การประเมินผลภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพภายหลังการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 12

An evaluation of disease prevention and control and health hazards missions after the transfer of the Sub-district Health Promotion Hospitals to Provincial Administrative Organization In Regional Health 12

ดารารัตน์ สำเภาสงฆ์[1*], ฝนทิพย์ พริกชู[1], ธนิษฐา ดิษสุวรรณ์[1]
Dararat Sompaosong[1*], Fonthip Prickchoo[1], Thanittha Ditsuwan[1]
[1]สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา
[1]Office of Disease Prevention and Control Region 12 Songkhla
*** Corresponding author email: somdara@gmail.com**

Received: September 13, 2024 **Revised:** October 30, 2024 **Accepted:** November 19, 2024

บทคัดย่อ

วิจัยประเมินผลตามรูปแบบ CIPP Model ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 28 แห่งใน จ.พัทลุง ปัตตานี สงขลา และสตูล เลือกกลุ่มตัวอย่างในสังกัด อบจ. แบบเจาะจง (69 คน) และประชาชนในเขต รพ.สต. ถ่ายโอนแบบบังเอิญ (403 คน) เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินผลผลิตโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ (0.9) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และตรวจสอบสามเส้า เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา 1. บริบท พบมีนโยบาย ระบบงาน การสื่อสารชัดเจน มีความแตกต่างด้านบริหารจัดการตามขนาด รพ.สต. และความสัมพันธ์กับเครือข่าย 2. ปัจจัยนำเข้า พบภาวะผู้นำ จัดการแบบยืดหยุ่นตามบริบท เพิ่มจำนวนบุคลากร (ก่อน median 6 (3,18) หลัง median 9 (6,29)) และงบประมาณจากเงินอุดหนุน การเข้าถึงยา/เวชภัณฑ์ และการให้บริการ จาก CUP และอบจ. เข้าถึงได้เฉพาะ HDC 3. กระบวนการ พบด้านป้องกัน เฝ้าระวัง ควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินดำเนินการตามแนวทางมาตรฐาน 4. ด้านผลผลิต (28 แห่ง) พบว่า 1) การป้องกันโรค ความครอบคลุมวัคซีน DTP3 (เกณฑ์ ≥90) และ MMR2 (เกณฑ์ ≥95) ไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 50, 54) และมีผลงานลดลง (ร้อยละ 50, 54) 2) การเฝ้าระวังโรค การคัดกรองและตรวจติดตามโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 32, 50) และมีผลงานลดลง (ร้อยละ 64, 71) 3) การควบคุมโรค/ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ควบคุมการระบาดระลอก 2 ของโรคไข้เลือดออกได้สำเร็จ ร้อยละ 50 ผลความพึงพอใจ ($\bar{X}$3.85 ±0.71) พบกลุ่มประชาชนระดับมากที่สุด ($\bar{X}$4.75±0.5) และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับมาก ($\bar{X}$3.88±0.75) ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากร อบจ. ด้านการเข้าถึงข้อมูล การเพิ่มการบันทึกข้อมูลด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามหลักระบาดวิทยาเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคต่อไป

คำสำคัญ: ประเมินผลภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

The evaluation research based on the CIPP Model, with the objective of assessing the performance of disease prevention and control missions, health hazard, of the Sub-district Health Promotion Hospitals (SHPHs) following their transfer to the Provincial Administrative Organizations (PAO) in Health Region 12. This includes 28 SHPHs in Phatthalung, Pattani, Songkhla, and Satun provinces. Selected purposively of 69 individuals from the PAO and a accidental sampling of 403 citizens from the transferred SHPH areas were selected. Data was collected through interviews, satisfaction surveys, and productivity assessments reviewed by experts (0.9). Qualitative data were analyzed through content analysis and triangulation, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics. The study results are as follows: 1. Context: Policies, work systems, and communication were clear, though management practices differed based on the size of the SHPHs and their relationships with networks. 2.Inputs: Leadership was found to be flexible according to the context. There was an increase in personnel (before median 6 (3,18); after median 9 (6,29)) and budget from subsidies. Access to medications/supplies and services from CUP and PAO only had access to HDC. 3. Process: Disease prevention, detection, control, and emergency response were carried out according to standard guidelines.4.Product:In the 28 SHPHs: 1) Disease Prevention: Vaccine coverage for DTP3 (target ≥90) and MMR2 (target ≥95) did not meet the criteria (50%, 54%) and showed a decrease in performance (50%, 54%). 2) Disease detection: Screening and monitoring of diabetes and hypertension did not meet the criteria (32%, 50%) and showed a decrease in performance (64%, 71%). 3) Disease Control/Emergency Response: Successfully controlled the second generation of dengue fever outbreaks at 50%. Satisfaction levels showed that the general public had a highest level of satisfaction ($\bar{X}$ 4.75±0.71) while stakeholders had a hight level of satisfaction ($\bar{X}$ 3.85 ± 0.71). Recommendations: There should be a focus on developing the potential of PAO personnel in data access and increasing the recording of disease prevention and control and health hazard according to epidemiological principles to enhance disease surveillance and control efforts.

Keywords: assessing the performance of disease prevention and control missions, health hazards, Sub-district Health Promoting Hospitals, Transferring Sub-district Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations

1. บทนำ

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สอดคล้องกับแผนพัฒนาประเทศในทุกระดับ โดยเฉพาะการปรับโครงสร้างประเทศไปสู่ประเทศไทย 4.0 ที่เน้นการกระจายอำนาจ เปิดโอกาสให้หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจในการดูแลกิจการที่ท้องถิ่นมีสิทธิจัดการดูแล[1] โดยในปีงบประมาณ 2565 ได้มีการออกประกาศเรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอ.น.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่ อบจ. ทำให้ในปีงบประมาณ 2566 มีการถ่ายโอนฯ รวมทั้งสิ้น 49 จังหวัด 3,264 แห่ง สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ได้เริ่มมีการถ่ายโอนครั้งแรก ใน 4 จังหวัด รพ.สต. 91 แห่ง จาก รพ.สต.ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 800 แห่ง โดยถ่ายโอนสูงสุดในจังหวัดพัทลุง 33 แห่ง รองลงมา คือ จังหวัดปัตตานี 32 แห่ง จังหวัดสงขลา 23 แห่ง และจังหวัดสตูล 3 แห่ง สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มี รพ.สต. ที่สมัครเพื่อเข้าร่วมการถ่ายโอนฯ อีก 255 แห่ง กระจายใน 7 จังหวัด และจังหวัดปัตตานี จะมีการถ่ายโอนฯ ครบทุก รพ.สต.[2]

สำหรับการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคใน รพ.สต. จะอยู่ในภารกิจหลักพื้นฐานการให้บริการ ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) งานป้องกันโรคตามกลุ่มวัย ในประเด็น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การค้นหา คัดกรอง รักษา และส่งต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) งานเฝ้าระวังสอบสวนโรค และ 3) บริการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีที่พบการระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่[3] จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. ตามตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า รพ.สต. เขตสุขภาพที่ 12 ที่มีการถ่ายโอนฯ หลายพื้นที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด รวมถึงมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าปีที่ผ่านมาก่อนการถ่ายโอน[4] ประกอบกับประเด็นปัญหาด้านการป้องกันควบคุมโรคก่อนการถ่ายโอน คือ ไม่มีข้อมูลในการเตรียมความพร้อมก่อนการถ่ายโอนอย่างชัดเจน รวมถึงบริบทในการบริหารจัดการของแต่ละ อบจ.อาจมีความแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เข้าถึงได้ พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการถ่ายโอน รพ.สต.ในหลากหลายบริบท ได้แก่ การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัด อปท.[5-6] ปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการถ่ายโอนฯไปยัง อปท.[7] สำหรับการศึกษารูปแบบการถ่ายโอนให้กับ อบจ. ในประเด็นการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ.[8] และการสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบเชิงนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ.[9] จะเห็นได้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการในรูปแบบการถ่ายโอนให้กับ อปท. ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจาก อบจ. และเป็นการศึกษาการดำเนินงานในภาพรวมตามระบบสุขภาพยังไม่มีการศึกษาการประเมินเฉพาะด้านการป้องกันควบคุมโรค รวมถึงเขตสุขภาพที่ 12 เริ่มมีการถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 จึงยังไม่มีข้อมูลการศึกษาในพื้นที่ดังกล่าว ประกอบกับปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต.จากระบบ HDC ตามตัวชี้วัดสำคัญ

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ รพ.สต.ภายหลังการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 12 เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคให้ครอบคลุมนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปสังกัด อบจ.

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงปัญหา/อุปสรรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 12 ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

2. วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินรูปแบบ CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม ใน 4 ขั้นตอน คือ ประเมินบริบท ประเมินปัจจัยนำเข้า ประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิต/ผลลัพธ์[10] ปรับร่วมกับแนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of Health Systems) ขององค์การอนามัยโลก[11]

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประเมินผลภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง กระบวนการติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขใน รพ.สต. 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ประเมินสภาพแวดล้อม พิจารณาบริบทการดำเนินงานในการรองรับภารกิจถ่ายโอน ประเด็นความชัดเจนของนโยบาย ระบบการดำเนินงาน ความแตกต่างในการบริหารจัดการ รพ.สต. แต่ละขนาด รวมถึงโอกาส และอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

2) ประเมินปัจจัยนำเข้า พิจารณาตามแนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ คือ 1. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล 2. บุคลากรด้านสุขภาพ จำนวนบุคลากรหลังถ่ายโอนและการพัฒนาศักยภาพ 3. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา กระบวนการทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน 4. งบประมาณที่

ได้รับจัดสรรและงบประมาณในการป้องกันควบคุมโรค 5. ระบบการให้บริการที่สอดคล้องกับหน้าที่ของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 6. ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการดำเนินการ

3) ประเมินกระบวนการ พิจารณากระบวนการตามมาตรฐานที่กำหนด 3 กระบวนการ คือ 1.ด้านป้องกันโรค: คลินิกสุขภาพเด็กดี ตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค[12] 2.ด้านเฝ้าระวังโรค คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามการประเมินคุณภาพการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อใน รพ.สต.[13] 3.ด้านควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามมาตรฐานทีม SRRT ระดับตำบล[14]

4) ประเมินผลผลิต/ผลลัพธ์ ดำเนินการ 2 ประเด็น คือ 1. ผลผลิต ประกอบด้วย 1) ด้านป้องกันโรค : ความครอบคลุมวัคซีน (DTP3 และ MMR2) 2) ด้านเฝ้าระวังโรค : ความครอบคลุมการคัดกรองและตรวจติดตามเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) ด้านควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกิดผู้ป่วย 2nd Generation 2. ผลลัพธ์ ความพึงพอใจของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การประเมินการถ่ายโอนฯ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) นายก อบจ. หรือตัวแทน 4 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ของ อบจ. 4 คน 3) ผอ.รพ.สต. หรือผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคของรพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ ในปี 2566 คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการถ่ายโอน รพ.สต. อย่างน้อย 1 ปี โดยระดับ รพ.สต. ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนขนาดของรพ.สต.ในแต่ละจังหวัดอย่างน้อยร้อยละ 30 โดยเก็บข้อมูลจนกว่าจะตกผลึก 28 คน (1 คนต่อ 1 แห่ง) (จ.พัทลุง 10 คน จ.ปัตตานี 10 คน จ.สงขลา 6 คน จ.สตูล 2 คน) ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ความพึงพอใจ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ประชาชนที่มารับบริการและอาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนฯ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบประชากรที่แน่นอน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 [15] และดำเนินการเก็บตัวอย่างเพิ่มเติม ร้อยละ 5 กลุ่มตัวอย่าง คือ 403 คน อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 100 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คัดเลือกแบบเจาะจง กำหนดคุณสมบัติ คือ หัวหน้ากลุ่มควบคุมโรคติดต่อ, หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หรือหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ, หัวหน้ากลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ของ สสจ. หน่วยงานละ 3 คน รวม 12 คน และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของ สสอ.ในพื้นที่ รพ.สต.ถ่ายโอนที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในการประเมินการถ่ายโอนฯ จำนวน 21 คน รวม 33 คน อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ตามแนวคิดการประเมินรูปแบบ CIPP Model และ 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป บริบท กระบวนการ ปัจจัยนำเข้า และผลผลิต ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยไปทดลองใช้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลจริงในกลุ่ม ผอ.รพ.สต. 3 คน และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ คือ 1) แบบประเมินความพึงพอใจของประชาชน ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ในด้านคุณภาพการให้บริการ จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.99 และทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยไปทดลองใช้สอบถามผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ 0.91 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้จากการทบทวนแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล[14] จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.97 และทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยไปสอบถามกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ 0.95 3) แบบประเมินผลผลิต 3 ด้าน คือ ด้านป้องกันโรค ประยุกต์ใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค[12] ด้านเฝ้าระวังโรค ประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 – 2566[16-17] ด้านควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ใช้เกณฑ์การควบคุมโรคไข้เลือดออก[18]

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยทีมผู้วิจัยเข้าพบแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการศึกษา รวมทั้งขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล และพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลร่วมกับการสังเกต และการบันทึกเทป

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ 1. ผลผลิต เก็บรวบรวมจากข้อมูลทุติยภูมิตามตัวชี้วัดที่กำหนดจากสรุปรายงานผลการดำเนินงาน รายงานสถานการณ์โรค และระบบออนไลน์ HDC, 43 แฟ้ม, รายงาน 506 ของ รพ.สต.ถ่ายโอนที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในการประเมินการถ่ายโอนฯ 28 แห่ง 2. ความพึงพอใจประชาชน ทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือสอบถามประชาชนที่มารับบริการ ณ รพ.สต. และประชาชนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ รพ.สต. ที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในการประเมินการถ่ายโอนฯ 3. ความพึงพอใจผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทีมผู้วิจัยส่งหนังสือ

ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม โดยให้ตอบแบบสอบถามผ่านทางคิวอาร์โค้ดที่สร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแปลผลข้อมูลรายวันโดยนำข้อมูลที่บันทึกเทป มาถอดเทปเป็นข้อมูลเชิงบรรยาย ร่วมกับการอ่านข้อมูลที่บันทึกจากการสังเกต เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นนำมาจัดหมวดหมู่คำ กลุ่มคำ กำหนดรหัส ลงรหัส และสรุปเนื้อหา เพื่อนำไปสู่การสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data source triangulation) โดยพิจารณาจากเวลา สถานที่ และบุคคลที่แตกต่างกัน คือ เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์มีการจัดทำกำหนดการตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง และคืนข้อมูลเพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง สถานที่ที่เก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ภายใน 4 จังหวัดซึ่งมีพื้นที่และบริบทแตกต่างกันแต่ภายใต้การถ่ายโอน บุคคลที่ใช้ในการสัมภาษณ์มีความหลากหลายตั้งแต่ระดับนโยบาย ถึงระดับพื้นที่ ซึ่งนำมาวิเคราะห์สรุปเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจนได้ข้อมูลที่ตกผลึกจึงได้นำเสนอในงานวิจัยครั้งนี้

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และต่ำสุด

3. ผลการศึกษา

3.1 ผลการประเมินผลภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 12 ตามกรอบ CIPP Model

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 36 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) นายก อบจ. และตัวแทน จังหวัดละ 1 คน รวม 4 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานถ่ายโอน รพ.สต.ของอบจ. จังหวัดละ 1 คน รวม 4 คน และ 3) ผอ.รพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรค จำนวน 28 คน จำแนกเป็น จ.พัทลุง 10 คน จ.ปัตตานี 10 คน จ.พัทลุง 6 คน และจ.สตูล 2 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61 อายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 58 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78 มีประสบการณ์ด้านการบริหาร ระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 63 มีประสบการณ์ในด้านการป้องกันควบคุมโรคระหว่าง 11 - 20 ปี ร้อยละ 42 และคิดว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่จำเป็นต้องดำเนินการควบคุมแก้ไขอย่างเร่งด่วนในลำดับแรก ร้อยละ 50

3.1.1 ด้านบริบท ประเมินใน 4 ประเด็น คือ 1. ความชัดเจนของนโยบาย อบจ.ทั้ง 4 แห่งมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขประกาศอย่างชัดเจนผ่านเว็ปไซต์หน่วยงาน เอกสารแผนนโยบาย โดยบุคลากร รพ.สต. จะรับทราบนโยบายการดำเนินงานที่เน้นความพึงพอใจของประชาชน ลดข้อร้องเรียน 2. ระบบการดำเนินงาน ภายหลังการถ่ายโอนหน่วยงานเครือข่ายหลักส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยงานนอกสาธารณสุข ประกอบด้วย คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการปฐมภูมิ (CUP) สำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุขยังคงมีบทบาทในการเป็นหน่วยสนับสนุนด้านวิชาการ 3) ความแตกต่างในการบริหารจัดการ รพ.สต.แต่ละขนาด จะขึ้นอยู่กับปัจจัยบุคลากร งบประมาณ และการจัดการภายใน CUP 4) โอกาส และอุปสรรค พบว่า ด้านโอกาส คือ จำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้น แรงจูงใจ ความคล่องตัวในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของภาคส่วนนอกสาธารณสุข และความเพียงพอของทรัพยากร สำหรับด้านอุปสรรค คือ การเปลี่ยนแปลงระเบียบใหม่ จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงาน ของ อบจ. ไม่เพียงพอ รวมถึงยังขาดความเชี่ยวชาญ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

*“การทำงานกับท้องถิ่นสิ่งที่เป็นนโยบายสำคัญ คือ เรื่องร้องเรียน เพราะการร้องเรียนเกิดขึ้นได้ง่าย ดังนั้นเราต้องบริการให้ดี ไม่ให้มีข้อร้องเรียน เราไม่จำเป็นต้องทำทุกเรื่อง แต่บางเรื่องที่ทำได้ดีต้องเน้นให้มีคุณภาพ”*ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 5 อบจ.ที่ 1

“เราอยู่กระทรวง สธ. บริการประชาชนอย่างไรก็ให้บริการอย่างเดิม ดีกว่าเดิม แต่อย่าให้ต่ำกว่าเดิม การป้องกันควบคุมโรคที่ดีอยู่แล้วก็ให้ทำต่อไป” ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4 อบจ.ที่ 4

“รพ.สต. ทุกแห่งมีระบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเหมือนเดิม แตกต่างที่การบริหารจัดการแต่ละขนาด 1. บุคคล 2.ประชากร พื้นที่ขนาด S ต้องสนับสนุนงบประมาณ ถ้าไซส์ L อาจจะต้องมีการปรับเกลี่ยบริหารจัดการคน” ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1 อบจ.ที่ 2

3.1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า ประเมินใน 6 ประเด็น คือ 1) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล พบว่า อบจ.ที่มีการถ่ายโอนตั้งแต่ 10 แห่ง จะมีการจัดทำแผนสุขภาพที่เป็นของ อบจ. ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินงาน เช่น จังหวัดชายแดนใต้ มีการกำหนดแผนแก้ไขความครอบคลุมวัคซีนที่ต่ำกว่าเกณฑ์ การติดตามประเมินผล มีการติดตามผ่านการประชุมประจำเดือน และเยี่ยมเสริมพลังมากกว่าการนิเทศงาน สำหรับตัวชี้วัดจะเน้นตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ประเมินผลการปฏิบัติงาน และตัวชี้วัดที่ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณ 2) บุคลากรด้านสุขภาพ พบว่า อบจ.ทั้ง 4 แห่งมีผู้รับผิดชอบหลักที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน รพ.สต. เพียง 1 คน จากการสัมภาษณ์พบว่าไม่เพียงพอในการสนับสนุน ควบคุม กำกับการดำเนินงานของ รพ.สต. โดยเฉพาะที่มีการถ่ายโอนมากกว่า 10 รพ.สต. ซึ่งได้มีการจัดทำกลไกการดำเนินงานเพิ่มเติมโดยใช้บุคลากรจาก รพ.สต. บทบาทหน้าที่คล้ายคลึงกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำหรับระดับ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีบุคลากรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 89 (ก่อน median 6 (3,18) หลัง median 9 (6,29)) แต่เมื่อเทียบจำนวนบุคลากรภาพรวมกับอัตรากำลัง ส่วนใหญ่จะน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 75) โดยสายงานที่มี

จำนวนสูงสุด คือ พยาบาลวิชาชีพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรยังคงเป็นบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุข 3) การเข้าถึงยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา พบว่า ในภาวะปกติ ยังคงเบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้การบริหารจัดการงบประมาณของ CUP ในภาวะฉุกเฉิน ได้รับทั้งจาก รพ. อบจ. อปท. และหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ 4) การเงิน รพ.สต. มีงบประมาณสำคัญ 4 งบ ประกอบด้วย 1. เงินอุดหนุน ตามขนาดของ รพ.สต. (S=400,000 M=650,000 L=1,000,000) 2.กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ 3. เงินรายได้จากใบเสร็จที่ให้บริการและอื่น ๆ 4. งบประมาณจากแหล่งงบอื่น ๆ เช่น สสส. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น โดยงบประมาณในการป้องกันควบคุมโรคจะเป็นงบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ส่วนใหญ่จะเป็นโครงการโรคไม่ติดต่อ (ร้อยละ 38) รองลงมาโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 23) 5) การให้บริการมีระบบการให้บริการไม่แตกต่างจากก่อนถ่ายโอน 5.1) ด้านการป้องกันโรค คลินิกสุขภาพเด็กดี ให้บริการวัคซีนพื้นฐานส่วนใหญ่เดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 61) แต่ในจังหวัดชายแดนใต้ให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 5.2) ด้านการเฝ้าระวังโรคคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 45 แต่ในจังหวัดชายแดนใต้ ให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 5.3) ด้านการควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข มีการเฝ้าระวังตามกลุ่มโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และมีการแจ้งเตือนโรคผ่านกลไก SRRT ระดับอำเภอ และตำบล กรณีที่พบผู้ป่วยตามโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังจะมีการดำเนินงานควบคุมโรคตามมาตรการที่กำหนด สำหรับการเตรียมความพร้อม-ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินส่วนใหญ่ จะดำเนินการในการสำรองวัสดุ เวชภัณฑ์ตามโรคและภัยที่พบในพื้นที่ แกนหลักในการดำเนินงานจะเป็น รพ. หรือ สสอ. ในส่วนของ รพ.สต.จะอยู่ในทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค 6) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ ในส่วนของ อบจ. โดยกองสาธารณสุขจะติดตามข้อมูลการดำเนินงานผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) โดยมี อบจ. 2 แห่งที่อยู่ระหว่างจัดทำฐานข้อมูลของจังหวัด ซึ่ง อบจ.ทั้ง 4 แห่งยังไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สำหรับส่วนของ รพ.สต. ดำเนินการไม่ต่างจากเดิม โดยใช้โปรแกรม JHCIS หรือโปรแกรม HOSxP สำหรับการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค จะใช้ฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล (D506)

“การทำแผนนายกเน้นแผนจากข้างล่างขึ้นบ้างบน โดยมอบหมายท่านปลัดลงไปทำเองหมดแผนสุขภาพเพราะถ้าไม่ทำจากล่างเราจะไม่รู้ปัญหาที่แท้จริง” ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1 อบจ.ที่ 2

“บุคลากร คนที่รับผิดชอบงานถ่ายโอน รพ.สต. มีข้าราชการ 1 คน กับลูกจ้าง 7 คน ซึ่งต้องดำเนินการเองทั้งหมดตั้งแต่งานบุคคล งานการเงิน/งบประมาณ 5 กลุ่มวัย งานควบคุมโรค ซึ่งไม่เพียงพอในการรองรับการถ่ายโอนของ รพ.สต.” ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2 อบจ.ที่ 3

“การสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ ยา ไม่มีปัญหา เหมือนเดิม เนื่องจาก CUP สามารถหักเงินที่กันไว้ในงบ OP/PP กรณีฉุกเฉินสามารถขอสนับสนุนได้ทั้งจาก รพ.หรือ เทศบาล อบต. หรือ แจ้งทางกองสาธารณสุขของ อบจ. แต่ส่วนใหญ่ทาง รพ.สต. จะมียา และเวชภัณฑ์ของโรคที่พบบ่อยในพื้นที่สำรองอยู่แล้ว” ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3 อบจ.ที่ 2

3.1.3 ด้านกระบวนการ ดำเนินการประเมินใน 3 ด้าน พบว่า รพ.สต. 28 แห่งส่วนใหญ่มีการดำเนินงานตามกระบวนการไม่แตกต่างจากก่อนถ่ายโอน มีรายละเอียดดังนี้ 1) ด้านป้องกันโรค คลินิกสุขภาพเด็กดี: ผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร้อยละ 50 โดยพบช่องว่าง คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับเครือข่าย การจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรับเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็นและการติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับวัคซีนตามเกณฑ์ในจังหวัดชายแดนใต้ 2) ด้านเฝ้าระวังโรค คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อใน รพ.สต. ร้อยละ 60 โดยพบช่องว่าง คือ การบันทึกข้อมูลผ่านระบบ HDC ยังไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากเน้นการบันทึกข้อมูลตามตัวชี้วัดของ อบจ.และการเบิกจ่ายตามระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการลงตรวจของแพทย์ที่ รพ.สต.ในคลินิกที่มีเพียง ร้อยละ 55 โดยจะลงตรวจเดือนละ 1 ครั้ง 3) ด้านควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากการประเมินตามมาตรฐานทีม SRRT ตำบล รพ.สต. ทั้ง 28 แห่ง สามารถดำเนินการผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน พบช่องว่างการดำเนินงาน คือ ความถี่ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในพื้นที่ที่ยังคงรอรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์โรคจาก สสอ.เป็นหลัก แนวทางการจัดส่งรายงานสอบสวนโรค การดำเนินงานยังเน้นเฉพาะโรคติดต่อ ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในโรค/ภัยอื่น ๆ เช่น โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และความเข้าใจในบทบาทการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอน

3.1.4 ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ ดำเนินการประเมินใน 2 ประเด็น คือ 1. ผลผลิต 1) ด้านป้องกันโรค ผลการประเมินความครอบคลุมวัคซีน พบว่า ร้อยละ 50 ของ รพ.สต. กลุ่มตัวอย่างมีความครอบคลุมวัคซีน DTP3 และ MMR2 ไม่ผ่านเกณฑ์ และมีผลการดำเนินงานลดลงเมื่อเทียบระหว่างก่อนและหลังถ่ายโอน ทั้ง DTP3 (ก่อน $\bar{X}$ 76.8 หลัง $\bar{X}$ 75.3) และ MMR2 (ก่อน $\bar{X}$ 77.2 หลัง $\bar{X}$ 67.4) โดยมีรายละเอียดความครอบคลุมวัคซีนภาพรวมและรายจังหวัด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบร้อยละความครอบคลุมวัคซีน DTP3 และ MMR2 ของรพ.สต. ก่อนถ่ายกับหลังถ่ายโอน จำแนกรายองค์การบริหารส่วนจังหวัด (n=28)

อบจ.	DTP3 (เกณฑ์ร้อยละ 90)			MMR2 (เกณฑ์ร้อยละ 95)		
	ผลงาน ปี 65	ผลงาน ปี 66	ปี 65 และ 66 +/=/-	ผลงาน ปี 65	ผลงาน ปี 66	ปี 65 และ 66 +/=/-
1	97.7	95.8	-	98.0	98.0	=
2	64.0	65.6	+	62.7	47.5	-
3	80.9	75.2	-	84.7	79.3	-
4	97.3	90.3	-	86.4	85.3	-
รวม	76.8	75.3	-	77.2	67.4	-

หมายเหตุ : ช่องเปรียบเทียบ 65 และ 66 +/=/- แสดงการเปรียบเทียบร้อยละความครอบคลุมวัคซีน (+) หมายถึง เพิ่มขึ้น (=) หมายถึง เท่าเดิม (-) หมายถึง ลดลง ข้อมูล HDC ณ 15 กุมภาพันธ์ 2567

2) ด้านเฝ้าระวังโรค ผลการคัดกรองและตรวจติดตามโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จาก HDC พบว่า รพ.สต. กลุ่มตัวอย่างคัดกรองไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 32 และตรวจติดตามไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังถ่ายโอน รพ.สต.กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 60 มีผลการดำเนินงานลดลง โดยมีรายละเอียดผลการคัดกรองและตรวจติดตามภาพรวม และรายจังหวัด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองและตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ของรพ.สต. ก่อนถ่ายโอนกับหลังถ่ายโอน จำแนกรายองค์การบริหารส่วนจังหวัด (n=28)

อบจ.	คัดกรอง						ตรวจติดตาม					
	DM (เกณฑ์ร้อยละ 90)			HT (เกณฑ์ร้อยละ 90)			DM (เกณฑ์ร้อยละ 70)			HT (เกณฑ์ร้อยละ 93)		
	ผลงาน ปี 65	ผลงาน ปี 66	ปี 65 และ 66 +/=/-	ผลงาน ปี 65	ผลงาน ปี 66	ปี 65 และ 66 +/=/-	ผลงาน ปี 65	ผลงาน ปี 66	ปี 65 และ 66 +/=/-	ผลงาน ปี 65	ผลงาน ปี 66	ปี 65 และ 66 +/=/-
1	92.0	88.5	-	90.8	87.6	-	98.4	87.6	-	98.4	98.4	=
2	92.6	90.7	-	91.2	89.9	-	94.1	51.3	-	94.1	72.7	-
3	95.1	63.7	-	95.2	54.4	-	90.8	36.8	-	90.8	90.7	-
4	91.5	97.0	+	92.3	97.9	+	100.0	75.0	-	100.0	82.3	-
รวม	93.0	83.7	-	94.6	64.1	-	91.7	46.3	-	91.7	90.2	-

หมายเหตุ : ช่องเปรียบเทียบ 65 และ 66 +/=/- แสดงการเปรียบเทียบร้อยละผลการดำเนินงาน (+) หมายถึง เพิ่มขึ้น (=) หมายถึง เท่าเดิม (-) หมายถึง ลดลง ข้อมูล HDC ณ 15 กุมภาพันธ์ 2567

3) ด้านควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ประเมินความสามารถในการควบคุมโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. โดยพิจารณาการเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านที่เกิดผู้ป่วย 2nd Generation พบว่า ในปีงบประมาณ 2566 รพ.สต.กลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้สำเร็จ ร้อยละ 50

3.2 ผลลัพธ์ความพึงพอใจของประชาชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ใน รพ.สต. จำนวน 403 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.9 อายุอยู่ระหว่าง 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.1 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.7 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.4 มารับบริการที่ รพ.สต. เป็นประจำ ร้อยละ 66.0 บริการที่มาใช้บริการฯ บ่อยที่สุด คือ ตรวจรักษาโรคติดต่อขั้นต้น ร้อยละ 44.7 และ คิดว่า รพ.สต. แห่งนี้อยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 54.8 การประเมินความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจภาพรวม และการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกโรคไม่ติดต่อ ด้านควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ในทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ 4.75±0.52) 2) ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับผิดชอบ สสจ. และ สสอ.ในพื้นที่ รพ.สต. ถ่ายโอน จำนวน 33 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.6 อายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 42.4 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 66.7 ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจภาพรวม และกระบวนการดำเนินงานด้านการป้องกันโรค ด้านการเฝ้าระวังโรค และด้านการควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ในทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ 3.85±0.71)

4. อภิปราย/ วิจารณ์ผล

การประเมินโดย CIPP Model ครั้งนี้ พบมีปัจจัยนำเข้าที่แตกต่างจากก่อนถ่ายโอนในด้านกำลังคน งบประมาณ และการตั้งตัวชี้วัด สำหรับกระบวนการ ด้านการบันทึกข้อมูลลงในระบบข้อมูลส่งผลทำให้ผลผลิตด้านป้องกัน เฝ้าระวัง ควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินมีผลการดำเนินงานลดลง รายละเอียดดังนี้

1. ด้านบริบท (C : Context) อบจ.ที่ถ่ายโอนในเขตสุขภาพที่ 12 มีความชัดเจนของนโยบายต่อการดำเนินงานโดยระบุอยู่ในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปให้ อปท. มีจุดแข็งเนื่องจากงานสาธารณสุขช่วยเสริมเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของนักการเมืองท้องถิ่น จึงทำให้มีโอกาสได้รับการสนับสนุนมากขึ้น[5] และนโยบายการดำเนินงานเน้นความพึงพอใจของประชาชน สอดคล้องกับความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่ที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอน ที่อยู่ระดับมากที่สุด สำหรับด้านโอกาสในการดำเนินงาน คือ จำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้น แรงจูงใจ ความคล่องตัวในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของภาคส่วนนอกสาธารณสุข และความเพียงพอของทรัพยากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอน รพ.สต.ในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่พบว่ารูปแบบความสำเร็จในการถ่ายโอนขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านนโยบาย โครงสร้างการบริหารงาน บริหารงานบุคคล ขั้นตอน ความชัดเจน และกฎระเบียบในการถ่ายโอน เป็นต้น[7]

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (I : Input) ใน 6 ประเด็น คือ 1) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล พบว่า การติดตามประเมินผล จะเน้นเยี่ยมเสริมพลังมากกว่าการนิเทศงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนมีเพียง 1 จังหวัด จาก 4 จังหวัดที่มีการกำกับดูแลจาก สสจ. โดยการทำ MOU ร่วมกัน และลงนิเทศงานเป็นประจำทุกปี[5] 2) บุคลากรด้านสุขภาพ พบว่า ระดับ อบจ. ทุกจังหวัดมีบุคลากรผู้รับผิดชอบหลักเพียง 1 คน ซึ่งไม่เพียงพอ โดย อบจ.ที่มีการถ่ายโอนมากกว่า 10 แห่ง ได้มีการจัดทำกลไกการดำเนินงานที่มีบทบาทหน้าที่คล้ายคลึงกับสสอ. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อบจ.ที่รับถ่ายโอนทั้งจังหวัดหรือจำนวนมากกว่า 10 แห่งต้องมีการจัดตั้ง “กลุ่มภารกิจ” ที่มีโครงสร้างอย่างไม่เป็นทางการคล้ายกับ สสอ.เพื่อกำกับดูแลกลุ่ม รพ.สต.ในพื้นที่ สำหรับระดับ รพ.สต. พบว่า ส่วนใหญ่จะมีบุคลากรเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผ่านมาที่พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่มากขึ้นเพียงพอต่อความต้องการ เนื่องจาก อปท. สามารถจัดสรรตำแหน่งได้เอง[5] นอกจากนี้ยังมีการจ้างบุคลากรสายสนับสนุน ซึ่งแบ่งเบาภาระของบุคลากรที่ต้องให้บริการ[9] โดยสายงานที่จำนวนกำลังสูงสุด คือ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษา ที่พบว่า พยาบาลเป็นสาขาที่ขาดแคลน อาจเนื่องมาจากเขตสุขภาพที่ 12 มีโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยคัดเลือกนักศึกษาจาก 5 จังหวัดชายแดนใต้ เข้าร่วมโครงการ จำนวน 3,000 คน ที่ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัด ชายแดนภาคใต้ (ศอบต.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2550[20] ทำให้พยาบาลวิชาชีพเป็นกรอบอัตรากำลังสูงสุด 3) การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา มีความเพียงพอทั้งภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนได้รับสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาจาก CUP อย่างเพียงพอ[5-6] 4) การเงิน รพ.สต. มีงบประมาณเพิ่มขึ้นจากก่อนถ่ายโอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหน่วยบริการที่ถ่ายโอนได้รับเงินจัดสรรจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้การบริหารจัดการทรัพยากรง่ายขึ้น สามารถนำมาใช้เป็นเงินบำรุงของหน่วยบริการ[5] และสถานะเงินบำรุงดีขึ้นกว่าเดิม[6] ทั้งนี้มีระเบียบฯที่กำหนดให้ รพ.สต.ต้องมีเงินบำรุงคงเหลือไม่น้อยกว่า 200,000 บาท เพื่อใช้จ่ายในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เป็นต้น[9] 5) การให้บริการมีการดำเนินงานไม่แตกต่างจากก่อนถ่ายโอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสถานบริการทุกแห่งมีการจัดบริการเหมือนเช่นเดิมกับที่ยังอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่มีความคล่องตัวดีขึ้นกว่าเดิม[6] 6) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีโปรแกรม JHCIS หรือโปรแกรม HOSxP แต่ยังพบปัญหาการบันทึกข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบปัญหาด้านคุณภาพข้อมูล[6]

3. ด้านกระบวนการ (P : Process) ดำเนินการประเมินใน 3 ด้าน คือ ด้านป้องกันโรค ด้านเฝ้าระวังโรค ด้านควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน จากการประเมินตามมาตรฐานที่กำหนด ด้านป้องกันโรค พบช่องว่างในประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เจ้าหน้าที่ อปท. แสดงความเป็นห่วงด้านวิชาชีพ การฝึกอบรม และการปรึกษาด้านวิชาการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ อปท.อาจจะไม่ได้มีความเชี่ยวชาญเท่ากับกระทรวงสาธารณสุข[5] ด้านเฝ้าระวังโรค การบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าฝั่งสาธารณสุขไม่สามารถสั่งการหรือบังคับบัญชาให้ดำเนินการด้านสาธารณสุขตามตัวชี้วัด เนื่องจากเป็นคนละสังกัด[8] การลงตรวจของแพทย์ที่ รพ.สต. ในคลินิกที่มีเพียงร้อยละ 55 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบปัญหาหลังการถ่ายโอน คือ การส่งแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อสนับสนุนการจัดบริการในและนอก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้ว แต่บางแห่งยังมีการดำเนินการดังกล่าวปกติทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ก่อนการถ่ายโอนและนโยบายของ อบจ. และ สสจ.[8] ด้านควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ยังรอการวิเคราะห์สถานการณ์จาก สสอ. และแนวทางในภาวะฉุกเฉินไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในโรค/ภัยอื่นๆ เช่น โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจมาจากการดำเนินงานยังเน้นกลไกเดิม คือ ระบบการสั่งการจาก SRRT ระดับอำเภอ

4. ด้านผลผลิต (P : Product) พบว่า ผลผลิตทั้งร้อยละความครอบคลุมวัคซีน (DTP3/MMR2) และการคัดกรองและตรวจติดตามยืนยันโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมมีผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และมีผลการดำเนินงานลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการบริการปฐมภูมิด้านการตรวจคัดกรองโรคของหน่วยบริการที่ถ่ายโอนแล้วไม่ได้ดีกว่าหน่วยบริการที่ไม่ได้ถ่ายโอน รวมถึงหน่วยบริการมีการเก็บข้อมูลและส่งข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพลดลง โดยมักเน้นเก็บตัวชี้วัดที่ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. และตัวชี้วัดที่ คปสอ. ให้ความสำคัญเท่านั้น[5,9] แต่เมื่อพิจารณาเทียบกับผลการดำเนินงานภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 12 ทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนในความครอบคลุมวัคซีน (DTP3/MMR2) ทุกจังหวัดมีร้อยละความครอบคลุมวัคซีนที่ลดลง ร้อยละ 10-20 โดยเฉพาะจังหวัดชายแดนใต้ สาเหตุเนื่องมาจากความกังวลอาการข้างเคียงวัคซีนจากโรคโควิด-19 ในการคัดกรองและตรวจติดตามยืนยันโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

ผลการดำเนินงานในภาพรวมลดลง ร้อยละ 5-10 สาเหตุเนื่องจากมีการเพิ่มขั้นตอนการยืนยันตัวตน (Authentication) ของสปสช. ซึ่งต้องดำเนินการควบคู่กับการบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองหรือการตรวจติดตามยืนยันฯ สำหรับการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ รพ.สต. กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้สำเร็จ ร้อยละ 50 เนื่องมาจากในปี 2566 เป็นปีที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกทั้งประเทศจึงอาจทำให้ผลการควบคุมโรคดำเนินการได้น้อยว่าปีที่ไม่มีการระบาด

การศึกษาครั้งนี้ข้อมูลทั่วไปสามารถดำเนินการโดยมีอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 100 เนื่องจากในกลุ่มประชาชนมีการลงพื้นที่และติดตามกลุ่มตัวอย่างด้วยทีมผู้วิจัยเอง จนได้จำนวนตามกลุ่มเป้าหมาย สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทีมผู้วิจัยติดตามการตอบกลับจากทะเบียนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด แต่ยังพบข้อจำกัดในรูปแบบวิธีการเก็บข้อมูลความพึงพอใจในกลุ่มประชาชนที่มารับบริการที่ได้รับการถ่ายโอนฯ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ ที่มีผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งอาจมีอคติในการศึกษาเนื่องจากประชาชนที่มาใช้บริการที่ รพ.สต. จะมีความพึงพอใจเป็นต้นทุนเดิมอยู่แล้วจึงทำให้ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่เก็บข้อมูลในลักษณะเดียวกันแล้วพบว่ามีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมีการให้ข้อมูลเชิงบวก คือ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกันมากกว่าร้อยละ 90[19] ดังนั้นอย่างไรก็ตามการประเมินผลกระทบที่มีต่อผู้รับบริการในอนาคต จำเป็นจะต้องประเมินรายละเอียดที่มากขึ้น และอาจจะต้องประเมินรายบริการ

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาผลการประเมินตามกระบวนการมาตรฐานที่กำหนด รวมถึงผลผลิตในครั้งนี้ยังไม่สามารถบอกแนวโน้มที่ชัดเจนได้ เนื่องจากข้อมูลพื้นฐานเพื่อเปรียบเทียบก่อนการดำเนินการไม่ได้จัดเก็บอย่างเป็นระบบ และยังไม่สามารถบอกได้ว่าผลผลิตที่เปลี่ยนแปลงเกิดจากการถ่ายโอนหรือไม่ แต่จากการประเมินด้วย CIPP Model ทำให้เห็นว่าการถ่ายโอนมีทั้งจุดแข็ง และโอกาสในการปรับปรุงจึงควรนำจุดแข็งและโอกาสที่เกิดขึ้นมาจัดทำกลยุทธ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุภาพต่อไป

5. สรุป

การประเมินผลภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 12 พบว่า การดำเนินงานไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก โดยมีจุดแข็งที่เป็นโอกาสในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจนเน้นประชาชนเป็นหลัก การมีจำนวนบุคลากร และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น ความคล่องตัวในการดำเนินงานด้านนโยบายของ อบจ. ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น การนำเครือข่ายภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ประชาชนเข้ามาร่วมในการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับโอกาสในการพัฒนา คือ ระบบในการติดตามประเมินผล การบันทึกข้อมูลซึ่งอาจส่งผลให้ผลผลิตที่ไม่ผ่านเกณฑ์ นอกจากนี้ยังมีประเด็นความไม่ชัดเจนเรื่องบทบาทของแต่ละภาคส่วน เนื่องจากเป็นช่วงเริ่มต้นของการถ่ายโอน แต่มีแนวทางการพัฒนาอย่างมีทิศทางมากขึ้น รวมถึงการวางระบบการทำงาน โดยฝั่ง อบจ. ที่

มีการถ่ายโอนมากกว่า 10 แห่ง ต้องมีโครงสร้างการดำเนินงานระดับอำเภอเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และฝั่งสาธารณสุขต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ร่วมกำหนดนโยบาย ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงาน สำหรับสสอ. ต้องมีสมรรถนะในการเป็นผู้ประสานงานที่ดี นอกจากนี้ต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตั้งแต่ผู้รับผิดชอบงานระดับ อบจ. จนถึง รพ.สต. ให้สามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด (พัทลุง สงขลา สตูล และปัตตานี) และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผศ.ดร.วันลภ ดิษสุวรรณ์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา นางสวรรยา จันทูตานนท์ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและพัฒนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา และ ดร.พัชนี นัครา หัวหน้ากลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ช่วยให้ข้อชี้แนะคำแนะนำต่าง ๆ และขอขอบพระคุณ นายแพทย์เฉลิมพล โอสถพรมมา ผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ที่สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

1. วัฒนา แก้วแย้ม, วัชรา แสงธิมา, พระครูใบฎีกาวสันต์ หนองทราย, ศรชัย ท้าวมิตร. การกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.). วารสารวิชาการรัตนบุศย์ 2566;5:694-707.
2. ประสิทธิ์ บุญเกิด. ข้อมูลถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. (รุ่นที่ 1 ปีงบประมาณ2566) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/4552d076-ab49-469f-9e05-e1505be8f3c8/page/p_2pwuh693xc
3. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชากร, เกษม เวชสุทรานนท์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพมหานคร: ที คิว พี; 2552.
4. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
5. อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์, นิธิวัชร์ แสงเรือง, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, จรวยพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ. การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4866?locale-attribute=th
6. ปนิตา ธีรสฤษกุล, บัญชา พร้อมดิษฐ์, จันทิมา นวะมะวัฒน์. การประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2561;35:203-13.
7. นภัสภรณ์ เชิงสะอาด, สิทธิพรร์ สุนทร, เสาวลักษณ์ นิกรพิทยา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการเมืองการปกครอง 2565;12:112-26.
8. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นภชา สิงห์วีรธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คาวงศ์, นิตย์ธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัสตรา เสนสายและคณะ. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 : ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังและการจัดทำกรณีศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
9. ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, วิทยา โชคเศรษฐกิจ, ภัควัฒน์ ภูริพงศ์ธนวัต, อุกฤษณ์ กฤตยโสภณ, ณฐนภ ศรัทธาธรรม, เยาววัลยา อ่อนโพธิ์ทอง. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ : โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบเชิงนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
10. Stufflebeam D. CIPP EVALUATION MODEL CHECKLIST A tool for applying the CIPP Model to assess long-term enterprises [Internet]. 2007 [cited 2023 Sep 10]. เข้าถึงได้จาก: https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/cippchecklist_mar07.pdf

11. World Health Organization (WHO). Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes [Internet]. 2007 [cited 2023 Sep 10]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business----strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes
12. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 มี.ค.2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9137
13. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงาน NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 เม.ย.2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=15535
14. นิภาพรรณ สฤษดิ์อภิรักษ์, อำนวย ทิพศรีราช, สุภาวิณี เรือนคง, ปฐวี มาวิริยะ. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
15. Wayne W., D. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences (6thed.). John Wiley &Sons, Inc.; 1995.
16. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
17. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
18. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
19. กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย, ชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์, ชญาพัช ราชาตัน, เฌอริลิณญ์ ประทุมสุวรรณ์, ธนายุต เศรณีโสภณ, ณชวิศ กิตติบวรดิฐ และคณะ. ความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการถ่ายโอนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;1: 22-48
20. กรรณิกา เรืองเดช, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, สุชาติ สังแก้ว. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557;1:12-27