

การวิเคราะห์ผลการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคภายใต้การกระจายอำนาจ สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เขตสุขภาพที่ 3 โดยใช้กรอบแนวคิด 593 Model

จิตติมา พานิชกิจ วท.ม.*

นิธิรุจน์ เพ็ชรสินเดชากุล ส.ม.** กาญจนา เอี่ยมอักษร วท.ม.**

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินการและความสำเร็จในการดำเนินนโยบายของกรมควบคุมโรค โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงนโยบาย เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณผ่านการสำรวจและสัมภาษณ์ โดยเลือกภารกิจหลัก 3 ประการ สำหรับการวิเคราะห์ ได้แก่ (1) การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (2) การรายงานโรคตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และ (3) การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน กลุ่มตัวอย่างสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย จำนวน 728 คน จาก 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด 50 คน ผู้บริหารนโยบายระดับอำเภอ 90 คน ผู้บริหารนโยบายระดับตำบล 60 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 108 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 420 คน คัดเลือกโดยใช้การสุ่มแบบคลัสเตอร์ 30 กลุ่ม เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาข้อคำถามตรงกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.5-1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยพบ 4 ประเด็น คือ 1) ระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่า แนวทางจากส่วนกลางมีความชัดเจน มีการถ่ายทอดแนวทางทุกปี นโยบายของผู้บริหารการเมืองในพื้นที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรค ข้อมูลสารสนเทศขององค์การบริหารส่วนจังหวัดใช้ฐานเดียวกับของสาธารณสุขตัวชี้วัดของ 2 กระทรวง ไม่สอดคล้องกัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีบทบาทติดตามกำกับงานน้อยลง การขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนมีการรายงานข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ผลงานต่ำกว่าไม่ถ่ายโอน องค์การบริหารส่วนจังหวัดไม่มีการกำกับที่ชัดเจน และยังพบว่า มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ขอรับการติดตามงานในการประชุมประจำเดือน 2) ระบบการสอบสวนโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เมื่อพบผู้ป่วย ต้องขออนุมัติจากนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดก่อนจึงทำให้ลงพื้นที่ได้ช้า และด้วยมีภาระงานมากจึงต้องเลือกที่จะปฏิบัติตามการควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ที่ควบคุมได้ดี พบว่า มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช่วยสนับสนุน มีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลตำบล ยังคงสนับสนุนการควบคุมโรคระบาด 3) ระบบติดตามประเมินผลทุกระดับมีการติดตามงานทุกเดือน โดยผู้ว่าราชการจังหวัดจัดการประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลทุกเดือน ระดับอำเภอมีการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชุมหัวหน้าส่วนราชการอำเภอ กำกับผู้ใหญ่บ้าน 4) ผลลัพธ์หรือผลสำเร็จของการดำเนินงาน พบว่า อสม. มีความพึงพอใจต่อนโยบายป้องกันควบคุมโรคระดับมาก มีความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับดี มีข้อเสนอให้เร่งสร้างข้อตกลงและรูปแบบการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรส่วนท้องถิ่นทุกระดับ รวมทั้งให้มุ่งเน้นระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีการเชื่อมต่อกัน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และการติดตามประเมินงาน

คำสำคัญ : การป้องกันควบคุมโรค แนวคิด 593 Model องค์การบริหารส่วนจังหวัด

เลขที่จริยธรรมการวิจัย NSWPHO-023/67 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 27 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 5 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2568

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
อีเมล j.jittimaodpc3@gmail.com

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์

***นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์

**Policy analysis of prevention and control focuses on the
decentralization to the provincial administrative organization (PAO)
in region 3 according to 593 model concept**

Jittima Panitchakit M.S.*

Nithiruj Phetsindechakul M.P.H.** Kanjana lamaksorn M.S.***

Abstract

This research aimed to analyze the implementation process and success of policy execution by the Department of Disease Control. The study employed a policy research methodology using a mixed-methods approach, incorporating both qualitative and quantitative data collection through surveys and interviews. Three core missions were selected for analysis: (1) diabetes and hypertension prevention and control, (2) disease reporting under the Communicable Disease Act B.E. 2558, and (3) road traffic accident prevention. Sample included 728 participants from both the Ministry of Public Health and the Ministry of Interior and consisted of 5 groups: 50 provincial-level policy administrators, 90 district-level policy administrators, 60 sub-district-level policy administrators, 108 health disease contractors and 420 village health volunteers. They were selected using the 30-cluster sampling technique. The research instruments had index of Item-Objective Congruence (IOC) values between 0.5 and 1.0 and a cronbach's alpha of 0.92. Data were analyzed using percentage and mean values. The research results found the following four main issues. 1) Information System: Central guidelines were found to be clear and communicated annually. The policies of local political administrators emphasized the importance of disease control data. The information of the provincial administrative organization used the same base as the public health office. There were mismatches in indicators between the two ministries, and the role of district health offices in monitoring had diminished. The work at the district level was driven through the district quality of life development committee. Data reporting from transferred sub-district health promoting hospitals (SHPHs) was inconsistent. The results were lower than those not transferred. Provincial administrative organizations did not have clear supervision. It was also found that some SHPHs did not request to be monitored in the monthly meeting. 2) Disease Investigation System: Transferred SHPHs were appointed as communicable disease control officers. Approval from local administrative leaders was required when having a patient, causing delays entering to the area. Workload often led to prioritization. Effective outbreak control was found in areas where district health offices remained supportive. Emergency operation centers were established at sub-district levels. Sub-district administrative organizations and sub-district municipalities continue to support epidemic control. 3) Monitoring and Evaluation System: Monthly monitoring meetings occurred across all levels—provincial governors held meetings with local administrators. The provincial public health offices held a monthly planning and evaluation meetings. At the district level, there were meetings of the district public health coordination committee, the SHPHs director, the district government department heads, and community leaders. 4) Operational Outcomes: village health volunteers (VHVs) reported high satisfaction with prevention and control policies and demonstrated good knowledge and implementation levels. The study recommended the creation of agreements and models for driving disease prevention and control work between provincial health offices and local administrative organizations at all levels. In addition, Interconnected information systems, responding to public health emergencies, and monitoring and evaluating work should be focused.

keywords: prevention and control: 593 model concept: the provincial administrative organization

Ethical approval: NSWPHO-023/67, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 27 October 2024, Revised 5 June 2025, Accepted 6 June 2025

*Public health technical officer, A senior professional level, Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan, Corresponding author, E-mail: jjittimaodpc3@gmail.com

**Public health technical officer, A senior professional level, Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan

***Public health technical officer, A senior professional level, Office of Disease Prevention and Control Region 3,
Nakhon Sawan

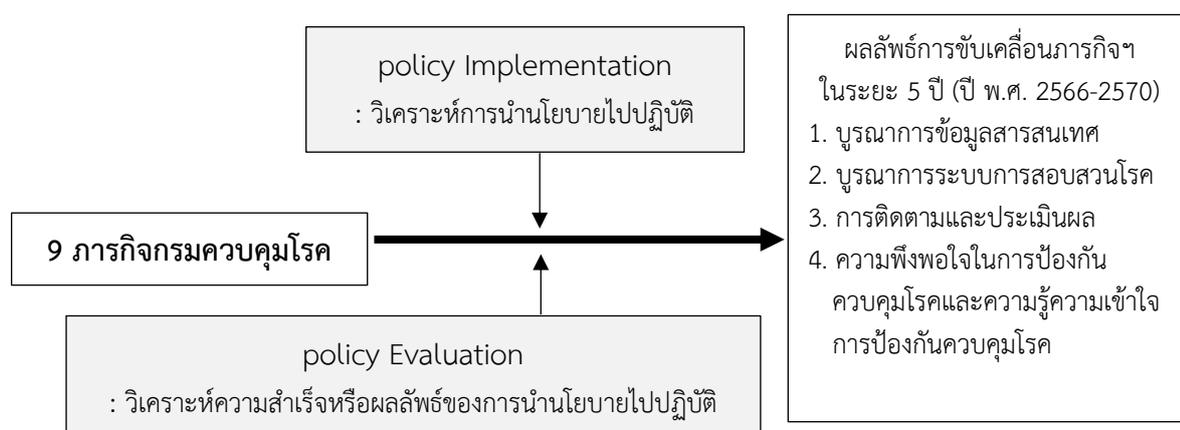
บทนำ

กรมควบคุมโรค ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ภายใต้ 5 ยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ในระยะที่ 2 คือ ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566-2570)¹ และตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 นั้น ระหว่างปี พ.ศ.2565-2567 จึงมีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบจ.) ไปแล้ว จำนวน 4,275 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 43.30² มี อบจ.รับถ่ายโอนแล้ว 62 อบจ. ยังไม่รับถ่ายโอน 14 อบจ. และมี 10 จังหวัดที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งจังหวัด³ ในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขมีการถอดบทเรียนการถ่ายโอนฯ รพ.สต. ที่จังหวัดนครราชสีมา พบประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต. บางแห่ง รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง (รายงาน 506) ล่าช้า หรืออาจไม่มีรายงาน การประสานงานในการควบคุมโรคติดต่อมีความล่าช้า รอคำสั่งก่อนลงพื้นที่ มีการลำดับงานตามความสำคัญของนโยบาย อบจ. จึงมีข้อเสนอว่า ให้หน่วยงานสาธารณสุขและ อบจ. มีการบูรณาการร่วมกัน ส่วนระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 43 แห่ง มีคำถามว่าจะยังต้องมีอยู่หรือไม่ และในการติดตาม ข้อมูลตัวชี้วัดต่าง ๆ ขอให้มีฐานข้อมูลสุขภาพในภาพรวมของประเทศและใช้ประโยชน์ร่วมเหมือนเดิมได้หรือไม่⁴ และผลการติดตามการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ของคณะกรรมการธิการ (กมธ.) การสาธารณสุข วุฒิสภา เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2566 นั้น มีข้อสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พบว่า รพ.สต. บางแห่งไม่มีการดำเนินการตามกฎหมายฉบับดังกล่าว เช่น การจัดทำข้อมูลระบบสุขภาพ การควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เนื่องจากกระบวนการถ่ายโอนไม่ได้แสดงถึงความพร้อมที่แท้จริงขององค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รวมทั้งไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนถ่ายโอน บางแห่งไม่มีบุคลากรถ่ายโอนไปด้วย บางแห่งมีบุคลากรถ่ายโอนไปจำนวนน้อยทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ ส่วนด้านงบประมาณไม่สามารถจัดสรรได้เต็มตามกรอบที่กำหนด ระบบการจัดสรรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่สามารถแยกเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศได้ ทำให้เกิดปัญหาในการเบิกจ่าย⁵

นอกจากนี้ ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และคณะ⁶ นำเสนอผลกระทบการถ่ายโอนฯ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย ในการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับนโยบาย (policy forum) เรื่องการขับเคลื่อนด้านการป้องกันควบคุมโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ระบุว่า บทเรียนของการถ่ายโอนภารกิจฯ ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ผ่านมา พบว่า มากกว่าครึ่งมีปัญหาด้านการบริหารจัดการ เกิดความ ห่างเหินกัน มีการตัดการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ตัดขาดจากหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญา (contracted unit of primary care: CUP) สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ที่ถ่ายโอนแล้วยังทำได้ไม่เต็มที่ ผลการวิจัยพบว่า การรายงานข้อมูลโรคติดต่อ (รง.506) ช่วงปี 2565-2566 ระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแล้วและยังไม่ถ่ายโอนมีความแตกต่างกัน คือ มีการรายงานน้อยลง และมีความล่าช้าบ้าง อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงของ รพ.สต. และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ ข้อจำกัดอุปสรรคการดำเนินงาน ในการสรุปผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 1 ปี 2567 ว่าจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. มากกว่าร้อยละ 50 มีผลการดำเนินงานแตกต่างจาก รพ.สต. ที่ยังไม่ได้ถ่ายโอน ผลงานน้อยลงกว่าเดิมถึง ร้อยละ 10⁷ เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด มี รพ.สต. รวมทั้งสิ้น 580 แห่ง ปี พ.ศ. 2566-2567 ถ่ายโอนให้แก่ อบจ. แล้ว 313 แห่ง⁸ (ร้อยละ 53.97) มี 12 อำเภอที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทุกแห่ง สำหรับหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับงานของกรมควบคุมโรค คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ (สคร.3) มีการปรับ

โครงสร้างองค์กร เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ.2567 สอดรับการเปลี่ยนแปลงโดยมีการทำงานแบบดิจิทัลมากขึ้น มี 9 กลุ่มงาน 2 ศูนย์ 1 งาน ในการขับเคลื่อนงานตามภารกิจของกรมควบคุมโรคนั้น สคร.3 มีประเด็นในการตรวจราชการ ตัวชี้วัดคุ้มครอง ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ตัวชี้วัดจุดเน้นตามยุทธศาสตร์ สคร. 3 และจุดเน้น สคร.3 ที่เป็นโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งประเด็นปัญหาสำคัญในเขตสุขภาพที่ 3⁹ ได้แก่ วัณโรค การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โรคอุบัติใหม่ มาลาเรีย ไข้เลือดออก เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ไข้หวัดใหญ่ สารเคมีเกษตร และฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในขณะที่กรมควบคุมโรค ใช้ “แนวคิด 593 หรือ 593 model”¹⁰ เป็นกรอบในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรณีถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ซึ่งมี 9 ภารกิจ งานที่เกี่ยวข้องกับกรมควบคุมโรค โดยมุ่งหวังให้ รพ.สต. ดำเนินตาม 9 ภารกิจ แบบการบูรณาการระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการแบบไร้รอยต่อทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน โดย “5” คือ ระยะเวลาของแผนปฏิบัติการฯ 5 ปี เริ่มในปี พ.ศ. 2566 สิ้นสุดปี พ.ศ. 2570 “9” คือ 9 ภารกิจที่ดำเนินการภายใต้กรมควบคุมโรค ได้แก่ 1) งานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค มี 4 งานย่อย ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ งานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและบริการเยี่ยมบ้าน 2) งานป้องกันควบคุมโรค มี 3 งานย่อย ได้แก่ งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ งานระบาดวิทยา 3) งานอนามัยโรงเรียน มี 1 งานย่อย ได้แก่ งานศูนย์เด็กเล็กก่อนอายุ และ 4) งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย มี 1 งาน ได้แก่ งานอุบัติเหตุและภัยพิบัติ และ “3” คือ 3 ประเด็น ที่เป็นภาพความสำเร็จของการขับเคลื่อนงาน 9 ภารกิจ ในแต่ละปีในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ. 2566-2570) ได้แก่ 1) กฎหมาย กลไกทางการเงิน 2) integrated Information และบูรณาการระบบสอบสวนโรค โดยจัดให้มีระบบ XX ที่เชื่อมระหว่าง สคร.3 และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและยังไม่ถ่ายโอน และ 3) monitoring & evaluation

จากข้อมูลข้างต้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นเสมือนสัญญาณเตือนที่จะกลายเป็นข้อจำกัด ที่ทำให้ขั้นตอนในแต่ละกิจกรรมของการป้องกันควบคุมโรคของกรมควบคุมโรคไม่ครบถ้วน ประชาชนไม่ได้รับการป้องกันโรค ทั้ง ๆ ที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ รวมทั้งขาดการติดตามผลโดยทีมกลไกหลักที่มีในพื้นที่อยู่แล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจว่า ในเขตสุขภาพที่ 3 กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นอย่างไรและความสำเร็จหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในด้านข้อมูลสารสนเทศ การสอบสวนโรคและการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร การวิจัยในครั้งนี้ มีกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ผลการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคภายใต้การกระจายอำนาจสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 3 โดยใช้กรอบแนวคิด 593 Model

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติ และวิเคราะห์ความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 3

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิเคราะห์นโยบาย ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงนโยบาย (policy research) ในวงจรนโยบายสาธารณะ (policy cycle) วิเคราะห์เฉพาะกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (policy implementation) และวิเคราะห์ความสำเร็จหรือผลลัพธ์จากการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy evaluation) เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวแบบผสมผสาน ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยวิธีการสอบถาม การสัมภาษณ์บุคคลและการวิเคราะห์จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ใช้แนวคิดตัวแบบทั่วไป (general Model) ของ วิชัย รูปขำดี¹¹ ในการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ สำหรับการวิเคราะห์ความสำเร็จหรือผลลัพธ์จากการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ใช้แนวคิด 593 โมเดล และความพึงพอใจ ความรู้ความเข้าใจ การป้องกันควบคุมโรค การปฏิบัติและการเข้าถึงบริการป้องกันควบคุมโรคของ อสม.

ใน 9 ภารกิจตามแนวคิด 593 ผู้วิจัยเลือกภารกิจที่สอดคล้องกับจุดเน้นของ สคร.3 ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 3 ภารกิจ ซึ่งเป็นภารกิจที่สามารถสะท้อนให้เห็นภาพความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค ดังนี้ คือ ภารกิจที่ 6 งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เลือกโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ภารกิจที่ 7 งานระบาดวิทยา เลือกระบบรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และการสอบสวนโรค และภารกิจที่ 9 งานอุบัติเหตุและภัยพิบัติ เลือกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ดำเนินการในจังหวัด เขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร จังหวัดอุทัยธานี และจังหวัด ชัยนาท มีการรวบรวมข้อมูลในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล จากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ กระทรวงมหาดไทย สำหรับการรวบรวมข้อมูลในระดับตำบลนั้น ผู้วิจัยดำเนินการในตำบลที่มี รพ.สต. ทั้งที่ ถ่ายโอนและยังไม่ได้ถ่ายโอนไป อบจ.

ประชากร ในการวิจัยได้แบ่งประชากรเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด 50 คน (กระทรวงสาธารณสุข 30 คน ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มควบคุมโรคติดต่อ หัวหน้ากลุ่มควบคุมโรคไม่ติดต่อ หัวหน้างานในกลุ่มเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลจังหวัด) (กระทรวงมหาดไทย 20 คน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบจ. หัวหน้าฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค อบจ.) กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารนโยบายระดับอำเภอ 162 คน ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข 108 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ) (กระทรวงมหาดไทย 54 คน ได้แก่ นายอำเภอ) กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารนโยบายระดับตำบล 907 คน (กระทรวงสาธารณสุข 580 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการ สอน.และ รพ.สต. 580 คน (ชัยนาท 72 คน นครสวรรค์ 190 คน อุทัยธานี 89 คน กำแพงเพชร 120 คน และพิจิตร 109 คน)) (กระทรวงมหาดไทย 327 คน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรีเทศบาลเมือง นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล หรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลและปลัดเทศบาล) กลุ่มที่ 4 ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: program manager) โรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง การบาดเจ็บ และงานระบาดวิทยา 127 คน จาก สคร.3 สสจ. สสอ. และ รพ.สต. และกลุ่มที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 64,763 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เลือกจากประชากรทุกคน (จำนวน 50 คน) กลุ่มที่ 2-5 เลือกโดยวิธี systematic cluster sampling แบบ 30 cluster technique ขององค์การอนามัยโลก¹² ได้จำนวน รพ.สต. 30 แห่ง จากนั้นกำหนดตำบลและอำเภอที่เป็นตัวอย่าง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข คำนวณโดยใช้สูตรของทาโรยามาน¹³ ได้จำนวน 420 คน สรุปลักษณะตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มที่ 2-5 เป็น

ดังนั้น กลุ่มที่ 2 จำนวน 90 คน กลุ่มที่ 3 จำนวน 60 คน กลุ่มที่ 4 จำนวน 78 คน และกลุ่มที่ 5 จำนวน 420 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร	จำนวนประชากรที่ใช้วิจัย	จำนวนตัวอย่างที่ใช้วิจัย
กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด	50 คน (5 จังหวัด)	50 คน (5 จังหวัด)
กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารนโยบายระดับอำเภอ	162 คน (54 อำเภอ)	90 คน (30 อำเภอ)
กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารนโยบายระดับตำบล	907 คน (580 ตำบล)	60 คน (30 ตำบล)
กลุ่มที่ 4 ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: program manager)	706 คน	108 คน
กลุ่มที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุข	64,763 คน	420 คน
รวม	66,588 คน	728 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ชุด ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เป็นคำถามปลายเปิด แสดงความคิดเห็นในนโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค เบาดหวน-ความดันโลหิตสูง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และการรายงานเฝ้าระวังโรค ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 รวมทั้งการสอบสวนโรค ชุดที่ 2 แบบสอบถาม อสม. เกี่ยวกับการทำกิจกรรมป้องกัน ควบคุมโรคและการเข้าถึงบริการ เป็นคำถามให้เลือกคำตอบ 3 ตัวเลือก ว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” มีคะแนนตั้งแต่ 0-12 คะแนน ชุดที่ 3 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรค ของ อสม. คำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ ถูก-ผิด คำตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน คำตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของ อสม. ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ท¹⁴ และชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง ใช้สำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา จำนวน 5 คน เครื่องมือมีค่าความตรงตามเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.5-1.0 และค่า cronbach's alpha เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ด้านกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 96.74 เป็นผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ร้อยละ 88.00 (44 คน), 94.44 (85 คน) และ 96.67 (58 คน) ตามลำดับ เป็นผู้รับงานโรค และภัยสุขภาพ (PM: program manager) ร้อยละ 83.33 (90 คน) และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ให้ข้อมูล (n=728 คน)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้ให้ข้อมูล (จำนวนตัวอย่างทั้งหมด)	ร้อยละ
กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล 5 กลุ่ม	697 (728)	96.74
กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด	44 (50)	88.00
กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารนโยบายระดับอำเภอ	85 (90)	94.44
กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารนโยบายระดับตำบล	58 (60)	96.67
กลุ่มที่ 4 ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: Program Manager)	90 (108)	83.33
กลุ่มที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	420 (420)	100.00

1. ผลการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติ

จากการวิเคราะห์กระบวนการการนำนโยบายไปปฏิบัติในทุกระดับ ทั้งของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ในเขตสุขภาพที่ 3 ตามแนวคิดตัวแบบ general model 8 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย 2) สภาพทางการเมือง 3) ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ 4) การติดต่อสื่อสารนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติ 5) ทรัพยากรที่ใช้สนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 6) สภาพเศรษฐกิจและสังคม 7) ความร่วมมือสนับสนุนของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และ 8) การติดตามผลการดำเนินงาน พบประเด็นสำคัญจากการให้ข้อมูลของผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และผู้รับงานโรค program manager ดังนี้

(1) ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย พบว่า นโยบายการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุทางถนน และการรายงานเฝ้าระวังโรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 รวมทั้งการสอบสวนโรคของกรมควบคุมโรคมีความชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ในแต่ละระดับระดับจังหวัด มีการกำหนดมาตรการ แนวทางและกิจกรรมที่เป็นจุดเน้นที่สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัด มีถ่ายทอดฯ ไปยังกองสาธารณสุข อบจ. ด้วย NCD clinic plus มีกรอบงานให้เขตและจังหวัดติดตามชัดเจนงานอุบัติเหตุทางถนนขับเคลื่อนงานป้องกันการบาดเจ็บส่วนกลางจนถึง ศปถ. อำเภอ สำหรับการรายงานเฝ้าระวังโรค สสจ. กำกับให้ทุกอำเภอรายงานอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

(2) สภาพทางการเมือง พบว่า การเมืองระดับประเทศและระดับพื้นที่สนับสนุนกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ด้วยเป็นวาระสำคัญด้านสุขภาพของประเทศ สภาพการเมืองในระดับพื้นที่มีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติจะสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลรวมทั้งกระทรวงต้นสังกัดที่พุ่งเป้าไปที่ประชาชนมีสุขภาพดี ในเรื่องอุบัติเหตุทางถนน กรมควบคุมโรคขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่หน่วยงานทุกภาคส่วนมีการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ในปี 2567 สำนักงานกองทุน สสส. ร่วมกับสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยและหลายหน่วยงานจัดกิจกรรม “รัฐสภาไทย...สานพลัง เพื่อความปลอดภัยทางถนน” ยกระดับการลดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยร่วมกับภาคีเครือข่าย ภาคนโยบาย สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา และขณะที่สภาพการเมืองในระดับพื้นที่มีการผลักดันให้เป็นวาระสำคัญของพื้นที่ ผลักดันให้เป็นประเด็นในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พขอ.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารของตำบลไม่มีผลต่อการป้องกันควบคุมโรค เนื่องจากส่วนใหญ่เคยมีข้อสั่งการหรือมีประสบการณ์การควบคุมโรคภัยในพื้นที่อยู่แล้ว

(3) ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่า โรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุทางถนน และการรายงานเฝ้าระวังโรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558 รวมทั้งการสอบสวนโรคในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคสู่ภาคประชาชน มี สสจ. สสอ. และโรงพยาบาลทุกระดับ ร่วมกันติดตามกำกับบริหาร รพ.สต. ในสังกัด และที่ถ่ายโอน แต่ยังไม่สามารถทำได้ตามบทบาท โดยเฉพาะ สสอ. จึงขาดจุดเชื่อมประสานข้อมูลระหว่างพื้นที่ตำบลและจังหวัด อบจ. มีกองสาธารณสุข ติดตามกำกับ รพ.สต. ที่อยู่ในกำกับ มีการแต่งตั้ง รพ.สต. แม่ข่าย ดูแล รพ.สต.ในพื้นที่จำนวนหนึ่ง การถ่ายโอน รพ.สต. ทำให้การควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ทำได้ยากมากขึ้น มีขั้นตอน มีการจัดลำดับผลงานที่ไม่ใช่ภารกิจหลักไว้หลัง ๆ สำหรับ อบต. มีการสนับสนุนงานป้องกันควบคุมโรคโดยใช้งบประมาณจากกองทุนตำบล โดยมี รพ.สต. เป็นผู้จัดทำโครงการ รพ.สต. กำกับการปฏิบัติงานของ อสม. สำหรับงานป้องกันควบคุมโรคของผู้รับงานผลงานตามช่วงเวลาไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้

(4) การติดต่อสื่อสารนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติ พบว่า ผู้รับงานของ สคร.3 มีการจัดประชุมชี้แจงให้กับเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 3 เป็นประจำทุกปีโดยมีผู้รับงานของ สสจ. เป็นผู้กำหนดแนวทางและจุดเน้นของงานที่สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัด สสจ. ส่วนใหญ่สื่อสารลงในระดับพื้นที่ผ่านระบบปกติ ได้ประสาน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนด้วย อบจ. และ สสจ. มีข้อตกลงร่วมกันในการบูรณาการทุกกิจกรรมด้วยกัน และให้มีการสื่อสารไปยัง รพ.สต.ทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม ยังพบมี รพ.สต.ไม่ทราบข้อตกลงร่วมกัน ไม่มาประชุมติดตามงาน ไม่ให้ความสำคัญกับการเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ ที่มีการแต่งตั้งในชุมชนก่อนถ่ายโอนส่วน อบต. มีพื้นที่ปฏิบัติงานในตำบล ขอให้ อบจ. และ สสจ. มีข้อตกลงการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และผู้รับงานโรคภัยสุขภาพ มีการใช้ช่องทางการชี้แจงงานผ่านการประชุมและวิธีการที่เคยปฏิบัติมา มีการแจ้ง อบจ. อีกทางหนึ่งด้วย

(5) ทรัพยากรที่ใช้สนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ พบว่า ในระดับจังหวัดมีการพิจารณาด้านทรัพยากรผ่านคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ตัดสินใจในการใช้งบประมาณในการดูแลสุขภาพในท้องถิ่น มีบาง อบจ. ได้รับงบประมาณจากสำนักงานกองทุน สสส. ในด้านบุคลากร อบจ. เริ่มชะลอการโอนย้ายเนื่องจากพบข้อจำกัดเกี่ยวกับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ อบจ. ไม่มีบุคลากรวิชาชีพเฉพาะบุคลากร อบจ. ยังขาดความรู้โรคภัย ไม่ชำนาญ ในด้านพัสดุ เวชภัณฑ์ เคมีภัณฑ์ในการป้องกันควบคุมโรคมีไม่มากนัก ค่าใช้จ่ายสูง มีการขอเบิกเวชภัณฑ์จากเครือข่ายปฐมภูมิ สำหรับข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันให้มีการใช้ฐานข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม ระบบรายงานทางระบาดวิทยารูปแบบดิจิทัล (DDS) และระบบอื่น ๆ ที่มีและใช้อยู่ การไม่มีเจ้าหน้าที่ระบบคอมพิวเตอร์ใน อบจ. ทำให้ไม่มีการตรวจสอบในระบบกรณีข้อมูลการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ไม่แสดงผล ทำให้ตัวชี้วัดไม่ผ่าน กรณีมีเหตุการณ์โรคระบาดและอุบัติเหตุทางถนน มีทีม Joint investigation team (JIT) จังหวัดโดยผู้ดูแลด้านข้อมูลของเหตุการณ์เป็นบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข อำเภอที่มีการถ่ายโอนทุกแห่ง พบว่า นายอำเภอไม่มีข้อมูลจาก รพ.สต. เพื่อวางแผนกำหนดเป้าหมาย

(6) สภาพเศรษฐกิจและสังคม ตาม พ.ร.บ. การกระจายอำนาจ การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้เป็นแบบสมัครใจและสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ด้วย อบจ. มีงบประมาณและศักยภาพการคลังดีกว่าหน่วยปกครองท้องถิ่นรูปแบบอื่น เนื่องจากมีรายได้สูงจากภาษีท้องถิ่น มีศักยภาพสนับสนุน รพ.สต. ได้มากกว่า มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อเวชภัณฑ์ จ้างบุคลากรและซ่อมแซมอาคาร ด้านสังคม มีสะท้อนว่า ประชาชนมีความเข้าใจและเข้ามามีส่วนร่วมมาก ซึ่งได้ช่วยสนับสนุนให้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดกระทรวงใหม่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม ยังมี อบต. ที่มีความพร้อมรับถ่ายโอน รพ.สต. แม้ว่าจะมีขนาดเล็ก มีทรัพยากรและงบประมาณจำกัด ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการดูแลและพัฒนาโครงสร้างรวมถึงบุคลากรให้มีความก้าวหน้าได้เทียบเท่า อบจ. สำหรับจังหวัดที่มีโครงสร้างและกลไกในชุมชนที่มีอยู่เดิมมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพดี การถ่ายโอน รพ.สต. ไม่มีผลกระทบใด ๆ

(7) ความร่วมมือสนับสนุนของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่า ระดับโรงพยาบาล ทุกโรงพยาบาลมีการมอบหมายผู้รับงานเป็นกลุ่มงาน โรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุทางถนน และโรคที่ต้องรายงาน มีกลุ่มที่รับมอบหมายเป็นกลุ่มงานการพยาบาลกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ในระดับอำเภอ มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) มี สสอ. และโรงพยาบาล ทำหน้าที่ประสานงานรวมทั้งเป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพ.สต. ทั้งถ่ายโอนไม่ถ่ายโอนและหน่วยงานปฐมภูมิของโรงพยาบาล ยังคงมี รพ.สต. ถ่ายโอนบางแห่งไม่ขอรับการติดตามงานในการประชุม คปสอ. ขณะที่บางแห่งใช้ความผูกพันเช่นเดิม อบต./เทศบาล จัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชน

การสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พบว่า รพ.สต. ไม่ทราบแนวทางจากหน่วยเหนือ ความร่วมมือของ รพ.สต. ในการแจ้งและควบคุมโรคระบาดยังน้อย

(8) การติดตามผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ว่าราชการจังหวัดมีการประชุมผู้บริหาร อปท. ทุกเดือน เพื่อให้ข้อมูลเชิงวิชาการ รับฟังข้อมูลสะท้อนจากท้องถิ่นอำเภอ ซึ่งเป็นที่ปรึกษากองทุนสุขภาพตำบล มีการติดตามตัวชี้วัดของ อบต./เทศบาล ตามแบบประเมินประสิทธิภาพของ อปท. สสจ. ใช้ดิจิทัลในการติดตามงานการลดภาระและความซ้ำซ้อนของการรายงาน มีการตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อช่วยในการติดตาม เช่น NCD board ประชุมทุก 3 เดือน สสอ. ผลักดันงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุให้เข้าในวาระของ พขอ. และศูนย์ความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) มีการประชุม อสม. ทุกเดือน ติดตามงาน ผู้รับงานโรคร้าย ร่วมในการติดตามกำกับผลงานของ รพ.สต. ทุกแห่ง มี สสอ. ร่วมกันดูความสำเร็จในพื้นที่ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 กระบวนการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติ

ประเด็นวิเคราะห์	ผู้บริหารจังหวัด	ผู้บริหารอำเภอ	ผู้บริหารตำบล	ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: program manager)
1.ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย	1.สสจ. ได้รับนโยบายจากส่วนกลางที่ชัดเจนและกำหนดเป็นจุดเน้น 2.อบจ. มีนโยบายเน้นบูรณาการกับหน่วยงานสาธารณสุข	1.นโยบายจาก สสจ. ชัดเจน 2.งานอุบัติเหตุ ผลักดันใน พขอ. และ ศปถ.อำเภอ ใช้กองทุนตำบล	รับนโยบายจากท้องถิ่น จังหวัดและหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ ชัดเจน ในมาตรการ แนวทางปฏิบัติ	นโยบายจากส่วนกลาง/ สคร.ชัดเจน และเข้าร่วมในการประชุมรับคำสั่งแจงเป็นประจำ
2.สภาพทางการเมือง	การเมืองระดับประเทศและระดับพื้นที่สนับสนุนกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค	การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัด นโยบายจะเปลี่ยนตามสภาพปัญหา area based	การเปลี่ยนแปลงนายก อบต. ไม่มีผลต่อการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ควบคุมโรคมามาก่อนแล้ว	ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงในการขับเคลื่อนแผนงานโครงการของกรมควบคุมโรค
3.ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	1.สคร.3 เป็นหน่วยงานระดับเขต รับนโยบายจากกรมควบคุมโรคส่งถึง สสจ. อบจ. 2.สสจ. ดูแลกำกับงานภาพรวม ยอมรับการถ่ายโอน 3.อบจ. มีการกำกับตรวจสอบจาก สตง.งานต้องตรงภารกิจ	1.สสอ. เป็นจุดเชื่อมงานระหว่างตำบลและจังหวัด ยังไม่สามารถทำตามบทบาทได้เต็มที่ 2.สสอ. ควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ยากขึ้นในพื้นที่ถ่ายโอน	1.อบต. สนับสนุนงานป้องกันควบคุมโรค ใช้กองทุนตำบล 2.รพ.สต. เป็นศูนย์กลางการขับเคลื่อนงานสุขภาพ 3.รพ.สต. ถ่ายโอน เลือกปฏิบัติงานตามภารกิจก่อน	1.ผู้รับงานโรค สคร.3 ชี้แจงนโยบายจังหวัด มีตัวชี้วัดตรวจราชการ 2.รพ.สต. ถ่ายโอนไม่ทำให้ สสอ. ติดตามงาน 3.รพ.สต. ผลงานต่ำกว่าหลังถ่ายโอน
4.การติดต่อสื่อสารนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติ	1.สสจ. ได้รับการสื่อสารนโยบายจากการประชุม 2.สสจ. ประชุมถ่ายทอดตัวชี้วัด 3.อบจ./สสจ. มีข้อตกลงให้มีการปฏิบัติร่วมกัน 4.อบจ.ขอให้มีการสร้างกระบวนการในการสื่อสาร	1.สสอ. มีประชุมทุกเดือน รพ.สต. ถ่ายโอนส่งตัวแทนมาประชุม บางแห่งไม่มาประชุม ไม่ใช่หน่วยบังคับบัญชา 2.คณะกรรมการต่าง ๆ ที่มีในชุมชน รพ.	1.อบต. ไม่กระทำการถ่ายโอน สนับสนุนงาน เช่นเดิม ใช้กองทุนตำบล ถ่ายทอดแนวทาง วิธีปฏิบัติผ่านคณะกรรมการตำบล 2.รพ.สต. ยังคงให้ อสม. ปฏิบัติหน้าที่เช่นเดิม	1.ผู้รับงานของ สคร.3 จัดประชุมชี้แจงจังหวัด ถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลาง 2.ผู้รับงานของ สสจ. แจกหนังสือ/ขึ้นเว็บไซต์ e-สารบรรณ/แชทไลน์กลุ่ม/

ตารางที่ 3 กระบวนการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติ (ต่อ)

ประเด็นวิเคราะห์	ผู้บริหารจังหวัด	ผู้บริหารอำเภอ	ผู้บริหารตำบล	ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: program manager)
	ที่ชัดเจนระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนกับสาธารณสุข	สต. ถ่ายโอน ยังไม่ให้ความสำคัญ 3.ยังไม่ชัดเจนในข้อตกลง สสอ. และ รพ. สต.ถ่ายโอน	3.อบต.ให้ รพ.สต. เสนอโครงการของงบประมาณกองทุนตำบล ในการ	นำเสนอประชุม กวป. แจ้ง อบจ. ด้วย
	5.อบจ.ขอให้ สสอ. เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนงานของ รพ.สต.ถ่ายโอน 6.รพ.สต. ไม่มั่นใจว่าจะให้ สสอ.ติดตามกำกับงานเช่นเดิม	4.การสอบสวนโรคในพื้นที่ รพ.สต. ถ่ายโอนยังมีขั้นตอนการปฏิบัติมาก กรณีโรคระบาดล่าช้า	ประชุม มีนักวิชาการสาธารณสุขดูแลโครงการ	โรคติดต่อที่มีการระบาดจะมีประชุมคณะกรรมการ รตต.
5.ทรัพยากรที่ใช้สนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	1.สสจ. บริหารทรัพยากร มีการ priority 2.จังหวัดมีการพิจารณาทรัพยากรผ่านคณะกรรมการ กสพ. 3.อบจ. เริ่มชะลอการโอนย้ายงบประมาณที่อาจไม่เพียงพอ 4.อบจ. มีทรัพยากรไม่มากนัก ค่าใช้จ่ายสูง 5.อบจ. บุคลากรไม่เพียงพอกับการระงับ โดยเฉพาะบุคลากรวิชาชีพ มีข้อจำกัดในการสรรหาบุคลากรเพิ่มเติม	1.การขับเคลื่อนงานฯ ในอำเภอที่มี รพ.สต. ถ่ายโอน 100% พบว่านายอำเภอไม่สามารถขับเคลื่อนงานฯ ได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลสนับสนุนจากรพ.สต. 2.ทีมสอบสวนโรคในพื้นที่ ยังขาดศักยภาพในการสอบสวนหาสาเหตุ 3.มีการขาดแคลนพยาบาลที่ปฏิบัติงานเบาหวานความดัน ส่งผลให้การคัดข้อมูลไม่ครบ	1.รพ.สต. ขาดความรู้ในการสอบสวนควบคุมโรค กรณีมีการพบโรคใหม่ ๆ แม้ว่าจะผ่านการอบรมมาแล้วก็ตาม 2.นักวิชาการสาธารณสุขของ อบต.ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในงานป้องกันควบคุมโรค 3.รพ.สต. ถ่ายโอนปฏิบัติงานเช่นเดิม แต่ได้การสนับสนุนจากเครือข่ายปฐมภูมิลดลง บางอย่างเป็นการยืมกัน	1.ต้องการระบบรายงานที่เป็น digital มากขึ้นในการใช้กำกับติดตาม ตรวจสอบความผิดปกติของเหตุการณ์ระหว่าง MIS จังหวัดและหน่วยงานอื่น 2.ขอให้ สคร.3 ร่วมกับ สสจ. ทบทวนเกณฑ์ /เงื่อนไขต่างๆ ให้เป็นแนวทางเดียวกัน
6.สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม	1.พ.ร.บ.การกระจายอำนาจ มีหลักเกณฑ์ให้กระทรวง สาธารณสุข ถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ที่สมัครใจ 2.การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพได้ ด้วยมีงบประมาณและศักยภาพการคลังดีกว่าหน่วยปกครองท้องถิ่นรูปแบบอื่น	อำเภอร่วมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับคนในท้องถิ่นตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	1.มี อบต.พร้อมรับ รพ.สต.ถ่ายโอน แม้ว่าจะมีขนาดเล็ก มีทรัพยากรและงบประมาณจำกัด 2.จังหวัดที่มีโครงสร้างและกลไกในชุมชนที่มีอยู่เดิมมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพดี การถ่ายโอน รพ.สต. ไม่มีผลกระทบใด ๆ	-

ตารางที่ 3 กระบวนการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติ (ต่อ)

ประเด็นวิเคราะห์	ผู้บริหารจังหวัด	ผู้บริหารอำเภอ	ผู้บริหารตำบล	ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: program manager)
7.ความร่วมมือสนับสนุนของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ	1.อบจ.มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานตามแนวนโยบายนายก อบจ. 2.อบจ.ดูแลทั้งจังหวัดมีการสร้างเครือข่ายทำงานเป็นโซน	1.รพ.มีการมอบผู้รับงานเป็นกลุ่มงานดูแลการป้องกันควบคุมโรค 2.อำเภอมีคณะกรรมการคปสอ. ซึ่งมี สสอ. และรพ. เป็นพี่เลี้ยงให้กับรพ.สต.	1.รพ.สต. ถ่ายโอนบางแห่งไม่ขอรับการตามงานในการประชุม คปสอ. แต่บางแห่งเหมือนถูกตัดขาดการช่วยเหลือ 2.อบต./เทศบาล จัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชน	1.รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปขาดพยาบาลในการดูแล NCD board 2.รพ.สต. ไม่ทราบการสอบสวนอุบัติเหตุ
8.การติดตามผลการดำเนินงานที่ส่งผลต่อความสำเร็จของนโยบาย	1.ผวจ.ประชุมผู้บริหารอปท. ทุกเดือน 2.สสจ. มีการติดตามงานโดยการประชุมทุกเดือน 3.สสจ. ใช้ดิจิทัลในการติดตามงานการลดภาระความซ้ำซ้อน 4.มีการตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อช่วยติดตาม เช่น NCD Board ประชุมทุก 3 เดือน	1.ท้องถิ่นอำเภอเป็นที่ปรึกษากองทุนสุขภาพตำบล มีการติดตามตัวชี้วัดของ อบต./เทศบาล ตามแบบประเมิน 2.สสอ. ผลักดันงานอุบัติเหตุให้เข้าในวาระของ พชอ./ศปถ. อำเภอ	1.มีการประชุม อสม. ทุกเดือน มีติดตามงาน 2.รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแล้วแต่ยังคงทำตามแนวทางของ สสอ. เนื่องจากคำนึงประชาชนเป็นศูนย์กลาง	การติดตามกำกับผลงานของ รพ.สต. ทุกแห่ง ทำในนามเครือข่ายปฐมภูมิ มี สสอ. ร่วมกันดูความสำเร็จในพื้นที่

2. ผลการวิจัยด้านความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.1 ผลลัพธ์ของการบูรณาการข้อมูลสารสนเทศ (integrated information)

ทุกจังหวัดในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีความสำเร็จในการจัดตั้งและใช้งานบนระบบรายงาน เพื่อการป้องกันควบคุมโรค (รายงาน 506) แบบ real-time แสดงผลข้อมูลที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นำไปใช้ประโยชน์ได้ อบจ. ยังไม่มีฐานข้อมูลสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคภัยด้านการรายงาน 506 มีการรายงานข้อมูลโรคไม่ครอบคลุมทุกสถานพยาบาล โดยเฉลี่ยไม่ถึง ร้อยละ 90.00 และความทันเวลาในการส่งรายงานไม่ถึง ร้อยละ 80.00 โรคเบาหวาน - ความดันโลหิตสูง มีการใช้ระบบ HDC (health data center) ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล แสดงผลข้อมูลที่สามารให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นำไปใช้ในการชี้เป้าหมายและวางแผน ผลการดำเนินงานของสถานบริการในภาพรวมพบว่า การรายงานในระบบ HDC ผลการคัดกรองโรคเบาหวาน - ความดันโลหิตสูง และการติดตามผู้ป่วยยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ สำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร มีการปฏิบัติงานแบบสหสาขาที่มีหน่วยงานร่วมมือกัน มีระบบรายงานข้อมูล 3 ฐาน ที่มีการแชร์ข้อมูลจากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาล) กระทรวงมหาดไทย (ตำรวจ) และสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) อาจมีเพิ่มบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด นั้น ยังมีการใช้ไม่ต่อเนื่อง

2.2 ผลลัพธ์ของการบูรณาการระบบการสอบสวนโรค (investigation) มีทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (JIT) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ ทีมเหล่านี้ มีปฏิบัติงานแบบบูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่ ทั้งใน

ภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน สำหรับเขตสุขภาพที่ 3 มีทีม JIT 11 ทีม ทีม SRRT 55 ทีม และทีม CDCU 197 ทีม ช่วงปี 2566-2567 มีการสอบสวนโรคระบาดเกือบ 50 เหตุการณ์ มีกลไกในพื้นที่ที่ช่วยให้ควบคุมสถานการณ์โรคระบาดได้ คือ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในภาพรวมทีมสอบสวนสามารถปฏิบัติการได้ตามหลักวิชาการ แต่การจัดการทีมอาจต้องฝึกฝน สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พบว่า นโยบายของฝ่ายบริหาร ให้ความสำคัญกับการจัดการควบคุมโรคระบาดให้สงบโดยเร็ว กระทั่งต่อประชาชนให้น้อยที่สุด ตลอดจนประชาชนต้องได้รับข่าวสารการเกิดโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา รพ.สต.ในสังกัดทุกแห่ง มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพเป็นหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ของอำเภอ (CDCU) สามารถปฏิบัติการสอบสวนโรคหากมีเหตุในท้องที่ของตนเอง แม้ว่าจะได้รับการพัฒนามาแล้ว รพ.สต.ยังขาดความรู้ความชำนาญในการควบคุมโรคติดต่อ การควบคุมการระบาดในพื้นที่ไม่รวดเร็วเนื่องจากขั้นตอนการขออนุมัติจากผู้บริหารยังมีขั้นตอนมาก มีความรัดกุมในเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณตามระเบียบราชการ อย่างไรก็ตาม ในเรื่องการสื่อสารนโยบายไปยัง รพ.สต.ถ่ายโอน ยังไม่ชัดเจน

2.3 ผลลัพธ์ของการบูรณาการติดตามและประเมินผล (monitoring & evaluation) พบว่าหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการติดตามในการประชุม ไลน์กลุ่ม video conference มี NCD board ประชุมทุก 3 เดือน ผลการติดตามงานพบว่า สสอ. ไม่สามารถติดตามให้ รพ.สต. รายงานความก้าวหน้าได้อย่างต่อเนื่อง บางอำเภอติดตามให้มีการรายงานโรคติดต่อแบบสัมพันธ์ภาพเดิม ใช้ระบบ digital เข้ามาใช้ในการติดตามงานทำให้เริ่มมีรายงานเข้ามาบ้าง โรคเบาหวาน - ความดันโลหิตสูง ในการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ครอบคลุมการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ยังต้องเร่งรัดมี รพ.สต. ถ่ายโอนไม่ขอให้มีการติดตามงาน สำหรับอุบัติเหตุทางถนน ติดตามงานตามแนวทาง district road traffic injury (D-RTI) 9 กิจกรรม ผลงานของอำเภอติดตามในการประชุม พชอ. และศูนย์ความปลอดภัยทางถนน การรายงานโรคยังขาดการเชื่อมโยงกับ อบจ. แต่ยังสามารถใช้ข้อมูลที่มีควบคุมการระบาดได้นอกจากนี้ มีระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ ซึ่งได้มีแลกเปลี่ยนข้อมูลให้ทราบระหว่างหน่วยงานด้วย

2.4 ความสำเร็จการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคของ อสม. พบว่า อสม. มีอายุเฉลี่ย 52.22 ปี มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 35.48) รองลงมาอายุ 51-60 ปี และ 41-50 ปี (ร้อยละ 35.24, 29.95 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.10) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.38) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. เฉลี่ย 11.82 ปี จบการศึกษาชั้นสูงสุด ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (ร้อยละ 47.62) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวส.) (ร้อยละ 27.62) ความพึงพอใจในนโยบายการป้องกันควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค ก) ด้านนโยบาย มาตรการ แนวทาง กิจกรรม ข) ด้านการจัดกิจกรรมในแผนงานโครงการของหน่วยงาน ค) ด้านการถ่ายทอดนโยบาย มาตรการ แนวทาง กิจกรรม และ ง) ด้านการวัดและประเมินผล ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการวัดและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ความเข้าใจการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ในเรื่องการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และการรายงานโรคระบาด และการทำกิจกรรมป้องกันควบคุมโรครวมถึงการเข้าถึงบริการการป้องกันควบคุมโรค พบว่า การปฏิบัติจริงและการเข้าถึงบริการในโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และการเฝ้าระวังรายงานโรค อยู่ระดับดี

บทสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงวิเคราะห์นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค ในเขตสุขภาพที่ 3 เป็นการวิเคราะห์นโยบายที่มีขั้นตอนสอดคล้องกันเป็นลำดับ 6 ขั้นตอน ตามแนวคิดของเชียว ไกรนรา¹⁵ จากการที่กรมควบคุมโรคพบสัญญาณเตือนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการขับเคลื่อนงานของกรมควบคุมโรคในช่วงปี พ.ศ.

2566-2567 ใน 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลสารสนเทศ ด้านการสอบสวนโรค และด้านการติดตามประเมินผล ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้กิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ครบถ้วนได้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ได้พบประเด็นที่มีส่วนผลักดันสนับสนุนให้นโยบายสำเร็จ ได้แก่ ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย สภาพทางการเมือง และสภาพเศรษฐกิจสังคม และประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของนโยบาย ได้แก่ ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ การติดต่อสื่อสารนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติ ความร่วมมือสนับสนุนของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ การติดตามผลการดำเนินงาน และทรัพยากรที่ใช้สนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยมีข้อเสนอ 4 ทางเลือกในการปฏิบัติ คือ 1) ส่งเสริมให้มีจัดทำข้อตกลงความร่วมมือและแนวทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศ การสอบสวนโรคและรายงานโรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 2) ถ่ายทอดข้อตกลงความร่วมมือไปยังหน่วยงานภายใต้สังกัดทุกหน่วยเพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน 3) บูรณาการงาน/กิจกรรมด้านข้อมูลสารสนเทศ ด้านสอบสวนโรคและด้านการรายงานโรคฯ ของหน่วยงานที่มีส่วนขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคในเขตสุขภาพที่ 3 และ 4) เร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 3 จากนั้นให้มีการนำเข้าวาระในคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่จังหวัด (กสพ.) เพื่อให้มีการขับเคลื่อนระดับจังหวัดและมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติเป็นเสมือนตัวขยายของนโยบาย เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและทรัพยากรจำนวนมาก ตลอดจนความร่วมมือจากหลายภาคส่วน สอดคล้องกับสุทธิชาติ เมืองปาน¹⁶ ศึกษาการนำนโยบายคนไทยไร้พุงไปสู่การปฏิบัติ: กรณีศึกษาอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล พบว่า การขาดการสนับสนุนงบประมาณ เป็นปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติได้ งานวิจัยได้ พบว่า สสอ. ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมกำกับติดตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขจาก รพ.สต. ถ่ายโอนได้ แม้ว่าจะมีการทำบันทึกข้อตกลงแล้วก็ตาม มุมมองเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบการรายงาน 506 ลำช้าหรือไม่ส่งรายงาน ไม่บันทึกข้อมูลในระบบหรือล่าช้า ไม่สนับสนุนข้อมูลให้คณะกรรมการ พชอ. การออกสอบสวนโรคมียุ่งตอนมาก ออกพื้นที่ล่าช้า เช่น มาตรการ 331 ไข่เลือดออก มีขั้นตอนการส่งการตามระบบหน่วยที่สังกัด ข้อมูลคัดกรองโรคเบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) ยังมีการส่งข้อมูลไม่ครบทุกหน่วยบริการ และมีแนวโน้มการส่งข้อมูลลดลงในปี 2567 สอดคล้องกับการศึกษาของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ¹⁷ ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนฯ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.พ.ศ.2566 (ระยะ 2) พบว่า มุมมอง สสอ. พบความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลง การรับรองผลการปฏิบัติงานประจำเดือนของ อสม มีข้อจำกัดด้วยไม่สามารถส่งการให้ รพ.สต.ดำเนินการตามตัวชี้วัดสาธารณสุขได้ สสอ.ไม่มีบทบาทในคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และมุมมองของ รพ.สต.ถ่ายโอน ยังพบว่า ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดที่มีผลต่อการจัดสรรเงินโดยเน้นการบันทึกข้อมูลในระบบ authentication และการวิจัยครั้งนี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของศรวณีย์ อวนศรี และคณะ¹⁸ ศึกษาการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ.ของประเทศไทย : ความก้าวหน้าและความท้าทาย พบว่า แม้ว่า รพ.สต.ถ่ายโอน ถูกกำหนดให้จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแต่กระทรวงสาธารณสุขจะไม่มีหน้าที่กำกับติดตามประเมินงานในลักษณะเช่นเดิมได้ แต่จะมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานและวิชาการ สำหรับ รพ.สต.กับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น ในการศึกษาของดารารวรรณ รองเมือง และคณะ¹⁹ ศึกษามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและความพร้อมให้บริการของ รพ.สต.ที่ประสงค์ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. พบว่า รพ.สต.ที่พร้อมจะถ่ายโอน ส่วนใหญ่คิดว่ามีความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิตกกว่าเดิม แต่การให้บริการรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในช่วงเปลี่ยนผ่านจะให้ใช้ระบบแบบเดิมไปก่อน ในส่วนของ อบต. มีการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคผ่านกองทุนสุขภาพตำบล บางแห่งใช้งบประมาณไม่เป็นไปตามเป้าหมายแม้ว่ามีการติดตามต่อเนื่องทุกเดือน การศึกษาของศรวณีย์ ศรีหาภาค และคณะ²⁰ พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่หลัง

การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. สู่อบจ. พบว่า ระดับอำเภอและจังหวัดไม่มีระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานกองทุนฯ ข้อเสนอให้มีการปรับประกาศและโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ออกแบบการกำกับติดตามงบประมาณและการดำเนินงานฯ ให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารใหม่ที่ รพ.สต. ไปสังกัด สำหรับ อบจ.มีกองสาธารณสุข ติดตามกำกับ รพ.สต. ที่อยู่ในกำกับ มีการแต่งตั้ง รพ.สต. แม่ข่าย ดูแล รพ.สต. ในเครือข่าย หน่วยงานภายนอกให้ประสานผ่าน รพ.สต. แม่ข่ายก่อน ในด้านบุคลากร อบจ.มีเจ้าหน้าที่น้อย ความรู้ป้องกันควบคุมโรคน้อย การติดตามงาน การประเมินงาน ยังต้องขอร่วมไปกับสาธารณสุขสอดคล้องกับการวิจัยของจิรัตรม ศรีรัตนบัลล์ และคณะ¹⁷ พบว่า สำหรับในมุมมองของ อบจ. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการบริหารจัดการบุคคล มีการจัดหาตัวแทนจาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้เป็นตัวแทนในการประสานงานกัน ระหว่าง รพ.สต. และ อบจ. ในมุมมองของ สสจ. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านการจัดบริการสุขภาพ ไม่สนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพลงไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ถ่ายโอน ไม่ว่าจะการจัดบริการจะทำในหรือนอก รพ.สต.

ข้อเสนอแนะ

เร่งสร้างข้อตกลงความร่วมมือ การบูรณาการภารกิจของหน่วยงาน การถ่ายโอนนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติงานมุ่งในด้านข้อมูลสารสนเทศ การสอบสวนโรคและรายงานโรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ระหว่างหน่วยงานสังกัดกระทรวงมหาดไทยและสาธารณสุข และเร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 3

References

1. Department of Disease Control. National action plan for prevention and control of diseases and health hazards, phase2, strengthening phase (2023 - 2027). Nonthaburi: Department of Disease Control;2024. (in Thai)
2. SriKaew C. Emphasizes that after the transfer of subdistrict health promoting hospital, services must meet standards. Ready to support the use of research and system development [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 Aug 11]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/77159> (in Thai)
3. Hfocus news agency takes an in-depth the health system. Summary of the route for transferring the mission of the Subdistrict Health Promotion Hospital to the Provincial Administrative Organization [Internet]. Bangkok: Hfocus news agency takes an in-depth the health system;2023 [updated 2023; cited 2024 Aug 11]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29374> (in Thai)
4. Strategy and Planning Division. The lesson learn management Transferring missions to the Chaloe Phrakiat 60th Anniversary Health Station, Nawaminthrachini and Health Promotion Hospital. In: Workshop management the transfer of missions to the Chaloe Phrakiat Health Station on the 60th Birthday of Navamindrachini and Songserm Hospital Subdistrict health to the Provincial Administrative Organization; 2023 Jan 16 – 17; Nakhon Rachasima: Subdistrict health to the provincial administrative organization; 2023. (in Thai)

5. Sirathanont J. Subdistrict Health Promotion Hospitals were transferred to provincial administrative organizations after finding that many were not ready in terms of personnel and budget [Internet]. Bangkok: Prachatai;2023 [updated 2023; cited 2024 May 5]. Available from: <https://prachatai.com/journal/2023/12/107361> (in Thai)
6. Prompunjai P. Preliminary results transfer effect studies Subdistrict Health Promoting Hospital to the administrative system manage disease prevention and control in Thailand. Paper presented at Workshop Policy level (POLICY FORUM) on driving disease prevention and control of primary care units transfer case Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization (PAO); 2024 May 7; Bangkok. (in Thai)
7. Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province. Reduce crowding, reduce waiting, reduce sickness, reduce death, Health Area 3 (Diabetes Mellitus (DM) & Hypertension (HT). Nakhon Sawan: Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province;2024. (in Thai)
8. Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province. General information visit to Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province by the Director-General of the Department of Disease Control. Nakhon Sawan: Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province;2023. (in Thai)
9. Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province. 5 focus points DPC 3, executive committee meeting and evaluation. Nakhon Sawan: Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province;2023. (in Thai)
10. Khampaen D. Transferring the mission to prevent and control disease and health hazards to the Provincial Administrative Organization (PAO). Nakhon Ratchasima: Provincial Administrative Organization (PAO);2024. (in Thai)
11. Roopkhamdee W. Policy and planning. Documents for teaching basic subjects of social policy and planning institute of social technology (Krirk). Bangkok: Institute of Social Technology (Krirk);2000. (in Thai)
12. Division of Vaccine Preventable Diseases, Department of Disease Control. Survey of basic immunization and vaccination coverage among students 2018. Nonthaburi: Department of Disease Control;2018. (in Thai)
13. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row;1973.
14. Srisa-ard B. Basic research. 7th ed. Bangkok: Suwiriyan;2002. (in Thai)
15. Krainara C. 6 easy steps for successful policy analysis [Internet]. Bangkok: Central Regional Development Office, Office of the National Economic and Social Development Board;2013 [cited 2024 May 5]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/255891028_6_khantxnngaysahrabkarwikheraahnyobay_6_Easy_Steps_for_Successful_Policy_Analysis_in_Thai (in Thai)

16. Muangpan S. The implementation of diet physical activity policy: a study in Khuandon District, Satun Province [dissertation]. Songkla: Prince of Songkla University;2015. (in Thai)
17. Sriratanaban J, Singweratham N, Maneechay M, Komwong D, Sinthuphan J, Siewchaisakul P, et al. Assessment of population health impacts subsequent to the transfer of tambon health promoting hospitals (THPH) to the provincial administrative organizations (PAOs) in the fiscal year 2566: phase 2 Evaluation of impacts on health and health services by a retrospective cohort study and case studies. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University;2024. (in Thai)
18. Uansi S, Markchang K, Chotchoungchatchai S, Ontong S, Panapong N, Pattanasiri T. The transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals to local government organizations: progress and challenges. J Health Syst Res [internet]. 2024 Sep 29 [cited 2025 Jun 8];18(3):314-30. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/j_hsr/article/view/1947 (in Thai)
19. Rongmuang D, Sukrungreung I, Thongdee J, Dechavoot L, Suwannarat K, Sarakshetrin A, et al. Primary care service standards and readiness of sub-district health promoting hospitals transferring to the provincial administration organizations. J Health Syst Res [internet]. 2024 Sep 29 [cited 2025 Jun 8];18(3):331-50. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/j_hsr/article/view/1948 (in Thai)
20. Sihapark S, Lundputh S, Songsri C, Thaeochanthuek S, Nochit W, Dana K, et al. Developing a policy recommendations for the efficiency of the local health insurance fund after transferring the mission of the sub-district health promotion hospital to the provincial administrative organization. Khon Kaen: Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen;2024. (in Thai)