

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 2 การประเมินผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ
และการจัดบริการสุขภาพจากการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง และการจัดทำกรณีศึกษา
Health Impact Assessment of the Population Following the Transfer of Subdistrict Health
Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations in the Fiscal Year 2023: Phase 2-
Assessment of Health Status and Health Service Delivery Impacts
through both Retrospective Cohort Study and Case Study

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์¹, นงา สิงห์วีระธรรม^{2*}, ดาวรุ่ง คำวงศ์³, มโน มณีฉาย⁴, จิรยุทธ์ สินธุพันธุ์⁵, พัลลภ เชียงชัยสกุล²,
นิตยธิดา ภัทรธีรกุล⁶, สุพัศตรา เสนสาย⁷, ทักษิณา วัชรวิบูลย์¹

Jiruth Sriratanaban¹, Noppcha Singweratham^{2*}, Daorong Komwong³, Mano Maneechay⁴, Jirayudh Sinthuphan⁵,
Pallop Siewchaisakul², Nittida Pattarateerakun⁶, Suputra Sensai⁷, Tuksina Watchareeboon¹

¹ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ³วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ⁴สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี,

⁵สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ⁶คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, ⁷กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

¹Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, ²Faculty of Public Health
Chiang Mai University, ³Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences
Praboromarajchanok Institute, ⁴Khoksamrong District Public Health Office, Lopburi Province, ⁵Asian Studies Chulalongkorn University,
⁶Faculty of Pharmaceutical Sciences, Huachiew Chalermprkiet University, ⁷Nursing Division, Office of the Permanent Secretary

(Received: February 13, 2025; Revised: April 27, 2025; Accepted: May 5, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้เพื่อ 1) วิเคราะห์ความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบของสัญญาณเตือน และ 2) ประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่มีต่อประชาชนที่อาจเป็นผลเชื่อมโยงมาจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในปีงบประมาณ 2566 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบของสัญญาณเตือน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการจัดทำกรณีศึกษา คัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 พื้นที่ ใน 10 จังหวัด โดยการสนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โรงพยาบาลคู่สัญญา บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (CUP) และ รพ.สต. จำนวน 120 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 เพื่อประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เป็นศึกษาเชิงปริมาณโดยศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบกลุ่มย้อนหลัง วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพระหว่างปีงบประมาณ 2561 - 2566 วิเคราะห์เป็นระดับอำเภอและจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลวิจัยพบว่า

1. การจัดบริการปฐมภูมิ การจัดการทรัพยากร การควบคุมป้องกันโรค และผลลัพธ์ด้านการควบคุมโรค แสดงสัญญาณเตือนที่บ่งชี้ความเสี่ยงของการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. มีต่อผลกระทบทางสุขภาพกับประชาชนอย่างน้อยในระยะเปลี่ยนผ่าน

2. ฐานข้อมูลสุขภาพมีความครบถ้วนสามารถนำมาประมวลผลตัวชี้วัดถึงปีงบประมาณ 2566 มีเพียงบางส่วน เนื่องจากส่งข้อมูลไม่ครบทุกหน่วยบริการและการส่งข้อมูลมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนการถ่ายโอนทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน การวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่มีข้อมูลครบในปีงบประมาณ 2561 - 2566 แสดงให้เห็นว่าประชากรในพื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการถ่ายโอน โดยเฉพาะตัวชี้วัดพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ การคัดกรองพัฒนาการเด็ก การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) การคัดกรองผู้สูงอายุ คุณภาพของการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพบว่าประชากรในเขตความรับผิดชอบของ รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอน รวมถึงการมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าในพื้นที่ที่ รพ.สต. ไม่ได้ถ่ายโอน

ทุกหน่วยงานงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีดำเนินการวางแผน ทบทวน และออกแบบการจัดการเชิงระบบสำหรับบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพประชาชนที่อาจเกิดขึ้นหลังการถ่ายโอน

คำสำคัญ: การประเมินผลกระทบ สถานะสุขภาพ การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้ให้กรติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th)

Abstract

This mixed-methods research aimed (1) to analyze the predictive capacity of early warning signs related to the transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs), and (2) assess the health impacts on the population following the transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) to Provincial Administrative Organizations (PAOs) in fiscal year 2023. The study was conducted in two phases. Phase 1 involved case studies across 12 areas in 10 provinces. Data were collected through group discussions and interviews with PAOs, Provincial Public Health Offices (PPHOs), Contracted Units for Primary Care (CUPs), and Sub-district Health Promotion Hospitals (SHPHs), using semi-structured questionnaires. Instrument was verified by experts. Content analysis was applied to analyze the data. Phase 2 employed a retrospective cohort study using secondary data from fiscal years 2018 – 2023. Key indicators related to: 1) health outcomes in primary care and communicable disease control, 2) healthcare access, and service process effectiveness were analyzed, using descriptive statistics. The research findings were as follows:

1. A framework for primary healthcare services, resource management, and disease prevention and control was developed. The associated indicators could serve as an early warning system for monitoring the impact of SHPH transfers on access to primary healthcare services, public health outcomes, and disease control outcomes.

2. Data completeness in fiscal year 2023 was partial, due to incomplete submissions across all service units with incomplete submissions across all service units equally in both transferred and non-transferred areas. An evaluation of data completeness from fiscal years 2018 – 2023 indicated that populations in areas where SHPHs were transferred to PAOs faced higher health risks compared to those in non-transferred areas. This was particularly evident in key indicators such as child development screening, diabetes and hypertension risk screening, elderly health screenings, and the quality of chronic disease care. Moreover, populations in transferred areas bore a higher burden of chronic diseases compared to non-transferred areas.

In conclusion, all relevant agencies should plan, review, and systematically design effective primary care management strategies, so to mitigate potential public health challenges arising from the transfer of SHPHs to PAOs.

Keywords: Health Impact Assessment, Health Status, Transfer of SHPHs to PAOs, Sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ

ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 คือ เป็นการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ (Local Government Commission, 2017) ต่อมาแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 ได้เปลี่ยนแปลงแนวทางการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยตรง โดยการกระจายอำนาจระบบให้บริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านการปกครองส่วนท้องถิ่น (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, 2021) เป็นการจัดระเบียบการบริหารของภาครัฐซึ่งดำเนินการตามหลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) เป็นรูปแบบการบริหารจัดการ โดยประชาชนร่วมกันบริหารทรัพยากรภายในชุมชนท้องถิ่นของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาของตัวเอง

(Wei, 2000) ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้ดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) จำนวน 27 แห่งในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 28 แห่งในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 17 แห่งในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 5 แห่งในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 1 แห่งในปี พ.ศ. 2562 และจำนวน 8 แห่งในปี พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง จากจำนวน สอน. และ รพ.สต. 9,787 แห่งทั่วประเทศ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งสิ้น 3,263 แห่ง หรือประมาณร้อยละ 33 ของ รพ.สต. (Uansri, Markchang, Chotchongchatcha, Onthong, Panapong, & Pattanasiri, 2024) และมีการถ่ายโอนต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 อีกจำนวน 933 แห่ง ร้อยละ 9.5 จะเห็นได้ว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มขึ้น (Sudhipongpracha, Chotsetakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021)

ที่ผ่านมา รพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Quality and Standard Service Unit Support office, 2016) ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้หน่วยบริการประจำ หรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) (Quality and Standard Service Unit Support office, 2016) หลังจากที่มีการถ่ายโอนภารกิจปฐมภูมิไป อปท. พบข้อจำกัดในการดำเนินงานบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม (Srisasalux, Vichathai, & Kaewwichian, 2009; Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน โดยภาพรวมปัญหาความท้าทายของการดำเนินการหลายด้านที่ทำให้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (Uansri, Markchang, Chotchongchatcha, Onthong, Panapong, & Pattanasiri, 2024) ซึ่งอาจมีทั้งที่เกิดขึ้นเป็นการทั่วไปและเกิดขึ้นในบางพื้นที่ ทั้งนี้จากผลการศึกษาการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ตำบลให้แก่ อบจ. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบการเปลี่ยนแปลงการจัดการทรัพยากร การจัดบริการสุขภาพ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริการจัดการ เป็นสัญญาณเตือน (Early warning sign) ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. และยังพบว่าสถิติของตัวชี้วัดหลายตัวบ่งชี้ เช่น การเข้าถึงบริการปฐมภูมิ การได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ การได้รับการดูแลรักษาทันเวลา (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024) และต้นทุนการดูแลสุขภาพ (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Wongyai, Bunpean, & Siewchaisakul, 2024; Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024) แสดงถึงผลกระทบในเบื้องต้นได้จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับของผลการดำเนินการ

ด้วยเหตุที่การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขปฐมภูมิจาก สธ. ไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 ยังคงดำเนินการต่อและมีแนวโน้มในการถ่ายโอนในปีต่อ ๆ ไป จึงถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในระบบสุขภาพจากสัญญาณเตือนผลกระทบทางด้านสุขภาพปีงบประมาณ 2566 ควรต้องเฝ้าติดตามผลกระทบทางด้านสุขภาพของประชาชน ดังนั้นคณะผู้วิจัยมีความตระหนักว่า ระยะเปลี่ยนผ่านตลอดจนข้อมูลจำนวนมากอาจยังไม่มีความพร้อมในช่วงระยะปีแรกภายหลังการถ่ายโอน ดังนั้น การศึกษาในโครงการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาติดตามและทบทวนความสามารถในการคาดการณ์ของสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น (early warning sign) หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทางสุขภาพอันเป็นผลเชื่อมโยงมาจากการถ่ายโอน รพ.สต. จากโครงการในระยะที่ 1 และประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่มีต่อประชาชน อันอาจเป็นผลเชื่อมโยงมาจากการถ่ายโอน รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2566 ทั้งในส่วนของผลกระทบจากการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและผลกระทบจากการดำเนินงานสาธารณสุข รวมถึงเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการจัดการทรัพยากร การจัดบริการสุขภาพ และการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อจะเป็นการวางพื้นฐานของการเตรียมการในการติดตามประเมินผลในระยะยาว และเพื่อจัดระบบนิเวศน์ทางสาธารณสุขที่แวดล้อม รพ.สต. ให้ตอบสนองต่อสถานการณ์ของผลกระทบทางสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบของสัญญาณเตือนที่เป็นผลเชื่อมโยงมาจากการถ่ายโอน รพ.สต.
2. เพื่อประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่มีต่อประชาชนที่อาจเป็นผลเชื่อมโยงมาจากการถ่ายโอน รพ.สต.

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed methods) มุ่งเน้นการการวิเคราะห์ความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบของสัญญาณเตือน และประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 เพื่อวิเคราะห์ความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบของสัญญาณเตือน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ: จากพื้นที่กรณีศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร รพ.สต. ในประเทศไทย 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 รพ.สต. ที่อยู่ในกลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ทุกแห่งไม่มีการถ่ายโอนไป อบจ. จำนวน 2,977 แห่ง กลุ่มที่ 2 รพ.สต. ที่อยู่ในกลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ทุกแห่งมีการถ่ายโอนไป อบจ. จำนวน 1,215 แห่ง และกลุ่มที่ 3 รพ.สต. ที่อยู่ในกลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. บางแห่งในจังหวัด มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. จำนวน 5,577 แห่ง ข้อมูล ณ. เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง โดยการทำการกรณีศึกษา (Case studies) จาก 3 กลุ่ม จำนวน 12 พื้นที่ ใน 10 จังหวัด ตาราง 1

ตาราง 1 พื้นที่กรณีศึกษาในระยะที่ 2

พื้นที่	ไม่ถ่ายโอน	ถ่ายโอนทุกแห่ง	ถ่ายโอนบางแห่ง ปี 66		ถ่ายโอนบางแห่งปี 67
			ถ่ายโอนทั้งหมด	ถ่ายโอนบางส่วน	
1	บุรีรัมย์ ** (ละหารทราย)	ร้อยเอ็ด* (ปี 66) (พนมไพร)	สุราษฎร์ธานี* (กาญจนดิษฐ์)	สุราษฎร์ธานี* (บ้านตาขุน)	เลย* (เชียงคาน)
2	ไม่มี	ปราจีนบุรี** (ปี 66) (ประจันตคาม)	เชียงราย* (เชียงใหม่)	เชียงราย* (แม่สาย)	ระนอง* (กะเปอร์)
3	ไม่มี	กาญจนบุรี** (ปี 67) (ไทรโยค)	พะเยา** (จุน)	ไม่มี	ลพบุรี** (ท่าม่วง)

หมายเหตุ * = พื้นที่ระยะที่ 1, ** = พื้นที่ระยะที่ 2

ผู้ให้ข้อมูล

ระดับจังหวัด: ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จำนวน 6 คน 2) กลุ่มผู้บริหารของ อบจ. จำนวน 6 คน ระดับพื้นที่: ประกอบด้วย 3) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 6 คน และ 4) กลุ่มพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำของ รพ.สต. รพ.สต. ละ 2 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แนวคำถามเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบ 1) ความสัมพันธ์ระหว่าง สสจ. และ อบจ. 2) การคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการเงิน ทรัพยากร การจัดการบริการสุขภาพ ในสถานพยาบาล การจัดการบริการสุขภาพนอกสถานบริการ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข การกำกับติดตามตัวชี้วัด การดำเนินงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) การคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ และ 4) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

2. เครื่องบันทึกเสียง

3. สมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบเครื่องมือ

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการกระจายอำนาจ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านปฐมภูมิ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้าน อปท. 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้แก่ ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ระหว่าง .67 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ติดตามประสานงาน รพ.สต. และต้นสังกัด เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าไปศึกษา

2. ส่งหนังสือประสานนัดหมายหน่วยงานที่

3. เตรียมหลักฐานแสดงตัว และอุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ สมุดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง

4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 – 60 นาที ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

5. มีการบันทึกเสียง และถอดเทปหลังการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วย 1) การจัดแฟ้ม 2) การลงรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) การจัดประเภทของข้อมูล 4) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่และแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ 6) การตรวจสอบความถูกต้อง และ 7) การสรุปรายงานการวิจัย และความสามารถคาดการณ์ผลกระทบมีการนำเสนอเป็นระดับมาก (มากกว่าร้อยละ 70) ปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 70 - 50) น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 50) และ ยังระบุไม่ได้ (ข้อมูลไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน)

ขั้นตอนที่ 2 เพื่อประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่มีต่อประชาชนที่อาจเป็นผลเชื่อมโยงมาจากการถ่ายโอน รพ.สต. เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะหย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) โดยประมวลผลข้อมูลสถิติตามตัวชี้วัดด้านการแพทย์และสุขภาพ ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการถ่ายโอนคือ ปีงบประมาณ 2561 - 2565 และข้อมูลผลการดำเนินการในรอบปีแรกของการถ่ายโอนคือ ปีงบประมาณ 2566 ทั้งนี้การประมวลผลข้อมูลเป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลประชาชนเป็นรายบุคคลว่าในช่วงเวลาที่กำหนดไปใช้บริการและมีผล ลัพธ์สุขภาพเป็นอย่างไร และวิเคราะห์ประเมินผลรวมตามหน่วยบริการที่รับผิดชอบประชาชนตามพื้นที่ภูมิลาเนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและงานสาธารณสุข ฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใน รพ.สต. ทุกแห่ง ในปีงบประมาณ 2561 - 2566 ทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และ รพ.สต.ที่ไม่ถ่ายโอน ซึ่งยังคงสังกัด สธ.

กลุ่มตัวอย่างคือ หน่วยการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) คือ ระดับเครือข่ายบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (CUP) โดยแบ่งประเภท CUP เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 CUP ที่ รพ.สต. ทุกแห่งมีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. กลุ่มที่ 2 CUP ที่ รพ.สต. บางแห่งใน CUP มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. และกลุ่มที่ 3 CUP กลุ่มเปรียบเทียบ ที่รพ.สต. ใน CUP ไม่มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ.

เครื่องมือในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลโดยใช้ข้อมูลสถิติตามตัวชี้วัดด้านการแพทย์และสุขภาพ ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcome Variable) หรือตัวแปรตาม (Dependent Variable) พิจารณาตามกรอบแนวคิดของการติดตามและประเมินผลการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกับบริบทของการจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต. ในประเทศ

ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงบริการปฐมภูมิประเมินด้วยร้อยละของการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การคัดกรองผู้สูงอายุด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และการคัดกรองพัฒนาการในเด็กที่อายุไม่เกิน 60 เดือน 2) ประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติประเมินด้วยคะแนนเฉลี่ย ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย (Quality Care Bundle: QCB) ในโรคเบาหวาน (QCB-DM) และโรคความดันโลหิตสูง (QCB-HT) 3) ผลลัพธ์ทางสุขภาพประเมินด้วยร้อยละของการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย (ค่า HbA1c <7%) อัตราการนอนรพ.ด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 4) ต้นทุนของการดูแลประเมินด้วยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อคนต่อปี ที่สอดคล้องกับการศึกษาระยะที่ 1 (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำรายละเอียดรายการของข้อมูลตัวแปรที่ต้องการวัดทั้งหมด โดยอิงตามโครงสร้างของฐานข้อมูล ด้านการแพทย์และสุขภาพ และแบบบันทึกข้อมูลซึ่งเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบฐานข้อมูล เพื่อชี้แจงรายละเอียดรายการของข้อมูลที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา
3. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้เบื้องต้น ตามรายละเอียดและเงื่อนไขที่ได้กำหนดไว้ และตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในประเด็นของความสมบูรณ์ของข้อมูลและพิจารณาค่าของข้อมูลอยู่ในช่วงที่เป็นไปได้
4. ประมวลผลตัวแปรที่กำหนดไว้ในปีงบประมาณ 2561 - 2566 ครอบคลุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่กำหนดไว้ โดยรวมข้อมูลระดับรพ.สต. เป็นข้อมูลตามหน่วยการวิเคราะห์ได้แก่ ระดับ CUP เพื่อวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหรือตัวแปรที่กำหนดไว้ ระหว่าง 3 กลุ่ม ตามลักษณะการถ่ายโอน รพ.สต. ในแต่ละกลุ่ม เพื่อแสดงผลการศึกษารายตัวแปรโดยประมวลผล ในระดับ CUP และใช้แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Comorbidity) โดยใช้แบบประเมิน Charlson Comorbidity Index (CCI) ซึ่งถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยชาร์ลสันและคณะ (Charlson, Pompei, Ales, & MacKenzie, 1987)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันการพัฒนาคู่มือครองวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง COA No. IHRP2023139 HIRP No. 142-2566 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบของสัญญาณเตือน

ตาราง 2 จำนวนและระยะเวลาการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ของพื้นที่กรณีศึกษาระยะที่ 2

จังหวัด	รวมทั้งหมด	รพ.สต.(แห่ง)				
		ถ่ายโอนก่อนปี 2566	คงเหลือก่อนการถ่ายโอน 2566	ถ่ายโอนปี 2566	ถ่ายโอนปี 2567	ถ่ายโอนปี 2568
ถ่ายโอนทั้งหมด						
1	ร้อยเอ็ด	229	ไม่มี	229	229 (100%)	
2	ปราจีนบุรี	94	ไม่มี	94	94 (100%)	
3	กาญจนบุรี	143	1	142	97(68%)	45(100%)
ถ่ายโอนบางส่วนปี 2566						
4	เชียงราย	216	5	211	118(55%)	26(68%) 67 (100%)
5	สุราษฎร์ธานี	169	1	168	97(57%)	2(58%)
6	พะเยา	95	ไม่มี	95	54(56%)	41(43%)

จังหวัด	รวมทั้งหมด	รพ.สต.(แห่ง)					
		ถ่ายโอนก่อนปี 2566	คงเหลือก่อนการถ่ายโอน 2566	ถ่ายโอนปี 2566	ถ่ายโอนปี 2567	ถ่ายโอนปี 2568	
ถ่ายโอนบางส่วนเริ่มปี 2567							
7	เลย	127	ไม่มี	127	ไม่มี	31(24%)	ชะลอการถ่ายโอน
8	ระนอง	46	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	5(10%)	ชะลอการถ่ายโอน
9	ลพบุรี	136	2	134	ไม่มี	4(2%)	ชะลอการถ่ายโอน
ไม่ถ่ายโอน							
10	บุรีรัมย์	2	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

จากตาราง 2 ลักษณะการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบต. ประกอบด้วยการถ่ายโอน 4 ลักษณะ 1) การถ่ายโอนก่อนปีงบประมาณ 2566 ไป อบต. เทศบาลตำบล (ทต.) เทศบาลนคร (ทน.) และเทศบาลเมือง (ทม.) 2) การถ่ายโอนปีงบประมาณ 2566 ไป อบจ. 3) ถ่ายโอนปีงบประมาณ 2567 และ 4) ถ่ายโอนปี 2568

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบของสัญญาณเตือน

กลุ่มของสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น/ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยที่คาดการณ์ไว้ว่าจะสร้างผลกระทบที่เป็นความเสี่ยง	ข้อค้นพบในการติดตามผลกระทบต่อบริการสุขภาพ และสุขภาพของประชาชน			ความสามารถคาดการณ์ผลกระทบ
		ปี 2567	ผล	ระบุไม่ได้	
ลักษณะทั่วไป และลักษณะของการถ่ายโอนของ รพ.สต.	- จำนวนและขนาดของประชากร - สัดส่วนการถ่ายโอน - ความสัมพันธ์ในพื้นที่	- ปรับตัวได้บ้าง + ปรับตัวได้	- บางที่ + ดีขึ้น + ดีขึ้นบ้าง	ติดตามต่อ	ปานกลาง
การจัดสรรเงินค่าบริการสาธารณสุขและเงินเพื่อใช้ในการบริการสาธารณสุข	- เงิน OP/PP - เงินค้ำช้อ (โควิด-19) - นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่	+ ปรับวิธีลงตัวขึ้น + ยังเป็นประเด็น	+ จัดบริการร่วมกันดีขึ้น	ติดตามต่อ	มาก
ลักษณะบุคลากรและการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์	- อัตรากำลัง (จำนวน) - วิชาชีพ + บริหารทรัพยากรบุคคล อบจ.	+ รับพยาบาลเพิ่มได้บ้าง ส่วน	- จำกัดศักยภาพบริการ	ติดตามต่อ	มาก
การสนับสนุนยา/เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและทรัพยากรทางด้านสุขภาพ	- ยา เวชภัณฑ์ - เครื่องมือแพทย์ - การกำจัดขยะติดเชื้อ	- หลายแนวทาง + รพ.ช่วยดูแล + รพ.ช่วยดูแล	- ยังไม่ชัดเจน	ติดตามต่อ	น้อย
รูปแบบการจัดการบริการปฐมภูมิ	- ส่งเสริมสุขภาพ - คลินิกโรคเรื้อรัง - บริการที่บ้าน/ชุมชน - ส่งต่อผู้ป่วย - เปลี่ยนระบบข้อมูลสารสนเทศ	- บริการลดลง - บริการลดลง - บริการลดลง	- เข้าถึง ลด - คุณภาพลดลง	ติดตามต่อ ติดตามต่อ	มาก
รูปแบบการจัดการงานด้านสาธารณสุข	- การควบคุมโรคติดต่อ - สาธารณสุขอำเภอ - ประสานงาน/ผลงาน - วิชาการ	- ล่าช้า/มีอุปสรรค - หลากหลาย - ขึ้นแนวทางการทำงาน แต่ละพื้นที่	- ยังไม่ชัดเจน	ติดตามต่อ ติดตามต่อ	ปานกลาง
การควบคุมกำกับติดตามงานตามตัวชี้วัด /วางแผนสุขภาพระดับพื้นที่	- บทบาท กสพ. - การรายงานข้อมูล + นำข้อมูลมาวางแผนสุขภาพ	- ไม่ติดตาม KPI - ส่งข้อมูลลดลง - มีแผนบางพื้นที่	- อาจแสดงผลในระยะยาว	ติดตามต่อ ติดตามต่อ	ยังระบุไม่ได้
ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ	- การเข้าถึง/ต่อเนื่อง - ประสิทธิภาพ - ผลลัพธ์สุขภาพ	- ลดลง - ลดลง	- คัดกรอง - โรคเรื้อรัง	ติดตามต่อ	ปานกลาง

หมายเหตุ: + = ทิศทางเพิ่มมากขึ้น

จากตาราง 3 การศึกษาต่อเนื่องจากโครงการฯ ระยะที่ 1 มาสู่ระยะที่ 2 ทำให้สรุปประเด็นที่เป็นสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นหรือปัจจัยเสี่ยงที่มีความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบทางสุขภาพ โดยความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบอยู่ในระดับมากที่สุดคือ รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ ความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วย การจัดสรรเงินค่าบริการสาธารณสุขและเงินเพื่อใช้ในการบริการสาธารณสุข ลักษณะบุคลากรและการบริหารทรัพยากรมนุษย์

2. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่มีต่อประชาชนที่อาจเป็นผลเชื่อมโยงมาจากการถ่ายโอน รพ.สต.

สถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน 3,363 แห่ง เป็น CUP ที่ รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งหมด จำนวน 174 CUP ใน 6 จังหวัด กลุ่ม CUP ที่ รพ.สต. ถ่ายโอนบางส่วน จำนวน 174 CUP ใน 53 จังหวัด และกลุ่ม CUP ที่ไม่มีรพ.สต. ถ่ายโอนเลย จำนวน 357 CUP ใน 17 จังหวัด

2.1 ลักษณะการรายงานข้อมูลให้กับหน่วยงานส่วนกลาง (สปสข.) การเปรียบเทียบการส่งข้อมูล 43 แห่ง เข้ามาในฐานข้อมูลของ สปสข. ระหว่างก่อนการถ่ายโอนปีงบประมาณ 2561 - 2565 กับ 2 ปีแรกของการถ่ายโอนปีงบประมาณ 2566 - 2567 พบว่าการส่งข้อมูล ณ ต้นปีงบประมาณ 2566 เทียบกับต้นปีงบประมาณ 2567 ในภาพรวมมี รพ.สต. ร้อยละ 31 ที่ไม่ส่งข้อมูลมายัง สปสข. ซึ่งพบว่ากลุ่ม รพ.สต. ในสังกัดของ สธ. ไม่ส่งข้อมูลประมาณร้อยละ 42 ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่ากลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมายัง อบจ. ที่พบประมาณร้อยละ 28 นอกจากนี้ยังพบว่า การส่งข้อมูลจากหน่วยบริการในหลาย ๆ ตัวชี้วัดมีลักษณะเป็น Seasonal ที่ชัดเจน คือมีการดำเนินงานในช่วง 3 เดือนแรกของปีงบประมาณและลดลงในเดือนถัดไป และพบว่า การส่งรายงานข้อมูลของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในแต่ละตัวชี้วัดมีแนวโน้มลดลงชัดเจนเมื่อเทียบในเดือนเดียวกันในแต่ละปีงบประมาณ ยกตัวอย่างเช่น ตัวชี้วัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ร้อยละของการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การคัดกรองในผู้สูงอายุด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ข้อมูลการคัดกรองพัฒนาการในเด็กที่อายุไม่เกิน 60 เดือน

2.2 ประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่มีต่อประชาชน อันอาจเป็นผลเชื่อมโยงมาจากการถ่ายโอน รพ.สต.

ในปีงบประมาณ 2566

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยคะแนน Charlson Comorbidity Index (CCI)

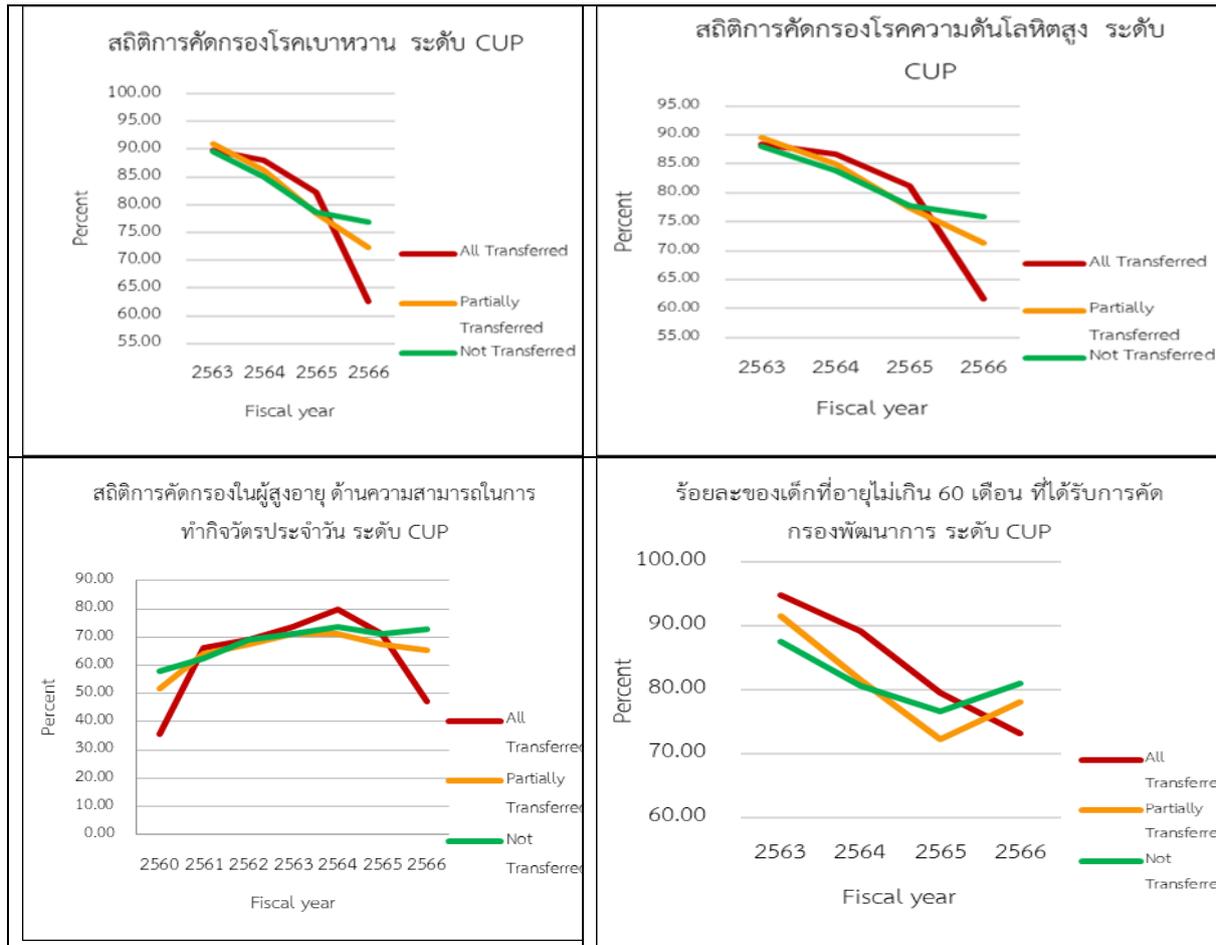
ระดับการวิเคราะห์	ค่าเฉลี่ยคะแนน Charlson Comorbidity Index (CCI)		
	ถ่ายโอนทั้งหมด	ถ่ายโอนบางส่วน	ไม่มีการถ่ายโอน
ก่อนเริ่มปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565)			
ระดับรพ.สต.	0.3517		0.3390
ระดับอำเภอ (CUP)	0.3536	0.3533	0.3248
ปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ณ สิงหาคม 2567)			
ระดับรพ.สต.	0.3518		0.3392
ระดับอำเภอ (CUP)	0.3548	0.3521	0.3271

จากตาราง 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีโรคเรื้อรังประจำตัวของประชากรในแต่ละราย โดยใช้ Charlson Comorbidity Index (CCI) พบว่า ประชากรที่ดูแลโดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยคะแนน CCI สูงกว่า รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนบางส่วน หรือไม่มีการถ่ายโอนเลย ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงการที่ประชาชนที่ดูแลมีโรคเรื้อรังที่มากกว่าหรือมีสถานะสุขภาพที่แย่กว่า ทั้งนี้จากแนวโน้มของภาระโรคที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2567 พบว่า ประชากรที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และกลุ่ม CUP ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งหมด มีประชาชนที่ดูแลมีโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2566

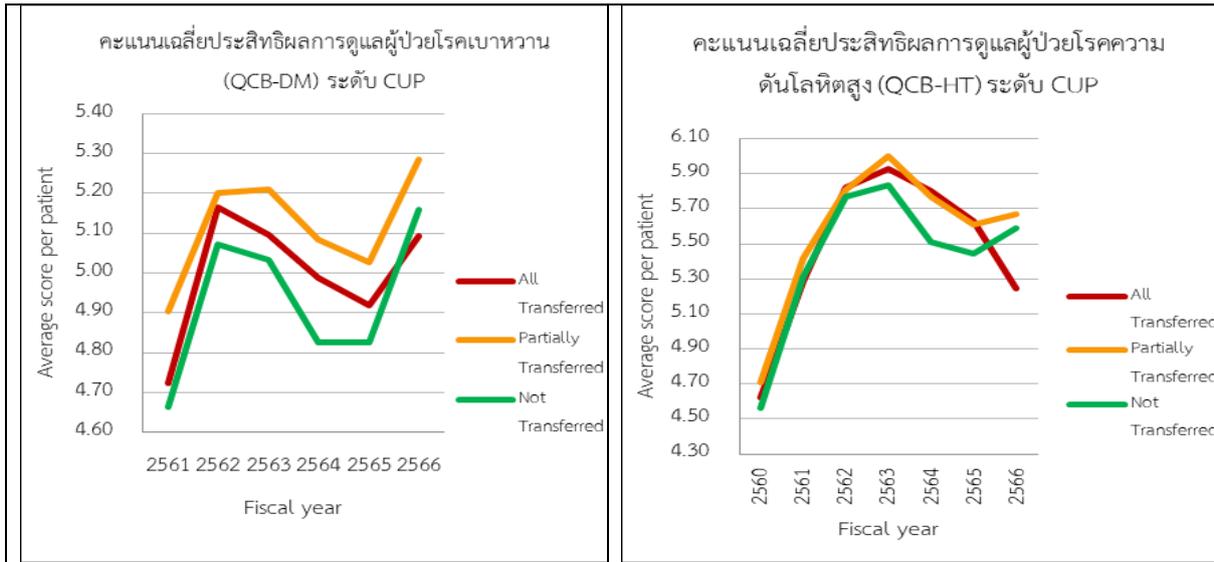
การวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด แสดงสถิติพื้นฐาน (Baseline) ก่อนการถ่ายโอนคือ ในปีงบประมาณ 2560 - 2565 และการเปลี่ยนแปลงภายหลังการถ่ายโอน 1 ปี (ปีงบประมาณ 2566) พบว่า ตัวชี้วัดในมิติการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ (ภาพ 1) และมิติประสิทธิผลของกระบวนการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (ภาพ 2) ในช่วงก่อนการถ่ายโอนปีงบประมาณ 2566 กลุ่ม CUP ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งหมด มีผลการดำเนินงานสูงกว่ากลุ่ม CUP ที่ไม่มี รพ.สต. ถ่ายโอนเลย หรือถ่ายโอนบางส่วน แต่ในปีงบประมาณ 2566 พบว่า กลุ่ม CUP ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งหมด มีผลการดำเนินงานลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม CUP ที่ไม่มีรพ.สต. ถ่ายโอนเลย หรือถ่ายโอนบางส่วน สำหรับมิติผลลัพธ์ทางสุขภาพ (รูปที่ 3) พบว่า กลุ่ม CUP ที่มีรพ.สต. ถ่ายโอนทั้งหมด มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่ำกว่า กลุ่ม CUP ที่ไม่มีรพ.สต. ถ่ายโอนเลยหรือถ่ายโอนบางส่วน ทั้งนี้แนวโน้มของสถิติดังกล่าวเป็นทิศทางเดียวกันตั้งแต่ก่อนถ่ายโอน (ปีงบประมาณ 2560-2565) และหลังการถ่ายโอน (ปีงบประมาณ

2566) บ่งชี้ว่าประชากรในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่าพื้นที่ที่ไม่ได้มีการถ่ายโอน

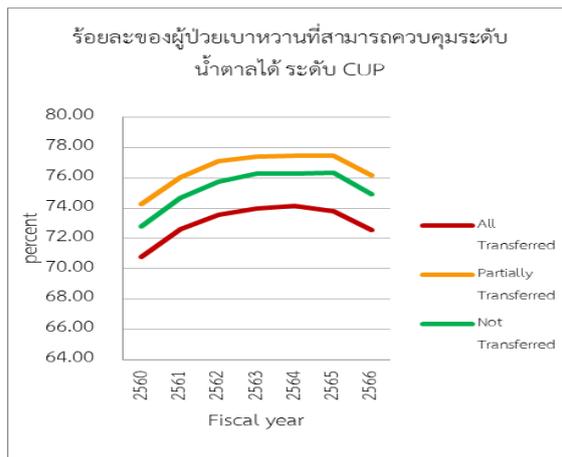
สำหรับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่พิจารณาด้วยอัตราการนอนรพ.ด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกัน (Ambulatory Care Sensitive Conditions; ACSCs) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ และตัวชี้วัดที่ใช้วัดในมิติของต้นทุนของการดูแลผู้ป่วยได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งมีการวิเคราะห์ในโครงการวิจัยในระยะที่ 1 แต่ในโครงการวิจัยในระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2567 ไม่ได้รับข้อมูลครบปีงบประมาณ (12 เดือน คือตั้งแต่ ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566) จึงไม่มีข้อมูลผลการศึกษาในตัวชี้วัดดังกล่าว



ภาพ 1 ผลการดำเนินการในมิติการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ (1) ร้อยละของการคัดกรองโรคเบาหวาน (2) ร้อยละของการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (3) ร้อยละของการคัดกรองผู้สูงอายุด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และ (4) ร้อยละของการคัดกรองพัฒนาการในเด็กที่อายุไม่เกิน 60 เดือน



ภาพ 2 ผลการดำเนินการในมิติประสิทธิผลของกระบวนการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ ประเมินด้วยคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย (Quality Care Bundle; QCB) ในโรคเบาหวาน (QCB-DM) และโรคความดันโลหิตสูง (QCB-HT)



ภาพ 3 ผลการดำเนินการในมิติผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประเมินด้วยร้อยละของการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย (ค่า HbA1c < 7%)

การอภิปรายผล

สัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น (Early Warning Sign) และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทางสุขภาพจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จากการศึกษาต่อเนื่องโครงการระยะที่ 1 มาสู่ระยะที่ 2 พบรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิมีความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบทางสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด โดยหลังจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ที่ขาดการเตรียมความพร้อมทั้งฝั่ง สธ. และ อบจ. ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการที่เกิดขึ้น (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024) จากการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรเงินที่เดิมเคยจัดสรรผ่าน CUP ของกระทรวงสาธารณสุข (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Wongyai, Bunpean, Siewchaisakul, 2024) ที่พบมีการตัดบริการร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และ CUP เดิม เช่น การยุติการส่งมอบประจำครอบครัวออกไปให้บริการที่ รพ.สต. เดิม หรือการจัดบริการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่บริการส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล จึงทำให้รูปแบบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังคงเป็นสัญญาณเตือน

ในระดับมาก ส่วนการจัดสรรเงินค่าบริการสาธารณสุขและเงินเพื่อใช้ในการบริการสาธารณสุข ลักษณะบุคลากร และการบริหารทรัพยากรมนุษย์ กลายเป็นสัญญาณเตือนระดับมาก ทั้งนี้การจัดสรรเงินในปีที่ 2 หลาย ๆ พื้นที่มีการปรับเปลี่ยนสัดส่วนการจัดสรรให้เกิดความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024) ส่วนกำลังคนก็พบว่ามีการจ้างงานเพิ่มมากขึ้นในหลายพื้นที่ แต่ก็ยังคงเป็นปัญหาความขาดแคลนบุคลากรในสายวิชาชีพที่พบเป็นปัญหาในภาพรวมของพื้นที่โดยเกิดจากการที่บุคลากรถ่ายโอน ไม่ถ่ายโอนไป โดยเฉพาะพยาบาล (Singweratham, Sriratanaban, Kuntiya, Komwong, Maneechay & Siewchaisakul, 2024) ทำให้ต้องยกเลิกหรือปิดบริการสุขภาพบางส่วนที่ให้แก่ประชาชน (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024) รวมถึงบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ส่งผลให้ไม่สามารถให้บริการเหมือนที่เคยดำเนินการได้ที่ รพ.สต. เช่น บริการทันตกรรม (Singweratham, Fuengkhajorn, Wungrath, & Siewchaisakul, 2025) ถึงแม้ว่าสภาพปัญหาได้ถูกแก้ไขไปแล้วบางส่วน จะเห็นได้ว่ามีความหลากหลายของปัจจัยที่นำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ควรจะต้องมีการติดต่อกันต่อไป

ข้อมูลจำนวน รพ.สต. ที่มีการส่งข้อมูล 43 แห่ง ใน 2 ปีแรกของการถ่ายโอน คือปีงบประมาณ 2566 - 2567 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบว่า มีจำนวน รพ.สต. ที่ไม่ได้ส่งข้อมูลมายังหน่วยงานส่วนกลาง โดยพบว่ากลุ่ม รพ.สต. ในสังกัดของ สธ. มีสัดส่วนการไม่ส่งข้อมูลมากกว่ากลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนมายัง อบจ. สำหรับภาพรวมของผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดพบว่า ลดลงในทุกกลุ่มพื้นที่ทั้งที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024) ซึ่งอาจสะท้อนได้หลายลักษณะ ได้แก่ เป็นผลการดำเนินงานที่ รพ.สต. หรือพื้นที่ทำได้ลดลงจริง หรือมีการดำเนินการแต่ไม่ได้ส่งข้อมูลมายังหน่วยงานส่วนกลาง หรืออาจขึ้นกับการเป็นหรือไม่เป็นผลงานเพื่อเบิกจ่ายค่าบริการ (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Wongyai, Bunpean, & Siewchaisakul, 2024) และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่และระดับประเทศ ซึ่งจากผลการศึกษาส่วนใหญ่บ่งชี้ว่าประชากรในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่าพื้นที่ที่ไม่ได้มีการถ่ายโอน นอกจากนี้ลักษณะของการรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานมีลักษณะ Seasonal ที่ชัดเจน คือมีการดำเนินงานในช่วง 3 เดือนแรกของปีงบประมาณ ซึ่งการวิเคราะห์ที่พิจารณาเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาสอาจนำไปสู่ข้อสรุปที่แตกต่างได้ การใช้สถานะสุขภาพของประชากรที่ รพ.สต. ซึ่งพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีโรคเรื้อรังประจำตัวของประชากรในแต่ละราย โดยใช้ Charson Comorbidity Index (CCI) (Charlson, Pompei, Ales, & MacKenzie, 1987) โดยประชากรที่ดูแลโดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยคะแนน CCI สูงกว่า รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนบางส่วนหรือไม่มีการถ่ายโอนเลย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงกลุ่มประชาชนที่อยู่ใน รพ.สต. ถ่ายโอน มีอัตราความชุกโรคร่วมมากกว่าที่อาจจะทำให้โอกาสในการที่จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอน ในระยะยาว ทั้งนี้ควรมีอัตราความชุกของโรคเรื้อรังเข้ามาวางแผนในระยะยาวร่วมด้วย

ข้อค้นพบจากการศึกษาระยะที่ 2 นี้ บ่งชี้ประเด็นที่มีความจำเป็นที่ควรมีแนวทางในการบริหารจัดการเชิงระบบ ที่มีความหลายหลายสอดคล้องกับบริบทของการกระจายอำนาจในระดับพื้นที่ เช่น การกำกับดูแลระบบบริการสุขภาพและระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยใช้หลักธรรมาภิบาล และกระบวนการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม มีการวางแผนสุขภาพและบริหารแผนสุขภาพในระดับพื้นที่ ครอบคลุมถึงการให้มีและใช้ประโยชน์ข้อมูลด้านสุขภาพ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024) การกำหนดแผนปฏิบัติการและมาตรการที่เหมาะสม ตลอดจนการติดตามประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพ ทั้งในส่วนที่เป็นประเด็นสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศ และประเด็นเฉพาะของพื้นที่ (Singweratham, Fuengkhajorn, Wungrath, & Siewchaisakul, 2025) มีการวางแผนจัดสรรทรัพยากรสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการจัดสรรและบริหารศักยภาพหน่วยบริการ การมีอยู่ จัดสรรทรัพยากรบุคคล (Singweratham, Sriratanaban, Kuntiya, Komwong, Maneechay, & Siewchaisakul, 2024) และทรัพยากรด้านอื่น (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Wongyai, Bunpean, & Siewchaisakul, 2024) อย่างไรก็ตาม

บริบทการถ่ายโอนในประเทศญี่ปุ่นมีการแบ่งความรับผิดชอบการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (Yoshioka-Maeda, Shiomi, Katayama, Hosoya, Fujii, & Mayama, 2021) และในประเทศชิลีที่มีการถ่ายโอนบริการปฐมภูมิให้กับเทศบาล (Unger, Paepe, Cantuarias, & Herrera, 2008) จะเห็นได้ว่ามีความหลากหลายในการดำเนินการเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมกัน เพื่อยกระดับประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรสุขภาพของประเทศ ภาพรวมของการจัดบริการสุขภาพภายในจังหวัด รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งขาขึ้นและขาลงเพื่อความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนขึ้น การเตรียมความพร้อมและการจัดการภาวะฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤติทางสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการบูรณาการการดำเนินการในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ ยังคงมีข้อจำกัดหลายประการในการระบุให้ชัดเจนถึงผลกระทบของการถ่ายโอน รพ.สต. ต่อสุขภาพของประชาชนนำเสนอในภาพรวม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลได้เป็นบางพื้นที่ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาในบางพื้นที่และไม่เกิดปัญหาในบางพื้นที่ ที่อาจจะไม่สะท้อนภาพปัญหาหรือแนวทางในการแก้ไขทั้งหมด อีกทั้งข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่พบตั้งแต่ในระยะที่ 1 ยังทำให้การติดตามตัวชี้วัดยังไม่ได้ประมวผลจากข้อมูลทั้งปี รวมถึงการใช้ CCI ที่อาจจะเกิดขึ้นจากหลายปัจจัยในการนำมาสะท้อนสภาวะสุขภาพของประชาชน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การทบทวนและออกแบบระบบการรายงานข้อมูลสุขภาพในระดับประเทศ โดยดำเนินการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่าง สธ. สปสช. สด. กระทรวงมหาดไทยเพื่อให้เกิดฐานข้อมูลสุขภาพในระดับประเทศ ส่วนในระดับพื้นที่ สสจ. และ อบจ. ควรมีการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพและสารสนเทศทางสุขภาพที่จำเป็นในแต่บริบทของพื้นที่ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อติดตามและเฝ้าระวังสภาวะทางสุขภาพของประชาชน

2. ส่งเสริมให้มีการกำหนดวาระประชุมของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่เพื่อติดตามตัวชี้วัดสุขภาพและบริการสุขภาพ รวมถึงการนำข้อมูลสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มาใช้เป็นระบบในระดับจังหวัดต่าง ๆ เพื่อทราบความต้องการทางสุขภาพเฉพาะของแต่ละพื้นที่และใช้ในการวางแผน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ติดตามประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และผลการดำเนินการด้านอื่นๆ ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้เดิมในโครงการฯ เมื่อข้อมูลผลการดำเนินการในระบบครบปีประมาณ รวมถึงติดตามผลต่อเนื่องในปีประมาณต่อ ๆ ไป

2. ปรับปรุงคุณภาพของข้อมูล และชุดตัวชี้วัดเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ดำเนินการร่วมกับ สปสช. ต่อเนื่องเพื่อให้สามารถแสดงผลเชิงเปรียบเทียบในระดับพื้นที่ ในระบบ Dashboard ของ สปสช. ให้ประสบผลสำเร็จ และสามารถแสดงผลเพื่อการจัดการระดับพื้นที่ได้

3. ติดตามความเป็นไปของการเปลี่ยนแปลงระดับพื้นที่เป็นกรณีศึกษาต่อเนื่อง เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนการวิจัย

References

- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Disease*, 40(4), 373-383.
- Local Government Commission. (2017). *Transferring Missions from Sub-district Health Promoting hospital to Local Government*. Bangkok: The National Legislative Assembly. (in Thai)

- Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for Transferring Missions of the Queen Sirikit Health Centers and Tambon Health Promotion Hospitals to the Provincial Administrative Organization*. Bangkok: Thai Government House. (in Thai)
- Quality and Standard Service Unit Support office. (2016). *Service Unit Registration Audit Guideline for Main Contractor Service Unit, Primary Care Service Unit, Coordinate Service Unit*. National Health Security Office: Bangkok. (in Thai)
- Singweratham, N., Fuengkajorn, A., Wungrath, J., & Siewchaisakul, P. (2025). Dental service Provision and Oral Health Condition of Children Aged 0-12 years, Northern Thailand: Treansfering of Sub-District Health Promotion Hospital Policy Era. *Healthcare, 13(8)*, 874. doi.org/10.3390/healthcare13080874
- Singweratham, N., Phodha, T., Techakehakij, W., Siewchaisakul, P., Bunpean, A., & Chautrakarn, S. (2024). *Unit Cost Study for Health Care Service in Chaloe Phra Kiat 60 Years Nawamin Maharachini Health Center and Tambon Health Promoting Hospital with Transferred to the Provincial Administrative Organizations*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; (in Thai)
- Singweratham, N., Phodha, T., Techakehakij, W., Wongyai, D., Bunpean, A., & Siewchaisakul, P. (2024). A comparison on budget allocation of the National Health Security Fund between Contracting Unit for Primary care and the Tambon Health Promoting Hospitals with and without transferred to the Local Administrative Organizations. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 11(1)*, e266462. (in Thai)
- Singweratham, N., Sriratanaban, J., Kuntiya, P., Komwong, D., Maneechay M., & Siewchaisakul, P. (2024). Forecasting on demand of health care workforces in Tambon health promotion hospitals in the context of transfer to provincial administrative organizations. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 12(1)*, e274215
- Sriratanaban, J., Singweratham N., Komwong, D., & Maneechay M. (2024). Assessment of population health impacts subsequent to the transfer of Sub-District health promoting hospitals to the provincial administrative organizations in 2023: Phase 1 potential warning signs. *Journal of Health System Research, 18(2)*, 152-172. (in Thai)
- Srisasalux J., Vichathai C, & Kaewwichian R. (2009). Experience with public health decentralization: The health center transfer model. *Journal of Health Systems Research, 3(1)*, 16-34. (in Thai)
- Sudhipongpracha, T., Chotsetakij, W., Phuripongthanawat, P., Kittayasophon, U., Saththatham, N., & Onphothong, Y. (2021). *Policy Analysis and Policy Design for the Transfer of Subdistrict Health Promotion Hospitals to Provincial Administrative Organizations (PAOs)*. Bangkok: Thammasat University, College of Interdisciplinary Studies. (in Thai)
- Uansri, S., Markchang, K., Chotchoungchatchai, S., Ontong, S., Panapong, N., & Pattanasiri, T., (2024). The transfer of subdistrict health promoting hospital to local government organizations: progress and challenges. *Journal of Health Systems Research, 18(3)*, 314-330. (in Thai)
- Unger, J. P., De Paepe, P., Cantuarias, G. S., & Herrera, O. A. (2008). Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. *Public Library of Science Medicine, 5(4)*, e79. doi.org/10.1371/journal.pmed.0050079

- Wei, Y. D., (2000). *Regional Development in China: States, Globalization, and Inequality*. London and New York: Routledge
- Yoshioka-Maeda, K., Shiomi, M., Katayama, T., Hosoya, N., Fujii, H., & Mayama, T. (2021). Self-reported competences of public health nurses for developing needs-oriented local healthcare plans: A nationwide cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 77(5), 2267-2277.