

# การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปิงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์\*  
นภชา สิงห์วีรธรรม†  
ดาวรุ่ง คำวงศ์‡  
มโน มณีฉาย§

ผู้รับผิดชอบบทความ: นภชา สิงห์วีรธรรม

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทางสุขภาพที่เชื่อมโยงจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงการจัดการทรัพยากร การจัดบริการสุขภาพ และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ (1) การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในพื้นที่ รพ.สต. และ อบจ. ในพื้นที่กรณีศึกษา 12 พื้นที่ ใน 6 จังหวัด คัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และ (2) การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง เพื่อสังเคราะห์ชุดตัวชี้วัดและสารสนเทศตามห่วงโซ่ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล เชื่อมโยงการวัดผลการเข้าถึง การใช้บริการ คุณภาพของการดูแล ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และต้นทุนของการดูแล ที่เป็นสัญญาณเตือนความเสี่ยงของผลกระทบทางด้านสุขภาพเบื้องต้น โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและงานสาธารณสุข จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปีงบประมาณ 2561-2565 เป็นข้อมูลเบื้องต้นก่อนการถ่ายโอน และ ข้อมูลในปีงบประมาณ 2566 ซึ่งเป็นรอบปีแรกของการถ่ายโอน

\* ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

† คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

‡ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

§ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

Received 3 October 2023; Revised 14 February 2024; Accepted 28 May 2024

**Suggested citation:** Sriratanaban J, Singweratham N, Komwong D, Maneechay M. 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. *Journal of Health Systems Research* 2024;18(2):152-72.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นภชา สิงห์วีรธรรม, ดาวรุ่ง คำวงศ์, มโน มณีฉาย. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปิงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2567;18(2):152-72.

ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า กรอบแนวคิดของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. มีองค์ประกอบสำคัญ ประกอบด้วย (1) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (2) ต้นทุนของการดูแล (3) ผลลัพธ์งาน สาธารณสุข (4) การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ (5) การได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ และการได้รับการ ดูแลรักษาทันเวลา (6) การดำเนินงานตามกรอบกิจกรรมและเป้าหมายของงานสาธารณสุข และ (7) ทรัพยากรและรูปแบบ การบริหารจัดการ เป็นกรอบแนวคิดที่สามารถนำไปสู่สัญญาณเตือนที่จะใช้ในการติดตามประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของ ประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ในระยะต่อไปได้ สถิติของตัวชี้วัดหลายตัวบ่งชี้ผลกระทบต่อสุขภาพในเบื้องต้นได้ จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับของผลการดำเนินการ ความแตกต่างของแนวโน้มของผลการดำเนินการต่อเนื่อง และความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงของแนวโน้มของผลการดำเนินการภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.

กระทรวงสาธารณสุข สปสช. คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักนายกรัฐมนตรี และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันทบทวน วางแผนและ ออกแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขผลกระทบต่อสุขภาพต่อประชาชน อันเป็นผลจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. รวมถึงควรทบทวนและออกแบบระบบในการกำกับดูแลระบบสาธารณสุขในพื้นที่ด้วย

**คำสำคัญ:** สัญญาณเตือน, ผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ, การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## 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

Jiruth Sriratanaban<sup>\*</sup>, Noppcha Singweratham<sup>†</sup>, Daorong Komwong<sup>‡</sup>, Mano Maneechay<sup>§</sup>

<sup>\*</sup> Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

<sup>†</sup> Faculty of Public Health, Chiang Mai University

<sup>‡</sup> Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

<sup>§</sup> Khoksumrong District Public Health Office

**Corresponding author:** Noppcha Singweratham, [nopcha@hotmail.com](mailto:nopcha@hotmail.com)

### Abstract

This mixed-method research aimed to identify early warning signs of fundamental changes associated with the transfer of Tambon (subdistrict) health promoting hospitals (THPH) to provincial administrative organizations (PAOs). The study focused on the health-related impact risks including changes in resource management, health service provision, and public health operations of THPH after the transfer. The research consisted of two parts. In the qualitative part, data collection involved interviews with key informants from provincial health offices, hospitals, THPHs, and PAOs in the 6 provinces case study strategically selected for in-depth analysis. Data were analyzed through content analysis. In the retrospective analytical-study part, pilot indicator sets and information along the cause-and-effect chains were synthesized with respect to the study framework. They linked measures of access, service utilization, healthcare quality, health outcomes, and care costs to early warning signs of health-related risks after the transfer. Using the databases collected by the National Health Security Office (NHSO), the data from the fiscal years 2018-2022 were utilized as the baseline data while the 2023 data were the first-year post-transfer.

Key findings from this study reveal that the evaluation framework for health impacts of the THPH transfer should include (1) health outcomes, (2) costs of care, (3) public health outcomes, (4) primary



care access, (5) effectiveness or adherence to clinical practice guidelines and timely care, (6) alignment with public health activity frameworks and goals, and (7) resources and management models. This framework served as early warning indicators for monitoring post-transfer health impacts. Furthermore, statistical indicators on various aspects could reflect operational differences, trends of pre- and post-transfer to PAOs.

The Ministry of Public Health, NHSO, the Office of the Prime Minister (Committee for the Delegation of Authority to Local Administrative Organizations), and the Ministry of Interior (Department of Local Administration), as well as other related agencies, are recommended to collaborate in reviewing, planning, and designing a surveillance system to prevent and address health impacts on the population resulting from the transfer of THPHs to PAOs. Additionally, a review and redesign of a system for overseeing the local public health system should be in place.

**Keywords:** early warning sign, health impacts, transfer of Tambon health promoting hospitals

## ภูมิหลังและเหตุผล

การกระจายอำนาจระบบและกระบวนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยปฏิรูปความรับผิดชอบและการบริหารจากการบริหารส่วนกลางไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีโอกาสทำให้เกิดผลกระทบทั้งในทางบวกและผลที่ไม่พึงปรารถนา โดยการปกครองส่วนท้องถิ่น (local government) เป็นการจัดระเบียบการบริหารของภาครัฐซึ่งดำเนินการตามหลักการกระจายอำนาจ (decentralization) มีการใช้อำนาจที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน (people participation)<sup>(1)</sup> การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นรูปแบบการบริหารจัดการ ประชาชนร่วมกันบริหารทรัพยากรภายในชุมชนท้องถิ่นของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาของตัวเอง<sup>(2)</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เข้าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.)<sup>(3)</sup> ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้อำนาจหน้าที่หรือ คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (contracting unit for primary care: CUP)<sup>(4)</sup> โดยมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสม

ผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ประสบการณ์ในการถ่ายโอน รพ.สต. ในประเทศไทย เป็นการถ่ายโอนในรูปแบบคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)<sup>(5)</sup> ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 คือ เป็นการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ<sup>(6)</sup> ต่อมาแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 ได้เปลี่ยนแปลงแนวทางการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อปท. โดยตรง ในด้านการถ่ายโอนภารกิจ พบว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัย หรือ รพ.สต. และสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (สอน.) ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 28 แห่ง ปี พ.ศ. 2555 จำนวน 18 แห่ง ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 4 แห่ง ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 1 แห่ง ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 6 แห่ง ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 8 แห่ง และ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 19 แห่ง ในรวมทั้งสิ้น 84 แห่ง<sup>(7)</sup> จากจำนวน สอน. และ

รพ.สต. 9,787 แห่งทั่วประเทศ จะเห็นได้ว่าการบังคับใช้กฎหมายและการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจจะไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งมีรายงานการศึกษาและติดตามการถ่ายโอนข้างต้นพบทั้งสองส่วนที่ได้ดำเนินการสำเร็จ และปัญหาความท้าทายของการดำเนินการหลายด้านที่ทำให้ไม่ปฏิบัติตามเป้าหมาย ซึ่งอาจมีทั้งที่เกิดขึ้นเป็นการทั่วไปและเกิดขึ้นในบางพื้นที่<sup>(8-11)</sup> ทั้งนี้ การติดตามผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจริงๆ มีน้อยมาก พบเพียงบางรายงานที่กล่าวถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น ที่พบว่าตัวชี้วัดสุขภาพปฐมภูมิตาม QOF (quality outcome framework) ของ สปสช. ดีขึ้น<sup>(5,11-12)</sup>

ด้วยเหตุที่การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จาก กสธ. ไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2565 นี้ มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปเป็นจำนวนมากถึง 3,263 จาก 9,787 แห่ง<sup>(5,13)</sup> จึงถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยมีความตระหนักว่า การดำเนินการหลายประการยังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน การเปลี่ยนแปลงอาจต้องใช้เวลาในการส่งผลในด้านต่างๆ ตลอดจนข้อมูลจำนวนมากอาจยังไม่มีความพร้อมในช่วงระยะปีแรกภายหลังการถ่ายโอน ดังนั้น การศึกษาในโครงการนี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะค้นหาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น (early warning sign) หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ อันเป็นผลเชื่อมโยงมาจากการถ่ายโอน รพ.สต. รวมถึงศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการจัดการทรัพยากรและจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต. เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ เพื่อจะเป็นการวางพื้นฐานของการเตรียมการในการติดตามประเมินผลในระยะยาวต่อไป

## ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี (mixed methods)

มุ่งเน้นการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับกลุ่มประชากร (population health) ของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ครอบคลุมผลลัพธ์ของงานด้านการดูแลสุขภาพบุคคล เน้นที่บริการสุขภาพปฐมภูมิ และงานสาธารณสุข รวมถึงตัวแปรสำคัญในการดำเนินการและการจัดสรรทรัพยากรที่นำไปสู่ผลลัพธ์ดังกล่าวประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

## ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำกรณีศึกษาเพื่อค้นหาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น

การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative) โดยการทำกรณีศึกษา (case studies) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1) กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ทุกแห่งไม่มีการถ่ายโอนไป อบจ. 2) กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ทุกแห่งมีการถ่ายโอนไป อบจ. และ 3) กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. บางแห่งในจังหวัดมีการถ่ายโอนไป อบจ. และศึกษาร่วมกับ รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนรวมกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ เทศบาลตำบล (ทต.)

**ประชากร:** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย โดยแบ่งพื้นที่การจัดทำกรณีศึกษาเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 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. แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ตาม 1<sup>st</sup> - 4<sup>th</sup> quartile จำนวน 5,577 แห่ง

**กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง:** คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง โดยมีหลักเกณฑ์ รพ.สต. ขนาดเล็กอย่างน้อย 1 แห่ง ขนาดกลางอย่างน้อย 1 แห่ง และขนาดใหญ่อย่างน้อย 1 แห่ง เน้นให้เกิดการกระจายของขนาด รพ.สต. ให้ได้มากที่สุดในแต่ละพื้นที่ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จังหวัดและอำเภอของการจัดทำกรณีศึกษา

กรณี	จังหวัด	อำเภอ	ระดับจังหวัด		ระดับอำเภอ		
			สนง.สสจ.	อบจ.	รพ.	สนง.สสอ.	รพ.สต.
1	เลย	เชียงคาน (ไม่ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	1	1	2
2	ระนอง	กระบุรี (ไม่ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	1	1	2
3	ร้อยเอ็ด	พนมไพร (ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	1	1	2
4	หนองบัวลำภู	ศรีบุญเรือง (ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	1	1	2
5-8	สุราษฎร์ธานี	เกาะพะงัน (ไม่ถ่ายโอนทั้งอำเภอ) กาญจนดิษฐ์ (ถ่ายโอน <50%) บ้านตาขุน (ถ่ายโอน >50%) พุนพิน (ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	4	4	8
9-12	เชียงราย	เวียงชัย (ไม่ถ่ายโอนทั้งอำเภอ) แม่สาย (ถ่ายโอน <50%) แม่จัน (ถ่ายโอน >50%) เชียงแสน (ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	4	4	8

รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สนง.สสจ. = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สนง.สสอ. = สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด

**ผู้ให้ข้อมูล:** การศึกษาการจัดทำกรณีศึกษา (case studies) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกหน่วยงานและสถานพยาบาลที่ทำการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับ รพ.สต. จำแนกเป็น 8 กลุ่ม ประกอบด้วย

- ระดับจังหวัด: (กลุ่ม 1) กลุ่มผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เช่น หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ และ (กลุ่ม 2) กลุ่มผู้บริหารของ อบจ. ซึ่งนายก อบจ. มักมอบหมายให้ที่ปรึกษานายก อบจ. ด้านสาธารณสุข หรือรักษาการผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ของ อบจ. และอาจมีบุคลากรในกองเพื่อร่วมให้ข้อมูลสนับสนุน

- ระดับอำเภอ: พื้นที่ละ 2 อำเภอ โดยประกอบด้วย (กลุ่ม 3-4) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอ เช่น

ผู้อำนวยการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และ (กลุ่ม 5-6) กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ เช่น สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมายของอำเภอที่ได้รับเลือก

- ระดับ รพ.สต.: อำเภอละ 2 รพ.สต. ประกอบด้วย (กลุ่ม 7-8) กลุ่มพยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำของ รพ.สต. ที่ได้รับเลือกพื้นที่ละ 2 แห่ง ทั้งนี้ องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มอาจมีความแตกต่างกันตามพื้นที่ตามการได้รับมอบหมาย

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แนวคำถามเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย
  - 1) ความสัมพันธ์ระหว่าง กสธ. และ อบจ. 2) การคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการเงิน ทรัพยากร การจัดบริการสุขภาพในสถานพยาบาล การจัดบริการสุขภาพนอกสถานบริการ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข การกำกับติดตามตัวชี้วัด การดำเนินงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) การคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น

ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ และ 4) ข้อเสนอแนะอื่นๆ

2. เครื่องบันทึกเสียง
3. สมุดสำหรับบันทึกข้อมูล

#### การตรวจสอบเครื่องมือ

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการกระจายอำนาจ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านปฐมภูมิ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้าน อปท. 1 คน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ นำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence : IOC) ได้ค่า IOC มีค่า = 0.87

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ติดตามประสานงาน รพ.สต. และต้นสังกัดเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าไปศึกษา
2. ส่งหนังสือประสานนัดหมายหน่วยงานที่จะเข้าไปศึกษา
3. เตรียมหลักฐานแสดงตัว และอุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ สมุดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง
4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล
5. มีการบันทึกเสียง และถอดเทปหลังการสัมภาษณ์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกอบด้วย 1) การจัดแฟ้ม 2) การลงรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) การจัดประเภทของข้อมูล 4) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่และแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ 6) การตรวจสอบความถูกต้อง โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล และ 7) การสรุปรายงานการวิจัย และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (descriptive explanation)

#### ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเพื่อค้นหาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ retrospective cohort study เป็นการประเมินผลรอบปีแรกของการถ่ายโอน รพ.สต. (ปีงบประมาณ 2566) โดยศึกษาฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ข้อมูลปีงบประมาณ 2561-2565

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง:** ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและงานสาธารณสุข ฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของ สปสช. ปีงบประมาณ 2561-2565 จาก สอน. และ รพ.สต. 9,787 แห่งทั่วประเทศ

**การสังเกตและการวัด:** ตัวแปรต้น (independent variable) ได้แก่ สถานะการถ่ายโอนหรือไม่ถ่ายโอนของ รพ.สต. จาก กสธ. ไปยัง อบจ. ตัวแปรผลลัพธ์ (outcome variable) หรือตัวแปรตาม (dependent variable): การวัดสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ พิจารณาตามกรอบแนวคิดของการติดตามและประเมินผลการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมไว้ ร่วมกับบริบทของการจัดบริการสุขภาพของ



รพ.สต. ในประเทศ ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) 2) ต้นทุนของการดูแล (cost of care) 3) มิติสำคัญของคุณภาพของการดูแล ได้แก่ การได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (effectiveness) และ การได้รับการดูแลรักษาทันเวลา (timeliness) และ 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ (access to primary care)

**เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล:** เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรที่กำหนด เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาส่วนที่ 2 นี้ ประกอบด้วย

1. การประมวลผลตัวแปรจากฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 52 แฟ้ม ของ กสธ. ในปีงบประมาณ 2561-2565 ของ สปสช. และปีงบประมาณ 2566 ครั้งปีแรก

2. การประมวลผลตัวแปร จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของ สปสช. ในปีงบประมาณ 2561-2565 และปีงบประมาณ 2566 ครั้งปีแรก ครอบคลุมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการผู้ป่วยใน การให้บริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแลระยะยาว และการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

3. การประมวลผลประชากรในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ที่ศึกษา และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ตั้งของ รพ.สต. ที่ศึกษาจากฐานข้อมูลผู้มีสิทธิของ สปสช.

### วิธีดำเนินการศึกษา

1. จัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องในการทบทวนและจัดทำรายละเอียดของนิยามและการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรที่สำคัญของโครงการ ร่วมกับคณะทำงานของ สปสช. และ กสธ.

2. ทบทวนการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. และเวลาที่มีการเริ่มดำเนินการจริงในต้นปีงบประมาณ 2566 เช่น จำนวนและพื้นที่ของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอน นโยบาย แนวทางปฏิบัติ

3. ทบทวนและสรุปข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของ รพ.สต. ในแต่ละกลุ่ม โดยการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้

ในกรณีที่เป็น เช่น การเชื่อมต่อฐานข้อมูลที่ต้องมีการระบุตัวบุคคลเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลจะมีการร้องขอให้หน่วยงานข้างต้นเป็นผู้ดำเนินการเบื้องต้นเพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล ก่อนส่งมอบฐานข้อมูลให้กับโครงการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่ 1 รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไปยัง อบจ. และกลุ่มที่ 2 รพ.สต. กลุ่มเปรียบเทียบที่ยังคงสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแสดงผลการศึกษารายตัวแปร

### การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในสถาบันการพัฒนาคู่มือครองวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง COA No. IHRP2023006 HIRP No. 111-2565 ลงวันที่ 20 มกราคม 2565

## ผลการศึกษา

### 1. การจัดทำกรณีศึกษาเพื่อค้นหาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น

ประเด็นสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน สามารถวิเคราะห์และสรุปได้เป็นผลดังนี้

#### 1) สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการจัดการทรัพยากร

การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและเงินเพื่อใช้ในการบริการสาธารณสุข การจัดสรรทรัพยากร/เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและทรัพยากรทางด้านสุขภาพ มีความเหลื่อมล้ำที่อาจจะส่งผลกระทบต่อความไม่พอเพียงหรือมีจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนการจัดบริการและประชากรที่รับผิดชอบ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงของการจัดการทรัพยากรหลังถ่ายโอน

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มีการเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลที่เฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและเงินเพื่อใช้ในการบริการสาธารณสุข						
รูปแบบและสัดส่วนการบริหารจัดการเงิน OP และ PP	- ความหลากหลายในรูปแบบการบริหารจัดการและการจัดสรร - ระยะเวลาในการจัดสรร บางพื้นที่ได้รับเงินแล้ว บางพื้นที่ยังไม่ได้รับเงิน - สธ. ยุติการจัดสรรเพราะมีระเบียบเงินบำรุง	- เกิดความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรมาใช้ในการจัดบริการ - เกิดความไม่เพียงพอที่จะนำทรัพยากรมาใช้ในการจัดบริการ - ส่งผลต่อแรงจูงใจในการจัดบริการ	+	++	+ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้รับในการจัดสรรต่อจำนวนบุคลากรที่ รพ.สต. จ้าง (ที่ไม่ใช่ข้าราชการ) + สถานะเงินบำรุงคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ + ร้อยละค่าใช้จ่ายประจำต่อค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้รับในการจัดสรร	รพ.สต. CUP
การจัดสรรเงินที่ยังตัดจ่ายไม่ทันก่อนถ่ายโอน (เงินค้างท่อ)	- สธ. ยุติการจัดสรรเพราะมีระเบียบเงินบำรุง	- เกิดผลกระทบกับการดำเนินงานกิจกรรมในภาพรวม - เกิดผลกระทบต่อสภาพคล่องของเงินบำรุง	+	++	+ สถานะเงินบำรุงคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ	รพ.สต. CUP
เงินบำรุงคงเหลือ	- เงินบำรุงมีไม่เพียงพอต่อการจ้างงาน (เงินไม่เพียงพอต่อการจ้างลูกจ้าง) - เงินไม่เพียงพอต่อการอยู่เวรนอกเวลาราชการ	- การจัดบริการปรับรูปแบบการจัดน้อยลง - ลดการจัดบริการในพื้นที่	+	++	+ การเปิดบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ + ข้อมูลการเบิกค่าใช้จ่าย OT ต่อคนต่อเดือน + จำนวนการให้บริการนอกเวลาราชการของ รพ. ในพื้นที่	รพ.สต.
การจัดสรรทรัพยากร/เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและทรัพยากรทางด้านสุขภาพ						
รายการยาใน รพ.สต.	ยุติจัดสรรยานอกกรอบบัญชียาของ รพ.สต. (กรณีผู้ป่วย NCDs)	- เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (first contact) - ขาดการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (continuity of care)	+	++	* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง)	CUP
การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา	ยุติหรือปฏิเสธให้เภสัชกรใน รพ. เข้าไปควบคุมการบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนได้	- เกิดยาหมดอายุและใช้ไม่ทัน - สูญเสียทรัพยากร	+	++	+ ข้อมูลยาหมดอายุ	CUP จังหวัด
การสอบเทียบเครื่องมือ (calibration)	CUP เขียนโครงการเพื่อสอบเทียบเครื่องมือ แต่ไม่รวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้ว	- เครื่องมือไม่ได้รับการสอบเทียบและไม่ได้มาตรฐาน กระทั่งถึงความถูกต้องของการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยและการให้การดูแลรักษา	+	+	+ จำนวนเครื่องมือที่ไม่ได้รับการสอบเทียบ (การสอบเทียบบางพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ 100% ขึ้นอยู่กับงบประมาณของ CUP โดยเน้นการสอบเทียบเครื่องมือให้ รพ. เป็นหลัก)	CUP จังหวัด
ระบบหน่วยจ่ายกลาง (central supply)	- ยุติการบริการรับฝากนั่งผ้าเช็ดด้วยโอนำจากหน่วยจ่ายกลางของ รพ. - อบจ. วางแผนให้ รพ.สต. จัดหา supply เองเหมือนในอดีต	- เกิดการไม่ประหยัดต่อขนาดของการจัดบริการ และคุณภาพของการดูแล โดยเฉพาะการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	+	+	+ การดำเนินการตามมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ควรทำได้ใน รพ.สต. (หน่วยบริการปฐมภูมิ)	รพ.สต. CUP จังหวัด

รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สธ. = สาธารณสุข, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด, CUP = contracting unit for primary care, NCDs = non-communicable diseases, OP = outpatient, OT = overtime, PP = promotion and prevention





## 2) สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการสุขภาพส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพยังเป็นผลสืบเนื่องจากการจัดสรรทรัพยากร/เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและทรัพยากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงการบริหารอื่นๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านทรัพยากรบุคคล ดังตารางที่ 3

## 3) สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขอาจไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงแต่มีผลกระทบต่อสถิติการรับบริการไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อนของการวางแผนนโยบายสาธารณสุขในระยะยาว

สัญญาณเตือนขึ้นอยู่กับการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานของ กสธ. ที่ทำหน้าที่ในการกำกับติดตามตัวชี้วัดที่เดิมที่จะเป็นบทบาทของ CUP และ สสอ. ดังตารางที่ 4

## 4) สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการ

รพ.สต. ที่ไม่มีบุคลากรถ่ายโอน ไม่มีพยาบาลวิชาชีพหลังถ่ายโอน ที่มีจำนวนบุคลากรถ่ายโอนน้อยกว่าก่อนถ่ายโอน บุคลากรที่ถ่ายโอนมิใช่ข้าราชการ / จ้างใหม่ ลักษณะของการบริหารบางประเด็น เช่น ลักษณะทั่วไป ลักษณะการถ่ายโอน จำนวนประชากรในพื้นที่ สภาพเศรษฐกิจในพื้นที่ ความสัมพันธ์เดิมระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ.สต. ของ CUP และการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงของการจัดบริการสุขภาพหลังถ่ายโอน

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มีชุดข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลเฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
รูปแบบการจัดบริการใน รพ.สต.						
รพ.สต. ที่เป็น PCU /Non PCU	ยุติการส่งแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพไปจัดบริการใน รพ.สต.	- กระทบนโยบายลดความหนาแน่นในโรงพยาบาล - เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ - ขาดการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - ขาดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน โดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ - ขาดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของการจัดบริการ - ขาดความร่วมมือในการจัดบริการ	+	++	+ จำนวนและร้อยละ รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง)	รพ.สต.
การบริการทางทันตกรรมในพื้นที่ที่มีทันตภิบาล	ทันตภิบาลไม่สามารถปฏิบัติงานจากการยังไม่มียันต์แพทย์กำกับดูแลเหมือนใน รพ. แม่ข่ายเดิมของ สธ.	- เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ - ขาดการดูแลต่อเนื่อง - ขาดการดูแลแบบผสมผสาน	+	++	* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทันตกรรม) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทันตกรรม) PubH (16-17, 22-23)	รพ.สต. CUP
กิจกรรมการตรวจคัดกรอง	ไม่มีความชัดเจนในระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรอง	- ขาดการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - ขาดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน - ขาดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม - ขาดความร่วมมือในการจัดบริการ		+	* ข้อมูลการได้รับการตรวจคัดกรอง PubH (1-9) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. ของกลุ่มที่ได้รับการคัดกรอง	รพ.สต. CUP
รูปแบบการจัดบริการนอก รพ.สต.						
การจัดบริการที่เกิดร่วมกันระหว่าง รพ. และ รพ.สต. กลุ่ม long-term care / palliative care	- ยุติหรือปฏิเสธการเยี่ยมผู้ป่วยระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะประคับประคองร่วมกันระหว่าง รพ. และ รพ.สต. - ความไม่ชัดเจนในระบบการส่งตัว (refer in และ refer back)	- ขาดการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - ขาดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน - ขาดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม - ขาดความร่วมมือในการจัดบริการ โดยเฉพาะบริการที่ต้องไปดูแลที่บ้าน หรือในชุมชน	+	++	+ สถิติการเยี่ยมผู้ป่วย (intermediate care / long-term care / palliative care/ ผู้สูงอายุ) * สถิติการเข้ารับบริการในกลุ่มผู้ป่วยใน รพ.	CUP
กิจกรรมรณรงค์ทางด้านสุขภาพ	- ยุติหรือปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การฉีดวัคซีน	- ประชาชนไม่ได้รับการสุขภาพที่จำเป็น เช่น การควบคุมและป้องกันโรค - ขาดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน - ขาดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม - ขาดความร่วมมือในการจัดบริการ	+	++	* สถิติการเข้ารับบริการในกลุ่มผู้ป่วยใน รพ. (กิจกรรมรณรงค์ของ กสธ.ที่เป็นไปตามนโยบาย)	CUP

กสธ. = กระทรวงสาธารณสุข, สธ. = สาธารณสุข, CUP = contracting unit for primary care, PCU = primary care unit, PubH = public health



ตารางที่ 4 สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหลังถ่ายโอน

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่ชี้ชุดข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลที่เฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุข						
รายงาน/การบันทึกการ สอบสวนโรค	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรายงานโรคมียังมีจำนวนลดลง</li> <li>- การรายงานโรคไม่ทันเวลา</li> <li>- ระบบการรายงานโรคไม่เหมือนเดิม ทั้งในจังหวัดเดียวกัน และระหว่าง จังหวัด โดยเฉพาะ พื้นที่ที่อยู่ชาย ขอบจังหวัด (ระหว่างจังหวัดที่ถ่าย โอนและไม่ถ่ายโอน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระทบต่อระบบการป้องกันและควบคุม โรคระบาดที่มีประสิทธิภาพลดลง จาก รายงานที่ล่าช้า ตอบสนองล่าช้า หรือไม่มี ข้อมูลเพื่อการวางแผนในภาพรวม</li> </ul>	+		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ คุณภาพการรายงาน 506</li> <li>* อัตราการระบาดของโรค เช่น OP-IP จำนวนผู้ป่วย ใช้เลือดออก โควิด โรคอุจจาระร่วง มือ เท้า ปาก</li> </ul>	CUP จังหวัด
การควบคุมกำกับติดตามงานตามตัวชี้วัด						
ระบบการบันทึกข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ. ใช้ระบบ HosXP และ รพ.สต. ใช้ JHCIS</li> <li>- อบจ. สร้างระบบของข้อมูลใหม่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระทบต่อการนำเข้าสู่ข้อมูล</li> <li>- กระทบต่อการรวบรวมฐานข้อมูล</li> <li>- กระทบต่อการประมวลผลข้อมูล</li> </ul>	+		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ ระบบเวชระเบียนที่ใช้ใน รพ.สต.</li> <li>+ สถิติการให้บริการด้านสาธารณสุข</li> </ul>	รพ.สต. CUP จังหวัด
การลงบันทึกข้อมูลในเวช ระเบียนไม่สอดคล้องกับ การจัดการบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีที่แพทย์มาตรวจที่ รพ.สต. บาง พื้นที่ใช้ระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย ของ รพ. พร้อมกับการให้แพทย์ลง รหัส ผลงานเป็นของ รพ. และบาง พื้นที่ใช้ระบบการขึ้นทะเบียนใน รพ.สต. และให้แพทย์ลงรหัส ของ รพ.สต. ผลงานเป็นของ รพ.สต.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อาจไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง แต่มีผลกระทบต่อสถิติการรับบริการไม่ สอดคล้องกับความเป็นจริง</li> <li>- ส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อนของ การวางแผนนโยบายสาธารณสุขในระยะ ยาว</li> <li>- อาจเชื่อมโยงกับการจัดสรรเงินในระยะ ยาวเนื่องจากจะแย่งการให้บริการผู้ป่วย และ authentication</li> </ul>	+	++	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ จำนวนและร้อยละ รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ</li> <li>* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง)</li> <li>* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรค เรื้อรัง)</li> </ul>	รพ.สต. CUP
การลงบันทึกข้อมูลผลการ จัดบริการสาธารณสุขที่ได้ เงิน (key เพื่อเบิก)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดที่มีผลต่อ การจัดสรรเงินโดยเน้นการเคี้ยวข้อมูล ในระบบ authentication (ไม่มีเงิน ไม่มีงาน ไม่มีข้อมูล)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ สถานการณ์สุขภาพในระยะยาว</li> </ul>	+		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ ความแตกต่างของสถิติข้อมูลตามตัวชี้วัดของ นโยบายสำคัญของ กสธ. ที่ได้รับการจัดสรรค่า บริการสาธารณสุขจาก สปสช. ระหว่างกลุ่มถ่าย โอนและกลุ่มไม่ถ่ายโอน</li> </ul>	รพ.สต. CUP จังหวัด

ตารางที่ 4 สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหลังถ่ายโอน (ต่อ)

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มียุทธศาสตร์ข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลเฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
การลงบันทึกข้อมูลผลการ จัดบริการสาธารณสุขที่ไม่ ได้เงิน (key เพื่อบอก)	- ไม่บันทึกข้อมูลตามตัวชี้วัดของ กสธ. รวมถึงตัวชี้วัดที่จำเป็นที่ควรต้อง รายงาน	- ขาดข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ สถานการณ์สุขภาพในระยะยาว	+	++	+ ความแตกต่างของสถิติข้อมูลตามตัวชี้วัดของ นโยบายสำคัญของ กสธ. ที่ไม่ได้รับการจัดสรรค่า บริการสาธารณสุขจาก สปสช. ระหว่างกลุ่มถ่าย โอนและกลุ่มไม่ถ่ายโอน เช่น การพัฒนาการเด็ก/ การคัดกรอง	รพ.สต. CUP จังหวัด
รายงาน/การบันทึกการ สอบสวนโรค	- การรายงานโรคมียังน้อยลง - การรายงานโรคไม่ทันเวลา - ระบบการรายงานโรคไม่เหมือนเดิม ทั้งในจังหวัดเดียวกันและระหว่าง จังหวัด โดยเฉพาะ พื้นที่ที่อยู่ชาย ขอบจังหวัด (ระหว่างจังหวัดที่ถ่าย โอนและไม่ถ่ายโอน)	- ผลกระทบต่อระบบการป้องกันและ ควบคุมโรคระบาดมีประสิทธิภาพลดลง	+	++	+ คุณภาพการรายงาน 506 * อัตราการระบาดของโรค	รพ.สต. CUP จังหวัด
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)						
การรายงานผลการปฏิบัติ งาน	- อสม. ในพื้นที่ถ่ายโอน อสม. ได้รับ การแจ้งว่าเป็นส่วนหนึ่งของ กสธ.	ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงานที่ อาจจะส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานของ อสม. รับ แนวทางการปฏิบัติงานจากหน่วยงานไหน การประสานงานกับ อสม. มีปัญหาในพื้นที่ ที่มีการถ่ายโอน	+		+ รายงานการปฏิบัติงานของ อสม.	CUP

กสธ. = กระทรวงสาธารณสุข, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, CUP = contracting unit for primary care, HosXP = hospital and experience software, IP = inpatient, JHCIS = java health center information system software, OP = outpatient



ตารางที่ 5 สัญญาณเตือนจากการบริหารจัดการหลังถ่ายโอน

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มียุทธศาสตร์ข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลเฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
ลักษณะทั่วไปของ รพ.สต.						
ขนาด รพ.สต.	ไม่พบปัญหาโดยตรง แต่มีข้อสังเกตพบว่า รพ.สต. ขนาดใหญ่ มีค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ระดับสูงกว่า รพ.สต. ขนาดเล็ก	ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับจำนวนประชากรส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวที่ใช้เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายประจำ (ต้นทุนคงที่) ในการจัดบริการ	+	++	+ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้รับในการจัดสรรต่อจำนวนบุคลากรที่ รพ.สต. จ้าง (ที่ไม่ใช่ข้าราชการ) + สถานะเงินบำรุงคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ + ร้อยละค่าใช้จ่ายประจำต่อค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้รับในการจัดสรร	รพ.สต.
จำนวนประชากรในพื้นที่	ไม่พบปัญหาโดยตรง แต่มีข้อสังเกตพบว่า รพ.สต. ขนาดใหญ่ มีค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ระดับสูงกว่า รพ.สต. ขนาดเล็ก	- ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับจำนวนประชากรส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวที่ใช้เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายประจำ (ต้นทุนคงที่) ในการจัดบริการ - ภาระความรับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่	+	++	+ การจัดตั้ง รพ. แม่ข่าย ใหม่เพื่อครอบคลุมพื้นที่จัดบริการ * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง)	รพ.สต.
สภาพเศรษฐกิจในพื้นที่	รพ.สต. ที่อยู่ในพื้นที่ที่เศรษฐกิจดี ประชาชนมีรายได้ดี ส่งผลให้ รพ.สต. มีรายได้เพิ่มเติมจากการจัดบริการ เช่น แพทย์แผนไทย	สภาพเศรษฐกิจของพื้นที่จะส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ	+	++	+ รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร + รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน	รพ.สต. CUP
ความสัมพันธ์เดิมระหว่าง รพ. แม่ข่าย และ รพ.สต. ของ CUP	CUP ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง รพ.สต. กับ รพ. แม่ข่าย โดยเฉพาะ รพ.ช. จะมีความช่วยเหลือระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ.	ความสัมพันธ์ที่ดี นำสู่ความร่วมมือในการจัดบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสนับสนุนบุคลากร วิชาการ ยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยา และอื่นๆ	+	++	+ ระดับความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และ CUP ที่มี รพ. ในสังกัด สธ. เป็นแม่ข่าย	CUP
การปรับเปลี่ยนผู้บริหาร	ผู้บริหาร อบจ. คนเก่าสนับสนุนการถ่ายโอน แต่หลังจากได้ อบจ. คนใหม่ ส่งผลทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในระดับนโยบาย	- เกิดความไม่ต่อเนื่องในระดับนโยบาย - บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน	+	++	+ การเปลี่ยนผู้บริหาร	จังหวัด

ตารางที่ 5 สัญญาณเตือนจากการบริหารจัดการหลังถ่ายโอน (ต่อ)

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มีชุดข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลเฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
ลักษณะการถ่ายโอน						
สัดส่วน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ในพื้นที่น้อย เปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ไม่ถ่ายโอนหรือถ่ายโอนไปทั้งหมด	- พุดกระทบกระเทือนระหว่าง รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนและถ่ายโอนในที่ประชุม - รพ.สต. ถ่ายโอนน้อยในพื้นที่ที่ถูกถอด ชื่อจากคณะกรรมการบางกิจกรรม - มีปัญหาการดำเนินงานในลักษณะ คณะกรรมการร่วมกัน	- เกิดผลกระทบกับการดำเนินกิจกรรม ในภาพรวม เช่น การประสานงาน การ วางแผนการแก้ปัญหาด้านสุขภาพใน ภาพรวม - ขาดการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน สุขภาพระดับอำเภอ	+	++	+ การจัดตั้งเป็นคณะกรรมการ 1) คปสอ. 2) พขอ. 3) คณะกรรมการการป้องกันอุบัติเหตุในท้องถิ่น ช่วงเทศกาล + การเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการ 1) คปสอ. 2) พขอ. 3) คณะกรรมการการป้องกันอุบัติเหตุในท้องถิ่น ช่วงเทศกาล	CUP
ลักษณะบุคลากรและการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์						
จำนวนแพทย์ในพื้นที่	ไม่พบข้อมูลจากพื้นที่กรณีศึกษา โดยตรงแต่เป็นสถานการณ์ความ ขาดแคลนในระดับประเทศ	- พื้นที่ที่ขาดแคลนจะมีผลกระทบต่อการจัด บริการ		+	+ อัตราส่วนจำนวนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน	CUP จังหวัด
จำนวนพยาบาลในพื้นที่	ไม่พบข้อมูลจากพื้นที่กรณีศึกษา โดยตรงแต่เป็นสถานการณ์ความ ขาดแคลนในระดับประเทศ	- พื้นที่ที่ขาดแคลนจะมีผลกระทบต่อการจัด บริการ		+	+ อัตราส่วนจำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน	CUP จังหวัด
รพ.สต. ที่ไม่มีบุคลากร ถ่ายโอน	ตรวจรักษาโดยเวียนพยาบาลมาจาก รพ.สต. ในกลุ่มที่ถ่ายโอนเท่านั้น (รพ. สต. กลุ่มที่ไม่ถ่ายโอน/สนง.สสอ. อาจ ไม่ส่งบุคลากรไปสนับสนุนการจัด บริการ)	- เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพเนื่องจากการปิดหรือลดการ จัดบริการที่ รพ.สต. - กระทบนโยบายลดความหนาแน่นในโรง พยาบาล	+	++	* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรค เรื้อรัง)	รพ.สต. CUP
รพ.สต. ที่ไม่มีพยาบาล วิชาชีพหลังถ่ายโอน	พยาบาลมาจาก รพ.สต. เวียนมาช่วย กันตรวจ (รพ.สต. กลุ่มที่ไม่ถ่ายโอน/ สนง.สสอ. อาจไม่ส่งบุคลากรเข้าไป สนับสนุนการจัดบริการ)	- บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง ลดลง - กระทบนโยบายลดความหนาแน่นในโรง พยาบาล - เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพ	+		* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรค เรื้อรัง)	รพ.สต. CUP

ตารางที่ 5 สัญญาณเตือนจากการบริหารจัดการหลังถ่ายไอออน (ต่อ)

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มีชุดข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลที่เฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
รพ.สต. ที่มีจำนวนบุคลากร ถ่ายไอออนน้อยกว่าก่อนถ่าย ไอออน	ตรวจรักษาโดยการเวียนพยาบาลมา จาก รพ.สต. ในกลุ่มที่ถ่ายไอออนเท่านั้น (รพ.สต. กลุ่มที่ไม่ถ่ายไอออน/สนง.สสอ. อาจไม่ส่งบุคลากรเข้าไปสนับสนุนการ จัดบริการ)	- บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง ลดลง - เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพ - กระทบนโยบายลดความหนาแน่นใน โรงพยาบาล	+	++	* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรค เรื้อรัง)	รพ.สต. CUP
บุคลากรที่ถ่ายไอออนมิใช่ ข้าราชการ / จ้างใหม่	อบจ. ใช้การจ้างชั่วคราวไปก่อน/จ้าง ใหม่	- เกิดผลกระทบกับการจัดบริการทางด้าน สุขภาพ - บุคลากรใหม่ขาดสมรรถนะ เพิ่มพูนความ รู้ให้ไม่ทัน	+		+ จำนวนการรับบุคลากรใหม่ + จำนวนเงินที่ใช้ในการจ้างบุคลากร	รพ.สต. จังหวัด
ระบบบริหารงานบุคคล	กองการเจ้าหน้าที่ของ อบจ. ไม่สามารถ ปฏิบัติงานได้ทันเวลา เพราะจำนวน บุคลากรเพิ่มขึ้น	- เกิดผลกระทบต่อการบริหารจัดการงาน ทรัพยากรบุคคล ไม่สามารถดำเนินการ ได้อย่างใกล้ชิด หรือเข้าใจถึงการพัฒนา ทางวิชาการ/วิชาชีพ	+	++	+ จำนวนบุคลากรสาธารณสุขของ อบจ. ทุกระดับ ต่อจำนวนบุคลากรกองการเจ้าหน้าที่	จังหวัด

คปสอ. = คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ, พชอ. = คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สนง.สสอ. = สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด, CUP = contracting unit for primary care

## 2. สัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทางสุขภาพจากการถ่ายโอน

ตัวชี้วัดเพื่อประเมินสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นของการเกิดผลกระทบทางสุขภาพจากการถ่ายโอน โดยคำนึงถึงความครอบคลุมขององค์ประกอบตามห่วงโซ่ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล เชื่อมโยงการวัดผลของการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (access to primary care: A) การวัดผลคุณภาพของการดูแล (quality: Q) และการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes: H) และ

ต้นทุนของการดูแล (cost of care: C) และศึกษาถึงปัจจัยนำหรือกระบวนการไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพ สำหรับในมิติสำคัญของคุณภาพของการดูแล 2 ด้าน คือการได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (effectiveness: E) และการได้รับการดูแลรักษาทันเวลา (timeliness: T) อีกทั้งยังศึกษาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงการเกิดผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์งานสาธารณสุข (public health outcomes: PH) อาจสรุปเบื้องต้นจากการศึกษา ระยะที่ 1 ได้เป็นกลุ่มตามแนวโน้มที่แสดง ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แนวโน้มของสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นของกลุ่ม รพ.สต. หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอน

ลักษณะแนวโน้ม ปี 2560-2566	ตัวชี้วัด
แนวโน้มของสถิติเป็นไปในทิศทางเชิงบวก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถิติการให้บริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยระยะประคับประคอง (A)</li> <li>- ร้อยละของหญิงคลอดที่ได้รับ ANC ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา (A)</li> <li>- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ ANC อย่างน้อย 4 ครั้ง (A)</li> <li>- ร้อยละของเด็กที่ตรวจพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้นภายใน 1 เดือน (T)</li> <li>- ร้อยละของผู้ได้รับการรักษา หลังการตรวจยืนยันเป็นโรค (ระดับ CUP) (T)</li> <li>- ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ค่าใช้จ่ายต่ำ) (C)</li> <li>- ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน โรคเบาหวานและไตเรื้อรัง (ค่าใช้จ่ายต่ำ) (C)</li> <li>- อัตราการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (O)</li> <li>- สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคไข้เลือดออก (PH)</li> </ul>
แนวโน้มของสถิติเป็นไปในทิศทางเชิงลบ (-)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถิติการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (A)</li> <li>- สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (จำนวนครั้งต่อคนต่อปีต่ำ) (A)</li> <li>- อัตราตายของมารดา (O)</li> <li>- ร้อยละของเด็กเล็ก 0-2 ปี และ 3-5 ปี ที่มีฟันผุ (O)</li> <li>- ร้อยละของเด็กอายุ 3-5 ปี จำเป็นต้องได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ (O)</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย (O)</li> <li>- อัตราการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (O)</li> <li>- สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วง (PH)</li> </ul>
แนวโน้มของสถิติใกล้เคียงหรือเป็นไปในทิศทางเชิงลบตลอด และในปี 2566 สถิติมีแนวโน้มเป็นเชิงลบมากขึ้น (- -)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถิติการคัดกรองในผู้สูงอายุในทุกด้าน (A)</li> </ul> <p>(*เปรียบเทียบกับ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่ไม่มีการถ่ายโอนหรือถ่ายโอนบางส่วน)</p>



ตารางที่ 6 แนวโน้มของสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นของกลุ่ม รพ.สต. หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอน (ต่อ)

ลักษณะแนวโน้ม ปี 2560-2566	ตัวชี้วัด
แนวโน้มของสถิติของกลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอนทั้งหมดใกล้เคียง* หรือเป็นไปในทิศทางเชิงบวก แต่ปี 2566 สถิติมีแนวโน้มเป็นเชิงลบ (- - -)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถิติการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (A)</li> <li>- สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (จำนวนครั้งต่อคนต่อปีสูง) (A)</li> <li>- ร้อยละของเด็กที่อายุไม่เกิน 60 เดือนที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (A)</li> <li>- สัดส่วนการเข้ารับบริการที่ รพ.สต. ต่อ การเข้ารับบริการที่ รพ. (A)</li> <li>- คะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรคหลัก (E)</li> <li>- ระยะเวลาจากการคัดกรองปากมดลูกเป็นบวก จนได้รับการรักษา (T)</li> <li>- ร้อยละของเด็กทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (O)</li> <li>- อัตราการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (O)</li> <li>- สถิติการให้บริการผู้ป่วยในโรคอุจจาระร่วง (PH)</li> </ul>
แนวโน้มของสถิติระหว่างระดับ รพ.สต. กับ ระดับ CUP ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หรือตัวชี้วัดที่ไม่มีทิศทางจำเป็นต้องติดตามข้อมูลและศึกษาเชิงลึก (+++)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง 4 (A)</li> <li>- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจยืนยัน หลังการคัดกรองเป็นบวก (T)</li> <li>- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกแต่ไม่มีประวัติการคัดกรอง (T)</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 (O)</li> <li>- ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง (C)</li> <li>- ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง (C)</li> <li>- สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรคมือ เท้า ปาก (PH)</li> </ul>

หมายเหตุ: \* = เปรียบเทียบกับ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่ไม่มีการถ่ายโอนหรือถ่ายโอนบางส่วน  
 -, - -, - - - = ข้อเสนอแนะเพื่อการเฝ้าระวังเชิงระบบเชิงลบเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นเกิดจากการถ่ายโอน จากน้อยไปหามาก  
 +, ++, +++ = ข้อเสนอแนะเพื่อการเฝ้าระวังเชิงระบบเชิงบวกเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นเกิดจากการถ่ายโอน จากน้อยไปหามาก  
 รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, A = access, ANC = antenatal care, C = cost, CUP = contracting unit for primary care, E = effectiveness, eGFR = estimated glomerular filtration rate, O = outcomes, PH = public health, T = timeliness

## วิจารณ์และข้อยุติ

สัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทางสุขภาพจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. อาจมาจากทั้งการเปลี่ยนแปลงของการจัดการทรัพยากร การจัดบริการสุขภาพและการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไปยัง อบจ. รวมถึงแนวทางในการบริหารจัดการที่จำเป็น ซึ่งมีความหลากหลาย นำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม มีระดับและความรุนแรงของปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้บางปัจจัยมีความคล้ายกับผลกระทบที่เคยมีการศึกษาไว้เมื่อครั้งการ

ถ่ายโอนสถานีอนามัยไปให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)<sup>(5,14-15)</sup> โดยพบว่าทรัพยากรบุคคลน่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสูงสุด กล่าวคือ การไม่มีบุคลากรถ่ายโอนไปด้วยทำให้ไม่มีผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. โดยเฉพาะพยาบาล ทำให้ต้องยกเลิกหรือปิดบริการสุขภาพบางส่วนที่ให้แก่ประชาชน<sup>(16)</sup> รวมถึงบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้ใบประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ส่งผลให้ต้องปิดบริการที่เคยสามารถดำเนินการได้ที่ รพ.สต. เช่น บริการทันตกรรม ซึ่งในส่วนนี้จะแตกต่างไปจากการถ่ายโอนในประเทศอื่น เช่น ฟิลิปปินส์ ที่การถ่ายโอนจะให้บุคลากรย้ายไปปฏิบัติงานภายใต้สังกัด

ใหม่ทั้งหมด<sup>(17-18)</sup> นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยแหล่งทรัพยากรทางการเงินของ รพ.สต. เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยเฉพาะงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>(19)</sup> รูปแบบการได้รับทรัพยากรทางการเงินและสถานะทางการเงินในช่วงปีงบประมาณ 2565-2566 ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงของความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานต่างสังกัดว่าใครควรได้รับการสนับสนุนเรื่องใด แนวโน้มที่ รพ.สต. จะให้ความสำคัญกับบริการที่มีกลไกการจ่ายเงินที่จ่ายเพิ่มไปตามภาระงานหรือผลงาน และลดความสำคัญของงานบริการที่ไม่ได้เงินเพิ่ม<sup>(3)</sup> ในขณะที่การจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรในกลุ่มยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ เป็นอีกปัจจัยที่จะสร้างผลกระทบ โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมีแนวโน้มจะได้รับการสนับสนุนในเรื่องยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ต่างๆ จากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่น้อยลง เช่น การลดจำนวนรายการยาของโรงพยาบาลที่เคยให้ไว้กับ รพ.สต. เพื่อจ่ายให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การงดหรือลดบทบาทของเภสัชกรของ รพ. ในการให้ความช่วยเหลือแก่ รพ.สต. เกี่ยวกับการจัดการคลังยา การดูแลยาขาดครวหรือยาหมด การจัดซื้อหรือจัดหา ยา ส่งผลให้ความสามารถในการให้บริการของ รพ.สต. ลดลง รวมถึงการสนับสนุนการจัดบริการอื่นๆ เช่น การยกเลิกการที่โรงพยาบาลมาจัดคลินิกตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ รพ.สต. ซึ่งครอบคลุมทั้งคน เงิน ของ และการใช้ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล โดยจะเกิดผลกระทบในภาพรวมต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน<sup>(5,19)</sup>

การเปลี่ยนแปลงของการจัดบริการของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไป อบจ. เป็นผลเชื่อมโยงมาจากการจัดการทรัพยากร และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและทีมบุคลากรในพื้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้เช่นกัน<sup>(5,20)</sup> เช่น การจัดคลินิกโรคเรื้อรัง ความไม่เชื่อมโยงของบริการเยี่ยมบ้านภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แนวโน้มของความเสี่ยงในการส่งต่อผู้ป่วยที่ยากขึ้นระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลในสังกัด กสธ. การ

ลดหรือปิดการให้บริการนอกเวลาราชการ รวมถึงบริการที่ต้องดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งพบผลกระทบได้โดยเฉพาะในช่วงที่ กสธ. ไม่อนุญาตให้แพทย์หรือทันตแพทย์ในสังกัดเป็นผู้กำกับดูแลการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตภิบาล ทั้งนี้การใช้บันทึกความเข้าใจ (memorandum of understanding หรือ MOU) ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สนง.สสจ.) และ อบจ. ที่ได้รับโอน รพ.สต. ไปดำเนินการ อาจไม่ใช่เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลที่สมบูรณ์เนื่องจากมีความหลากหลายและได้รับการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในระดับที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นจึงเป็นกลไกที่ควรได้รับการทบทวน ปรับปรุงให้ดำเนินการในรูปแบบอื่น

การเปลี่ยนแปลงของงานด้านสาธารณสุขของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไป อบจ. เป็นผลเชื่อมโยงมาจากการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและทีมบุคลากรในพื้นที่ เช่น การรายงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค รง.506 ที่ลดลงในหลายพื้นที่ จากพื้นที่กรณีศึกษา พบว่า รพ.สต. มีแนวโน้มยุติ หรือลดการดำเนินการบางประการที่เป็นนโยบายของ กสธ. ที่เห็นว่าไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ ทั้งนี้สภาพแวดล้อมและบรรยากาศการทำงานที่ไม่สร้างสรรค์และส่งเสริมการทำงานร่วมกัน รวมถึงนโยบายและแนวทางการบริหารสถานการณ์ทั้งในส่วน of สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และของ อบจ. ส่งผลต่อความเบี่ยงเบนหรือความล่าช้าในการจัดการสถานการณ์ด้านสาธารณสุขเฉพาะหน้า เช่น งานด้านสาธารณสุขที่มีลักษณะเป็นงานเฉพาะกิจหรืองานเพื่อรองรับช่วงเทศกาล 7 วันอันตราย

มีข้อสังเกตผลการศึกษาในกลุ่มลักษณะสัญญาณเตือนจากการพัฒนาและติดตามตัวชี้วัดต่างๆ พบว่า กลุ่มสัญญาณเตือนที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอนทั้งหมด มีผลงานในทิศทางเชิงบวกตลอดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2566 ในตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

กับการเข้าถึงและการดูแลรักษาทันเวลาในกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ขณะที่กลุ่มสัญญาณเตือนซึ่งมีลักษณะที่ผลงานเป็นทิศทางเชิงลบมาตลอดปีงบประมาณ 2560-2566 เป็นกลุ่มตัวชี้วัดที่ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยเป็นผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้นในทุกช่วงวัยและในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การมีฟันผุในเด็กเล็ก 0-5 ปี การควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายในผู้ป่วยเบาหวาน และอัตราการนอนโรงพยาบาลในโรคเรื้อรังสำคัญซึ่งเป็นการนอนโรงพยาบาลที่ป้องกันได้ (preventable admissions) หากได้รับการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ<sup>(20)</sup> และมีกลุ่มสัญญาณเตือนที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอนทั้งหมดมีผลงานในเชิงลบมาตลอดและปี 2566 มีแนวโน้มที่เป็นเชิงลบมากขึ้น เช่น การคัดกรองในผู้สูงอายุในทุกด้าน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบในกลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและกลุ่ม CUP ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งหมด เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่ทั้งที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มโรคเรื้อรัง

สำหรับในกลุ่มสัญญาณเตือนที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอนทั้งหมด เคยทำผลงานได้ค่อนข้างดีหรือใกล้เคียงกับกลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนหรือกลุ่ม CUP ที่ไม่มี รพ.สต. ถ่ายโอนหรือถ่ายโอนบางส่วน แต่ในปี 2566 มีแนวโน้มเป็นเชิงลบ เป็นกลุ่มตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การคัดกรองและการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สัดส่วนการเข้ารับบริการที่ รพ.สต. ที่ลดลง และการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติอย่างครบถ้วนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 4 โรคหลัก ประเด็นในกลุ่มนี้ควรต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดำเนินการของ รพ.สต. อย่างจริงจัง และมีข้อสังเกตที่สำคัญว่าการติดตามเฝ้าระวัง โดยใช้ตัวชี้วัดเพื่อประเมินสัญญาณเตือนผลกระทบทางสุขภาพจากการถ่ายโอน ควรจะต้องพิจารณาระดับของการติดตามเฝ้าระวังที่เหมาะสมไม่ใช่

เพียงการติดตามในระดับ รพ.สต. แต่ควรประเมินในระดับ CUP และระดับจังหวัดด้วย เนื่องจากความหลากหลายของสถานการณ์ของการถ่ายโอนของพื้นที่ในระดับต่างๆ รวมถึงบริบทของการจัดบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้ ยังคงมีข้อจำกัดหลายประการในการระบุให้ชัดเจนถึงผลกระทบของการถ่ายโอน รพ.สต. ต่อสุขภาพของประชาชน การศึกษาสัญญาณเตือนทางด้านสุขภาพด้วยการจัดทำกรณีศึกษา ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลได้เป็นบางพื้นที่ อย่างไรก็ตาม มีบางประเด็นที่เกิดขึ้นกับพื้นที่อื่นที่ไม่พบในพื้นที่ที่ได้รับเลือกไว้ หลายประเด็นยังขาดการศึกษาเชิงลึกและเชิงกว้าง จึงถือเป็นเพียงสัญญาณเตือนหรือปัจจัยที่บ่งชี้ความเสี่ยงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อไปเท่านั้น ยังไม่อาจตีความการเกิดผลกระทบเช่นนั้นว่าเกิดมากน้อยหรือกระจายตัวเพียงใด ข้อจำกัดในเรื่องเวลาของโครงการในระยะที่ 1 ยังทำให้การติดตามตัวชี้วัดยังไม่ได้ประมวลผลจากข้อมูลทั้งปี ซึ่งข้อมูลครบปีงบประมาณอาจนำไปสู่ข้อสรุปที่แตกต่างไปได้ อีกทั้งสัญญาณเตือนจำนวนหนึ่งที่เป็นตัวชี้วัดยังไม่มีข้อมูลที่สมบูรณ์ จำเป็นต้องมีการพิจารณาด้วยการบูรณาการจากทุกภาคส่วนเพื่อให้มีสัญญาณเตือนจากฐานข้อมูลภาครัฐที่มีความสมบูรณ์มากขึ้นต่อไป รวมไปถึงความพร้อมของข้อมูลที่มีในฐานข้อมูลของ สปสช. รวมถึงคุณภาพของข้อมูล เช่น ความถูกต้อง ความทันต่อเหตุการณ์ ยังเป็นประเด็นที่มีข้อจำกัดและต้องปรับปรุงในโอกาสต่อไป

## ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนควรร่วมกันทบทวน วางแผนและออกแบบการเฝ้าระวังผลกระทบทางสุขภาพต่อประชาชน อันเป็นผลจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในพื้นที่ที่มีลักษณะสอดคล้องกับประเด็นสัญญาณการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น/ปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะผลของการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ค่าบริการสาธารณสุข) ในระดับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

(CUP) และระดับจังหวัด

2. คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักนายกรัฐมนตรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญในการดูแลผลกระทบทางสุขภาพในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้งในระดับ รพ.สต. และระดับ CUP ตามที่ปรากฏสัญญาณเตือนในเบื้องต้น ซึ่งอาจครอบคลุมถึงการจัดการด้านทรัพยากร และการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางวิชาการ

3. กสธ. ควรวิเคราะห์และกำหนดบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอในบริบทใหม่ของการจัดการสาธารณสุขในพื้นที่ถ่ายโอนโดยเร็ว ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุขและงานกำกับดูแลด้านกฎหมาย (regulator) หรือมาตรฐานการดำเนินการต่างๆ มากกว่าด้านบริการสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ติดตามประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และผลการดำเนินการด้านอื่นๆ ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้เดิมในโครงการฯ เมื่อข้อมูลผลการดำเนินการในระบบครบปีงบประมาณ รวมถึงติดตามผลต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อไป

2. ปรับปรุงคุณภาพของข้อมูล และชุดตัวชี้วัดเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ดำเนินการร่วมกับ สปสช. อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถแสดงผลเชิงเปรียบเทียบในระดับพื้นที่ ในระบบ dashboard ของ สปสช. ให้ประสบผลสำเร็จ และสามารถแสดงผลเพื่อการจัดการระดับพื้นที่ได้

3. ติดตามความเป็นไปของการเปลี่ยนแปลงระดับพื้นที่เป็นกรณีศึกษาต่อเนื่อง เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนการวิจัยให้กับศูนย์วิจัยเพื่อการ

พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการดำเนินการศึกษา และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ร่วมให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ซึ่งช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

### References

1. Cohen JM, Peterson SB. Administrative decentralization: strategies for developing countries. Colorado: Kumarian Press; 1999.
2. Wei YD. Regional development in China: states, globalization, and inequality. London and New York: Routledge; 2000.
3. Srisasalux J, Israchanwanich S. Health system reform and health decentralization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2015. (in Thai)
4. Quality and Standard Service Unit Support Office. Service unit registration audit guideline for main contractor service unit, primary care service unit, coordinate service unit. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai)
5. Sudhipongpracha T, Choksettakij W, Phuripongthanawat P, Kittayasophon U, Satthatham N, Onphothong Y. Policy analysis and policy design for the transfer of subdistrict health promotion hospitals to provincial administrative organizations (PAOs). Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
6. Local Government Commission. Transferring missions from Tambon health promoting hospital to local government. Bangkok: The National Legislative Assembly; 2017. (in Thai)
7. Department of Local Administration. List of sub-district Health Promoting Hospitals and health stations that are transferred to local administrative organizations. Bangkok: Ministry of Interior; 2021. (in Thai)
8. Nethipo V. The political process of public health decentralization in Thailand: studying the case of primary care units. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010. (in Thai)
9. Tae-arak P. Alternative models of health care decentralization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010. (in Thai)
10. Srisasalux J, Vichathai C, Kaewwichian R. Experience with public health decentralization: the health center transfer model. Journal of Health Systems Research 2009;3(1):16-34.



- (in Thai)
11. Sangmano S. Problems of transferring district health promoting hospitals from the Ministry of Public Health to local government organizations : Chiang Mai province (master's thesis). Chiang Mai: ChiangMai Rajabhat University; 2014. (in Thai)
  12. Kulthanmanusorn A, Saengruang N, Wanwong Y, Kosiyaporn H, Witthayapipopsakul W, Srisasalux J, et al. Evaluation of the devolved health centers: synthesis lesson learnt from 51 health centers and policy options. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2018. (in Thai)
  13. Health Systems Research Institute. Transfer of Tambon health promoting hospitals (THPH) to the provincial administrative organizations (PAOs) [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 31]. Available from: [https://datstudio.google.com/u/0/reporting/4552d076-ab49-469f-9e05-e1505be8f3c8/page/p\\_2p-wuh693xc](https://datstudio.google.com/u/0/reporting/4552d076-ab49-469f-9e05-e1505be8f3c8/page/p_2p-wuh693xc). (in Thai)
  14. Pitayarangsarit S, Tosanguan J, Hathaichanok S. The role of local government organizations in health promotion and policy proposals on decentralization in health promotion. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010.
  15. Techaatik S, Nakham P. Studying and monitoring the development of the transfer system of public health centers to local government organizations. Journal of Health Systems Research 2009;3(1):113-30. (in Thai)
  16. Leethongdee S. Implementation of health decentralization: progress evaluation and impact analysis. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2011. (in Thai)
  17. Capuno JJ, Schustereder G. The correlates of local government responsiveness under decentralization: do performance ratings matter in the Philippines?. International Journal of Public Administration 2015;38(7):521-32.
  18. Kelekar U, Llanto G. Evidence of horizontal and vertical interactions in health care spending in the Philippines. Health Policy and Planning 2015;30(7):853-62.
  19. National Health Security Office. Manual of assessment criteria for registration of regular service units primary care unit shared service units provide services. Saraburi: Health Security Office Area 4; 2009. 2-4 p. (in Thai)
  20. Sriratanaban J, Ngamkiatphaisan S, Maneechay M, Sriratanaban P, Manasvanich B, Preechachaiyawit P, et al. A synthetic research study to develop measurement, analysis, review and improvement systems for primary-care performances in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)