

การเปลี่ยนแปลงของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ระดับปฐมภูมิภายใต้บริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล: การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ปี พ.ศ. 2565 และ 2568

สุณี วงศ์คงคาเทพ*
นิติโชติ นิลกำแหง†

ผู้รับผิดชอบบทความ: สุณี วงศ์คงคาเทพ

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทยนำไปสู่การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงปริมาณระดับประเทศเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพช่องปากภายใต้บริบทดังกล่าวยังมีจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับการให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ระหว่างปี พ.ศ. 2565 และ 2568 และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับบริการระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีระดับการถ่ายโอนและกรณีทันตบุคลากรประจำแตกต่างกัน

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบวิเคราะห์เปรียบเทียบ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบ Health Data Center ครอบคลุม รพ.สต. 9,538 แห่ง วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจำนวนรายการบริการต่อหน่วยบริการใน 3 มิติ ได้แก่ บริการทันตกรรมพื้นฐาน บริการส่งเสริมป้องกัน (ไม่รวมการตรวจช่องปาก) และบริการรวมทุกประเภท เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจังหวัดโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one-way ANOVA)

ผลการศึกษา: ปี พ.ศ. 2565 ยังไม่มี รพ.สต. สังกัด อบจ. รพ.สต. ทั้งหมดมีทันตบุคลากรประจำร้อยละ 42.9 ปี พ.ศ. 2568 มี รพ.สต. สังกัด อบจ. ถึงร้อยละ 45.5 และ รพ.สต. ทั้งหมดมีทันตบุคลากรประจำร้อยละ 38.9 ปี พ.ศ. 2565 รพ.สต. ให้บริการทันตกรรมพื้นฐานไม่แตกต่างกัน ($F = 1.367, p = 0.251$) แต่ให้บริการส่งเสริมป้องกันแตกต่างกัน เทียบกับปี พ.ศ. 2568 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งค่าเฉลี่ยบริการรวม ($F = 159.10, p < 0.001$) บริการทันตกรรมพื้นฐาน ($F = 26.868, p < 0.001$) และบริการส่งเสริมป้องกัน ($F = 144.769, p < 0.001$) ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีระดับ

* สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

† สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

Received 6 January 2026; Revised 13 February 2026; Accepted 12 May 2026

Suggested citation: Wongkongkathep S, Ninkumhaeng N. Changes in primary oral health service provision in the context of sub-district health promoting hospital transfer: a comparative analysis of 2022 and 2025. Journal of Health Systems Research 2026;20(2):191-201.

สุณี วงศ์คงคาเทพ, นิติโชติ นิลกำแหง. การเปลี่ยนแปลงของการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิภายใต้บริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การวิเคราะห์เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2565 และ 2568. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2569;20(2):191-201.



การถ่ายโอน รพ.สต.ที่ต่างกัน รพ.สต.ที่มีทันตบุคลากรประจำมีระดับการให้บริการสูงกว่าหน่วยบริการที่ไม่มีทันตบุคลากรอย่างสม่ำเสมอในทุกกลุ่มจังหวัด

สรุป: การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของระดับการให้บริการสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มจังหวัดในช่วงเวลาที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถระบุเป็นความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างสถานะการถ่ายโอนกับระดับบริการ

คำสำคัญ: การจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ, การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด, การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

Changes in Primary Oral Health Service Provision in the Context of Sub-District Health Promoting Hospital Transfer: A Comparative Analysis of 2022 and 2025

Sunee Wongkongkathep^{*}, Nitichote Ninkumhaeng[†]

^{*} National Health Commission Office

[†] Chaiyaphum Provincial Public Health Office

Corresponding author: Sunee Wongkongkathep, sunee Wong@gmail.com

Abstract

Background: Health decentralization in Thailand has led to the transfer of sub-district health promoting hospitals (SHPHs) to provincial administrative organizations (PAOs), representing administrative structural changes in the primary healthcare system. However, national-level quantitative evidence on changes in oral health service provision under this policy context remains limited.

Objective: To describe changes in oral health service provision in SHPHs between 2022 and 2025 and to compare differences in service levels and dental health personnel across levels of administrative transfer provinces.

Methods: A comparative quantitative study was conducted using secondary data from the Health Data Center, covering 9,538 SHPHs nationwide. The average number of services per facility was analyzed in three domains: basic dental services, preventive services (excluding oral examination), and total oral health services. Differences between provincial groups were examined using one-way analysis of variance (ANOVA).

Results: In 2022, no SHPHs had been transferred to PAOs and 42.9% of SHPHs had dental health personnel. By 2025, 45.5% of SHPHs had been transferred to PAOs, while 38.9% had dental health personnel. Starting with a non-significant difference in average basic dental services ($F = 1.367, p = 0.251$) but significant difference in average preventive service in 2022, compared with 2025, statistically significant differences were observed among provincial groups in total services ($F = 159.10, p < 0.001$), basic dental services ($F = 26.868, p < 0.001$), and preventive services ($F = 144.769, p < 0.001$). SHPHs with dental health personnel showed higher number of dental services than SHPHs without dental health personnel.

Conclusion: The study demonstrates differences in oral health service provision across provincial groups during the study period. However, a causal relationship between transfer status and service levels cannot be concluded.

Keywords: primary oral health service provision, transfer of sub-district health promoting hospitals, provincial administrative organizations, health decentralization, comparative analysis

ภูมิหลังและเหตุผล

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นนโยบายสำคัญของประเทศไทยที่ดำเนินควบคู่กับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 ได้กำหนดแนวทางการถ่ายโอนสถานอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)⁽¹⁾ ต่อมาคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ประกาศหลักเกณฑ์ขั้นตอน และวิธีการถ่ายโอนอย่างเป็นทางการ⁽²⁾ นับเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศ

ก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับชุมชน รวมถึงบริการสุขภาพช่องปากด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และบริการทันตกรรมพื้นฐาน ซึ่งมีบทบาทต่อการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน

ขณะเดียวกัน สถานการณ์สุขภาพช่องปากของประชากรไทยยังคงมีภาระโรคในระดับสูง โดยเฉพาะโรคฟันผุและความต้องการบริการป้องกันในระดับปฐมภูมิสะท้อนความสำคัญของระบบบริการสุขภาพช่องปากในชุมชนและบทบาทของ รพ.สต. ในการดูแลสุขภาพช่องปากประชาชน⁽³⁾

ข้อมูลจากกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระบุว่า มีทันตภิบาลปฏิบัติงานในสถานอนามัยและ รพ.สต. จำนวน 4,253 คน โดยสมัครใจถ่ายโอนไปปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนจำนวน 1,592 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4⁽⁴⁾ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนการเปลี่ยนแปลงด้านกำลังคนในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินนโยบาย

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากสำหรับ

รพ.สต. ที่ถ่ายโอน โดยให้มีคณะกรรมการด้านสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่และกลไกความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของบริการและการกำกับคุณภาพในช่วงเปลี่ยนผ่าน^(2,5)

งานศึกษาเบื้องต้นในประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดอาจเพิ่มความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการและการออกแบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ความพร้อมของระบบบริหารจัดการ ระบบข้อมูล และกำลังคนยังมีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด⁽⁶⁻⁷⁾

ในปี พ.ศ. 2566 มีจังหวัดเข้าร่วมการถ่ายโอนจำนวน 49 จังหวัด และเพิ่มเป็น 63 จังหวัดในปี พ.ศ. 2568 โดยมีระดับการถ่ายโอนแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ปี พ.ศ. 2565 จึงถือเป็นช่วงเวลาก่อนการถ่ายโอนในภาพรวม ขณะที่ปี พ.ศ. 2568 เป็นช่วงเวลาประมาณ 3 ปีหลังการดำเนินนโยบายในหลายพื้นที่ ซึ่งอาจสะท้อนรูปแบบการจัดการบริการที่เริ่มมีความต่อเนื่องมากขึ้น

แม้ว่าการถ่ายโอน รพ.สต. จะเป็นนโยบายระดับชาติที่มีผลต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในวงกว้าง แต่หลักฐานเชิงปริมาณระดับประเทศเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพช่องปากภายใต้บริบทดังกล่าวยังมีจำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับการให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ระหว่างปี พ.ศ. 2565 และ 2568 และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับบริการระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีระดับการถ่ายโอนและการมีทันตบุคลากรประจำแตกต่างกัน

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการวิจัย (research design) ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ แบบวิเคราะห์เปรียบเทียบ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบของ Health Data Center (HDC) จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 9,878

แห่ง มีเกณฑ์คัดหน่วยบริการเข้า (inclusion criteria) คือ รพ.สต. ทุกแห่งที่มีข้อมูลการรายงานผลงานบริการสุขภาพช่องปากในระบบของ HDC ครบถ้วนในปี พ.ศ. 2565 และ 2568 และ มีการระบุสถานการณ์ถ่ายโอนและสังกัดหน่วยงานอย่างชัดเจน และ เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ รพ.สต. ที่ไม่มีข้อมูลรายงานบริการสุขภาพช่องปาก หรือ มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ในปีใดปีหนึ่งของช่วงเวลาที่ศึกษา จากข้อมูล รพ.สต. ทั้งหมด 9,878 แห่ง พบว่า 340 แห่ง ไม่มีข้อมูลครบทั้งสองปี จึงถูกคัดออก เหลือหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 9,538 แห่งเข้าสู่การวิเคราะห์ โดยหน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) คือ รพ.สต. รายแห่ง โดยคำนวณค่าเฉลี่ยจำนวนรายการบริการต่อหน่วยบริการต่อปีใน 3 ประเภทบริการ ได้แก่ บริการทันตกรรมพื้นฐาน บริการส่งเสริมป้องกัน และบริการรวมทุกประเภท เปรียบเทียบตามสถานการณ์ถ่ายโอน และ การมีทันตบุคลากรประจำ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one-way ANOVA)

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ (independent variables) ได้แก่

- (1) กลุ่มจังหวัดตามระดับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกเป็น 4 กลุ่มตามสัดส่วน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ได้แก่ (ก) ยังไม่ถ่ายโอน (ข) ถ่ายโอนทั้งหมด ร้อยละ 100 (ค) ถ่ายโอน $\geq 50\%$ (ง) ถ่ายโอน $< 50\%$ และ
- (2) การมีทันตบุคลากรประจำ (มี / ไม่มี)

ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ ค่าเฉลี่ยจำนวนรายการบริการต่อหน่วยบริการต่อปี จำแนกเป็น 3 มิติ ได้แก่ (1) บริการทันตกรรมพื้นฐาน (2) บริการส่งเสริมป้องกัน (ไม่รวมการตรวจ) (3) บริการรวมทุกประเภท

ตัวแปรด้านเวลา (time variable) ได้แก่ ปี พ.ศ. 2565 และ 2568 ซึ่งใช้เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับบริการในช่วงเวลาที่ศึกษา

คำจำกัดความ “บริการทันตกรรมพื้นฐาน” หมายถึง

ถึง จำนวนรายการบริการชุดหินปูน ถอนฟัน และอุดฟัน ที่รายงานในระบบ HDC ต่อหน่วยบริการต่อปี “บริการส่งเสริมป้องกัน” หมายถึง จำนวนรายการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคช่องปาก ไม่รวมการตรวจช่องปาก ซึ่งการให้บริการแก่ผู้รับบริการครั้งหนึ่งอาจมีจำนวนรายการบริการมากกว่าหนึ่งรายการบริการได้ และเป็นทั้ง 2 มิติของรายการบริการทันตกรรมพื้นฐานบวกกับรายการบริการส่งเสริมป้องกันด้วย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

สรุปสถานการณ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2565 จำนวน 9,836 แห่ง ทุกแห่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีทันตภิบาลประจำเพียง 4,220 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 ขณะที่ปี 2568 จำนวน 9,878 แห่ง สังกัด อบจ. ร้อยละ 45.1 มีทันตภิบาลประจำทุกสังกัดรวมร้อยละ 38.9 (ตารางที่ 1) พบว่า รพ.สต. 340 แห่งไม่มีข้อมูลครบทั้งสองปี จึงถูกคัดออกคงเหลือ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 9,538 แห่งเข้าสู่การวิเคราะห์ เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มจังหวัดตามสัดส่วนการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มยังไม่โอน รพ.สต. ให้ อบจ. 13 จังหวัด จำนวน 1,497 แห่ง (ร้อยละ 15.7) 2) กลุ่มโอน รพ.สต. ให้ อบจ. ทั้งหมด 16 จังหวัดจำนวน 2,039 แห่ง (ร้อยละ 21.4) 3) กลุ่มโอน รพ.สต. ให้ อบจ. $> 50\%$ 14 จังหวัด จำนวน 1,913 แห่ง (ร้อยละ 20.1) และ 4) กลุ่มโอน รพ.สต. ให้ อบจ. $< 50\%$ 33 จังหวัด จำนวน 4,089 (ร้อยละ 42.9) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 โดยกลุ่มจังหวัดที่โอน รพ.สต. ให้ อบจ. $> 50\%$ มีสัดส่วน รพ.สต. สังกัด อบจ. ร้อยละ 64.7 และ กลุ่มจังหวัดที่โอน รพ.สต. ให้ อบจ. $< 50\%$ มีสัดส่วน รพ.สต. สังกัด อบจ. ร้อยละ 26.0 (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาปัจจัยการมีทันตบุคลากรประจำ และ หน่วยงานต้นสังกัดของ รพ.สต. พบว่ากลุ่มที่ยังไม่โอน รพ.สต.

ให้ อบจ. มี รพ.สต. ที่มีทันตบุคลากรประจำร้อยละ 43.7 เป็นสัดส่วนใกล้เคียงกับกลุ่มโอน รพ.สต. ให้ อบจ. ร้อยละ 100 ที่มี รพ.สต. ที่มีทันตบุคลากรประจำร้อยละ 43.4 ซึ่ง

มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มโอน รพ.สต. ให้ อบจ. > 50% และ < 50% ที่มีทันตบุคลากรประจำร้อยละ 38.4 และ ร้อยละ 36.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 สถานการณ์ถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. ในปี 2565 และ 2568 จำแนกตามหน่วยงานที่สังกัดและการมีทันตบุคลากรประจำ

ลักษณะทั่วไป	ปี 2565		ปี 2568	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สังกัดของ รพ.สต.				
รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	9,836	100.0	5,421	54.9
รพ.สต. สังกัด อบจ.	0	0.0	4,457	45.1
รวม	9,836	100.0	9,878	100.0
การมีทันตบุคลากรประจำ				
ไม่มีทันตบุคลากรประจำ	5,616	57.1	6,036	61.1
มีทันตบุคลากรประจำ	4,220	42.9	3,842	38.9
รวม	9,836	100.0	9,878	100.0

รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้ อบจ. ณ ปี 2568 จำแนกกลุ่มจังหวัด 4 กลุ่ม

กลุ่มจังหวัด	จำนวนจังหวัด	จำนวนรพ.สต.	ร้อยละรพ.สต.	รายชื่อจังหวัด
กลุ่มยังไม่โอน รพ.สต. ให้ อบจ.	13	1,497	15.7	สมุทรปราการ พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ตราด ฉะเชิงเทรา นครนายก สระแก้ว บุรีรัมย์ สุรินทร์ บึงกาฬ อุตรธานี หนองคาย สมุทรสงคราม
กลุ่มโอน รพ.สต. ให้ อบจ. 100%	16	2,039	21.4	ชลบุรี ระยอง ปราจีนบุรี อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด มุกดาหาร ลำพูน แพร่ เชียงราย กาญจนบุรี สุพรรณบุรี ภูเก็ต ปัตตานี
กลุ่มโอน รพ.สต. ให้ อบจ. > 50%	14	1,913	20.1	จันทบุรี นครราชสีมา ศรีสะเกษ สกลนคร น่าน พะเยา นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร ราชบุรี สมุทรสาคร กระบี่ สุราษฎร์ธานี นราธิวาส
กลุ่มโอน รพ.สต. ให้ อบจ. < 50%	33	4,089	42.9	นนทบุรี ปทุมธานี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท สระบุรี อุบลราชธานี ยโสธร ชัยภูมิ เลย กาฬสินธุ์ นครพนม เชียงใหม่ ลำปาง อุตรดิตถ์ แม่ฮ่องสอน อุทัยธานี ตาก สุโขทัย พิษณุโลก เพชรบูรณ์ นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ นครศรีธรรมราช พังงา ระนอง ชุมพร สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ยะลา
รวม	76	9,538	100	

รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้ อบจ. ณ ปี 2568 จำแนกกลุ่มจังหวัด 4 กลุ่ม และ ต้นสังกัด

กลุ่มจังหวัด	จำนวนจังหวัด	สังกัด กสธ. จำนวน (ร้อยละ)	สังกัด อบจ. จำนวน (ร้อยละ)	รวม
ยังไม่โอน รพ.สต. ให้ อบจ.	13	1,497 (100.0)	0	1,497
โอน รพ.สต. ให้ อบจ. 100%	16	0	2,039 (100.0)	2,039
โอน รพ.สต. ให้ อบจ. > 50%	14	675 (35.3)	1,238 (64.7)	1,913
โอน รพ.สต. ให้ อบจ. < 50%	33	3,026 (74.0)	1,063 (26.0)	4,089
รวม	76	5,198 (54.5)	4,340 (45.5)	9,538

รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้ อบจ. ณ ปี 2568 จำแนกกลุ่มจังหวัด 4 กลุ่ม ต้นสังกัด และการมีทันตบุคลากรประจำ

กลุ่มจังหวัด	ไม่โอน รพ.สต. ให้ อบจ.			โอน รพ.สต.ให้ อบจ. 100%			โอน รพ.สต.ให้ อบจ. ≥ 50%			โอน รพ.สต.ให้ อบจ. < 50%		
	สังกัด กสธ.	สังกัด อบจ.	รวม	สังกัด กสธ.	สังกัด อบจ.	รวม	สังกัด กสธ.	สังกัด อบจ.	รวม	สังกัด กสธ.	สังกัด อบจ.	รวม
ไม่มีทันตบุคลากร	864	-	864	-	1,154	1,154	398	762	1,160	1,839	679	2,518
ร้อยละ	57.7	-	57.7	-	56.6	56.6	59.0	61.6	60.6	60.8	63.9	61.6
มีทันตบุคลากร	633	-	633	-	885	885	277	476	753	1,187	384	1,571
ร้อยละ	42.3	-	42.3	-	43.4	43.4	41.0	38.4	39.4	39.2	36.1	38.4
รวม	100.0	-	100.0	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	1,497	-	1,497	-	2,039	2,039	675	1,238	1,913	3,026	1,063	4,089

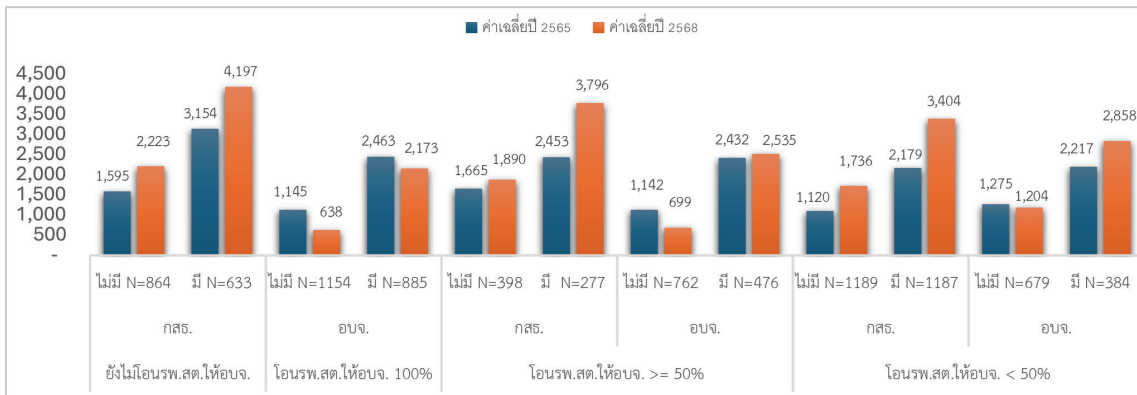
กสธ. = กระทรวงสาธารณสุข, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ผลงานการจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2565 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ผลงานการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ระหว่างปี พ.ศ. 2565 และ ปี พ.ศ. 2568 ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ด้าน ได้แก่ (1) จำนวนรายการบริการสุขภาพช่องปากรวมทุกประเภทเท่ากับ 1,752.8 รายการต่อหน่วยบริการ และ 2,119.1 รายการต่อหน่วยบริการ (2) บริการทันตกรรมพื้นฐาน (ขูดหินปูน ถอนฟัน และอุดฟัน) เท่ากับ 64.6 รายการต่อหน่วยบริการ และ 156.9 รายการต่อหน่วยบริการ และ (3) บริการส่งเสริมป้องกัน (ไม่รวมการตรวจ) เท่ากับ 1,025.7 รายการต่อหน่วยบริการ และ 1,362.2 รายการต่อหน่วยบริการ พบว่า ค่าเฉลี่ยการให้บริการรวม

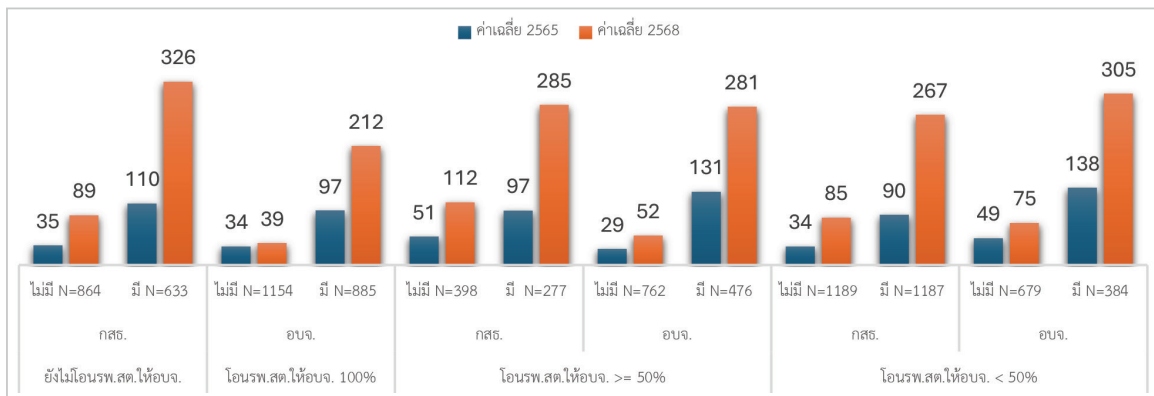
ทั้งสามด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2568 ในหลายกลุ่มจังหวัด โดยหน่วยบริการที่มีทันตบุคลากรประจำมีค่าเฉลี่ยการให้บริการสูงกว่าหน่วยบริการที่ไม่มีทันตบุคลากรในทุกกลุ่มจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ (ภาพที่ 1-3)

เมื่อพิจารณาจำแนกตามสถานะการถ่ายโอน พบว่า กลุ่มจังหวัดที่ยังไม่ถ่ายโอน รพ.สต. มีค่าเฉลี่ยการให้บริการรวมและบริการส่งเสริมป้องกันสูงกว่ากลุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอนในหลายกรณี ขณะที่กลุ่มจังหวัดที่ถ่ายโอน รพ.สต. ครบร้อยละ 100 มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าในบางตัวชี้วัด (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน) อย่างไรก็ตามระดับค่าเฉลี่ยและรูปแบบการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันระหว่างประเภทบริการในช่วงเวลา 2565 และ 2568



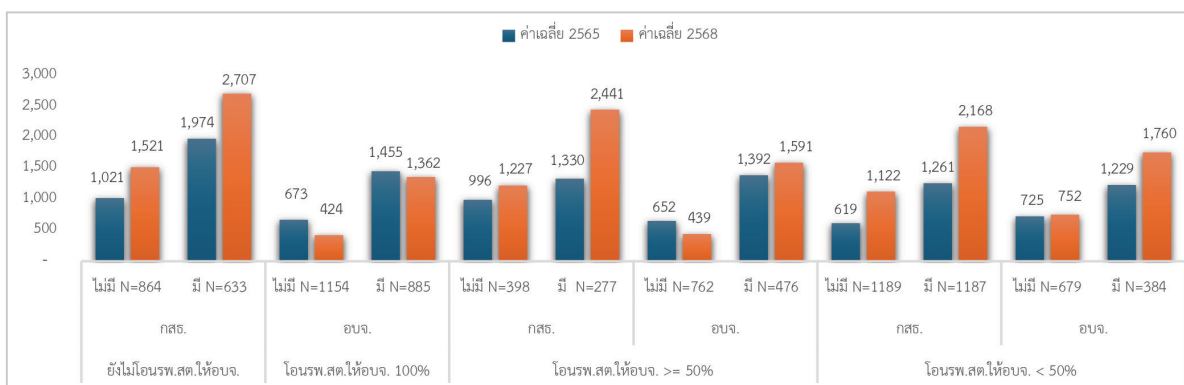
กสธ. = กระทรวงสาธารณสุข, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยนอกที่รับบริการรวมทุกประเภท (รายการบริการ) ใน รพ.สต. จำแนกตามการมีทันตบุคลากรประจำหน่วยงานต้นสังกัดและกลุ่มจังหวัด เปรียบเทียบปี 2565 กับ 2568



กสธ. = กระทรวงสาธารณสุข, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ภาพที่ 2 ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยนอกที่รับบริการทันตกรรมพื้นฐาน (รายการบริการ) ใน รพ.สต. จำแนกตามการมีทันตบุคลากรประจำหน่วยงานต้นสังกัดและกลุ่มจังหวัด เปรียบเทียบปี 2565 กับ 2568



กสธ. = กระทรวงสาธารณสุข, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ภาพที่ 3 ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยนอกที่รับบริการส่งเสริมป้องกันไม่รวมตรวจ (รายการบริการ) ใน รพ.สต. จำแนกตามการมีทันตบุคลากรประจำหน่วยงานต้นสังกัดและกลุ่มจังหวัด เปรียบเทียบปี 2565 กับ 2568

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยการให้บริการสุขภาพช่องปาก จำแนกตามกลุ่มจังหวัด

กลุ่มจังหวัด	ปี 2565 Mean (SD)	ปี 2568 Mean (SD)
บริการรวมทุกประเภท (รายการต่อแห่ง)		
ยังไม่โอน รพ.สต.ให้ อบจ. n=1,497	2,254.0 (2,380.2)	3,057.9 (3,185.4)
โอน รพ.สต.ให้ อบจ. 100% n=2,039	1,717.3 (2418.5)	1,304.0 (1,830.5)
โอน รพ.สต.ให้ อบจ. ≥ 50% n=1,913	1,761.6 (1816.6)	1,852.0 (2,279.9)
โอน รพ.สต.ให้ อบจ. < 50% n=4,089	1,555.9 (1785.8)	2,237.0 (2,480.8)
F (2565)	42.86	
p-value (2565)	< 0.001 ***	
F (2568)		159.1
p-value (2568)		< 0.001***
รวมบริการทันตกรรมพื้นฐาน		
ยังไม่โอน รพ.สต.ให้ อบจ. n=1,497	66.9 (160.1)	189.3 (307.0)
โอน รพ.สต.ให้ อบจ. 100% n=2,039	61.3 (133.4)	114.3 (206.2)
โอน รพ.สต.ให้ อบจ. ≥ 50% n=1,913	68.9 (124.6)	155.4 (226.0)
โอน รพ.สต.ให้ อบจ. < 50% n=4,089	62.2 (156.6)	157.0 (260.7)
F (2565)	1.367	
p-value (2565)	0.251	
F (2568)		26.868
p-value (2568)		< 0.001***
รวมบริการส่งเสริมป้องกัน		
ยังไม่โอน รพ.สต.ให้ อบจ. n=1,497	1,423.8 (1,681.3)	2,022.7 (2,356.7)
โอน รพ.สต.ให้ อบจ. 100% n=2,039	1,012.3 (1,656.6)	831.4 (1,275.9)
โอน รพ.สต.ให้ อบจ. ≥ 50% n=1,913	1,005.9 (1,230.1)	1,179.7 (1,608.6)
โอน รพ.สต.ให้ อบจ. < 50% n=4,089	880.5 (1,132.2)	1,424.1 (1,715.9)
F (2565)	57.377	
p-value (2565)	< 0.001***	
F (2568)		144.769
p-value (2568)		< 0.001***

หมายเหตุ: *** สรุปผลการทดสอบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one-way ANOVA)

แสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2565 ค่าเฉลี่ยบริการรวมทุกประเภท ($F = 42.86, p < 0.001$) และบริการส่งเสริมป้องกัน ($F = 57.377, p < 0.001$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มจังหวัด ขณะที่บริการทันตกรรมพื้นฐานไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 1.367, p = 0.251$)

สำหรับปี พ.ศ. 2568 พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในทั้งสามตัวชี้วัด ได้แก่ บริการรวมทุกประเภท ($F = 159.10, p < 0.001$) บริการทันตกรรมพื้นฐาน ($F = 26.868, p < 0.001$) และบริการส่งเสริมป้องกัน ($F = 144.769, p < 0.001$) (ตารางที่ 5)

วิจารณ์และข้อยุติ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของการให้บริการสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีสัดส่วนการถ่ายโอน รพ.สต. แตกต่างกัน โดยในปี พ.ศ. 2565 พบความแตกต่างเฉพาะบริการส่งเสริมป้องกัน ขณะที่ปี พ.ศ. 2568 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งบริการรวม บริการทันตกรรมพื้นฐาน และบริการส่งเสริมป้องกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองช่วงเวลา พบว่าค่าเฉลี่ยการให้บริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายกลุ่มจังหวัด โดย รพ.สต. ที่มีทันตบุคลากรประจำมีระดับการให้บริการสูงกว่าหน่วยบริการที่ไม่มีทันตบุคลากรอย่างสม่ำเสมอในทุกกลุ่มจังหวัด สะท้อนบทบาทสำคัญของกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขต่อศักยภาพการจัดการบริการในระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุ-ผลระหว่างสถานะการถ่ายโอนกับระดับบริการได้โดยตรง

ในบริบทของประเทศไทย งานศึกษาก่อนหน้าชี้ให้เห็นว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดอาจเป็นโอกาสในการเพิ่มความยืดหยุ่นด้านการบริหารจัดการ

และการตอบสนองต่อบริบทพื้นที่ แต่ความพร้อมของระบบบริหารจัดการ ระบบข้อมูล และกำลังคนยังแตกต่างกันระหว่างจังหวัด⁽⁶⁻⁷⁾ ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ซึ่งพบความแตกต่างของระดับบริการระหว่างกลุ่มจังหวัด อาจสะท้อนความแตกต่างของศักยภาพระบบสนับสนุนในแต่ละพื้นที่มากกว่าสถานะการถ่ายโอนเชิงโครงสร้างเพียงปัจจัยเดียว

องค์การอนามัยโลกเสนอว่า การพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากภายใต้เป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำเป็นต้องอาศัยระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และกำลังคนที่เพียงพอ⁽⁸⁾ นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากโลก ค.ศ. 2022-2030 ยังเน้นความสำคัญของการอภิบาลระบบสุขภาพและการบูรณาการบริการระดับพื้นที่ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพช่องปาก⁽⁹⁾

ในมิติของการกระจายอำนาจ ธนาคารโลกเสนอว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพไปสู่ท้องถิ่นอาจช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและการตอบสนองต่อบริบทพื้นที่ได้ แต่ผลลัพธ์จะขึ้นอยู่กับศักยภาพของระบบสนับสนุน ทั้งด้านงบประมาณ กำลังคน และระบบติดตามประเมินผล⁽¹⁰⁾

Saltman และคณะ อธิบายว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพมักก่อให้เกิดทั้งโอกาสและความท้าทายในช่วงเปลี่ยนผ่าน โดยเฉพาะด้านความต่อเนื่องของระบบกำกับดูแลและการรักษามาตรฐานบริการระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและท้องถิ่น⁽¹¹⁾ ซึ่งอาจสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบความแตกต่างของระดับการให้บริการระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีระดับการถ่ายโอนแตกต่างกัน

Kruk และคณะ เสนอว่า การประเมินระบบสุขภาพควรพิจารณาทั้งปริมาณบริการ คุณภาพบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพร่วมกัน⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC ซึ่งสะท้อนปริมาณบริการเป็นหลัก จึงยังไม่สามารถประเมินคุณภาพบริการหรือผลลัพธ์สุขภาพช่องปากได้โดยตรง

นอกจากนี้ รายงานการติดตามและประเมินผลระบบ



บริการปฐมภูมิภายหลังการกระจายอำนาจยังเสนอว่า ความเข้มแข็งของระบบข้อมูล กลไกกำกับติดตาม และการสนับสนุนทางวิชาการระดับพื้นที่ เป็นปัจจัยสำคัญต่อความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ⁽¹³⁾

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการใช้ข้อมูลระดับประเทศที่ครอบคลุมหน่วยบริการจำนวนมาก ทำให้สามารถสะท้อนภาพรวมของระดับการให้บริการสุขภาพช่องปากภายใต้บริบทการกระจายอำนาจได้อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การใช้ข้อมูลจากระบบ HDC ซึ่งสะท้อนปริมาณบริการเป็นหลัก ไม่ครอบคลุมคุณภาพบริการหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยตรง และการวิเคราะห์ในระดับหน่วยบริการไม่สามารถอธิบายความแตกต่างเชิงลึกในระดับจังหวัดหรือระดับประชากรได้

โดยสรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของระดับการให้บริการสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มจังหวัดในช่วงเวลาที่ศึกษา ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ข้อมูลเชิงพรรณนาเหล่านี้สามารถใช้เป็นฐานสำหรับการศึกษาต่อยอดในอนาคตที่อาจออกแบบให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบ กลไกอภิบาล และผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรกเป็นการใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบ HDC ซึ่งสะท้อนปริมาณบริการเป็นหลัก และไม่สามารถประเมินคุณภาพบริการหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้โดยตรง ประการที่สอง การวิเคราะห์เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มโดยไม่ได้ควบคุมปัจจัยกวนอื่นๆ เช่น ขนาดประชากรจังหวัด โครงสร้างประชากร ความหนาแน่นของบุคลากร หรือบริบทการบริหารจัดการในแต่ละพื้นที่ จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุ-ผลได้ ประการที่สาม หน่วยวิเคราะห์อยู่ในระดับหน่วยบริการ (รพ.สต. โดยไม่ได้วิเคราะห์อิทธิพลขนาดของ รพ.สต. ต่อการมีทันตบุคลากรและจำนวนบริการ) ทำให้ไม่สามารถสะท้อนความแตกต่างเชิง

ลึกในระดับจังหวัดหรือระดับบุคคลได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาซึ่งเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา อาจใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาพัฒนาระบบบริการในระดับต่างๆ ดังนี้

ระดับนโยบาย

- พิจารณาจัดทำกรอบนโยบายระดับชาติด้านบริการสุขภาพช่องปากภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ โดยกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำด้านคุณภาพบริการ และระบบกำกับติดตามผลที่สอดคล้องกับโครงสร้างใหม่
 - ศึกษาความเป็นไปได้ของกลไกจัดสรรงบประมาณที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ (performance-based financing) โดยคำนึงถึงความพร้อมของระบบข้อมูลและศักยภาพพื้นที่ระดับระบบบริการ
 - สนับสนุนบทบาทของคณะอนุกรรมการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดในการประสานงานและติดตามคุณภาพบริการ
 - พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพช่องปากที่สามารถเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต., อบจ. และหน่วยงานระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามและวางแผน
 - พิจารณาวางแผนพัฒนากำลังคนด้านทันตกรรมอย่างเป็นระบบ ทั้งจำนวน สมรรถนะ และแรงจูงใจ โดยเฉพาะในพื้นที่ขาดแคลน
- #### ระดับการปฏิบัติ
- ส่งเสริมบริการเชิงรุกที่เน้นการป้องกันเป็นฐานควบคู่กับการติดตามผลลัพธ์ระยะยาว
 - สนับสนุนการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการออกแบกิจกรรมและการจัดสรรทรัพยากร
 - พัฒนาระบบติดตามผลลัพธ์สุขภาพ (outcome-based monitoring) ควบคู่กับการรายงานกิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบ HDC ของ

กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ที่สนับสนุนข้อมูลและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาบทความฉบับนี้ ทั้งนี้ ความคิดเห็นและข้อสรุปในบทความนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้วิจัย และไม่จำเป็นต้องสะท้อนมุมมองของหน่วยงานต้นสังกัด

References

1. Srirattanabun J, Singhweeratham N, Maneechai M, Khamwong D, Phattharathirakul N, Sensai S, et al. Health impact assessment of the population following the transfer of subdistrict health promoting hospitals to provincial administrative organizations in fiscal year 2023: Phase I. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2023. (in Thai)
2. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Situation report on the transfer of primary health care facilities to provincial administrative organizations, fiscal year 2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
3. Bureau of Dental Health, Department of Health. Oral health status report of the Thai population, 2022–2024. Nonthaburi: Department of Health; 2024. (in Thai)
4. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Health workforce statistics report, fiscal year 2023. Nonthaburi: Bureau of Human Resources Management, Office of the Permanent Secretary; 2023. (in Thai)
5. National Health Commission Office. Evaluation report on health decentralization to local governments. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2023. (in Thai)
6. Sutthipongpracha T, Chotsetakij 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)
7. Thanomchayathawat B, Chookamnerd S, Lillakul N, Noin J, Ratchatawan R, Chanwin B, et al. Health workforce management of royal commemorative health centers and subdistrict health promoting hospitals transferred to local administrative organizations. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2023. (in Thai)
8. World Health Organization. Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO; 2022.
9. World Health Organization. Transforming oral health: global strategy on oral health 2022–2030. Geneva: WHO; 2022.
10. World Bank. Decentralization and health service delivery: evidence and policy implications. Washington (DC): World Bank; 2021.
11. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K. Decentralization in health care: strategies and outcomes. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
12. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196–e1252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
13. Health Systems Research Institute. Monitoring and evaluation of the primary health care service system following decentralization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2024. (in Thai)