การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนภายหลังถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาจังหวัดมหาสารคาม

พชรวรรณ คูสกุลรัตน์* วท.ด (วิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ)
อรกัญญา สิงห์คำ** ส.ม.
สิริมาพร นาศพัฒน์** ส.ม.
เดชาชิต แก้วม่วง** ส.บ.

(รับ: 29 มิถุนายน 2568, แก้ไข: 1 กรกฎาคม 2568, ตอบรับ: 25 สิงหาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนภายหลังถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-ตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหาร 30 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 150 คน และประชาชนผู้รับบริการ 560 คน รวมทั้งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม 88 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC = 0.85-0.88) และความเที่ยง (α = 0.86) และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีความตรง = 0.96 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ กลุ่มอำเภอพื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต. ทุกแห่ง จากการเปรียบเทียบค่าดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (CCI Score) มีค่าเฉลี่ย CCI Score 506.21 ต่อ 1,000 ประชากร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ถ่ายโอน รพ.สต บางส่วนและกลุ่มไม่ถ่ายโอน และอายุเฉลี่ย พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุ 42.20 ปี ผลลัพธ์การเข้าถึงบริการสุขภาพทุกมิติ (4A Framework) โดยมิติความพร้อมใช้งาน (Availability) ได้รับผลกระทบมากที่สุด (-0.36) ความพร้อมทรัพยากรลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหลังการถ่ายโอนสูงกว่าก่อนถ่ายโอน (1155.14 vs 897.42 ต่อแสนประชากร, $p=0.042$) และคะแนนประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (QCB-DM) ต่ำกว่าก่อนการถ่ายโอน การวิจัยนี้เสนอแนวทางพัฒนา 5 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลแบบมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ การพัฒนาและรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพ การสร้างระบบประกันคุณภาพแบบดิจิทัลและโปร่งใส และการสร้างความมั่นคงทางการเงินและความยั่งยืน เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการกระจายอำนาจกับการรักษามาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผลกระทบต่อสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การถ่ายโอนภารกิจ

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
Corresponding E-mail: Pkhu.ombre@gmail.com
** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Assessment of Health Impacts on the Population Following the Decentralization of Sub-district Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations: A Case study of Mahasarakham Province

Pacharawan Khusakunrat*	Ph.D. (Health Research and Management)
Arakanya Singkham**	M.P.H
Sirimaporn Nassapat**	M.P.H
Dechacit Khewmung**	B.P.H

(Received: June 29, 2025, Revised: July1, 2025, Accepted: August 25, 2025)

Abstract

This study aimed to evaluate the health impacts on the population following the transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals (HPHs) to Provincial Administrative Organizations (PAOs). The researchers employed a mixed-methods design that included both quantitative and qualitative approaches. The study was conducted between January and October 2024. The sample consisted of 30 administrators, 150 public health personnel, and 560 service recipients. In addition, 88 informants participated in in-depth interviews and focus group discussions. The researchers used validated questionnaires with content validity (IOC = 0.85–0.88) and reliability (α = 0.86), along with interview guides with a validity score of 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics, and content analysis.

The findings showed that the average Charlson Comorbidity Index (CCI) in fully transferred areas was 506.21 per 1,000 population, which was higher than in partially transferred and non-transferred areas. The average age of the population was 42.20 years. Health service accessibility declined across all dimensions of the 4A Framework. The availability dimension was the most negatively impacted (β = -0.36), with a statistically significant reduction in resource availability ($p < 0.05$). The incidence rates of new cases of diabetes and hypertension were significantly higher after the transfer than before (1,155.14 vs 897.42 per 100,000 population, $p = 0.042$). The Quality of Care for Basic-Diabetes Mellitus (QCB-DM) scores were lower than pre-transfer levels. The researchers proposed five strategic recommendations: (1) development of a participatory digital health system; (2) establishment of integrated community health networks; (3) development and retention of qualified personnel; (4) implementation of a transparent and digital quality assurance system; and (5) development of financial security and sustainability mechanisms. These strategies aim to create a balance between decentralization and the maintenance of sustainable standards in primary healthcare services.

Keywords: Health impacts, Sub-district Health Promoting Hospitals, Decentralization

* Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Mahasarakham Provincial Health office
Corresponding E-mail: Pkhu.ombre@gmail.com

** Public Health Technical Officer, Professional Level, Mahasarakham Provincial Health office

บทนำ

การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่ประชาชนร่วมกันบริหารทรัพยากรภายในชุมชนและท้องถิ่นของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาของตัวเอง ร่วมกันหวงแหนประโยชน์อันพึงมีต่อท้องถิ่นของตนเอง มีอำนาจบริหารจัดการอย่างอิสระตามขอบเขตที่รัฐบาลกำหนดให้ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชนในพื้นที่[1] ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพปฐมภูมิของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้หน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary; CUP) มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม[2] ทั้งนี้แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 เป็นการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับที่ 2 ได้เปลี่ยนแปลงแนวทางการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยตรง[3] โดยคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีมติเห็นชอบประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ ขั้นตอน การถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้มีบทบาทในการจัดระบบบริการสาธารณะและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะในด้านการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน[1] โดยการถ่ายโอนภารกิจตั้งแต่ปี 2551-2563 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนไปทั้งสิ้น 65 แห่ง จากทั้งหมด 9,787 แห่ง[4] ผลการศึกษาตัวชี้วัดจำนวนมากบ่งชี้ผลกระทบในเบื้องต้นได้จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับของผลการดาเนินการ ความแตกต่างของแนวโน้มของผลการดาเนินการต่อเนื่อง และความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงของแนวโน้มของผลการดาเนินการภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.[3]

จังหวัดมหาสารคามมี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 175 แห่ง โดยในปี 2566 มีการถ่ายโอนไปแล้ว 128 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 73.14 และปี 2568 มีการถ่ายโอน รพ.สต. ที่เหลือทั้งหมดอีก 47 แห่ง รวมเป็น 175 รพ.สต.(100 %) ที่ได้ถ่ายไป องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ครบทุกแห่ง โดยการถ่ายโอน รพ.สต ในปี 2566 เป็นการถ่ายโอนทั้งหมดทุกแห่ง 9 อำเภอ ถ่ายโอนบางส่วน 3 อำเภอ และยังไม่ถ่ายโอน 1 อำเภอ จังหวัดมหาสารคามมีแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัด ปีงบประมาณ 2566 โดยคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศที่ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และการดำเนินการพัฒนาคุณภาพและการประเมินคุณภาพบริการระบบปฐมภูมิตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง มาตรการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพ และมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2565 โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดได้แต่งตั้ง คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) โดยมีนายแพทย์

สาธารณสุขจังหวัดเป็นที่ปรึกษา และมอบหมายภารกิจให้คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ทำหน้าที่ตรวจประเมินคุณภาพบริการของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การถ่ายโอน รพ.สต นั้น ประชาชนและชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการถ่ายโอน รพ.สต.และภารกิจด้านสาธารณสุข[6] สภาพปัญหาพื้นที่ที่ถ่ายโอนไปแล้วพบปัญหาเชิงโครงสร้างองค์กร และโครงสร้างพื้นฐาน ประกอบไปด้วย ระบบการ บริหารงานบุคคล งบประมาณ[7] ที่ถ่ายโอนไปกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบทั้งรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ จาก Contracting Unit for Primary care (CUP) และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับขนาด จำนวนบุคลากร และสะท้อนถึงการทำงานในพื้นที่ไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมต่อการจัดบริการ บางพื้นที่ประสบปัญหาในการบริหารจัดการงบประมาณยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ที่เกิดจากความไม่เข้าใจในระเบียบจาก Contracting Unit for Primary (CUP)[3, 5] การขาดการบูรณาการแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน การถ่ายโอน รพ.สต ไปกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการจัดรระบบบริการปฐมภูมิ ที่มาจากด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุและเวชภัณฑ์ยาที่จำเป็นอันจะส่งผลต่อการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงจำเป็นอย่างยิ่งต้องศึกษาประเมินผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนภายหลังถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนภายหลังถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนเปลงของการจัดการทรัพยากร การจัดบริการสุขภาพ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข ผลกระทบ ปัญหาและความท้าทายที่เกิดขึ้นต่อการให้บริการสาธารณสุขจากการถ่ายโอน

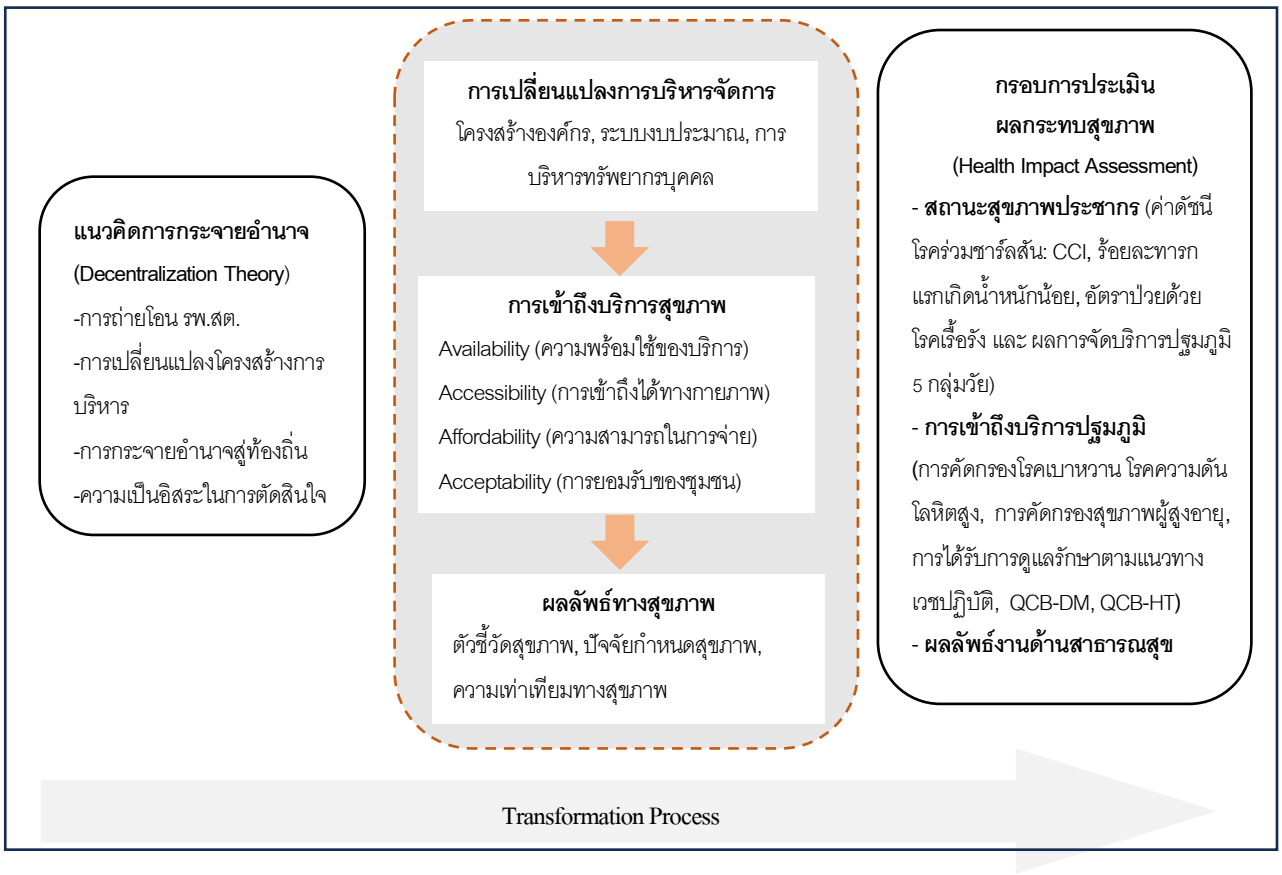
2. เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านการบริการสุขภาพปฐมภูมิของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน

3. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดสุขภาพประชาชนก่อนและหลังการถ่ายโอน

4. เพื่อสังเคราะห์แนวทางการบริหารจัดการเชิงระบบและข้อเสนอเชิงนโยบาย สำหรับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดบูรณาการระหว่างทฤษฎีการกระจายอำนาจ (Decentralization Theory) กับทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Healthcare Access Theory)[8] และกรอบการประเมินผลกระทบสุขภาพ (Health Impact Assessment Framework)[9] โดยแนวคิดการกระจายอำนาจเป็นพื้นฐานในการอธิบายกระบวนการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารจัดการนี้ส่งผลต่อ 4 มิติหลักของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ความพร้อมใช้ (Availability) การเข้าถึงได้ (Accessibility) ความสามารถในการจ่าย (Affordability) และการยอมรับ (Acceptability) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดสุขภาพประชาชน ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และความเท่าเทียมทางสุขภาพตามกรอบการประเมินผลกระทบสุขภาพ โดยแนวคิดนี้จะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการเปลี่ยนแปลงนโยบายการกระจายอำนาจกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้อย่างชัดเจนและเป็นระบบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ดำเนินการระหว่าง เดือน มกราคม - ตุลาคม 2567 มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและสัญญาณเตือน

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงการจัดการทรัพยากร การจัดบริการสุขภาพ โครงสร้างการบริหารงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอน โดยทบทวนเอกสาร (Documentary Research) แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ การศึกษาประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศ แนวคิดการกระจายอำนาจ การบริหารจัดการภาครัฐ และการพัฒนาระบบสาธารณสุข และการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ (Comparative Analysis) แนวทางการบริหารจัดการระหว่างภาครัฐส่วนกลางกับ อปท. กับผลลัพธ์การดำเนินงานก่อนและหลังการถ่ายโอน

กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งข้อมูล เป็นเอกสารนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระเบียบ กฎหมาย และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง และรายงานการประเมินผลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบฟอร์มการวิเคราะห์เอกสาร เกณฑ์การประเมินการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และตารางเปรียบเทียบด้านโครงสร้าง

กระบวนการตัดสินใจและการจัดสรรทรัพยากร ก่อนและหลังการถ่ายโอน

วิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษามิติการเข้าถึงบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

เพื่อวิเคราะห์มิติการเข้าถึงบริการสุขภาพหลังการถ่ายโอน โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study)

ประชากร ได้แก่ รพ.สต. ทั้งหมดในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมี 175 แห่ง ตามข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

พื้นที่ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ รพ.สต. ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพย้อนหลังได้อย่างน้อย 2 ปี โดย รพ.สต ในแต่ละอำเภอมีบริบทที่หลากหลาย ทั้งในด้านขนาดพื้นที่เขตรับผิดชอบ จำนวนบุคลากร ทรัพยากรด้านงบประมาณ และความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน และมีข้อมูลครบถ้วน มี 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่ม รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ตามประกาศของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี 128 แห่ง

2. กลุ่ม รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอน 47 แห่ง โดยใช้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบสำหรับการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอน

โดยพื้นที่ศึกษา คือ พื้นที่ที่ไม่ถ่ายโอนทั้งหมด (อำเภอบรบือ) สำหรับพื้นที่อำเภอที่ถ่ายโอนทั้งหมดมี 9 อำเภอ และพื้นที่ถ่ายโอนบางส่วน 3 อำเภอ จากการพิจารณาตามลักษณะเบื้องต้นของจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและบริบทพื้นที่อำเภอขนาดใหญ่ใกล้เคียงกับอำเภอบรบือ พบว่า พื้นที่เข้าเกณฑ์ตามลักษณะเบื้องต้นที่คล้ายกัน ได้แก่ อำเภอเมืองมหาสารคาม (17 แห่ง) และอำเภอพยัคฆ์ภูมิพิสัย (20 แห่ง) และเลือกพื้นที่อำเภอที่ถ่ายโอนทั้งหมดจากบริบทพื้นที่อำเภอขนาดใหญ่ใกล้เคียงกับอำเภอบรบือ ได้แก่ อำเภอวาปีปทุม (รพ.สต. 22 แห่ง) พื้นที่การศึกษาประกอบด้วยพื้นที่ อำเภอเมือง วาปีปทุม พยัคฆภูมิพิสัย เปรียบเทียบกับพื้นที่อำเภอบรบือ การศึกษาครั้งนี้มี รพ.สต. 76 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้บริหารระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล 30 คน เลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ดำรงตำแหน่งไม่น้อยกว่า 2 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานในระหว่างช่วงเวลาก่อนและหลังการถ่ายโอน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 150 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบ Stratified Random Sampling มีการแบ่งชั้น (Strata) โดยตำแหน่งงาน (พยาบาลวิชาชีพ 70 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 45 คน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 35 คน) ประสบการณ์การทำงาน (น้อยกว่า 5 ปี 5-15 ปี มากกว่า 15 ปี) พื้นที่ปฏิบัติงาน (เมือง ชานเมือง ชนบท)

3. ประชาชนผู้รับบริการ 560 คน คัดเลือกโดยสุ่มอย่างง่าย มีเกณฑ์ คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป เคยใช้บริการ รพ.สต. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับผู้บริหาร ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การประเมินความพร้อมใช้งานของบริการ (Availability) (15 ข้อ) คือ ความพร้อมของบุคลากร (อัตรากำลัง ความเชี่ยวชาญ การพัฒนาทักษะ) ความพร้อมของทรัพยากร (อุปกรณ์การแพทย์ ยา งบประมาณ) ความพร้อมของระบบ (ระบบข้อมูล ระบบส่งต่อ ระบบควบคุมคุณภาพ) (3) การบริหารจัดการ (10 ข้อ) คือ ประสิทธิภาพการ

บริหาร การตัดสินใจ การประสานงาน เป็นลักษณะคำถามแบบ Likert Scale 5 ระดับ (1=น้อยที่สุด 5=มากที่สุด) และ (4) ปัญหาและอุปสรรคเป็นคำถามปลายเปิด

2. แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การให้บริการ (20 ข้อ) คือ คุณภาพการให้บริการ ความสามารถในการให้บริการ การทำงานเป็นทีมและความพึงพอใจในการทำงาน (3) ทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวก (10 ข้อ) คือ ความเพียงพอของทรัพยากร การสนับสนุนจากผู้บริหาร (4) การพัฒนาตนเองและการฝึกอบรม (8 ข้อ) เป็นลักษณะคำถามแบบ Likert Scale 5 ระดับ (1=น้อยที่สุด 5=มากที่สุด)

3. แบบสอบถามสำหรับประชาชน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ความสามารถในการเข้าถึงบริการของประชาชน (Accessibility) (12 ข้อ) คือ ระยะทางและเวลาเดินทาง ความสะดวกในการเข้าถึง ช่วงเวลาให้บริการ ความเหมาะสมของสถานที่ (3) ความสามารถในการรับภาระค่าใช้จ่าย (Affordability) (8 ข้อ) คือ ค่าใช้จ่ายการรักษา ค่าใช้จ่ายการเดินทาง ผลกระทบทางเศรษฐกิจ (4) การยอมรับของประชาชนต่อบริการภายใต้การบริหารใหม่ (Acceptability) (15 ข้อ) คือ ความพึงพอใจต่อบริการ ความเชื่อมั่นในบุคลากร และความเหมาะสมทางวัฒนธรรม เป็นลักษณะคำถามแบบ Likert Scale 5 ระดับ (1=น้อยที่สุด 5=มากที่สุด) และผลลัพธ์สุขภาพ (5) แบบประเมินคุณภาพบริการ (Service Quality Assessment)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ใช้ Independent t-test และวิเคราะห์ Performance Gap Analysis เปรียบเทียบผลงานก่อนและหลังการถ่ายโอน

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน

เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในด้านต่างๆ หลังการถ่ายโอน โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และศึกษาเชิงปริมาณ โดยการรวบรวมข้อมูลฐานข้อมูลการมารับบริการของประชาชนผ่าน HDC และข้อมูลเบิกจ่ายค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ (1) ประชาชนผู้รับบริการ ที่มีความหลากหลาย คือ กลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง 3 กลุ่มๆละ 12 คน กลุ่มวัยทำงาน 2 กลุ่มๆละ 10 คน กลุ่มมารดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก 2 กลุ่มๆละ 10 คน กลุ่มผู้ด้อยโอกาส คือ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการ ครอบครัวยากจน 12 คน รวม 8 กลุ่ม 88 คน (2) กลุ่มผู้นำชุมชน 2 กลุ่มๆละ 12 คน (3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 5 กลุ่มๆ ละ 13 คน เกณฑ์การคัดเลือก รพ.สต. ขนาดเล็ก 2 แห่ง ขนาดกลาง 2 แห่ง และขนาดใหญ่ 2 แห่ง เน้นกระจายขนาด รพ.สต. ให้ได้มากที่สุดในจังหวัด

2. ข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและงานสาธารณสุข ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และรายงานสรุปผลการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ปี 2566

เครื่องมือ ประกอบด้วย

1. คำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม

2. แบบบันทึกสถานะสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) และการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Access to primary care) จากรายงานผลการศึกษาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น[5] ประกอบด้วย (1) สถานะสุขภาพประชากร

ภาพรวมของสถานะสุขภาพของประชากรที่ รพ.สต. รับผิดชอบ ซึ่งพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีโรคเรื้อรังในแต่ละราย โดยใช้ Charlson Comorbidity Index (CCI) (2) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) คะแนน Quality Care Bundle ของการดูแลรักษา DM, HT, DM (well-controlled) (3) กระบวนการที่นำไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพ (4) คุณภาพของการดูแล ได้แก่ การได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Effectiveness) และการได้รับการดูแลรักษาทันเวลา (Timeliness) (5) การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Access to primary care) คือ การเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิและการประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการปฐมภูมิ (6) ผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข (Public health outcomes) คือ ผลลัพธ์งานสาธารณสุข ได้แก่ อุบัติการณ์และแนวโน้มเชิงเปรียบเทียบของโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ และ (7) ปัจจัยนำไปสู่ผลกระทบด้านผลลัพธ์งานสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Triangulation) ข้อมูล เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Independent t-test

ขั้นตอนที่ 4 การเสนอแนวทางเพื่อการพัฒนาระบบงานสาธารณสุข

เพื่อสังเคราะห์แนวทางการบริหารจัดการเชิงระบบและข้อเสนอเชิงนโยบาย สำหรับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต โดยใช้การสังเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods Data Integration) การวิเคราะห์ SWOT analysis การวิเคราะห์ TOWS Matrix การจัดทำตารางเปรียบเทียบผลการศึกษา และการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญ (Expert Workshop) เพื่อการนำเสนอผลการศึกษา รับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเบื้องต้น จากนั้นระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหา และจัดกลุ่มข้อเสนอแนะตามประเด็นหลัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญหลัก (Core Expert Panel) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข นักวิชาการด้านนโยบายสาธารณะ ผู้บริหาร และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ (Stakeholder Group) 30 คน

เครื่องมือ ประกอบด้วย (1) เครื่องมือสำหรับการสังเคราะห์ข้อมูล ใช้เมทริกซ์การสังเคราะห์ข้อมูล ตารางเปรียบเทียบผลการศึกษา (2) เครื่องมือสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการ (3) เครื่องมือการประเมินเป็นแบบประเมินความเป็นไปได้ด้านศักยภาพในการนำไปปฏิบัติ ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ การยอมรับจากสังคม และการสนับสนุนจากภาครัฐ แบบฟอร์มการจัดลำดับความสำคัญใช้เทคนิค AHP และแบบประเมินผลกระทบ Impact Assessment Matrix

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้รูปแบบ Executive Summary ในการสรุปผลการศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านปฐมภูมิ และผู้เชี่ยวชาญด้านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ระหว่าง 0.85-0.88 และแบบสอบถามในขั้นตอนที่ 2 ได้ค่าความเที่ยง = 0.86 ได้ค่าความตรง = 0.96

จริยธรรมการวิจัย ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่

17/2566 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งตอบข้อสงสัย รวมถึงผลกระทบที่ได้รับ พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจากผลการศึกษาจะเสนอเป็นภาพรวม และผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

ผลการศึกษา

1. **สถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. จังหวัดมหาสารคาม**

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทยได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจากนั้นเข้าสู่ช่วงปรับปรุงและพัฒนาที่เน้นการยกระดับคุณภาพการบริการและการพัฒนาระบบการกำกับดูแล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการบูรณาการบริการด้านสาธารณสุขระหว่าง รพ.สต.กับที่อื่นๆ ในเครือข่าย

องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มหาสารคาม ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการกำกับ ติดตามและประเมินผลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี ในการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการและตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2565 ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และกำหนดบทบาทอำนาจหน้าที่ของอนุกรรมการด้านยุทธศาสตร์นิเทศกำกับประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องจากการเปลี่ยนแปลงการจัดการทรัพยากรการจัดบริการสุขภาพและการดำเนินงานด้านสาธารณสุข บริหารจัดการเชิงระบบที่จำเป็น ของ รพ.สต.ที่ได้รับการถ่ายโอนไป อบจ. พบว่า การบริหารจัดการทรัพยากร การจัดบริการสุขภาพ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข และการบริหารจัดการเชิงระบบ ก่อนการถ่ายโอน การบริหารจัดการในทุกประเด็นจะถูกบริหารจัดการจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่หน่วยงานควบคุม กำกับติดตามและสนับสนุนด้านวิชาการ ซึ่ง อบจ. มีการจัดสรรปรับเกลี่ยอัตรากำลังระหว่าง รพ.สต. ที่ไม่มีบุคลากรครบตามกรอบ โดยเฉพาะตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้สามารถจัดบริการได้ในเบื้องต้น ในปี 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ดำเนินการจัดทำบันทึกความร่วมมือของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) แต่บทบาทที่เคยสามารถดำเนินการด้านการบริหารจัดการได้ก็ไม่สามารถดำเนินการ ได้เหมือนก่อนการถ่ายโอน

ผลการรวบรวมข้อมูลจากเว็ปไซค์ HealthServ.net สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดมหาสารคามมี รพ.สต. ทั้งหมด 175 แห่ง ใน 13 อำเภอ โดยมี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. 128 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 73.14

2. **ผลการเปรียบเทียบโครงสร้างการบริหารก่อนและหลังการถ่ายโอน** มีรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบโครงสร้างการบริหารก่อนและหลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ประเด็น	ก่อนการถ่ายโอน	หลังการถ่ายโอน	ผลกระทบ
โครงสร้างการบริหาร	โครงสร้างแนวตั้ง: กระทรวง ⟶ สสจ. ⟶ สสอ. ⟶ รพ.สต.	โครงสร้างแนวนอน: อบจ. ⟶ รพ.สต. (กำกับโดย สสจ.)	ลดขั้นตอนการสั่งการ แต่เพิ่มความซับซ้อนในการประสานงาน
การบริหารบุคลากร	สรรหาและบรรจุตามระบบราชการ	อปท. สรรหาเป็นพนักงานจ้าง มีความยืดหยุ่นมากขึ้น	เพิ่มความคล่องตัว แต่ลดความมั่นคงในอาชีพ เช่น อบจ.สามารถปรับอัตรากำลังได้ตามความต้องการพื้นที่ (Care demand) มีความยืดหยุ่นในการจ้างงานเพิ่มเติมตามภาระงานจริง แต่พบอัตราการเปลี่ยนแปลงบุคลากรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการจ้างพนักงานโดยใช้ระเบียบภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ที่ยังไม่มีแนวทางชัดเจน สำหรับการจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่สมัครใจ ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์จ้างงาน และพบว่า มีข้อจำกัดด้านแผนพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการบริหารงบประมาณ โดยใช้ระเบียบเงินบำรุง ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย
การบริหารงบประมาณ	งบประมาณแผ่นดิน 100%	งบอุดหนุนจากรัฐ + งบ อปท.	เพิ่มแหล่งงบประมาณ แต่มีการเพิ่มขั้นตอนและวิธีบริหารจัดการงบประมาณเนื่องจากจำเป็นต้องปรับรูปแบบการบริหารจัดการจากระเบียบเงินบำรุง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นระเบียบการบริหารงบประมาณ ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย
การกำหนดนโยบาย	กำหนดโดยส่วนกลาง	ผสมผสานระหว่างนโยบายชาติกับความต้องการท้องถิ่น	เพิ่มการตอบสนองท้องถิ่น แต่อาจขาดการบูรณาการ พบจำนวน 24 แห่ง ไม่ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะด้านการกำหนดนโยบายสุขภาพ ขาดการบูรณาการแผนงานพัฒนาระบบบริการด้านปฐมภูมิระหว่าง รพ.สต กับ แผนพัฒนาด้านสาธารณสุขประจำปีของ อบจ.
การประกันคุณภาพ	ระบบการกำกับดูแลเข้มงวดและเป็นมาตรฐาน	ระบบการกำกับดูแลแบบใหม่เน้นผลลัพธ์	รพ.สต.ทุกแห่ง ใช้ระบบการติดตามประเมินผลด้านคุณภาพบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตามเกณฑ์มาตรฐานบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข และการประเมินผลงาน ตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพ จากข้อตกลง คณะกรรมการ กสพ. แต่ระบบสารเทศเปลี่ยนแปลงไปใช้ระบบ My PCU ทำให้การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ทำได้ยาก และขาดการสนับสนุนกระบวนการยกระดับคุณภาพบริการปฐมภูมิ ระหว่าง รพ.สต ในสังกัด อบจ กับ รพ.แม่ข่าย

3. ผลการศึกษามิติการเข้าถึงบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้บริหาร อายุเฉลี่ย 47.56 ปี ประสบการณ์ทำงาน 17.94 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 56.72% และปริญญาโท 36.74% เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอายุเฉลี่ย 36.12 ปี เป็นเพศหญิง 76.00% ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 46.75% 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 30.00% ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ 23.25% และ 3) ประชาชนผู้รับบริการ มีอายุเฉลี่ย 44.95 ปี เป็นเพศหญิง 60.72% ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา 43.45% รายได้เฉลี่ย 18,170 บาทต่อเดือน อาศัยในชานเมือง 30.41% ชนบท 60.67% และเมือง 8.92% และผลการประเมินมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ (4A Framework) มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่าง รพ.สต.ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน

มิติการประเมิน	ตัวชี้วัดหลัก	ก่อนถ่ายโอน	หลังถ่ายโอน	p-value
1. ความพร้อมใช้งานของบริการ (Availability)	ความพร้อมของบุคลากร	3.67 ± 0.54	3.91 ± 0.52	0.168
	ความพร้อมทรัพยากร	3.49 ± 0.68	4.02 ± 0.58	0.012*
	ความพร้อมของระบบ	3.82 ± 0.59	4.04 ± 0.58	0.258
	รวม	3.66 ± 0.52	3.99 ± 0.48	0.031*
2. การเข้าถึงบริการของประชาชน (Accessibility)	ระยะทางและเวลาเดินทาง	4.12 ± 0.76	4.08 ± 0.72	0.521
	ความสะดวกในการเข้าถึง	3.95 ± 0.68	4.02 ± 0.65	0.236
	ช่วงเวลาให้บริการ	4.01 ± 0.71	4.15 ± 0.63	0.018*
	ความเหมาะสมของสถานที่	3.88 ± 0.74	3.92 ± 0.69	0.527
	รวม	3.99 ± 0.58	4.04 ± 0.56	0.289
3. การรับภาระค่าใช้จ่าย (Affordability)	ค่าใช้จ่ายการรักษา	3.76 ± 0.82	4.05 ± 0.71	0.000**
	ค่าใช้จ่ายการเดินทาง	3.94 ± 0.75	3.98 ± 0.69	0.521
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจ	3.68 ± 0.88	3.89 ± 0.76	0.004**
	รวม	3.79 ± 0.67	3.97 ± 0.61	0.002*
4. การยอมรับของประชาชน (Acceptability)	ความพึงพอใจต่อบริการ	3.85 ± 0.69	4.11 ± 0.62	0.000**
	ความเชื่อมั่นในบุคลากร	4.02 ± 0.65	4.18 ± 0.58	0.005**
	ความเหมาะสม	4.15 ± 0.61	4.21 ± 0.59	0.272
	รวม	4.01 ± 0.55	4.17 ± 0.52	0.001*

หมายเหตุ * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

จากการเปรียบเทียบก่อนและหลังการถ่ายโอน พบว่า การวิเคราะห์ช่องว่างประสิทธิภาพ (Performance Gap) แสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ส่งผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อทุกมิติการให้บริการ โดยมิติความพร้อมใช้งาน (Availability) ได้รับผลกระทบมากที่สุด รองลงมา คือ การยอมรับ (Acceptability) และความสามารถรับภาระค่าใช้จ่าย (Affordability) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ช่องว่างประสิทธิภาพ (Performance Gap) เปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต.ก่อนและหลัง

ถ่ายโอน

มิติการประเมิน	ก่อนการถ่ายโอน	หลังการถ่ายโอน	Gap Score	การแปลผล
ความพร้อมใช้งาน (Availability)	4.02 ± 0.48	3.66 ± 0.52	-0.36	ลดลงปานกลาง
การยอมรับ (Accessibility)	4.08 ± 0.54	3.99 ± 0.58	-0.09	ลดลงเล็กน้อย
ความสามารถรับภาระค่าใช้จ่าย (Affordability)	3.95 ± 0.59	3.79 ± 0.67	-0.16	ลดลงเล็กน้อย
การเข้าถึงบริการ(Acceptability)	4.19 ± 0.51	4.01 ± 0.55	-0.18	ลดลงเล็กน้อย
คะแนนรวม	4.06 ± 0.45	3.86 ± 0.48	-0.20	ลดลงเล็กน้อย

4. ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน พบว่าภาพรวมของสถานะสุขภาพประชากร จากผลการวิเคราะห์ภาพรวมของสถานะสุขภาพของประชากรในพื้นที่ ซึ่งพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีโรคเรื้อรังประจำตัวของประชากรในแต่ละราย โดยใช้ Charlson Comorbidity Index (CCI) ประชากรที่ดูแลโดยกลุ่ม รพ.สต.ที่ถ่ายโอน มีค่าเฉลี่ยคะแนน CCI สูงเท่ากับ 490.6 ต่อ 1,000 ประชากร ซึ่งสูงกว่า ค่า CCI ระดับจังหวัด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน Charlson Comorbidity Index (CCI) ต่อ 1,000 ประชากร จังหวัดมหาสารคาม

ลำดับ	อำเภอ	ประชากร	อายุเฉลี่ย(ปี)	ผู้สูงอายุ	เบาหวาน	ความดันโลหิต	CCI Score
พื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต. ทุกแห่ง							
1	นาดูน	29,122	42.80	26.1%	6.6%	9.9%	561.3
2	นาเชือก	47,054	42.50	25.5%	5.7%	7.6%	435.1
3	เชียงยืน	46,724	43.50	27.6%	7.0%	9.1%	582.6
4	ชื่นชม	19,253	42.60	25.7%	7.9%	8.8%	524.2
5	วาปีปทุม	88,939	44.40	29.2%	6.6%	9.4%	537.5
6	แกดำ	24,133	43.00	26.5%	8.1%	12.4%	547.1
7	กุดรัง	29,485	42.60	25.4%	6.0%	7.8%	504.8
8	กันทรวิชัย	99,961	35.40	16.5%	4.6%	6.2%	400.8
9	ยางสีสุราช	26,089	43.00	26.9%	6.8%	9.6%	462.5
พื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต บางแห่ง							
1	โกสุมพิสัย	93,366	43.00	26.7%	6.6%	9.0%	443.9
2	เมือง	86,728	44.80	26.3%	7.7%	9.0%	494.0
3	พยัคฆภูมิพิสัย	69,981	42.00	24.6%	6.1%	9.3%	459.5
พื้นที่ไม่ถ่ายโอน รพ.สต							
1	บรบือ	87,169	43.40	27.5%	6.4%	7.8%	555.3
รวมทั้งหมด		748,004	42.30	25.40%	6.4%	8.6%	490.6

การเปรียบเทียบค่าดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (CCI Score) และอายุเฉลี่ย พบว่า ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ กลุ่มอำเภอพื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต ทุกแห่ง (แกดำ วาปีปทุม นาดูน นาเชือก กันทรวิชัย เชียงยืน ชื่นชม ยางสีสุราช กุดรัง) ค่าเฉลี่ยอายุ 42.20 ปี ค่าเฉลี่ย CCI Score 506.21 ต่อ 1,000 ประชากร มีค่า CCI Score เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ถ่ายโอน รพ.สต. บางส่วนและไม่ถ่ายโอน รพ.สต. (เมือง พยัคฆ์ภูมิพิสัย โกสุมพิสัย บรบือ) ค่าเฉลี่ยอายุ 43.30 ปี ค่าเฉลี่ย CCI Score 488.18 ต่อ 1,000 ประชากร

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพ ของ รพ.สต. ก่อนและหลังการถ่ายโอน พบว่า ผลลัพธ์การดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดสุขภาพ จำแนกตาม 5 กลุ่มวัย ปี 2565 หลังการถ่ายโอน ยังไม่พบความแตกต่าง แต่ในปี 2566 พบผลลัพธ์ดีขึ้นอย่างชัดเจน (p = 0.002) โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 65.32 เป็น 73.65 ขณะเดียวกันอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในปี 2565 และ 2566 (p = 0.02 และ 0.042 ตามลำดับ) จากเดิม 916.33 และ 897.42 เป็น 1,163.95 และ 1,155.14 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานปี 2565 - 2566 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังการถ่ายโอน (N=76)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนถ่ายโอน		หลังถ่ายโอน		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. ผลการดำเนินงาน 5 กลุ่มวัยปี 2565 ของ รพ.สต.	75.42	4.87	75.61	5.60	0.11	36.43	0.91
2. ค่าเฉลี่ยอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงปี 2565 ของ รพ.สต.	916.33	138.55	1,163.95	399.96	2.43	37	0.02
3. ผลการดำเนินงานทั้ง 5 กลุ่มวัยปี 2566 ของ รพ.สต.	65.32	9.64	73.65	4.90	-3.24	37	0.002
4. ค่าเฉลี่ยอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงปี 2566 ของ รพ.สต.	897.42	156.75	1155.14	482.94	2.11	37	0.042

ผลคะแนน Quality Care Bundle ของการดูแลรักษา DM, HT ปี 2566 เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (QCB-DM) พบว่า หลังถ่ายโอนคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่ำกว่าก่อนถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ผลการประเมินคุณภาพบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพคุณภาพ จำนวน 32 แห่ง (18.29%)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) คะแนน Quality Care Bundle ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการได้รับการดูแลสุขภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยใช้การเปรียบเทียบประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายกับผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. หลังถ่ายโอนกับก่อนถ่ายโอน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (QCB-DM) หลังถ่ายโอน

คะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่ำกว่าก่อนถ่ายโอน

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า การถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ส่งผลกระทบเชิงบวกในด้านการเพิ่มความยืดหยุ่นของการให้บริการและการตอบสนองความต้องการเฉพาะของชุมชน เช่น *"ตอนนี้เราสามารถจัดงบประมาณเพิ่มเติมจากเงิน อบจ. มาทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามเทศกาลประเพณีท้องถิ่นได้ เช่น การตรวจสุขภาพช่วงงานกลองยาว หรือกิจกรรมออกกำลังกายแบบลำซิ่ง" (กำนัน ต.โคกสี อ.วาปีปทุม)* แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านการขาดแคลนบุคลากร การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายบางประเภท และความกังวลเรื่องคุณภาพและความต่อเนื่องของมาตรฐานการบริการ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น หากมีการวางแผนและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ สำหรับผลการสนทนากลุ่มกับประชาชนผู้รับบริการในพื้นที่กลุ่มต่างๆ พบว่า ประชาชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อการถ่ายโอน โดยเห็นว่าเป็นการเพิ่มอำนาจการตัดสินใจของชุมชนในการจัดการสุขภาพของตนเอง และส่งผลให้เกิดการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น *"ดีใจที่ตอนนี้คนในหมู่บ้านได้มีเสียงในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพของเราเองมากขึ้น เวลามีปัญหาอะไร สามารถไปคุยกับนายก อบต. นายก อบจ. ได้โดยตรง" (ผู้สูงอายุ หมู่ 5 ต.นาดูน อ.นาดูน)* การสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น และการเสริมสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างไรก็ตาม ประชาชนได้เน้นย้ำและแสดงออกถึงความต้องการให้มีการพัฒนาระบบที่ครอบคลุมกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนและการกำกับติดตามประเมินผล และคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานเดียวกัน เช่น *"กังวลว่าบริการของ รพ.สต. แต่ละแห่งจะมีความแตกต่างกันมาก อยากให้ อบจ. กำหนดมาตรฐานการให้บริการที่ชัดเจนและมีการตรวจสอบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ" (ตัวแทนชุมชน ต.หัวเข่าแตก อ.นาเชือก)*

5. แนวทางเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผลลัพธ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มร่วมกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหลัก (Core Expert Panel) 30 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและนโยบายสาธารณะ 3 คน (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด และท้องถิ่นจังหวัด) และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Group) 27 คน (กลุ่มผู้บริหารในสังกัด อบจ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้เทคนิคกระบวนการรับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและการระดมความคิดเห็นผ่านการประชุม Workshop 3 ครั้ง จนได้ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ ที่มีความสอดคล้องและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อบจ.มหาสารคามอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

ผลการวิเคราะห์ SWOT Matrix บทเรียนจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการนำผลลัพธ์จาก SWOT analysis ทำการวิเคราะห์ TOWS Matrix ต่อโดยการนำจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคมาจับคู่ เพื่อสร้างเป็นแผนยุทธศาสตร์หลักสำหรับวางแผนเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ พื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

1. กลยุทธเชิงรุก SO (Strengths-Opportunities) โดยใช้จุดแข็งเพื่อเป็นโอกาส

ประกอบด้วย (1) การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนาระบบ Telemedicine และ AI ที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะของแต่ละชุมชน (2) การสร้าง Community Health Network การลดขั้นตอนการสั่งการและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพที่ชุมชนเป็นเจ้าของ

2. กลยุทธเชิงแก้ไข WO (Weaknesses-Opportunities) โดยใช้โอกาสเพื่อปรับปรุงจุดอ่อน ประกอบด้วย (1) การพัฒนาระบบบริการแบบไฮบริด - ใช้เทคโนโลยี Telemedicine และ AI เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ มีความพร้อมในการใช้งาน และเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการให้ต่อเนื่อง (2) การสร้างระบบประกันคุณภาพแบบดิจิทัล โดยการบูรณาการเทคโนโลยีเพื่อสร้างระบบติดตามและประเมินคุณภาพบริการแบบเรียลไทม์

3. กลยุทธเชิงป้องกัน ST (Strengths-Threats) ใช้จุดแข็งเพื่อลดอุปสรรค ประกอบด้วย (1) การพัฒนาและบริหารจัดการบุคลากรเพื่อสร้างแรงจูงใจ พัฒนาทักษะ และรักษาบุคลากรคุณภาพไว้ (2) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดและติดตามมาตรฐานคุณภาพบริการ

4. กลยุทธเชิงรับ WT (Weaknesses-Threats) เป็นการลดจุดอ่อนเพื่อหลีกเลี่ยงอุปสรรค ประกอบด้วย (1) การสร้างกลไกการจัดสรรงบประมาณที่แน่นอนและพัฒนาระบบความมั่นคงในอาชีพของบุคลากร เพื่อป้องกันปัญหาการขาดแคลนบุคลากรคุณภาพ (2) การสร้างความเชื่อมั่นโดยพัฒนาระบบการประสานงานที่ไม่ซับซ้อน และสร้างกลไกการติดตามคุณภาพที่โปร่งใส เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในบริการให้กับประชาชนในพื้นที่

ผลการศึกษาเกิดแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ 5 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะของชุมชน ประกอบด้วย การพัฒนาแพลตฟอร์ม Telemedicine ที่ปรับเปลี่ยนตามบริบทของแต่ละชุมชน ใช้ระบบ AI ในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและให้คำแนะนำเบื้องต้น สร้างระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดความต้องการด้านเทคโนโลยีและอบรมและพัฒนาทักษะดิจิทัลให้กับบุคลากรและประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ เน้นการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพที่ชุมชนเป็นเจ้าของและมีการบริการแบบไฮบริด ผสานระหว่างบริการแบบดั้งเดิมกับเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและคุณภาพการบริการให้ต่อเนื่อง ลดขั้นตอนการสั่งการและเพิ่มความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของเครือข่ายสุขภาพอย่างแท้จริง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาและรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพ โดยเน้นการใช้ความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจและการรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพ สร้างระบบสวัสดิการที่เหมาะสม พัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง และสร้างความมั่นคงในอาชีพ รวมถึงให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดและติดตามมาตรฐานคุณภาพบริการ เพื่อป้องกันปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและรักษาคุณภาพการบริการให้คงอยู่

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างระบบประกันคุณภาพแบบดิจิทัลและโปร่งใส โดยบูรณาการเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบติดตามคุณภาพ สร้างระบบประเมินคุณภาพแบบเรียลไทม์ที่โปร่งใสและเข้าใจง่าย พัฒนาระบบการประสานงานที่ไม่ซับซ้อน และเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น

ให้กับประชาชนและเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามและปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างความมั่นคงทางการเงินและความยั่งยืน โดยการสร้างกลไกการจัดสรรงบประมาณที่แน่นอนและมั่นคง พัฒนาระบบความมั่นคงในอาชีพของบุคลากรในสังกัดเพื่อป้องกันปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและความไม่แน่นอนของงบประมาณ ส่งเสริมการสร้างแหล่งเงินทุนงบประมาณที่หลากหลาย รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน และพัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว พร้อมทั้งสร้างความเชื่อมั่นผ่านระบบติดตามการใช้จ่ายที่โปร่งใส

การดำเนินงานตาม 5 ยุทธศาสตร์หลักควรออกแบบให้มีความต่อเนื่องและเป็นระยะ เพื่อการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและมีความยั่งยืน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะการดำเนินงาน ดังนี้ ***ระยะสั้น การสร้างพื้นฐาน*** โดยการจัดทำมาตรฐานการบริการและระบบการกำกับดูแลที่สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้บริหาร และการสร้างระบบข้อมูลและการติดตามประเมินผลที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาในระยะต่อไป ***ระยะกลาง การขยายผลและพัฒนา*** เป็นระยะของการนำแนวทางที่ได้รับการพัฒนาและประเมินผลในระยะแรก ไปขยายผลในวงกว้าง โดยเน้นสร้างเครือข่ายและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและปรับปรุงระบบการเงินและงบประมาณ รวมถึงสร้างกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และ***ระยะยาว การพัฒนาสู่ความยั่งยืน*** สร้างระบบที่สามารถปรับตัวและพัฒนาต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังให้ระบบบริหารจัดการของ รพ.สต. ที่ได้รับการพัฒนาสามารถเป็นต้นแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข และบูรณาการกับระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการประเมินผลกระทบระยะยาวและการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสังคมและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง

สรุป แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่นำเสนอในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแนวทางที่ตอบโจทย์ต่อความท้าทายที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ โดยใช้แนวทางการปฏิรูปแบบค่อยเป็นค่อยไป (Incremental Reform) ที่เน้นการสร้างสมดุลระหว่างการกระจายอำนาจกับการควบคุมคุณภาพมาตรฐานการบริการปฐมภูมิ ความเชื่อมโยงระหว่าง 5 ยุทธศาสตร์หลักและแผนการดำเนินงาน 3 ระยะ เป็นข้อเสนอและกรอบการทำงานที่ครอบคลุมและยั่งยืน การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เหล่านี้จะนำไปสู่การสร้างระบบบริหารจัดการ รพ.สต. ที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ โดยเฉพาะการจัดบริการด้านปฐมภูมิ และสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งจะเป็นการสานต่อเจตนารมณ์ของการกระจายอำนาจในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสุขภาพของตนเอง และสร้างระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็งและยั่งยืนในระยะยาว

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกมิติตามกรอบ 4A Framework อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะมิติความพร้อมใช้งานของบริการ (Availability) ที่ลดลงอย่างชัดเจน (Gap Score = -0.36) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในช่วงเริ่มต้นมักเผชิญกับปัญหาการลดลงของคุณภาพบริการเนื่องจากการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการ

การเปลี่ยนแปลงจากโครงสร้างแนวตั้งสู่โครงสร้างแนวนอน แม้จะลดขั้นตอนการสั่งการแต่กลับเพิ่มความซับซ้อนในการประสานงาน[10] ซึ่งส่งผลต่อความพร้อมของทรัพยากรและระบบสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของประชากรผ่าน Charlson Comorbidity Index (CCI) ค่าดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (CCI Score) และอายุเฉลี่ย พบว่า ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ กลุ่มอำเภอพื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต. ทุกแห่ง (แกดำ วาปีปทุม นาดูน นาเชือก กันทรวิชัย เชียงยืน ชื่นชม ยางสีสุราช กุดรัง) ค่าเฉลี่ยอายุ 42.20 ปี ค่าเฉลี่ย CCI Score 506.21 ต่อ 1,000 ประชากร มีค่า CCI Score เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ถ่ายโอน รพ.สต. บางส่วนและกลุ่มไม่ถ่ายโอน (เมือง พยัคฆ์ภูมิพิสัย โกสุมพิสัย บรบือ) ค่าเฉลี่ยอายุ 43.30 ปี ค่าเฉลี่ย CCI Score 488.18 ต่อ 1,000 ประชากร แม้ว่า จะมีอายุเฉลี่ยที่ต่ำกว่าเล็กน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงกว่าโดยรวม และคะแนน Quality Care Bundle ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เผยให้เห็นผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจ ซึ่งมีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญ และคะแนนประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ต่ำกว่า ซึ่งการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขต้องมีระบบการกำกับดูแลคุณภาพที่เข้มข้นและเป็นรูปธรรมเพื่อให้ได้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้ตามมาตรฐานการบริการ[11] โดยผลจากการศึกษานี้ได้สะท้อนว่าการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของพื้นที่ที่ถ่ายโอนถือเป็นความท้าทายในการรักษาคุณภาพมาตรฐานการดูแลต่อเนื่องระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่าน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับประชาชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงให้เห็นทัศนคติเชิงบวกของประชาชนในพื้นที่ต่อการถ่ายโอน โดยมองว่าเป็นการเพิ่มอำนาจการตัดสินใจของชุมชนและการถ่ายโอนส่งผลให้มีความยืดหยุ่นสำหรับการดำเนินงานที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การรับรู้เชิงบวกนี้ไม่เป็นไปในทางเดียวกับข้อค้นพบเชิงปริมาณที่พบว่ามีการลดลงของตัวชี้วัดด้านการเข้าถึงบริการและคุณภาพการดูแล ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความคาดหวังและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชุมชน การขาดข้อมูลเปรียบเทียบในระยะสั้น และผลกระทบที่ยังไม่เป็นที่รับรู้อย่างชัดเจนต่อประชาชนทั่วไป[5] ซึ่งการค้นพบนี้จะช่วยย้ำเตือนให้เห็นความสำคัญของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ควรติดตามประเมินผลแบบผสมผสานทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนนโยบาย

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพภายหลังการถ่ายโอน โดยเฉพาะการขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนกับเครือข่ายบริการสุขภาพแม่ข่าย การที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่สามารถดำเนินบทบาทการบริหารจัดการได้เหมือนก่อนการถ่ายโอน ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วยและการสนับสนุนด้านวิชาการ ประเด็นนี้จึงเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของกลไกการพัฒนาการบริหารจัดการร่วม (Co-Management) ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการกระจายอำนาจกับการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานการบริการปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด[12-13] ที่ให้ความสำคัญและความจำเป็นเกี่ยวกับการออกแบบระบบการกำกับดูแลที่เหมาะสมในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ ที่เป็นยุทธศาสตร์ 5 ด้านจากการศึกษานี้ ถือว่าเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมและเป็นระบบ โดยเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการกระจายอำนาจกับการรักษาคุณภาพมาตรฐาน การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและการพัฒนากลไกการเงินที่ยั่งยืน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ขณะที่การพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงและการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนจะช่วยให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว การแบ่งแผนการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่การสร้างพื้นฐาน การขยายผล และการพัฒนาสู่ความยั่งยืน ถือเป็นแนวทางส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและมองเห็นผลลัพธ์ในพื้นที่ที่ชัดเจน และเป็นแนวทางที่อยู่บนฐานการมองจากความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่ต้องใช้เวลาและการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ผลสำเร็จของแนวทางนี้จะขึ้นอยู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับในระบบสุขภาพและภาคประชาชน และการสนับสนุนนโยบายที่เหมาะสมจากผู้บริหารที่มีอำนาจหน้าที่ออกนโยบายและควบคุมกำกับในการสร้างกรอบการทำงานที่เอื้อต่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบการกำกับดูแลแบบบูรณาการ ควรจัดตั้งกลไกการบริหารจัดการร่วม (Co-Management) ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมสร้างระบบการประกันคุณภาพมาตรฐานเดียวและศูนย์ข้อมูลกลางเพื่อติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

2. การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและความมั่นคงในการให้บริการของ รพ.สต. จำเป็นต้องพัฒนาระบบการสรรหา พัฒนาและรักษาบุคลากรสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน รวมทั้งสร้างแรงจูงใจและความมั่นคงในอาชีพเพื่อลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. การพัฒนาระบบติดตามประเมินผลแบบผสมผสาน ควรสร้างกลไกการติดตามประเมินผลที่รวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์ของผลกระทบจากการถ่ายโอนและสามารถปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพได้ทันเวลา

Reference

1. Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. Guidelines for the transfer of missions of the 60th Anniversary Queen Sirikit Health Center and Subdistrict Health Promotion Hospital to the Provincial Administrative Organization. [Internet], 2023 [cited 2023 July 24]; Available from: คู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ อบจ. – ก.ก.ถ.. Thai.
2. Primary Health Care System Support Division. Operation Manual for Primary Care Units and Primary Care Unit Networks under the Primary Health Care System Act B.E. 2562. [Internet], 2023 [cited 2023 March 12]; Available from: https://pcustandard.moph.go.th/login.php. Thai.
3. Jiruth Sriratanaban, Noppcha Singweratham, Daoroong Komwong, Mano Maneechay. Assessment of Population Health Impacts from the Transfer of Sub-District Health Promoting Hospitals to the

Provincial Administrative Organizations in 2023: Phase 1 Potential Warning Signs. J Health Syst Res [internet]. 2024 [cited 2025 Jan. 24]; 18(2):152-72. available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/j_hsr/article/view/1462. Thai.

4. Napassawan Puripanpinyo. Development of system and decentralization of responsibility mechanisms on Queen Sirikit Health Center and Health Promoting Hospital to the Roi-Et Provincial Administrative Organization. J Roi Kaensarn Acad. 2024; 9(6). 793-812. Thai.
5. Tatchalerm Sudhipongpracha, Wittaya Choksettakij, Pakawat Phuripongthanawat, Ukkrit Kittayasophon, Nathanop Satthatham & Yaowawanya Onphothong. Synthesis of proposals and policy design for transferring sub-district health promotion hospitals to provincial administrative organizations. [Internet], 2023 [cited 2023 March 20]; Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5552?locale-attribute=th. Thai.
6. Udom Thumkosit, Li Renliang, Ratiporn Teungfung, Jirawat Sriruang. The Evaluation of Primary Health Care Servicing by Subdistrict Health Promotion Hospitals Transfered to Provincial Administrative Organization in Fiscal Year 2023. JSDMS [internet]. 2024 Oct. 31 [cited 2025 Jun. 28];26(2):1-38. available from: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jsd/article/view/272838. Thai.
7. Songkramchai Leethongdee. Implementation of Health decentralization : Progress Evaluation and Impact Analysis 2011. [Internet], 2023 [cited 2023 March 20]; Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3103?locale-attribute=en. Thai.
8. Greer, S. L., & da Fonseca, E. M. Decentralization and Health System Governance (pp. 409–424). Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1057/9781137384935_25.
9. Jimenez, D., & Smith, P. C. Decentralisation of Health Care and Its Impact on Health Outcome (Vol. 10). Department of Economics and Related Studies, University of York. 2005.
10. de Biase, P. and S. Dougherty. Federalism and public health decentralization in the time of COVID-19. OECD Working Papers on Fiscal Federalism 2021; 33. https://doi.org/10.1787/b78ec8bb-en.
11. Durmus V. Does the healthcare decentralization provide better public health security capacity and health services satisfaction? An analysis of OECD countries. Journal of health organization and management 2024; 10: 1108/JHOM-01-2023-0021. https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2023-0021.
12. Bilouseac I. Applying the Principle of Decentralization Within Public Health Services. European Journal of Law and Public Administration 2016; 1(2): 17-24.

13. Sunanta Kanchanapong. Policy Recommendations from Impact Assessment of Transferring Queen Sirikit Health Centers (QSHC), and Sub-District Health Promoting Hospitals (SHPH) to Local Government Organization. Journal of Health Science of Thailand 2024; 33(3): 537-48. Thai.