนของวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมาย ของหน่วยงาน	139 (30.6)	230 (50.7)	76 (16.7)	9 (2.0)	-
1.2 ความสอดคล้องแผนงานฯตัวชี้วัดกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	96 (21.0)	265 (58.1)	81 (17.8)	14 (3.1)	-
1.3 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้แปลงเป็นแผนปฏิบัติการในหน่วยงาน	88 (19.4)	235 (51.7)	119 (26.2)	8 (1.8)	4 (0.9)
1.4 นโยบาย แผนงาน ตัวชี้วัดของหน่วยงานมีความต่อเนื่อง	87 (19.1)	222 (48.9)	122 (26.9)	20 (4.4)	3 (0.7)
1.5 หน่วยงานบูรณาการตัวชี้วัด กระบวนการฯ ธรรมดาๆ ก่อนนำลงสู่การปฏิบัติ	74 (16.4)	190 (42.0)	149 (33.0)	28 (6.2)	11 (2.4)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วยปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1.6 เขตสุขภาพได้ประชุมหน่วยงานเพื่ออธิบายความชัดเจนของนิยามตัวชี้วัดวิธีการรวบรวม ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติ	59 (13.1)	162 (36.1)	175 (39.0)	43 (9.6)	10 (2.2)
1.7 ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย แผนงานฯ ตัวชี้วัด	58 (12.9)	151 (33.5)	161 (35.7)	61 (13.5)	20 (4.4)
1.8 จำนวนตัวชี้วัดหน่วยงานสอดคล้องภาระงาน ประเด็นยุทธศาสตร์ และปัญหาของพื้นที่	57 (12.7)	173 (38.4)	170 (37.8)	43 (9.6)	7 (1.5)
2. ภาวะผู้นำในหน่วยงาน					
2.1 สนับสนุนบรรยากาศให้เกิดการทำงานร่วมกัน	113 (24.8)	192 (42.2)	128 (28.1)	15 (3.3)	7 (1.6)
2.2 ส่งเสริมให้กระบวนการทำงานเป็นไปโดยราบรื่น	118 (25.9)	195 (42.9)	122 (26.8)	15 (3.3)	5 (1.1)
2.3 กระตุ้น สร้างขวัญ กำลังใจให้ ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามเป้าหมายของหน่วยงาน	95 (20.9)	196 (43.2)	126 (27.8)	26 (5.7)	11 (2.4)
2.4 ส่งเสริมให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดการคิดเชิงวิเคราะห	91 (20.0)	201 (44.3)	128 (28.2)	23 (5.1)	11 (2.4)
2.5 เคารพในคุณค่าของผู้ร่วมงาน	114 (25.2)	203 (44.8)	114 (25.2)	12 (2.6)	10 (2.2)
2.6 นำวิสัยทัศน์ พันธกิจมาส่งเสริมให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติตาม	89 (19.6)	218 (48.0)	129 (28.4)	12 (2.7)	6 (1.3)
2.7 ให้ความสำคัญเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ และจริงจัง	106 (23.4)	202 (44.6)	123 (27.2)	15 (3.3)	7 (1.5)
2.8 มีความสามารถถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก	80 (17.7)	220 (48.7)	129 (28.5)	15 (3.3)	8 (1.8)
2.9 เข้าใจแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานได้ถูกต้อง	79 (17.4)	204 (45.0)	145 (32.0)	17 (3.8)	8 (1.8)
2.10 ไม่กดดันผู้ใต้บังคับบัญชาในเรื่องตัวชี้วัด	68 (15.0)	186 (41.2)	153 (33.8)	38 (8.4)	7 (1.6)
2.11 มีมุมมองเชิงระบบที่ชัดเจน	75 (16.7)	209 (46.4)	135 (30.0)	25 (5.6)	6 (1.3)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วยปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2.12 สามารถเชื่อมโยงนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด ไประดับที่สูงกว่า ต่ำกว่าและระดับเดียวกัน	81 (17.9)	199 (43.9)	150 (33.1)	18 (4.0)	5 (1.1)
3. ทรัพยากรในหน่วยงาน					
3.1 ได้รับการจัดสรรทรัพยากรสอดคล้อง กับแผนการปฏิบัติงานได้ทันตาม กรอบเวลา	47 (10.3)	153 (33.6)	191 (42.0)	55 (12.1)	9 (2.0)
3.2 มีบุคลากรที่มีความรู้ มากำกับ ดูแล แผนงานฯ ตัวชี้วัด	44 (9.7)	197 (43.4)	178 (39.2)	28 (6.2)	7 (1.5)
3.3 ได้รับการสนับสนุน คน เงิน ของ ตาม กิจกรรมในแผนปฏิบัติการสอดคล้อง ตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ 2	38 (8.3)	155 (34.1)	192 (42.2)	56 (12.3)	14 (3.1)
3.4 นำระบบสารสนเทศมาช่วยบริการใน ระบบการรายงาน การจัดเก็บ	64 (14.1)	194 (42.6)	161 (35.4)	29 (6.4)	7 (1.5)
3.5 ระบบสารสนเทศมีเสถียรภาพในการ ทำงาน	37 (8.2)	166 (36.7)	185 (40.9)	56 (12.4)	8 (1.8)
3.6 หน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัด ได้รับงบประมาณบางส่วนจาก แผนงานที่สอดคล้องและอยู่ภายใต้ การบริหารจัดการขององค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น	33 (7.3)	154 (34.1)	209 (46.2)	49 (10.8)	7 (1.6)
3.7 เขตสุขภาพได้ใช้ทรัพยากรร่วมกัน ภายในเขตเพื่อส่งเสริมให้การบริการ สุขภาพสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่	25 (5.5)	172 (38.1)	208 (46.1)	39 (8.7)	7 (1.6)
3.8 การใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขต สุขภาพส่งเสริมให้การทำงาน ตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมาย ตาม ยุทธศาสตร์ที่ 2	29 (6.4)	175 (38.8)	202 (44.8)	39 (8.7)	6 (1.3)
3.9 ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีความคิดเชิงกล ยุทธ์	26 (5.7)	151 (33.5)	220 (48.8)	45 (10.0)	9 (2.0)
3.10 ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้การบริหารงาน สมัยใหม่ (เช่น TQM, Lean และ อื่นๆ)	27 (6.0)	125 (27.6)	215 (47.6)	71 (15.7)	14 (3.1)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วยปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
3.11 มีความสามารถแปลงนโยบายเป็น ตัวชี้วัด (ในระดับหัวหน้างาน)	35 (7.7)	183 (40.4)	196 (43.3)	32 (7.1)	7 (1.5)
3.12 ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนเพียงพอกับ ภาระงาน	26 (5.8)	75 (16.8)	176 (39.4)	114 (25.5)	56 (12.5)
4. บรรยากาศการทำงานในหน่วยงาน					
4.1 บรรยากาศการทำงานเป็นแบบมุ่ง เป้าหมาย	62 (13.6)	205 (45.1)	158 (34.7)	24 (5.3)	6 (1.3)
4.2 บรรยากาศการทำงานสนับสนุน ช่วยเหลือกัน	66 (14.5)	213 (46.7)	150 (32.9)	23 (5.0)	4 (0.9)
4.3 กระบวนการดำเนินงานหลัก(สำคัญ) ที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้รับการสนับสนุน ให้ดำเนินงานไป ได้อย่างราบรื่น	35 (7.7)	200 (44.2)	192 (42.5)	21 (4.7)	4 (0.9)
4.4 บรรยากาศการทำงานให้ความสำคัญ ต่อการวัดผลงานอย่างสม่ำเสมอ	46 (10.1)	213 (46.8)	170 (37.4)	23 (5.0)	3 (0.7)
4.5 บรรยากาศการทำงานสนับสนุนงาน เป็นทีมตามแผนปฏิบัติการ	56 (12.3)	223 (49.0)	149 (32.75)	23 (5.1)	4 (0.9)
4.6 บรรยากาศการทำงานเอื้อต่อการมี ปฏิสัมพันธ์การสื่อสารแบบสองทิศทาง	54 (11.9)	210 (46.1)	166 (36.5)	20 (4.4)	5 (1.1)
4.7 กำหนดทีมผู้รับผิดชอบหลักในทุกแผน งานฯ ได้ชัดเจน	72 (15.8)	211 (46.4)	150 (33.0)	18 (3.9)	4 (0.9)
4.8 ทีมงานสามัคคีและให้ความร่วมมือกัน ปฏิบัติงาน	75 (16.5)	212 (46.6)	149 (32.7)	18 (4.0)	1 (0.2)
4.9 มีการสร้างทีมเพื่อทำงานในหน่วยงาน	82 (18.0)	220 (48.3)	129 (28.4)	20 (4.4)	4 (0.9)
4.10 มีการสร้างทีมคร่อมสายในหน่วยงาน	52 (11.4)	166 (36.5)	195 (42.8)	34 (7.5)	8 (1.8)
4.11 มีภาคีเครือข่ายทำงานด้าน สาธารณสุขที่เข้มแข็ง	72 (15.9)	199 (43.8)	158 (34.8)	22 (4.8)	3 (0.7)
4.12 ใช้วัฒนธรรมการรับรู้ Benchmarking เพื่อมาปรับปรุงการ ทำงานให้ดีขึ้น	43 (9.5)	178 (39.2)	196 (43.2)	30 (6.6)	7 (1.5)
4.13 มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกัน ภายในหน่วยงาน	67 (14.8)	217 (47.8)	154 (33.9)	14 (3.1)	2 (0.4)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วยปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
4.14 มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกัน ระหว่างหน่วยงาน	58 (12.8)	209 (46.1)	165 (36.4)	17 (3.8)	4 (0.9)
4.15 นำการเซ็น MOU ระหว่างหน่วยงาน กับหัวหน้างานมาปฏิบัติ (เช่น รพ. สต. กับ สสอ.)	86 (19.1)	160 (35.5)	145 (32.1)	43 (9.5)	17 (3.8)
4.16 มีวัฒนธรรมชื่นชมผู้ปฏิบัติงาน ที่ มุ่งมั่นทำงานให้สำเร็จ	110 (24.5)	179 (39.9)	136 (30.3)	17 (3.8)	7 (1.5)
5. ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน					
5.1 ผู้ปฏิบัติงานอุทิศตนเฝ้าต้องทำงาน นอกเวลา เพื่อให้งานยุทธศาสตร์บรรลุ เป้าหมาย	100 (22.0)	197 (43.4)	127 (28.0)	26 (5.7)	4 (0.9)
5.2 ผู้ปฏิบัติงานปรับปรุงงานที่ทำอย่าง ต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตาม ยุทธศาสตร์	90 (19.8)	208 (45.8)	142 (31.3)	11 (2.4)	3 (0.7)
5.3 ผู้ปฏิบัติงานยินดีทำงานเพื่อให้ หน่วยงานบรรลุเป้าหมายตาม ยุทธศาสตร์ แม้จะไม่มีคำสั่งการ	95 (20.9)	201 (44.3)	138 (30.4)	19 (4.2)	1 (0.2)

5.2.3.3 ในภาพรวมเมื่อมองความสอดคล้องและไม่สอดคล้องในข้อย่อยของผลการประเมินปัจจัยทั้ง 5 ด้านที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก จากผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน (ตารางที่ 5.7, 5.8 และ 5.9) สรุปได้ดังนี้

1. ความสอดคล้องของผลการประเมิน คือ ปัจจัยที่ 1 ความชัดเจนของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ประเด็นที่เห็นสอดคล้องกัน คือ ข้อ 1.1 ความชัดเจนของวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายของหน่วยงาน ผู้บริหาร เห็นด้วยอย่างยิ่ง 33.4% และเห็นด้วย 44.0% และผู้ปฏิบัติงาน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 30.6% และเห็นด้วย 50.7% ตามลำดับ ข้อ 1.2 ความสอดคล้องแผนงานฯ ตัวชี้วัด กับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ผู้บริหาร เห็นด้วยอย่างยิ่ง 28.0% และ เห็นด้วย 48.0% และผู้ปฏิบัติงาน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 21.0% และเห็น

ด้วย 58.1% ตามลำดับ ข้อ 1.3 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้แปลงเป็นแผนปฏิบัติการภายในหน่วยงาน ผู้บริหาร เห็นด้วยอย่างยิ่ง 18.7% และเห็นด้วย 56.0% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงาน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 19.4% และเห็นด้วย 51.7% ปัจจัยที่ 3 ทรัพยากรในหน่วยงาน ประเด็นที่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นสอดคล้องกัน คือ ข้อ 3.2 บุคลากรที่มีความรู้มากำกับ ดูแลแผนงานและตัวชี้วัด ผู้บริหาร เห็นด้วยอย่างยิ่ง 6.6% และเห็นด้วย 51.3% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงาน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 9.7% และเห็นด้วย 43.4% และ ข้อ 3.11 ระดับหัวหน้างานสามารถแปลงนโยบายเป็นตัวชี้วัด ผู้บริหารเห็นด้วยอย่างยิ่ง 5.3% และเห็นด้วย 44.7% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงาน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 7.7% และเห็นด้วย 40.4% และ ข้อ 3.12 ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน ผู้บริหาร ไม่เห็นด้วย 33.8% ผู้ปฏิบัติงานไม่เห็นด้วย 25.5% ปัจจัยที่ 4 บรรยากาศในหน่วยงาน ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นสอดคล้องกันคือ ข้อ 4.9 การสร้างทีมเพื่อทำงานในหน่วยงาน ผู้บริหารเห็นด้วยอย่างยิ่ง 17.3% และเห็นด้วย 52.0% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงาน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 18.0% และเห็นด้วย 48.3% และ ข้อ 4.16 มีวัฒนธรรมชื่นชมผู้ปฏิบัติงานที่มุ่งมั่นทำงานได้สำเร็จ ผู้บริหาร เห็นด้วยอย่างยิ่ง 21.6% และเห็นด้วย 45.9% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงาน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 24.5% และเห็นด้วย 39.9% และปัจจัยที่ 5 ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน มีความเห็นสอดคล้องกัน คือ ข้อ 5.2 ผู้ปฏิบัติงานปรับปรุงงานที่ทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ โดยผู้บริหาร เห็นด้วยอย่างยิ่ง 21.6% และเห็นด้วย 43.2% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงาน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 19.8% และเห็นด้วย 45.8%

2. ความไม่สอดคล้องของผลการประเมิน เป็นที่น่าสังเกตว่าทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ยังเห็นไม่สอดคล้องกัน ในปัจจัยที่ 2 ภาวะผู้นำในหน่วยงาน โดยผู้บริหารประเมิน ข้อ 2.2 การส่งเสริมกระบวนการทำงานเป็นไปโดยราบรื่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง 20.0% และเห็นด้วย 61.4% ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานเห็นด้วยอย่างยิ่ง 25.9% และเห็นด้วยเพียง 42.9%

สรุปว่ากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินหลักของ 12 เขตสุขภาพมีทั้งหมด 7 ขั้นตอน และมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดทั้งหมด 5 ปัจจัยในการวิจัยนี้ 82

บทที่ 6

อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ

การถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักของ 12 เขตสุขภาพเป็นช่วงระยะการเปลี่ยนผ่านระหว่าง การวางแผนยุทธศาสตร์ กับการนำแผนไปให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติภายในเขตสุขภาพ ด้วยการเชื่อมงาน ระดับแนวตั้งคือ เขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ และแนวนราบคือแต่ละหน่วยงานที่ทำหน้าที่ต่างๆ กัน (คร่อม สายงาน) เพื่อทุกส่วนงานได้เข้ามาร่วมงานกันโดยนำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและตัวชี้วัดเป็นธงนำ ให้ทุกหน่วยงานสอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

6.1 อภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า เขตสุขภาพถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักไปด้วยกันกับยุทธศาสตร์ที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิด PDCA (Plan-Do-Check-Act) รูปแบบการดำเนินงานเป็นแบบทางการ (ระบบ ราชการผ่านตามสายการบังคับบัญชาตามแนวดิ่งเป็นหลัก) มีกลไกแปลงยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดเป็น แผนพัฒนาระบบบริการ แล้วถ่ายทอดโดยการประชุมอย่างเป็นทางการ ทิศทางการสื่อสารจากบนลงล่าง ไปยังทีม คณะกรรมการต่างๆ ในหน่วยงาน และจัดสรรทรัพยากรมารองรับงานตามปัญหาของแต่ละพื้นที่ กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่ 12 เขตสุขภาพมี 7 กระบวนดังนี้

1. การจัดทำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (26 ตัวหลัก) โดย กำหนดวัตถุประสงค์ และค่าเป้าหมายให้ชัดเจน กระบวนการนี้ตรงกับงานวิจัยของ Zhang S และคณะ⁴³ และ Hacker ME และคณะ⁴⁴ กล่าวว่า การจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดต้องมีความชัดเจน
2. การสร้างกลไกแปลงยุทธศาสตร์ที่ 2 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก เป็นแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ และแผนปฏิบัติการ กระบวนการนี้ต่างจากงานของ Zhang S และคณะ⁴³ และ Kaplan RS และคณะ⁵⁷ ที่ได้นำ Balanced Scorecard (BSC) มาเป็นกลไกช่วยให้ผู้ ปฏิบัติมองเห็นภาพรวมของกระบวนการถ่ายทอด และการวัดผล แต่ผลศึกษาข้อมูลเชิง ปริมาณมีผู้บริหารตอบว่ามีการนำ BSC มาเป็นกรอบแนวคิด ร้อยละ 51.3 และผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 47.6 ตามลำดับ แต่ข้อมูลการสัมภาษณ์ระบุว่าแปลงเป็นแผนพัฒนาคุณภาพบริการ
3. การสื่อสาร และทิศทางการสื่อสารยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก ใช้การ ประชุมเป็นหลัก การประชุมมีหลายระดับ เช่น ส่วนกลางที่กรุงเทพมหานคร คณะกรรมการ ประสานงานเขต (คปสข) คณะกรรมการประสานงานจังหวัด (คปสจ) คณะกรรมการ ประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ) และกลไกการเซ็น MOU ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล (รพ.สต) กับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) แต่จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับกลาง เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สสอ. และผู้บริหารระดับต้น รพ.สต. กล่าวว่า “การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด และอำเภอจะทำล่วงหน้าไปก่อนเนื่องจากตัวชี้วัดถ่ายทอดล่าช้า และนโยบายเปลี่ยนแปลงบ่อย หน่วยงานจึงเก็บตัวชี้วัดและทำแผนไปล่วงหน้าแล้วจึงมาปรับทีหลัง” แต่จากการวิจัย พบว่าเขตสุขภาพยังไม่ได้สื่อสารทิศทางยุทธศาสตร์ได้อย่างสอดคล้อง เพราะหน่วยงานระดับอำเภอ และตำบล ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดเสร็จก่อนกระทรวงสาธารณสุข และเขตจะถ่ายทอดเป้าหมายและตัวชี้วัดลงมาถึง ซึ่งกระบวนการนี้ Sterling J⁵⁸ และ Bower JL และคณะ⁵⁹ ให้ความเห็นว่า ถ้ามีการจัดการส่วนนี้ไม่สอดคล้องกัน จะนำไปสู่ความล้มเหลวของกระบวนการถ่ายทอดได้

4. การนำแผนยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนาระบบบริการลงสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ จากการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่เขตสุขภาพถ่ายทอดตัวชี้วัดยังไม่สอดคล้องกับช่วงเวลาที่หน่วยงานในระดับอำเภอ จะนำไปดำเนินการได้ตามเป้าหมาย หน่วยงานจึงต้องทำแผนล่วงหน้าไปก่อนเพื่อให้ได้งบประมาณมาดำเนินงาน นอกจากนี้ หัวหน้างานยังขาดทักษะและความรู้ในการแปลงยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดมาปฏิบัติ ข้อมูลเชิงปริมาณระบุว่าบุคลากรผ่านการอบรมเกี่ยวกับตัวชี้วัดมีเพียงร้อยละ 56.8 เท่านั้น งานวิจัยของ Kotter JP และคณะ⁶⁰ กล่าวว่า “การนำยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดไปปฏิบัติควรมีกลยุทธ์ใหม่ ใช้วิธีหลากหลายเพื่อให้ผู้บริหารจัดการกับแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การให้ความรู้ผู้ปฏิบัติงาน การให้เข้ามามีส่วนร่วมคัดเลือกตัวชี้วัด การอำนวยความสะดวก การเจรจาต่อรอง การควบคุม และ ความมุ่งมั่นของบุคลากรทั้งที่แสดงออกและไม่แสดงออก” และ Watkins MD⁶¹ ให้ความเห็นว่า “การนำกลยุทธ์ไปดำเนินงานต้องการการจัดลำดับความสำคัญและการจัดวางให้ทิศทางให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์” จากผลการวิจัยนี้แสดงว่าเขตสุขภาพควรพัฒนาสมรรถนะของหัวหน้าหน่วยงานโดยการอบรมให้ความรู้การแปลง นโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และการจัดการสมัยใหม่ เช่น Balanced Scorecard Change Management Leadership for Change โดยเฉพาะผู้บริหารระดับกลางและระดับต้น
5. การติดตาม กำกับ และการประเมินผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดตามกำหนดเวลา เขตสุขภาพ มีระบบการติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจเยี่ยม การตรวจราชการ และการนิเทศงาน และให้มีการรายงานผลด้วยตัวชี้วัดตามกำหนดเวลา เช่น 1 3 และ 6 เดือน โดยวิธีการติดตามจากบุคลากรระดับผู้บริหารจากภายใน และการกำกับติดตามจากภายนอก เช่น การตรวจรับรองมาตรฐาน

6. การรายงานผลการดำเนินงาน ผลการวิจัยเชิงปริมาณแสดงให้เห็นว่า เขตสุขภาพรายงานด้วยเอกสารไปยังผู้บังคับบัญชา แต่ยังไม่พบหลักฐานว่าได้นำรายงานส่งมอบไปยังหน่วยงานในระดับแนวราบเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล Mintzberg H⁶² กล่าวว่า “ในหลายหลายสถานการณ์ การรายงานไปสู่ระดับบังคับบัญชานั้นไม่เพียงพอ เพราะว่าจะขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงานในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติได้”
7. การทบทวนผลการดำเนินงาน และการจัดการ ผลการวิจัยเชิงปริมาณระบุว่าทุกระดับมีคณะกรรมการมาทบทวนผลการดำเนินงานตามกรอบเวลา แต่ในผลการวิจัยเชิงปริมาณหัวหน้างานไม่ได้นำผลการดำเนินงานมาทบทวนกับผู้ใต้บังคับบัญชาตามกำหนดเวลาทุก 1 3 6 เดือนร้อยละ 20 ดังที่ Bower JL และคณะ⁵⁹ และ Kotter JP และคณะ⁶⁰ กล่าวว่า “เป็นสิ่งสำคัญที่ที่หน่วยงานต้องประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพราะว่าสถานการณ์มักจะเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอไม่ว่าเราจะวางกลยุทธ์ไว้ดี อย่างไรก็ตามต้องนำผลการทบทวนไปจัดการต่อเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน โดยต้องมีกลไกที่เชื่อมโยงกันทำให้เกิดความต่อเนื่องเพื่อหน่วยงานได้เรียนรู้ ปรับ ได้ในระดับปฏิบัติได้เหมาะสมและมุ่งเป้าหมายที่สอดคล้องเชื่อมการทำงานไปสู่เป้าหมายเพื่อให้เกิดความรวดเร็วสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม” ความสม่ำเสมอของการทบทวนผลงานจะนำไปสู่การเรียนรู้ และนำข้อมูลไปปรับแผนงานและกระบวนการต่อไป

ผลการวิเคราะห์กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดทั้ง 7 กระบวนการ พบว่าจุดเด่นอยู่ที่กระบวนการที่ 1 การจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การระบุวัตถุประสงค์ พร้อมตัวชี้วัด และกระบวนการที่ 5 การติดตาม กำกับ และการประเมินผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดตามกำหนดเวลา ทั้ง 2 กระบวนการนี้ เขตสุขภาพทำได้ดี และเป็นจุดเด่น แสดงว่าเขตสุขภาพได้นำตัวชี้วัดมาเพื่อติดตามประเมินผลหน่วยงานเป็นหลัก แต่ยังไม่ได้นำมาเพื่อการถ่ายทอด กำหนดเป้าหมาย และกระจายตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องโดยตรงไปยังระดับปฏิบัติงานให้สอดคล้องกัน ถ้าเขตสุขภาพพิจารณาและปรับการนำตัวชี้วัดเพื่อการถ่ายทอดให้สอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์ และหน้าที่ของหน่วยงานจะเพิ่มความโดดเด่นของกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ความชัดเจนของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 2) ภาวะผู้นำของหน่วยงาน 3) ทรัพยากรในหน่วยงาน 4) บรรยากาศการทำงานในหน่วยงาน และ 5) ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ซึ่งทั้งหมดเป็นปัจจัยภายในของเขตสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์บริบทได้ชี้ให้เห็นว่ามีปัจจัยภายนอก เช่น สถานการณ์การเมือง การเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร

ระดับสูง ปัจจัยด้านประชากร ทรัพยากร และจำนวนหน่วยบริการ ก็มีผลเกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดร่วมด้วย

6.2 สรุปผล

การวิจัยกระบวนการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน 12 เขตสุขภาพ ศึกษาจากมุมมองผู้ทำงานในกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการ ตติยภูมิ ทติยภูมิ ปฐมภูมิ และสำนักงานสาธารณสุข ด้วยรูปแบบการวิจัยผสมผสาน (Mixed Method) วิธี Sequential Exploratory Design โดยเริ่มด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และการศึกษาจากเอกสาร และนำข้อค้นมาสังเคราะห์เป็นความรู้โดยนำแนวคิด Hacker ME และคณะ⁴⁴ มาปรับเป็นรูปแบบกระบวนการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักในเขตสุขภาพบริบทไทยประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก และ 10 กระบวนการ (รูปที่ 6.1)

ขั้นตอนที่หนึ่ง การวางแผน ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ดังนี้

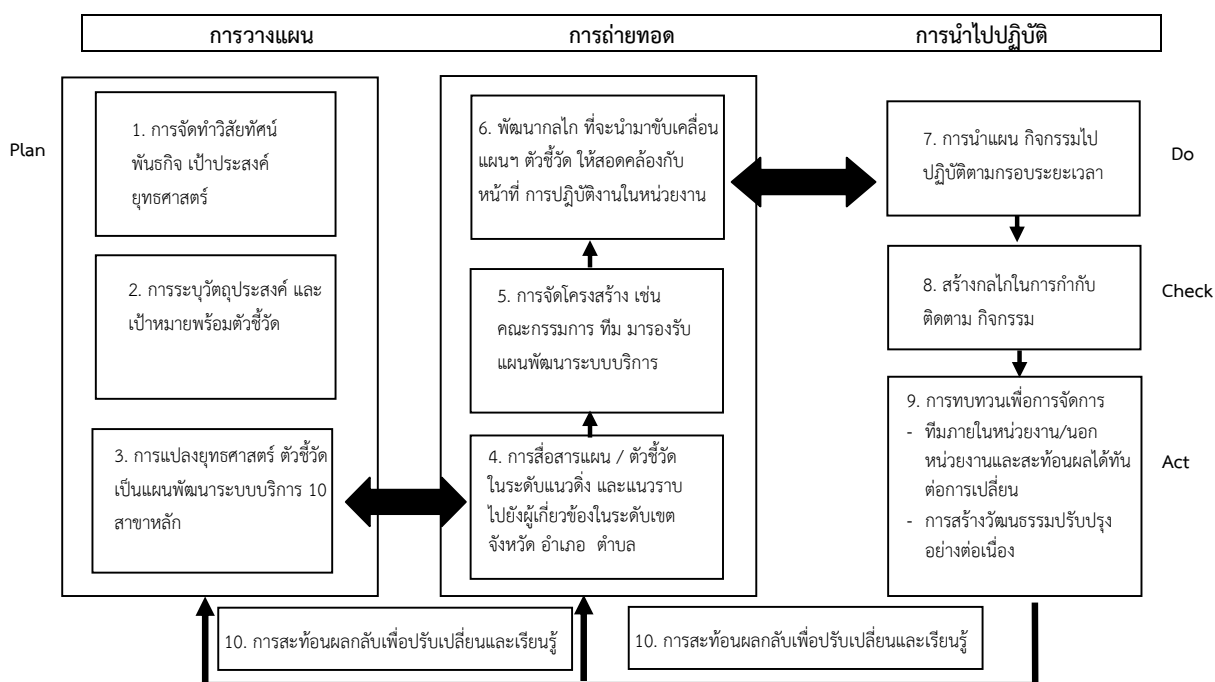
1. การจัดทำ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์
2. การระบุวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย ตัวชี้วัด
3. การแปลงยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด เป็นแผนพัฒนาระบบบริการ 10 สาขาหลัก

ขั้นตอนที่สอง การถ่ายทอด ประกอบด้วย 2 กระบวนการ ดังนี้

4. การสื่อสารแผนฯ และตัวชี้วัดโดยการส่งสารไปถึงผู้รับผิดชอบหลักโดยระบบงานราชการผ่านตามสายการบังคับบัญชาจากบนลงล่างด้วยกลไกแนวดิ่ง ในระดับต่างๆ เช่น เขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ
5. การจัดโครงสร้างให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โดยตั้งคณะกรรมการ ทีมภายในหน่วยงาน ทีมเครือข่ายงานมารับผิดชอบแผนงานและตัวชี้วัด
6. การพัฒนากลไกเพื่อขับเคลื่อนแผนฯ ตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับหน้าที่ ของหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่สาม การนำไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

7. การนำแผนฯ กิจกรรมไปปฏิบัติตามกรอบเวลา
8. สร้างกลไกกำกับ ติดตาม และประเมิน: ทีมติดตาม ประเมินภายใน และภายนอก
9. การทบทวนเพื่อการจัดการ โดยกลไกควรมีทั้งทีมภายในหน่วยงาน และทีมภายนอก และสร้างเป็นวัฒนธรรมให้นำผลการทบทวนมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
10. สะท้อนผลกลับไปถึงผู้รับผิดชอบในขั้นตอนการวางแผน และขั้นตอนการถ่ายทอด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนเรียนรู้



ภาพที่ 6.1 รูปแบบกระบวนการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่ 12 เขตสุขภาพ

การวิเคราะห์กระบวนการพบจุดอ่อนอยู่ที่

1. ความเชื่อมต่อของกระบวนการที่สาม (คือ การสร้างกลไกแปลงยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และแผนปฏิบัติการแล้วเชื่อมต่อไปยังหน่วยงาน) และกระบวนการที่สี่ (คือ การสื่อสาร และทิศทางการสื่อสาร ยุทธศาสตร์ แผนฯ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักไปยังผู้รับผิดชอบหลัก) เพื่อนำไปสู่กระบวนการที่เจ็ด คือ การนำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนาระบบบริการลงสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ ที่การศึกษานี้ยังไม่พบความชัดเจนของความสอดคล้องของประเด็นยุทธศาสตร์หลักและตัวชี้วัดได้ส่งมอบไปยังหน่วยงาน การสนับสนุนทรัพยากร เครื่องมือ และความสอดคล้องของระยะเวลาให้กับผู้ปฏิบัติงานนำไปปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และทิศทางยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม
2. การทบทวนผลการดำเนินงาน และการจัดการในกระบวนการที่เก้า โดยเฉพาะเมื่อผลการดำเนินงานเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ต้องทบทวนหาสาเหตุ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และการจัดการต่อการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในการถ่ายทอด เพื่อให้เป็นวงจรที่ครบถ้วนของ PDCA cycle และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

6.3 ข้อเสนอแนะ

ด้านการจัดการ

1. ผู้บริหารเขตสุขภาพควรตระหนักว่าการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้เสียหลายระดับมาก (กระทรวงสาธารณสุข ระดับเขตสุขภาพมีบริการหลายระดับที่อยู่ภายในจังหวัด อำเภอ และตำบล) การเชื่อมต่อกระบวนการต้องวางมาตรฐานงานเพื่อให้ทุกกระบวนการมีมาตรฐานการถ่ายทอดโดยนำรูปแบบที่ผู้วิจัยนำเสนอในรูปที่ 6.1 มาจัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงานทุกระดับ
2. ผู้บริหารหน่วยงานทุกระดับควรเรียนรู้จุดควบคุมสำคัญที่เป็นจุดอ่อนที่ผู้วิจัยได้ระบุคือ
 - 2.1 การแปลงยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการ ก่อนการส่งมอบให้กับหน่วยงาน ทีม และคณะกรรมการต่างๆ ผู้ถ่ายทอดยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดต้องคำนึงถึงความสอดคล้องของหน้าที่หน่วยงานและยุทธศาสตร์

- 2.2 ทิศทางการสื่อสารแผนงานฯ และตัวชี้วัดไปยังผู้ปฏิบัติงานในระดับทีม ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน โดยการสื่อสารควรผสมผสานรูปแบบบนลงล่าง และล่างขึ้นบน และประสานคร่อมสายงานเพื่อการสื่อสารไปถึงผู้รับผิดชอบได้ สอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก
- 2.3 ผู้บริหารต้องคำนึงถึงคุณค่าของตัวชี้วัดโดยพิจารณาตัวชี้วัดที่เป็นตัวนำ (Leading KPI) และ ตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ (Lagging KPI) ให้ชัดเจน
- 2.4 จัดทำเมทริกซ์ของการถ่ายทอด (Deployment Matrix) เพื่อให้ทุกหน่วยงานทราบว่าต้องเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดใดได้อย่างชัดเจน
- 2.5 การกำหนดวาระการรายงานอย่างชัดเจน (Agenda base meeting) ว่า วาระนี้จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับหน่วยปฏิบัติงานระดับไหน เพื่อสร้างให้เกิด ความสอดคล้องของข้อตกลงเพื่อผลการดำเนินการ (Performance agreement)
3. การพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารระดับกลางและระดับต้นให้ได้รับการอบรมความรู้ และความสามารถ ในเรื่องการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และเครื่องมือการจัดการสมัยใหม่ เช่น Balanced Scorecard (BSC) Closed Loop Management System (CLMS) Change management และ Leadership for Change

ด้านนโยบาย

1. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ กรมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวชี้วัดทุกหน่วยงาน ควรต้องคำนึงถึงประเด็นดังต่อไปนี้ ก่อนนำตัวชี้วัดไปถ่ายทอดให้กับหน่วยงานในเขตสุขภาพ
 - 1.1 การบูรณาการตัวชี้วัดที่อยู่ในความรับผิดชอบของทุกหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โดยจัดทำแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์และชัดเจน ก่อนถ่ายทอดให้หน่วยงานในแต่ละระดับการดำเนินงาน
 - 1.2 กรอบเวลาในการถ่ายทอดตัวชี้วัดควรถ่ายทอดให้รวดเร็วก่อนปีงบประมาณ เพื่อลดผลกระทบต่อนายงานระดับอำเภอและตำบลที่ต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูล
 - 1.3 ควรนำระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพมาเป็นเครื่องมือช่วยให้กับหน่วยงาน ภายสามารถการจัดเก็บรวบรวม แปลผลตัวชี้วัด และวิเคราะห์ เพื่อลดภาระงาน

ของหน่วยงานระดับปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชนที่มีความขาดแคลน
ทรัพยากรบุคคล

2. ผู้บริหารเขตสุขภาพควรพิจารณานโยบายที่นำค่าเป้าหมายการตัวชี้วัดเพื่อการ
ปรับปรุงงาน จะช่วยให้หน่วยบริการรายงานค่าสถิติสอดคล้องกับความเป็นจริง และ
การวางเป้าหมายตัวชี้วัดต้องสอดคล้องกับข้อจำกัดของหน่วยงาน จะเป็นการสร้าง
วัฒนธรรมการวัดผลที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดดังต่อไปนี้

1. ระบบการจัดเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้ข้อมูลตัวชี้วัดไม่ครบถ้วน มีข้อจำกัดการวางแผน
วิเคราะห์ และต้องปรับรูปแบบการวิจัยบางหัวข้อให้เหมาะสมกับข้อมูลที่มีอยู่ เช่น การ
วิเคราะห์ แนวโน้มตัวชี้วัดของ 12 เขตสุขภาพย้อนหลังปีงบประมาณ พ.ศ.2553 ถึง พ.ศ.
2557
2. ความคลาดเคลื่อนของค่าสถิติตัวชี้วัด เช่น คำนิยามที่หน่วยงานในเขตสุขภาพให้นิยามไม่
ตรงกัน ส่งผลต่อข้อมูลการรายงาน ผู้วิจัยต้องใช้เวลามากในการตรวจทานข้อมูลมากทำให้มี
ข้อจำกัดในการนำมาวิเคราะห์ประสิทธิภาพของกระบวนการและผลลัพธ์
3. การเข้าถึงข้อมูลตัวชี้วัดของจังหวัด และหน่วยงานหลายแห่งมีข้อจำกัด
4. สถานการณ์การเมืองในกระทรวงสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินการ
วิจัยส่งผลให้ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการลงพื้นที่ในรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ
5. หน่วยวิเคราะห์เขตสุขภาพมีความซับซ้อนมาก มีผู้มีส่วนได้เสียหลากหลายกลุ่ม โครงสร้าง
ของเขตสุขภาพในด้านผู้ปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจน บุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องยืมมาจากหลายส่วน
งาน จึงส่งผลต่อการตอบแบบสอบถามในการระดับการปฏิบัติงาน และแบบสอบถาม
กลับร้อยละ 57.3 (ภาคผนวก จ.) จึงต้องคำนึงถึง non-response bias ในการแปลผล และ
การวิจัยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสถิติบรรยายเป็นหลักการนำไปใช้ขยายผลใน
หน่วยบริการอื่นๆต้องคำนึงกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557.
2. Pekar Jr P, Abraham S. Is strategic management living up to its promise? Long
Range Planning. 1995;28(5):32-44.
3. Taylor B. Strategic planning--which style do you need? Long Range Plann.
1984;17(3):51-62.
4. Waalewijn P, Segaar P. Strategic management: the key to profitability in small
companies. Long Range Planning. 1993;26(2):24-30.
5. Wilson I. Strategic planning isn't dead— it changed. Long Range Planning.
1994;27(4):12-24.
6. Hahn D. Strategic management—Tasks and challenges in the 1990s. Long
Range Planning. 1991;24(1):26-39.
7. Sandy W. Avoid the breakdowns between planning and implementation. The
Journal of business strategy. 1991;12(5):30-3.
8. Plano Clark, V.L., & Creswell, J.W. The mixed methods reader. Thousand Oaks,
CA: Sage; 2008.
9. Paul Walley and Ben Gowland. Completing the circle: from PD to PDSA. Int J
of Health care Quality Assurance 2004;17(6): 349-358.
10. Towse A, Mill A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health
reform, BMJ 2004; 328 (7431): 103-105.
11. Wayne W. Eckerson. Performance Management Strategies: How to create and
deploy Effective Metrics. First Quarty 2009;TDWI BEST PRACTICS REPORT.
(retrieve from www.tdwi.org)
12. WHO. The world health organization performance assessment tool for quality
improvement in hospitals (PATH): An analysis of the pilot implementation in
37 hospitals

13. Groene, O, Klazinga N, Kazandjian V, Lombrail P. Bartels, P. Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *Int J for Quality in Health care*. 2008; 3: 155-161. DOI: 10.1093/intqhc/mzn010
14. Davies B, Edwards N, Ploeg J, Virani T. Safety is part of quality: a proposal for a continuum in performance measurement . *BMC Health Service Research* 2008; 8 (29) DOI: 10.1186/1472-6963-8-29
15. Kazandjian, VA , Wicker, KG , Matthes, N , Ogunbo, S. Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators . *J of Eval in Clinical Practice* ;14 (2). :354-359. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2008.00960.x
16. Mears A , Vesseur J, Hamblin R, Long P, Den Ouden L. The national Indigenous health performance measurement system. *Int J for Quality in Health Care* 2008; 23 (6); 637-644. DOI: 10.1093/intqhc/mzr055
17. Anderson, IP , Anderson, M , Smylie, J. What is the value of hospital mortality indicators, and are there ways to do better?. *AUSTRALIAN HEALTH REVIEW* 2008; 32 (4); 626-638.
18. Barker A, Mengersen K, Morton A. Identifying unintended consequences of quality indicators: a qualitative study. *AUSTRALIAN HEALTH REVIEW* 2012; 36 (4); 374-377. DOI: 10.1071/AH11132
19. Lester, HE , Hannon, KL , Campbell, SM . A pilot qualitative study to explore stakeholder opinions regarding prescribing quality indicators . *BMJ Quality & Safety* 2011. 20 (12);1057-1061. DOI: 10.1136/bmjqs.2010.048371
20. Martirosyan L, Markhorst J, Denig P, Haaijer-Ruskamp FM, Braspenning J. Comparing physician and patient perceptions of quality in ambulatory care . *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH* 2012; 12 (191);. DOI: 10.1186/1472-6963-12-191
21. Levine, R , Shore, K , Lubalin, J , Garfinkel, S , Hurtado, M , Carman, K. Measuring quality of care: considering conceptual approaches to quality indicator development and evaluation. *Int J for Quality in Health Care*. Volume 2012; 24 (4);348-356. DOI: 10.1093/intqhc/mzs023

22. Stelfox HT, Straus, SE. JOURNAL OF CLINICAL EPIDEMIOLOGY 2013: 66 (12); 1328-1337. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.05.017.
23. Hilarion P, Sunol R, Groene O, Vallejo P, Herrera E, Saura RM. Making performance indicators work: the experience of using consensus indicators for external assessment of health and social services at regional level in Spain. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2009;90(1):94-103.
24. Voerman GE, Calsbeek H, Maassen IT, Wiegers TA, Braspenning J. A systematic approach towards the development of a set of quality indicators for public reporting in community-based maternity care. Midwifery. 2013;29(4):316-24.
25. Perera R, Dowell A, Crampton P. Painting by numbers: a guide for systematically developing indicators of performance at any level of health care. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2012;108(1):49-59.
26. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szecsenyi J, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Family practice. 2005;22(2):215-22.
27. Agostino D, Arnaboldi M. Design issues in Balanced Scorecards: The “what” and “how” of control. European Management Journal. 2012;30(4):327-39.
28. Umashev C, Willett R. Challenges to Implementing Strategic Performance Measurement Systems in Multi-Objective Organizations: The Case of a Large Local Government Authority. Abacus. 2008;44(4):377-98.
29. ประภาส อนันตา และเสถียรพงษ์ ศิวินา. รูปแบบการนำแผนเชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 2556;20(1):9-18.
30. Evans JR. An exploratory study of performance measurement systems and relationships with performance results. Journal of Operations Management. 2004;22(3):219-32.

31. Chan Y-CL. An Analytic Hierarchy Framework for Evaluating Balanced Scorecards of Healthcare Organizations. *Canadian Journal of Administrative Sciences / Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*. 2006;23(2):85-104.
32. Kollberg B, Dahlgaard JJ, Brehmer PO. Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 2006;56(1):7-24.
33. Grigoroudis E, Orfanoudaki E, Zopounidis C. Strategic performance measurement in a healthcare organisation: A multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega*. 2012;40(1):104-19.
34. Freeman T. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health services management research: an official journal of the Association of University Programs in Health Administration / HSMC, AUPHA*. 2002;15(2):126-37.
35. Zamanis D, Bohoris GA, editors. Framework of Key Processes and Quality Management. 11th QMOD Conference Quality Management and Organizational Development Attaining Sustainability From Organizational Excellence to SustainAble Excellence; 2008. 20–22 August; 2008; Helsingborg; Sweden. Linköping University Electronic Press; Linköpings universitet.
36. Tari JJ, Molina JF, Castejón JL. The relationship between quality management practices and their effects on quality outcomes. *European Journal of Operational Research*. 2007;183(2):483-501.
37. Sinclair D, Zairi M. Performance measurement: a critical analysis of the literature with respect to total quality management. *International Journal of Management Reviews*. 2000;2(2):145-68.
38. Bou-Llusar JC, Escrig-Tena AB, Roca-Puig V, Beltrán-Martín I. An empirical assessment of the EFQM Excellence Model: Evaluation as a TQM framework

relative to the MBNQA Model. *Journal of Operations Management*. 2009;27(1):1-22.

39. Sunil C. D'Souza, A.H. Sequeira. Application of MBNQA for service quality management and performance in healthcare organizations. *International Journal of Engineering, Science and Technology*. 2011;3(7):73-88.
40. McLoughlin V, Leatherman S, Fletcher M, Owen JW. Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 2001;13(6):455-62.
41. Mannion R, Davies HT. Reporting health care performance: learning from the past, prospects for the future. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2002;8(2):215-28.
42. Sanchez E, Letona J, Gonzalez R, Garcia M, Darpon J, Garay JI. A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 2006;18(1):58-65.
43. Zhang S, Bamford D, Moxham C, Dehe B. Strategy deployment systems within the UK healthcare sector: a case study. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 2012;61(8):863-80.
44. Hacker ME, Kotnour T, Mallak LA. Formalizing deployment processes in the US Government. *International Journal of Public Sector Management*. 2001;14(3):221-40.
45. Hollyway I (ed.). *Qualitative Research in Health Care*. Berkshire: Open University Press; 2005.
46. Patten MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2nd Ed.). California: Saga Publications; 1990.

47. Ritchie J & Lewis J, editors. *Qualitative Research Practice*. London: Sage Publications; 2003.
48. Marshall C & Rossman G B. *Designing Qualitative Research*. California: Sage Publications; 1989.
49. Creswell J W. *Research Design*. Thousand Oaks: Sage Publication; 2003.
50. Bourgeault I, Dingwall R & de Vries R, editors. *Qualitative Methods in Health Research*. Los Angeles: Sage; 2010.
51. Creswell J.W. & Plano Clarke V.L. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
52. Creswell J.W. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.
53. Tashakkori A. & Teddie C, editors. *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks, CA: Sage. 2003.
54. Denzin N.K. & Lincoln Y.S. editors. *SAGE handbook of qualitative research* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage; 2011
55. Greene, J.C. *Mixed methods in social inquiry*. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
56. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมสัมมนา เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพส่วนภูมิภาค. 29 กุมภาพันธ์ 2555; โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร 2555. p. 6-9.
57. Kaplan RS, Norton DP. Mastering the management system. *Harvard business review*. 2008;86(1):62-77, 136.
58. Sterling J. Translating strategy into effective implementation: dispelling the myths and highlighting what works. *Strategy & Leadership*. 2003;31(3):27-34.
59. Bower JL, Gilbert CG. How Managers' everyday decisions create or destroy your company's strategy. *Harvard business review*. 2007;85(2):72-9, 154.
60. Kotter JP, Schlesinger LA. Choosing strategies for change. *Harvard business review*. 2008;86(718):130-9.
61. Watkins MD. Picking the right transition strategy. *Harvard business review*. 2009;87(1):46-53, 114.

62. Mintzberg H. The strategy process: concepts, contexts, and cases. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall.1988.

ภาคผนวก ก.

แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์
โครงการการศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก
ลงสู่การปฏิบัติใน 12 เขตบริการสุขภาพ

คำแนะนำ

แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารและผู้มีส่วนได้เสียในระดับกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพ จังหวัด อำเภอก่อนการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และผู้รับการสัมภาษณ์ได้เซ็นยินยอมที่จะตอบคำถามวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้วเท่านั้น

วันที่สัมภาษณ์.....เวลาที่เริ่ม.....เวลาที่สิ้นสุด.....

แบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน 12 เขตบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ / หรือต้องการให้มีการปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน 12 เขตบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการสัมภาษณ์

1.1 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

1.2 อายุปี

1.3 ตำแหน่งงานในปัจจุบัน

1.4 ชื่อหน่วยงาน.....

1.5 ระดับการปฏิบัติงาน ☐ กระทรวงสาธารณสุข (ระบุส่วนงาน))

☐ เขตบริการ (ระบุพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่))

☐ จังหวัด (ระบุชื่อจังหวัด))

☐ อำเภอ (ระบุชื่ออำเภอ))

1.6 ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมาย (อธิบาย)

.....

1.7 ระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ปี เดือน

version October 9, 2014



คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)

คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)

Doc. No. MUPH 2014-200

วันที่ 20 ต.ค. 57

ส่วนที่ 2 ประเด็นประสิทธิผลกระบวนการถ่ายทอดนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน 12 เขตบริการสุขภาพ

2.1 นโยบาย/แผนยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (26 ตัว) ใน 12 เขตบริการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 (ในยุทธศาสตร์ที่ 2: พัฒนาการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้)

ก. ท่าน(คณะกรรมการผู้บริหาร)มีความคิดเห็นอย่างไรต่อแผนยุทธศาสตร์ที่2 ?

.....

ข. ท่าน(คณะกรรมการผู้บริหาร)เกี่ยวข้องการถ่ายทอดแผนในระดับใดบ้าง ? (ในระดับกระทรวง, ระดับเขตบริการสุขภาพ, ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ).....

.....

2.2 ความเข้าใจกระบวนการถ่ายทอดนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก

ก. การถ่ายทอดนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัดที่มีประสิทธิผลควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ?

.....

ข. กระบวนการถ่ายทอดนโยบาย/แผน ที่ท่านทำอยู่มีขั้นตอนการดำเนินงานและกิจกรรมอะไรบ้าง ?

.....

2.3 กระบวนการที่สำคัญของการถ่ายทอดนโยบาย/แผน ไปยังเขตบริการสุขภาพ/จังหวัด/อำเภอ คืออะไร ?

.....

.....

2.4 ท่าน(คณะกรรมการผู้บริหาร)มีวิธีการสื่อสารนโยบายไปยังทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างไร ?

.....

.....



2.5 เมื่อรับนโยบาย/แผน ท่าน(คณะกรรมการผู้บริหาร)เตรียมการถ่ายทอดนโยบายลงไปสู่ผู้ปฏิบัติการในแต่ละระดับอย่างไรบ้าง ?

.....

2.6 ท่าน(คณะกรรมการผู้บริหาร) ทราบได้อย่างไรว่าผู้รับนโยบาย/แผนในทุกส่วนงานเข้าใจงานที่ได้รับมอบหมาย และสามารถนำแผนไปทำงานได้ ?

.....

2.7 ท่าน(คณะกรรมการผู้บริหาร)ได้กำหนดให้ผู้รับนโยบาย/แผนมีการจัดทำกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติรองรับหรือไม่ ? และทำกิจกรรมอะไรบ้าง?

.....

2.8 ท่าน(คณะกรรมการผู้บริหาร)ทราบได้อย่างไรว่านโยบาย/แผนบรรลุผลการดำเนินงานตรงตามเป้าหมาย?

.....

2.9 ผลการดำเนินงานประจำปีรายงานไปให้ผู้เกี่ยวข้องอย่างไร?

.....

2.10 ผลการดำเนินงานตามนโยบายและแผนได้รับทบทวนเป็นประจำหรือไม่ ? ทำอย่างไร?

.....



ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ/หรือต้องการให้มีการปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน 12 เขตบริการสุขภาพ

3.1 กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 2 หรือไม่

.....

3.2 ในกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัด ท่านพบเห็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง และอุปสรรคอะไรบ้างที่ทำให้การถ่ายทอดนโยบาย/แผนตัวชี้วัดในหน่วยงานของท่าน ในระดับจังหวัด ในระดับเขต และในระดับกระทรวง ไม่สามารถดำเนินไปได้

.....

3.3 ท่านจะให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดผลตัวชี้วัดการดำเนินงานในระดับหน่วยงาน ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับกระทรวงสาธารณสุขอย่างไรบ้าง

.....

version October 9, 2014



คณะกรรมการวิจัยระบบการวิจัยในสุขภาพ
คณะกรรมการยุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
COA. No. MUPH. 2014-200
วันที่ 20 ต.ค. 57

ภาคผนวก ข.

แบบสอบถามระดับผู้บริหาร

แบบสอบถาม
การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก
ลงสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อถามผู้บริหารเขตสุขภาพในโครงการวิจัย “การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ” ระยะที่ 3 แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ท่านเป็นผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมประชาชนเข้าถึงบริการได้ ของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2557 ลงสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามนี้ทุกข้อตามสภาพการณ์จริงการปฏิบัติงานของเขตสุขภาพ ที่มิวิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (หมายเลข MUPH 2014-200) ดังนั้นก่อนตอบแบบสอบถาม ท่านทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยและยินยอมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

ขอแสดงความนับถือ

ผศ.ดร.จรรุวรรณ ธาตาเดช

หัวหน้าโครงการวิจัยฯ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

COA. No. MUPH. 2014-200

วันที่รับรอง 20 ต.ค. 57

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความและเติมข้อความในช่องว่าง

1.1 ตำแหน่งงานในปัจจุบัน

กรุณาระบายลักษณะงานโดยสังเขป.....

1.2 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

1.3 อายุปี

1.4 ระยะเวลาทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ปี (นับจำนวนปีเต็มที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันจนถึงวันกรอกแบบสอบถาม)

1.5 ระยะเวลาทำงานในกระทรวงสาธารณสุข.....ปี (นับจำนวนปีเต็มตั้งแต่เริ่มทำงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจนถึงวันกรอกแบบสอบถาม)

1.6 ท่านปฏิบัติอยู่ในระดับใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

☐ กระทรวงสาธารณสุข (ระบุส่วนงาน.....) ☐ เขตสุขภาพ (ระบุเขตสุขภาพที่.....)

☐ จังหวัด (ระบุชื่อจังหวัด) ☐ อำเภอ (ระบุชื่ออำเภอ)

1.7 ท่านเกี่ยวข้องกระบวนการถ่ายทอด นโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

☐ เป็นผู้กำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

☐ เป็นผู้กำหนดนโยบายเขตสุขภาพ

☐ เป็นผู้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายในส่วนงานที่รับผิดชอบที่ปฏิบัติ (ในข้อ 1.6)

☐ เป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายของกระทรวงฯ ไปสู่การปฏิบัติในระดับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ (ในข้อ 1.6)

☐ เป็นผู้วางเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ในระดับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ (ในข้อ 1.6)

☐ เป็นผู้วางแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติงานในระดับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ (ในข้อ 1.6)

☐ เป็นคณะกรรมการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพใน 10 สาขาหลัก

(ระบุตำแหน่งและสาขาที่ได้รับมอบหมาย.....)

☐ เป็นผู้กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในระดับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ (ในข้อ 1.6)

☐ เป็นผู้ทบทวนผลการดำเนินงานในระดับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ (ในข้อ 1.6)

☐ เป็นผู้ให้คำปรึกษา ชี้ทิศทางการพัฒนาหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

แบบสอบถาม Version 29 July 2015



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

COA. No. MUPH. 2014- 200

วันที่ได้รับรอง 20 ต.ค. ๕๗

ส่วนที่ 2 กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ

คำชี้แจง 1. โปรดอ่านข้อคำถามแล้วพิจารณาข้อคำตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ และเติม

คำตอบท้ายข้อความที่ตรงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในเขตสุขภาพ

2. กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่เขตสุขภาพถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัด 26 ตัว และ Service Plan ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ไปสู่หน่วยงานในระดับจังหวัดและอำเภอ

2.1 ท่านรับนโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มาอย่างไร ? (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- ☐ 1. การประชุมรับมอบนโยบายจากผู้บริหารกระทรวงจัดขึ้นที่กรุงเทพมหานคร
- ☐ 2. เอกสาร (ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2557)
- ☐ 3. การประชุมผู้บริหารกระทรวงฯ กับผู้บริหารเขต (โปรดระบุ.....)
- ☐ 4. การประชุมที่จัดขึ้นในระดับเขตสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
- ☐ ประชุมจัดทำแผนงานประจำปี ☐ ประชุมคณะกรรมการประสานงานระดับเขต (คปสข.)
- ☐ ประชุมอื่นๆ (โปรดระบุ.....)
- ☐ 5. การประชุมที่จัดขึ้นในระดับจังหวัด (โปรดระบุ.....)
- ☐ 6. การประชุมที่จัดขึ้นโดยกรมวิชาการหรือหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพตัวชี้วัด (โปรดระบุ.....)
- ☐ 7. หนังสือสั่งการ
- ☐ 8. อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

2.2 ท่านถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดที่ได้รับมาจากกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ไปยังผู้รับผิดชอบในส่วนงานใดบ้างในเขตสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- ☐ 1. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ
- ☐ 2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต
- ☐ 3. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 สาขาหลัก
- ☐ 4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- ☐ 5. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ฯ
- ☐ 6. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
- ☐ 7. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
- ☐ 8. คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ
- ☐ 9. สาธารณสุขอำเภอ



- ☐ 10. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- ☐ 11. อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

2.3 กระบวนการถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ในเขตสุขภาพมายังหน่วยงานของท่าน มี หรือ ไม่มี กิจกรรมดังต่อไปนี้ (กรุณาทำ
เครื่องหมาย ✓ ตรงกับข้อความที่ปฏิบัติ/เกิดขึ้นจริง)

ข้อ	กิจกรรม	มี	ไม่มี
2.3.1	นโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดจากระดับกระทรวง สาธารณสุข ได้แปลงมาสู่ระดับเขต โดย		
	ก. จัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพเพื่อเป็นคู่มือให้กับผู้ปฏิบัติงานเป็น ลายลักษณ์อักษรในเอกสาร	☐	☐
	ข. จัดทำประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด เพื่อนำมาจัดทำแผนปฏิบัติการของ เขตสุขภาพเป็นลายลักษณ์อักษร	☐	☐
	ค. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 สาขาหลัก ที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ที่ 2	☐	☐
	ง. กำหนดผู้รับผิดชอบการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ/ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 สาขาหลัก ได้ชัดเจน	☐	☐
	จ. อื่นๆ (โปรดระบุ.....)	☐	☐
2.3.2	ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ของเขตสุขภาพ		
	ก. สอดคล้องประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ด้าน (1. ด้านการเข้าถึงบริการ , 2. คุณภาพบริการ , 3. คุณภาพการ บำบัดรักษา , 4. บริการเฉพาะ และ 5. กลุ่มระบบบริการ)	☐	☐
	ข. มีจำนวน 26 ตัวชี้วัด เหมาะสมกับบริบทของเขตสุขภาพ	☐	☐
	ค. เขตสุขภาพได้เก็บตัวชี้วัดเพิ่มจากที่ได้ระบุไว้ในข้อ ข.	☐	☐
	ง. มีคู่มืออธิบายแนวทางการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดทุกตัวชัดเจน เช่น คำ นิยาม วิธีการจัดเก็บ วิธีการรวบรวม (ตัวตั้ง/ตัวหาร)	☐	☐
	จ. กำหนดระยะเวลาที่ต้องการให้ตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายได้ชัดเจน	☐	☐
	ฉ. หน่วยงานในพื้นที่มีส่วนร่วมคัดเลือก และกำหนดตัวชี้วัดของเขต	☐	☐
	ช. ตัวชี้วัดของหน่วยงานในอำเภอ จังหวัด สอดคล้องกับประเด็น ยุทธศาสตร์ของเขต	☐	☐



ข้อ	กิจกรรม	มี	ไม่มี
	ข. ระยะเวลานำตัวชีวิตลงสู่การปฏิบัติในจังหวัดเกิดความล่าช้า	☐	☐
	ณ. บุคลากรที่รับผิดชอบตัวชีวิตของเขต ผ่านการอบรมแนวทางการจัดเก็บข้อมูลตัวชีวิตมาแล้ว	☐	☐
2.3.3	เขตสุขภาพนำกรอบแนวคิดใดมาเป็นหลักในการถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชีวิตปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ไปยังจังหวัด		
	ก. Six building block Model	☐	☐
	ข. CIPP Model (Context/Input/Process/Product)	☐	☐
	ค. One Province One hospital One Region	☐	☐
	ง. PDCA (Plan-Do-Check-Act))	☐	☐
	จ. Balanced Scorecard	☐	☐
	ฉ. TQA (Thailand Quality Award Framework)	☐	☐
	ช. PMQA (Public Management Quality Award Framework)	☐	☐
	ซ. HA (Hospital Accreditation Framework)	☐	☐
	ณ. อื่นๆ ระบุ (.....)	☐	☐
2.3.4	เขตสุขภาพได้สื่อสาร นโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และตัวชีวิตใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ไปยังหน่วยงานในระดับจังหวัดโดย		
	ก. ให้เข้าร่วมประชุมรับมอบนโยบาย จากกระทรวงสาธารณสุข	☐	☐
	ข. การประชุมมอบนโยบายแก่คณะกรรมการบริหารเขต	☐	☐
	ค. การขับเคลื่อนผ่านแต่ละคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ 10 สาขาหลักของเขต	☐	☐
	ง. แบบทางการตามสายการบังคับบัญชา	☐	☐
	จ. แบบไม่เป็นทางการ (Line, Online, Website)	☐	☐
	ฉ. การสื่อสารมีทิศทางจากระดับบนลงล่าง (จากเขตไปจังหวัด อำเภอ ตำบล)	☐	☐
	ช. การสื่อสารมีทิศทางจากระดับล่างขึ้นบน (จากตำบลไปอำเภอ จังหวัด เขต)	☐	☐
	ซ. การสื่อสารแต่ละระดับมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร	☐	☐
	ณ. ใช้หนังสือราชการ เชิญประชุม	☐	☐
	ญ. ใช้เอกสารแจก	☐	☐
	ฎ. ใช้ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Mail)	☐	☐



ข้อ	กิจกรรม	มี	ไม่มี
	ฎ. ใช้โทรศัพท์	☐	☐
	ฐ. การพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ	☐	☐
	ท. ใช้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ	☐	☐
2.3.5	เขตสุขภาพติดตาม กำกับ และประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานนโยบายเป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ของหน่วยงานในจังหวัด โดย		
	ก. การตรวจเยี่ยม	☐	☐
	ข. การตรวจราชการ	☐	☐
	ค. การนิเทศงาน	☐	☐
	ง. ระบบการรายงาน (เช่น ทุก 1, 3, 6 เดือน)	☐	☐
	จ. การประชุม	☐	☐
	ฉ. การทำกลุ่ม Line	☐	☐
	ช. การรายงานผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัด	☐	☐
	ซ. ความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานหลักจากตัวชี้วัด	☐	☐
	ณ. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักที่บรรลุเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง	☐	☐
2.3.6	กระบวนการรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบายเป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ของหน่วยงานในจังหวัดไปยังเขตสุขภาพ		
	ก. หน่วยงานรายงานด้วยวาจาไปยังผู้รับผิดชอบในเขตสุขภาพ	☐	☐
	ข. หน่วยงานรายงานด้วยเอกสารไปยังผู้รับผิดชอบในเขตสุขภาพ	☐	☐
	ค. เขตจัดเวทีให้หน่วยงานมานำเสนอ	☐	☐
2.3.7	เขตสุขภาพทบทวนและจัดการผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดปีงบประมาณ พ.ศ.2557ของหน่วยงานในจังหวัด โดย		
	ก. ตั้งคณะกรรมการระดับเขตมาทบทวน และจัดการผลการดำเนินงานในภาพรวม	☐	☐
	ข. คณะกรรมการบริหารเขตทบทวนผลการดำเนินงานของทุกหน่วยงาน ภายใต้การกำกับดูแลทุก 6 เดือน หรือตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้ จากเอกสารที่ได้รับรายงาน	☐	☐



ข้อ	กิจกรรม	มี	ไม่มี
	ค. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ ทบทวนผลการดำเนินงานโดยให้หน่วยงานนำเสนอผลงานด้วยวาจาทุก 6 เดือน (หรือตามกรอบเวลาที่กำหนด)	☐	☐
	ง. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพมีมาตรการจัดการ เมื่อผลการดำเนินงานหน่วยงานไม่สอดคล้องกับทิศทางเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของเขตและกระทรวง	☐	☐
	จ. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพให้คำแนะนำ โดยใช้หลักการพัฒนาคุณภาพเมื่อผลการดำเนินงานของหน่วยงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย	☐	☐
	ฉ. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพให้กำลังใจ/มีรางวัล เมื่อหน่วยงานดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ของเขตและกระทรวงฯ	☐	☐
	ช. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพใช้มาตรการส่งเสริมทางบวก เมื่อผลการดำเนินงานของหน่วยงานได้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของเขต	☐	☐
	ซ. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพส่งเสริมหน่วยงานให้นำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักมาเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา เพื่อคาดการณ์การดำเนินงานในปีถัดไป	☐	☐
	ณ. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพส่งเสริมให้หน่วยงานนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักมาเปรียบเทียบกับหน่วยงานที่ดีที่สุดใน/นอกเขตสุขภาพ	☐	☐
	ญ. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพได้ส่งผลการทบทวน สะท้อนกลับไปยังหน่วยงาน ในทุก 6 เดือน หรือตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด	☐	☐
	ฎ. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพแสดงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 3 ปีงบประมาณ	☐	☐
	ฏ. อื่นๆ ระบุ (.....)	☐	☐



ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ

คำชี้แจง 1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความดังกล่าว

ระดับ 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว

ระดับ 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยปานกลางกับข้อความดังกล่าว

ระดับ 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว

ระดับ 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความดังกล่าว

2. ภาวะผู้นำ หมายถึง ภาวะผู้นำของท่านเองที่เป็นผู้บริหารหน่วยงาน

3. หน่วยงาน หมายถึง สถานที่ที่ท่านปฏิบัติงานในปัจจุบัน เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

4. เขตสุขภาพ หมายถึง รูปแบบการจัดบริการ และการบริหารจัดการ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับขึ้นในปี พ.ศ.2556 โดยแบ่งเป็น 12 เขต แต่ละเขตครอบคลุม 4-8 จังหวัด ประชากร 4-6 ล้านคน

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		5	4	3	2	1
3.1	ความชัดเจนของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดของหน่วยงานปีงบประมาณ 2557					
	3.1.1 ความชัดเจนของวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมาย ของหน่วยงาน					
	3.1.2 ความสอดคล้องแผนงานฯตัวชี้วัดกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน					
	3.1.3 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้แปลงเป็นแผนปฏิบัติการในหน่วยงาน					
	3.1.4 นโยบาย/แผนงาน/ตัวชี้วัดของหน่วยงานมีความต่อเนื่อง					
	3.1.5 หน่วยงานบูรณาการตัวชี้วัดกระทรวงฯ/กรมต่างๆ ก่อนนำลงสู่การปฏิบัติ					
	3.1.6 เขตสุขภาพได้ประชุมหน่วยงานเพื่ออธิบายความชัดเจนของนิยามตัวชี้วัด/วิธีการรวบรวม ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติ					
	3.1.7 ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย/แผนงานฯ/ตัวชี้วัด					
	3.1.8 จำนวนตัวชี้วัดหน่วยงานสอดคล้องภาระงาน ประเด็นยุทธศาสตร์ และปัญหาของพื้นที่					
3.2	ภาวะผู้นำในหน่วยงาน (ประเมินตัวท่านเอง)					
	3.2.1 สนับสนุนบรรยากาศให้เกิดการทำงานร่วมกัน					
	3.2.2 ส่งเสริมให้กระบวนการทำงานเป็นไปโดยราบรื่น					

แบบสอบถาม Version 29 July 2015



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

COA. No. MUPH..... 2014 - 200

วันที่รับรอง..... 20 ต.ค. ๕๖

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		5	4	3	2	1
	3.2.3 กระตุ้น สร้างขวัญ กำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามเป้าหมายของหน่วยงาน					
	3.2.4 ส่งเสริมให้ผู้ได้บังคับบัญชาเกิดการคิดเชิงวิเคราะห์					
	3.2.5 เคารพในคุณค่าของผู้ร่วมงาน					
	3.2.6 นำวิสัยทัศน์ พันธกิจมาส่งเสริมให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติตาม					
	3.2.7 ให้ความสำคัญเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ และจริงจัง					
	3.2.8 มีความสามารถถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก					
	3.2.9 เข้าใจแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานได้ถูกต้อง					
	3.2.10 ไม่กดดันผู้ได้บังคับบัญชาในเรื่องตัวชี้วัด					
	3.2.11 มีมุมมองเชิงระบบที่ชัดเจน					
	3.2.12 สามารถเชื่อมโยงนโยบาย/ยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัด ไประดับที่สูงกว่าต่ำกว่า และระดับเดียวกัน					
3.3	ทรัพยากรในหน่วยงาน					
	3.3.1 ได้รับการจัดสรรทรัพยากรสอดคล้องกับแผนการปฏิบัติงาน ได้ทันตามกรอบเวลา					
	3.3.2 มีบุคลากรที่มีความรู้ มากำกับ ดูแลแผนงานฯ/ตัวชี้วัด					
	3.3.3 ได้รับการสนับสนุน คน เงิน ของ ตามกิจกรรมในแผนปฏิบัติการสอดคล้อง ตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ 2					
	3.3.4 นำระบบสารสนเทศมาช่วยบริการในระบบการรายงาน การจัดเก็บ					
	3.3.5 ระบบสารสนเทศมีเสถียรภาพในการทำงาน					
	3.3.6 หน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัดได้รับงบประมาณบางส่วนจากแผนงาน ที่สอดคล้องและอยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น					
	3.3.7 เขตสุขภาพได้ใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขตเพื่อส่งเสริมให้การบริการ สุขภาพสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่					
	3.3.8 การใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขตสุขภาพส่งเสริมให้การดำเนินงานตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมาย ตามยุทธศาสตร์ที่ 2					
	3.3.9 ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีความคิดเชิงกลยุทธ์					
	3.3.10 ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้การบริหารงานสมัยใหม่ (เช่น TQM, Lean และอื่นๆ)					
	3.3.11 มีความสามารถแปลงนโยบายเป็นตัวชี้วัด (ในระดับหัวหน้างาน)					

แบบสอบถาม Version 29 July 2015



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

COA. No. MUPH..... 2014-200

วันที่รับรอง..... 20 ต.ค. 57

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		5	4	3	2	1
	3.3.12 ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน					
3.5	บรรยากาศการทำงานในหน่วยงาน					
	3.5.1 บรรยากาศการทำงานเป็นแบบมุ่งเป้าหมาย					
	3.5.2 บรรยากาศการทำงานสนับสนุน ช่วยเหลือกัน					
	3.5.3 กระบวนการดำเนินงานหลัก(สำคัญ) ที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้รับการสนับสนุน ให้ดำเนินงานไปได้อย่างราบรื่น					
	3.5.4 บรรยากาศการทำงานให้ความสำคัญต่อการวัดผลงานอย่างสม่ำเสมอ					
	3.5.5 บรรยากาศการทำงานสนับสนุนงานเป็นทีมตามแผนปฏิบัติการ					
	3.5.6 บรรยากาศการทำงานเอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์การสื่อสารแบบสองทิศทาง					
	3.5.7 กำหนดทีมผู้รับผิดชอบหลักในทุกแผนงานฯ ได้ชัดเจน					
	3.5.8 ทีมงานสามัคคีและให้ความร่วมมือกันปฏิบัติงาน					
	3.5.9 มีการสร้างทีมเพื่อทำงานในหน่วยงาน					
	3.5.10 มีการสร้างทีมคอมสายในหน่วยงาน					
	3.5.11 มีภาคีเครือข่ายทำงานด้านสาธารณสุขที่เข้มแข็ง					
	3.5.12 ใช้วัฒนธรรมการรับรู้ Benchmarking เพื่อมาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น					
	3.5.13 มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกันภายในหน่วยงาน					
	3.5.14 มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน					
	3.5.15 นำการเซ็น MOU ระหว่างหน่วยงานกับหัวหน้างานมาปฏิบัติ (เช่น รพ.สต. กับ สสอ.)					
	3.5.16 มีวัฒนธรรมชื่นชมผู้ปฏิบัติงาน ที่มุ่งมั่นทำงานให้สำเร็จ					
3.6	ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน					
	3.6.1 ผู้ปฏิบัติงานอุทิศตนแม้ต้องทำงานนอกเวลา เพื่อให้งานยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมาย					
	3.6.2 ผู้ปฏิบัติงานปรับปรุงงานที่ท้าทายต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์					
	3.6.3 ผู้ปฏิบัติงานยินดีทำงานเพื่อให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ แม้จะ ไม่มีการสั่งการ					



ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

4.1 กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักในหน่วยงานของท่านบรรลุตามวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 2 ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557 หรือไม่เพราะเหตุใด

4.2 ในกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักในยุทธศาสตร์ที่ 2 ท่านมองเห็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง และอุปสรรคอะไรบ้างที่ทำให้การถ่ายทอดตัวชี้วัดในหน่วยงานในระดับเขตสุขภาพ ไม่สามารถดำเนินไปได้

4.3 ท่านมีข้อเสนอแนะเพื่อให้ปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดผลตัวชี้วัดการดำเนินงานภายในระดับเขตสุขภาพในประเด็นใดบ้าง

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก ค.

แบบสอบถามระดับผู้ปฏิบัติงาน

แบบสอบถาม
การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก
ลงสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อถามผู้ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพโครงการวิจัย “การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักลงสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ” ระยะที่ 3 แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นต่อตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 (26 ตัวชี้วัด) ปีงบประมาณ พ.ศ.2557

ท่านเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักใน ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมประชาชนเข้าถึงบริการได้ ของกระทรวงใน ปีงบประมาณ 2557 ลงสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามนี้ทุกข้อตาม สภาพการณ์จริงการปฏิบัติงานของเขตสุขภาพ ทีมวิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (หมายเลข MUPH 2014-200) ดังนั้นก่อนตอบแบบสอบถาม ท่านทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยและยินยอมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

ขอแสดงความนับถือ

ผศ.ดร.จรรุวรรณ ธาดาคะ

หัวหน้าโครงการวิจัยฯ



คณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
COA. No. MUPH..... 2014-200
วันที่รับรอง..... 20 ต.ค. 57

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่าง

1.1 ตำแหน่งงานในปัจจุบัน

กรุณาระบายลักษณะงานโดยสังเขป.....

1.2 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

1.3 อายุปี

1.4 ระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ปี (นับจำนวนปีเต็มที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันจนถึงวันกรอกแบบสอบถาม)

1.5 ระยะเวลาทำงานในกระทรวงสาธารณสุข.....ปี (นับจำนวนปีเต็มตั้งแต่เริ่มทำงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจนถึงวันกรอกแบบสอบถาม)

1.6 ปัจจุบันท่านปฏิบัติอยู่ในระดับใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

☐ กระทรวงสาธารณสุข (ระบุส่วนงาน.....) ☐ เขตสุขภาพ (ระบุพื้นที่เขตสุขภาพที่.....)

☐ จังหวัด (ระบุชื่อจังหวัด) ☐ อำเภอ (ระบุชื่ออำเภอ)

1.7 ท่านเกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอด นโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

☐ เป็นผู้นำนโยบาย/แผนงานฯ ของกระทรวง และเขตไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน

☐ เป็นผู้วางแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน

☐ เป็นผู้วางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยงาน

☐ เป็นผู้ประสานงานภายในหน่วยงาน

☐ เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานภายนอก

☐ เป็นผู้กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในหน่วยงาน

☐ เป็นผู้มีส่วนร่วมกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานภายนอก

☐ เป็นผู้ทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของหน่วยงาน

☐ เป็นผู้มีส่วนร่วมทบทวนผลการดำเนินงานของหน่วยงานภายในเขตสุขภาพ

☐ เป็นผู้รับผิดชอบรวบรวมตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักของหน่วยงาน

☐ เป็นผู้ให้คำปรึกษาการพัฒนาหน่วยงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ.....)



ส่วนที่ 2 กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ

- คำชี้แจง 1. โปรดอ่านข้อคำถามและพิจารณาข้อคำตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความและเติมคำตอบท้ายข้อความที่ตรงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของท่าน
2. กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่เขตสุขภาพถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัด 26 ตัว และ Service Plan ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ไปสู่หน่วยงานในระดับจังหวัดและอำเภอ

2.1 ท่านรับนโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มาอย่างไร ? (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- ☐ 1. การประชุมรับมอบนโยบายจากผู้บริหารกระทรวงจัดขึ้นที่กรุงเทพมหานคร
- ☐ 2. เอกสาร (ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2557)
- ☐ 3. ผู้บริหารกระทรวงประชุมกับผู้บริหารเขต (โปรดระบุ.....)
- ☐ 4. การประชุมที่จัดขึ้นในระดับเขตสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
- ☐ ประชุมจัดทำแผนงานประจำปี
- ☐ ประชุมคณะกรรมการประสานงานระดับเขต (คปสข)
- ☐ ประชุมอื่นๆ (โปรดระบุ.....)
- ☐ 5. การประชุมที่จัดขึ้นในระดับจังหวัด (โปรดระบุ.....)
- ☐ 6. การประชุมที่จัดขึ้นในระดับอำเภอ (โปรดระบุ.....)
- ☐ 7. ประชุมที่จัดขึ้นโดยกรมวิชาการหรือหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพตัวชี้วัด (โปรดระบุ.....)
- ☐ 8. หนังสือสั่งการ
- ☐ 9. อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

2.2 ผู้ถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขให้ท่านเพื่อนำไปปฏิบัติคือ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ | ☐ 6. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป |
| ☐ 2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต | ☐ 7. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน |
| ☐ 3. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 สาขาหลัก | ☐ 8. สาธารณสุขอำเภอ |
| ☐ 4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | ☐ 9. คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ |
| ☐ 5. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ฯ | ☐ 10. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล |
| ☐ 11. อื่นๆ (โปรดระบุ.....) | |



- 2.3 ท่านได้รับการถ่ายทอดตัวชี้วัดพร้อมกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) หรือไม่
☐ ได้ ☐ ไม่ได้ (เพราะ.....)
- 2.4 หน่วยงานท่านมีคู่มือในการนำยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัด ไปสู่การปฏิบัติหรือไม่
☐ มี ☐ ไม่มี (เพราะ.....)
- 2.5 หน่วยงานของท่านได้จัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีหรือไม่
☐ มี ☐ ไม่มี (เพราะ.....)
- 2.6 กระบวนการถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 จากเขตสุขภาพมาถึงหน่วยงานของท่าน มี หรือ ไม่มี กิจกรรมดังต่อไปนี้
 (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ตรงกับข้อความที่ปฏิบัติ/เกิดขึ้นจริง)

ข้อ	กิจกรรม	มี	ไม่มี
2.6.1	นโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ที่ 2 ที่รับมาจากเขตสุขภาพ มาปฏิบัติได้แปลง มาสู่หน่วยงานท่านโดย		
	ก. จัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อเป็นคู่มือให้กับผู้ปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสาร	☐	☐
	ข. จัดทำประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน เป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสาร	☐	☐
	ค. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 สาขาหลัก ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2	☐	☐
	ง. กำหนดผู้รับผิดชอบการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ/แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 สาขาหลัก ได้ชัดเจน	☐	☐
2.6.2	ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ของหน่วยงานของท่าน		
	ก. สอดคล้องประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ด้าน (การเข้าถึงบริการ, คุณภาพบริการ, คุณภาพการบำบัดรักษา, บริการเฉพาะ และกลุ่มระบบบริการ)	☐	☐
	ข. มีจำนวน 26 ตัวชี้วัด เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	☐	☐
	ค. หน่วยงานได้เก็บตัวชี้วัดเพิ่มจากที่ได้ระบุไว้ในข้อ ข.	☐	☐
	ง. มีคู่มืออธิบายแนวทางการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดทุกตัวชัดเจน เช่น คำนิยาม วิธีการจัดเก็บ วิธีการรวบรวม (ตัวตั้ง/ตัวหาร)	☐	☐
	จ. กำหนดระยะเวลาที่ต้องการให้ตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายได้ชัดเจน	☐	☐
	ฉ. ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมคัดเลือก และกำหนดตัวชี้วัด	☐	☐
	ช. ตัวชี้วัดของหน่วยงานท่านสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด	☐	☐



ข้อ	กิจกรรม	มี	ไม่มี
	ช. ระยะเวลานำตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติในจังหวัดเกิดความล่าช้า	☐	☐
	ณ. บุคลากรรับผิดชอบตัวชี้วัดผ่านการอบรมแนวทางการจัดเก็บข้อมูล	☐	☐
2.6.3	หน่วยงานท่านได้นำกรอบแนวคิดใดมาเป็นหลักในการถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดปีงบประมาณ พ.ศ.2557		
	ก. Six building block Model	☐	☐
	ข. CIPP Model (Context/Input/Process/Product)	☐	☐
	ค. One Province One hospital One Region	☐	☐
	ง. PDCA (Plan-Do-Check-Act))	☐	☐
	จ. Balanced Scorecard	☐	☐
	ฉ. TQA (Thailand Quality Award Framework)	☐	☐
	ช. PMQA (Public Management Quality Award Framework)	☐	☐
	ซ. HA (Hospital Accreditation Framework)	☐	☐
	ณ. อื่นๆ ระบุ (.....)	☐	☐
2.6.4	หน่วยงานท่านได้สื่อสาร นโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ไปยังผู้ร่วมงานอย่างไร		
	ก. ให้เข้าร่วมประชุมรับมอบนโยบาย จากกระทรวงสาธารณสุข	☐	☐
	ข. ให้เข้าร่วมการประชุมมอบนโยบายแก่คณะกรรมการบริหารเขต	☐	☐
	ค. การขับเคลื่อนผ่านแต่ละคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ 10 สาขาหลักของเขต	☐	☐
	ง. แบบทางการตามสายการบังคับบัญชา	☐	☐
	จ. แบบไม่เป็นทางการ (Line, Online, Website)	☐	☐
	ฉ. การสื่อสารมีทิศทางจากระดับบนลงล่าง (จากเขตไปจังหวัด อำเภอ ตำบล)	☐	☐
	ช. การสื่อสารมีทิศทางจากระดับล่างขึ้นบน (จากตำบลไปอำเภอ จังหวัด เขต)	☐	☐
	ซ. การสื่อสารในแต่ละระดับมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร	☐	☐
	ณ. ใช้หนังสือราชการ เชิญประชุม	☐	☐
	ญ. ใช้เอกสารแจก	☐	☐
	ฎ. ใช้ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Mail)	☐	☐
	ฏ. ใช้โทรศัพท์	☐	☐



ข้อ	กิจกรรม	มี	ไม่มี
	ฐ. การพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ	☐	☐
	ท. ใช้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ	☐	☐
2.6.5	เขตสุขภาพ/จังหวัดติดตาม กำกับ และประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงาน อย่างไร		
	ก. การตรวจเยี่ยม	☐	☐
	ข. การตรวจราชการ	☐	☐
	ค. การนิเทศงาน	☐	☐
	ง. ระบบการรายงาน (เช่น ทุก 1, 3, 6 เดือน)	☐	☐
	จ. การประชุม	☐	☐
	ฉ. การทำกลุ่ม Line	☐	☐
	ช. การรายงานผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัด	☐	☐
	ซ. ความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานหลักจากตัวชี้วัด	☐	☐
	ณ. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักที่บรรลุเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง	☐	☐
	ญ. อื่นๆ ระบุ (.....)	☐	☐
2.6.6	กระบวนการรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบายเป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดของหน่วยงานทำอย่างไร		
	ก. หน่วยงานรายงานด้วยวาจาไปยังผู้รับผิดชอบในจังหวัด/เขตสุขภาพ	☐	☐
	ข. หน่วยงานรายงานด้วยเอกสารไปยังผู้รับผิดชอบในจังหวัด/เขตสุขภาพ	☐	☐
	ค. เขตสุขภาพ/จังหวัด จัดเวทีให้หน่วยงานมานำเสนอ	☐	☐
	ง. หน่วยงานนำเสนอรายงานผลด้วยเอกสารให้กับผู้ร่วมงานทราบ	☐	☐
	จ. หน่วยงานนำเสนอผลงานด้วยวาจา ในการประชุมกับผู้ร่วมงานเพื่อทราบ	☐	☐
2.6.7	หน่วยงานทบทวนและจัดการผลการดำเนินงาน อย่างไร		
	ก. มีคณะกรรมการระดับเขต/จังหวัด มาร่วมทบทวน และจัดการผลการดำเนินงานในภาพรวมกับหน่วยงาน	☐	☐
	ข. มีคณะกรรมการบริหารเขต/จังหวัด ทบทวนผลการดำเนินงานของทุกหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลทุก 6 เดือน หรือตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้ จากเอกสารที่ได้รับรายงาน	☐	☐



ข้อ	กิจกรรม	มี	ไม่มี
	ค. มีคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ/จังหวัด ทบทวนผลการดำเนินงาน โดยให้หน่วยงานนำเสนอผลงานด้วยวาจาทุก 6 เดือน หรือตามกรอบเวลาที่กำหนด	☐	☐
	ง. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ/จังหวัด มีมาตรการจัดการ เมื่อผลการดำเนินงานหน่วยงานไม่สอดคล้องกับทิศทางเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของเขตและกระทรวง	☐	☐
	จ. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ/จังหวัด ให้คำแนะนำ โดยใช้หลักการพัฒนาคุณภาพเมื่อผลการดำเนินงานของหน่วยงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย	☐	☐
	ฉ. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ/จังหวัด ให้กำลังใจ เมื่อหน่วยงานดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ของเขต/จังหวัด และกระทรวงฯ	☐	☐
	ช. มีคณะกรรมการภายในหน่วยงานมาทบทวน และจัดการผลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	☐	☐
	ซ. หัวหน้างานทบทวนผลการดำเนินงานกับผู้ใต้บังคับบัญชาตามระยะเวลาที่กำหนด (1, 3, 6 เดือน)	☐	☐
	ณ. อื่นๆ ระบุ (.....)	☐	☐



ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักภายในเขตสุขภาพ

คำชี้แจง 1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความดังกล่าว

ระดับ 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว

ระดับ 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยปานกลางกับข้อความดังกล่าว

ระดับ 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว

ระดับ 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความดังกล่าว

2. ภาวะผู้นำ หมายถึง ภาวะผู้นำในหน่วยงานที่เป็นผู้บังคับบัญชาเหนือท่าน 1 ระดับ

3. หน่วยงาน หมายถึง สถานที่ที่ท่านปฏิบัติงานในปัจจุบัน เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

4. เขตสุขภาพ หมายถึง รูปแบบการจัดบริการ และการบริหารจัดการ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับขึ้น
ในปี พ.ศ.2556 โดยแบ่งเป็น 12 เขต แต่ละเขตครอบคลุม 4-8 จังหวัด ประชากร 4-6 ล้านคน

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		5	4	3	2	1
3.1	ความชัดเจนของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดของหน่วยงานปีงบประมาณ 2557					
	3.1.1 ความชัดเจนของวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมาย ของหน่วยงาน					
	3.1.2 ความสอดคล้องแผนงานตัวชี้วัดกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน					
	3.1.3 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้แปลงเป็นแผนปฏิบัติการในหน่วยงาน					
	3.1.4 นโยบาย/แผนงาน/ตัวชี้วัดของหน่วยงานมีความต่อเนื่อง					
	3.1.5 หน่วยงานบูรณาการตัวชี้วัดกระทรวงฯ/กรมต่างๆ ก่อนนำลงสู่การปฏิบัติ					
	3.1.6 เขตสุขภาพได้ประชุมหน่วยงานเพื่ออธิบายความชัดเจนของนิยามตัวชี้วัด/วิธีการรวบรวม ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติ					
	3.1.7 ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย/แผนงานฯ/ตัวชี้วัด					
	3.1.8 จำนวนตัวชี้วัดหน่วยงานสอดคล้องภาระงาน ประเด็นยุทธศาสตร์ และปัญหาของพื้นที่					
3.2	ภาวะผู้นำในหน่วยงาน (ประเมินผู้บังคับบัญชาเหนือท่าน 1 ระดับ)					
	3.2.1 สนับสนุนบรรยากาศให้เกิดการทำงานร่วมกัน					
	3.2.2 ส่งเสริมให้กระบวนการทำงานเป็นไปโดยราบรื่น					



ข้อที่	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		5	4	3	2	1
	3.2.3 กระตุ้น สร้างขวัญ กำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามเป้าหมายของหน่วยงาน					
	3.2.4 ส่งเสริมให้ผู้ได้บังคับบัญชาเกิดการคิดเชิงวิเคราะห์					
	3.2.5 เคารพในคุณค่าของผู้ร่วมงาน					
	3.2.6 นำวิสัยทัศน์ พันธกิจมาส่งเสริมให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติตาม					
	3.2.7 ให้ความสำคัญเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ และจริงจัง					
	3.2.8 มีความสามารถถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก					
	3.2.9 เข้าใจแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานได้ถูกต้อง					
	3.2.10 ไม่กดดันผู้ได้บังคับบัญชาในเรื่องตัวชี้วัด					
	3.2.11 มีมุมมองเชิงระบบที่ชัดเจน					
	3.2.12 สามารถเชื่อมโยงนโยบาย/ยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัด ไประดับที่สูงกว่า/ต่ำกว่า และระดับเดียวกัน					
3.3	ทรัพยากรในหน่วยงาน					
	3.3.1 ได้รับการจัดสรรทรัพยากรสอดคล้องกับแผนการปฏิบัติงาน ได้ทันตามกรอบเวลา					
	3.3.2 มีบุคลากรที่มีความรู้ มากำกับ ดูแลแผนงานฯ/ตัวชี้วัด					
	3.3.3 ได้รับการสนับสนุน คน เงิน ของ ตามกิจกรรมในแผนปฏิบัติการสอดคล้อง ตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ 2					
	3.3.4 นำระบบสารสนเทศมาช่วยบริการในระบบการรายงาน การจัดเก็บ					
	3.3.5 ระบบสารสนเทศมีเสถียรภาพในการทำงาน					
	3.3.6 หน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัดได้รับงบประมาณบางส่วนจากแผนงาน ที่สอดคล้องและอยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น					
	3.3.7 เขตสุขภาพได้ใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขตเพื่อส่งเสริมให้การบริการ สุขภาพสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่					
	3.3.8 การใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขตสุขภาพส่งเสริมให้การดำเนินงานตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมาย ตามยุทธศาสตร์ที่ 2					
	3.3.9 ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีความคิดเชิงกลยุทธ์					
	3.3.10 ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้การบริหารงานสมัยใหม่ (เช่น TQM, Lean และอื่นๆ)					
	3.3.11 หัวหน้างานมีความสามารถแปลงนโยบายเป็นตัวชี้วัด					



ข้อที่	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		5	4	3	2	1
	3.3.12 ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน					
3.5	บรรยากาศการทำงานในหน่วยงาน					
	3.5.1 บรรยากาศการทำงานเป็นแบบมุ่งเป้าหมาย					
	3.5.2 บรรยากาศการทำงานสนับสนุน ช่วยเหลือกัน					
	3.5.3 กระบวนการดำเนินงานหลัก(สำคัญ) ที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้รับการสนับสนุน ให้ดำเนินงานไปได้อย่างราบรื่น					
	3.5.4 บรรยากาศการทำงานให้ความสำคัญต่อการวัดผลงานอย่างสม่ำเสมอ					
	3.5.5 บรรยากาศการทำงานสนับสนุนงานเป็นทีมตามแผนปฏิบัติการ					
	3.5.6 บรรยากาศการทำงานเอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์การสื่อสารแบบสองทิศทาง					
	3.5.7 กำหนดทีมผู้รับผิดชอบหลักในทุกแผนงานฯ ได้ชัดเจน					
	3.5.8 ทีมงานสามัคคีและให้ความร่วมมือกันปฏิบัติงาน					
	3.5.9 มีการสร้างทีมเพื่อทำงานในหน่วยงาน					
	3.5.10 มีการสร้างทีมค่อมสายในหน่วยงาน					
	3.5.11 มีภาคีเครือข่ายทำงานด้านสาธารณสุขที่เข้มแข็ง					
	3.5.12 ใช้วัฒนธรรมการรับรู้ Benchmarking เพื่อมาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น					
	3.5.13 มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกันภายในหน่วยงาน					
	3.5.14 มีวัฒนธรรมที่ให้ความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน					
	3.5.15 นำการเซ็น MOU ระหว่างหน่วยงานกับหัวหน้างานมาปฏิบัติ (เช่น รพ.สต. กับ สสอ)					
	3.5.16 มีวัฒนธรรมชื่นชมผู้ปฏิบัติงาน ที่มุ่งมั่นทำงานให้สำเร็จ					
3.6	ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน					
	3.6.1 ผู้ปฏิบัติงานอุทิศตนแม้ต้องทำงานนอกเวลา เพื่อให้งานยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมาย					
	3.6.2 ผู้ปฏิบัติงานปรับปรุงงานที่ทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์					
	3.6.3 ผู้ปฏิบัติงานยินดีทำงานเพื่อให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ แม้จะไม่มีคำสั่งการ					



ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นต่อตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 (26 ตัวชี้วัด) ปีงบประมาณ พ.ศ.2557

4.1 โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นและเครื่องหมาย X ลงในช่องว่างที่ไม่ตรงกับความเห็นของท่าน

ตัวชี้วัด	มีการเก็บข้อมูล อยู่ใน หน่วยงาน	คำอธิบาย ตัวชี้วัดมี ความชัดเจน	ภาระในการ เก็บรวบรวม ข้อมูลสูง	ตัวชี้วัดควร จะต้องมีการ ทบทวน
การเข้าถึงบริการ				
1. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (เท่ากับ 16)				
2. ลดความแออัด และเวลารอคอย				
3. ส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ (ลดลงร้อยละ 50)				
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (70)				
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (มากกว่า 31)				
คุณภาพบริการ				
6. ร้อยละของบริการ ANC คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)				
7. ร้อยละของห้องคลอดคุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)				
8. ร้อยละของ WCC คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)				
9. ร้อยละศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)				
10. ร้อยละของศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ (Psychosocial Clinic) และเชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือ (70)				
11. ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ (70)				
12. ร้อยละของอำเภอที่มีทีม mini MERT, MCATT, SRRT คุณภาพ (เท่ากับ 80)				
13. ร้อยละของ ER, EMS คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)				
14. ร้อยละของห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพและมาตรฐานการบริการ (100)				
15. ดัชนีผู้ป่วยใน(CMI)ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตามService Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
16. จำนวน CKD clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไปในแต่ละเครือข่าย				
17. ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น (45)				



ภาคผนวก ง.

คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐาน จำนวน เพศ อายุ ระดับการปฏิบัติงาน และ อายุงานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 44 คน

ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนผู้ที่ทำการศึกษาทั้งหมด	44	100
● จำนวนผู้ที่ทำการศึกษาเขตสุขภาพที่ Q42	21	47.7
● จำนวนผู้ที่ทำการศึกษาเขตสุขภาพที่ Q12	23	52.3
เพศ		
● ชาย	28	63.6
● หญิง	16	36.4
อายุเฉลี่ย 49.28 ± 7.52		
ระดับปฏิบัติงาน		
● ระดับกระทรวง	4	9.1
● ระดับเขตสุขภาพ	8	18.2
● ระดับจังหวัด	11	25.0
● ระดับอำเภอ	14	31.8
● ระดับตำบล	7	15.9
อายุงานเฉลี่ย 10.89 ± 10.63		

ภาคผนวก จ.

จำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับ

ตารางแสดงจำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับ

Ranking เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวน แบบสอบถามที่ ส่งออก	จำนวนแบบสอบถาม ที่ได้รับกลับมา
Q11	Q113	78	45 (57.7)
Q12	Q128	79	28 (35.4)
Q13	Q138	79	37 (46.8)
Q21	Q213	79	65 (82.3)
Q22	Q223	79	35 (44.3)
Q23	Q232	78	52 (66.7)
Q31	Q316	78	24 (30.8)
Q32	Q327	78	60 (76.9)
Q33	Q335	79	67 (84.8)
Q41	Q415	78	45 (57.7)
Q42	Q421	79	32 (40.5)
Q43	Q431	78	44 (56.4)
	แบบสอบถามเสีย		6
รวม		942	540 (57.3)