

การประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน สุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ณัชชา เปรมประยูร*

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บึงอร สุภาเกตุ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

รัตนภรณ์ มั่นคง

รัฐันท์ โล่ศุภกาญจน์

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

พรชเนตต์ บุญคง

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ได้รับ 3 มิถุนายน 2568, วันแก้ไข 7 กรกฎาคม 2568, วันตอบรับ 20 กรกฎาคม 2568.

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หลังถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และการบริหารจัดการและกลไกขับเคลื่อนงานในระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สน.) จำนวน 370 แห่ง และเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ตัวแทน 4 ภาค จำนวน 8 จังหวัด หลังการถ่ายโอนภารกิจ พบว่าการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐาน ลดลงร้อยละ 6.5 การสนับสนุนครุภัณฑ์/เครื่องมือทันตกรรม และวัสดุทันตกรรม ลดลงร้อยละ 24.1 และ 20.6 ตามลำดับ การส่งข้อมูลเข้าระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ลดลงร้อยละ 7.0 หน่วยบริการไม่ได้จัดบริการตรวจสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน และวัยทำงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4, 2.7, 3.0 และ 4.1 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากก่อนการถ่ายโอนภารกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า หน่วยบริการมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการงบประมาณและการจ้างบุคลากรมาช่วยงานเพิ่มขึ้น แต่การสนับสนุนด้านทันตบุคลากร งบประมาณและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายจำกัดลง ทั้งนี้การมีทิศทางดำเนินงาน ความร่วมมือ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหน่วยบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่ายทำให้ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง กลไกที่สำคัญคือ การมีข้อตกลงร่วมกัน ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการมีผู้ประสานงานที่ดีระหว่างสองหน่วยงาน ร่วมกับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจะช่วยให้การจัดบริการส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ดำเนินไปได้ด้วยดี

คำสำคัญ: ประเมินผล การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ถ่ายโอนภารกิจ

* ผู้รับผิดชอบหลัก, อีเมล : kehjung5@gmail.com

Evaluation of Oral Health Promotion Services in Primary Care After devolution of Duties to the Provincial Administrative Organization.

Nutcha Premprayoon*

Bureau of Dental Health, Department of Health

Bang-on Supagat

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Rattanaorn Mankong

Rattanun Losupakarn

Bureau of Dental Health, Department of Health

Phonchanet Bunkhong

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Received 3 June 2025, Revised 7 July 2025, Accepted 20 July 2025.

Abstract

This mixed-methods research aimed to evaluate dental service delivery in primary care following the devolution of duties to Provincial Administrative Organizations (PAO) in terms of oral health promotion service provision, management and mechanism of service driving. Quantitative data were collected from 370 Health Promotion Hospitals after the devolution of duties to PAO (Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaloei Phrakiat 60 th Anniversary Nawaminthrachini Health Station). Qualitative data were gathered through in-depth interviews and focus group discussions with executives and operational staff from eight provinces across four regions. Results indicated that after decentralization, basic dental service provision decreased by 6.5%. Support for dental equipment/instruments and materials also decreased by 24.1% and 20.6%, respectively. Data submission to the Health Data Center (HDC) system declined by 7.0%. Oral health examination service provisions for various age groups (pregnant women, preschoolers, schoolchildren and working-age adults) decreased by 5.4, 2.7, 3.0 and 4.1 respectively. A statistically significant relationship was observed between oral health examinations across all age groups before and after decentralization (p -value < 0.05). Qualitative findings revealed increased flexibility in budget management and staff recruitment for primary care units. However, support from referral hospitals for dental personnel, budget, and medical supplies became more limited. Crucially, clear operational direction, strong cooperation, and positive relationships between primary care units and referral hospitals were continuous operations. Key facilitating mechanisms included MOU between PAOs and Provincial Public Health Offices, effective inter-agency coordinators, and ongoing support from referral hospitals, all contributing to successful primary oral health promotion and prevention services.

Keywords: Evaluation, Oral Health Promotion Service, Primary Care, Decentralization

* Corresponding Author, email : kehjung5@gmail.com

■ บทนำ

การพัฒนาสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของประเทศซึ่งมีพัฒนาการไปกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เริ่มตั้งแต่การเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสาธารณสุขมูลฐาน⁽¹⁾ ทศวรรษพัฒนาสถานีอนามัยที่มุ่งเน้นการดูแลในครอบครัว ชุมชน สถานีอนามัยจัดว่าเป็นสถานบริการด่านหน้าที่ใกล้ชิดชุมชน ให้บริการครอบคลุมด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพ ต่อมาปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) ทั้งนี้ ในระบบบริการสุขภาพ งานพัฒนาสุขภาพช่องปาก มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้บริการระดับปฐมภูมิและบริการรักษาที่ซับซ้อน โดยมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาลปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิใน รพ.สต. และ สอน. ให้บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากกับประชากรทุกกลุ่มวัย ให้บริการทันตกรรมพื้นฐาน เช่น ขูดหินปูน อุดฟัน และถอนฟัน ฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก รวมถึงจัดทำโครงการเพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพช่องปากในชุมชน⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2562 มีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งหวังให้เกิดระบบดูแลให้ประชาชนสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ลดนอนโรงพยาบาล ลดป่วยลดพิการ โดย รพ.สต. และ สอน. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ คาดหวังให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่เชื่อมต่อกับระบบบริการโดยรวม และเชื่อมต่อระหว่างระดับบริการ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม มีหลักสำคัญคือ

การดูแลสุขภาพช่องปากแบบองค์รวมและบูรณาการกับสหวิชาชีพ โดยยึดประชาชนและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำหน้าที่เป็นจุดแรกรับจัดการปัญหาสุขภาพช่องปากของประชากรและประสานงานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลและศูนย์เชี่ยวชาญ⁽³⁾

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 กำหนดให้ถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบคลุมงานส่งเสริมสุขภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ⁽⁴⁾ ต่อมาในปี 2564 มีประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)⁽⁵⁾ และคู่มือการถ่ายโอนภารกิจ⁽⁶⁾ มีผลให้มีการถ่ายโอนภารกิจไป อบจ.มากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2566 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 มีการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ไป อบจ. 49 จังหวัด จำนวน 3,263 แห่ง⁽⁷⁾ ถ่ายโอนบุคลากร จำนวน 21,185 คน

กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ปีงบประมาณ 2564 – 2565 พบว่ามีการจัดสรรงบประมาณและต้นทุนต่อหน่วยที่น้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรที่ลดลง บางแห่งมีบุคลากรที่ถ่ายโอนไปเพียง 1-2 คน ส่งผลให้มีบริการที่ไม่ได้ดำเนินการต่อ ได้แก่ ทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย สมรนึก โชติช่วงฉัตรชัย และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาการถ่ายโอนในช่วง มิถุนายน-พฤศจิกายน 2565 พบว่า อบจ. ส่วนใหญ่มีความพร้อม ปัญหาที่พบคือ อบจ. ส่วนใหญ่มีงบประมาณจำกัด และปัญหาความพร้อมบุคลากรใน รพ.สต. เมื่อโอนย้ายมาสังกัด

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและสิทธิประโยชน์ พูลพฤกษ์โสภารัตน์⁽¹⁰⁾ ศึกษาที่อนามัยสันนาเม็ง จังหวัดเชียงใหม่พบว่า การจัดการบริการสุขภาพช่องปากโดยรวมมีแนวโน้มดีขึ้น ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น และวิไลลักษณ์ ทิวกาญ⁽¹¹⁾ ศึกษาที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพช่องปากอย่างครอบคลุม และเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนงบประมาณ ผลกระทบทางลบคือไม่สามารถนิเทศ ติดตาม ประเมินตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาด้านสุขภาพช่องปากเป็นการศึกษาในพื้นที่ระดับตำบล อีกทั้งปีงบประมาณ 2566 มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปให้กับ อบจ.จำนวนมาก ซึ่งอาจมีผลกระทบกับการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากประชาชนงานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้น

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (รพ.สต. และ สอน.) หลังถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. และการบริหารจัดการและกลไกขับเคลื่อนงานในระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

■ นิยามศัพท์

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนภารกิจไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ระดับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ปฏิบัติได้ดี หมายถึง ผู้ตอบคิดว่าทำได้ครอบคลุมมากกว่า ร้อยละ 80 ของประชากรที่รับผิดชอบ, ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง หมายถึง ทำได้ครอบคลุมน้อยกว่า ร้อยละ 80 ของประชากรที่รับผิดชอบ, ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ได้ดำเนินการใดๆ

■ ขอบเขตการศึกษา

ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมในการศึกษานี้ไม่ได้เป็นข้อมูลการให้บริการสุขภาพจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) แต่เป็นข้อมูลผลการดำเนินงานจากแบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานโดยตรง เนื่องจากหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. พบว่ามีหลายพื้นที่ไม่ได้นำเข้าข้อมูลไปที่ HDC

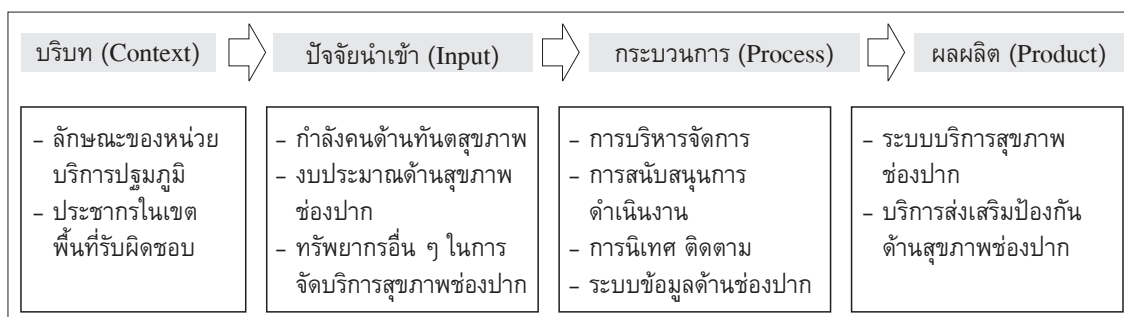
■ กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model⁽¹²⁾ ของสต๊ฟเฟิลบีม (Stufflebeam's Model) ในการกำหนดตัวแปร ซึ่งประกอบด้วย บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ดังแผนภูมิที่ 1

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2567

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model ของสตีฟเฟิลบีม)



● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเชิงปริมาณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต. และ สอน. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. 49 จังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 3,263 แห่ง คำนวณตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran⁽¹³⁾ ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

N = ขนาดประชากร จำนวน 3,263 แห่ง

Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

P = อัตราการเกิดเหตุการณ์ ในที่นี้กำหนดค่าเท่ากับ 0.5

E = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ในที่นี้กำหนดค่าเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 343 แห่ง ประเมินการการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 343+34 = 377 แห่ง การสุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดคำนวณตามสัดส่วนและสุ่มแบบง่ายโดยใช้คำสั่งโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จาก 49 จังหวัด แบ่งเป็น 4 ภาค จำแนกภาคละ 2 จังหวัด พื้นที่

ในการศึกษาแต่ละภาค ประกอบด้วย จังหวัดใหญ่และเล็กตามขนาดประชากร และมีการถ่ายโอนภารกิจมากกว่าร้อยละ 50 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นจังหวัดที่สมัครใจที่เข้าร่วมการศึกษาและเข้าร่วมตลอดการศึกษา รวม 8 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นผู้บริหารผู้กำหนดนโยบาย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บริหารผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข และสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ตัวแทนผู้บริหารและผู้ให้บริการใน รพ.สต. จังหวัดละ 8-10 คน

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขใน รพ.สต./สอน. ก่อน-หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เนื้อหากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากคัดเลือกมาจกแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ทดสอบความเชื่อมั่นจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.8 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาการ

บริหารจัดการและการขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุขระดับปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนภารกิจ

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และสถิติ Marginal Homogeneity Test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยยึดหลักเหตุผลและข้อมูลสถานการณ์แวดล้อมประกอบ การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการ 713/2567 วันที่ 27 พฤษภาคม 2567

■ ผลการศึกษา

นำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณตามกรอบ CIPP model ทั้งสี่ด้านและข้อมูลเชิงคุณภาพในด้านกระบวนการ มิติการบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อนงาน

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

การศึกษาเชิงสำรวจ สุ่มแบบสอบถามให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจ (รพ.สต./สอน.) พบว่ามีผู้ตอบกลับ 49 จังหวัด จำนวน 370 แห่ง ผู้ตอบส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.5 เป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล รองลงมาร้อยละ 36.8 เป็นนักวิชาการสาธารณสุข และอื่นๆ ร้อยละ 16.7

1.1) บริบท : หน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจและประชากร

ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยอิงตามจำนวนประชากรที่ดูแล พบว่า เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ขนาดกลาง (M) ซึ่งดูแลประชากรระหว่าง 3,001 – 8,000 คน มีจำนวนมากที่สุดถึง 265 แห่ง ร้อยละ 71.6 รองลงมาเป็นหน่วยบริการ

ปฐมภูมิ ขนาดเล็ก (S) ซึ่งดูแลประชากรไม่เกิน 3,000 คน มีจำนวน 61 แห่ง ร้อยละ 16.5 และหน่วยบริการปฐมภูมิ ขนาดใหญ่ (L) ดูแลประชากร 8,001 คนขึ้นไป มีจำนวน 44 แห่ง ร้อยละ 11.9

1.2) ปัจจัยนำเข้า : กำลังคน งบประมาณ และทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ มีทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานประจำใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 69.7 และ 68.6 และมีการหมุนเวียนทันตบุคลากร (ทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยช่างแก้ว) ไปให้บริการที่ รพ.สต. พบว่า หลังถ่ายโอนภารกิจทันตบุคลากรหมุนเวียนลดลง โดยเฉพาะทันตแพทย์ลดลงอย่างมากจากร้อยละ 24.1 เป็นร้อยละ 16.8 งบประมาณหลังการถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลแม่ข่ายลดลง การได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบจ. เพิ่มขึ้น ขณะที่มีอุปกรณ์และพร้อมใช้งาน ต่างกันเล็กน้อย คือ ร้อยละ 70.5 และ 70.3 ส่วนที่ลดลงคือความเพียงพอและพร้อมใช้งานของวัสดุทันตกรรมสำหรับบริการส่งเสริมป้องกัน จากเดิมร้อยละ 65.9 เป็น 62.4 (ตารางที่ 1)

1.3) กระบวนการ : การสนับสนุนการดำเนินงาน การนิเทศติดตามและระบบข้อมูล

การสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก หลังถ่ายโอนภารกิจ โดยมีการสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร วิชาการ ทรัพยากร และการกำกับติดตาม จากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขลดลงทุกระดับ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 กำลังคน งบประมาณ และทรัพยากรสนับสนุนในหน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)	หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)
ทันตบุคลากร		
1. มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ	258 (69.7)	254 (68.6)
2. มีทันตแพทย์หมุนเวียน	89 (24.1)	62 (16.8)
3. มีทันตภิบาลหมุนเวียน	71 (19.2)	59 (15.9)
4. มีผู้ช่วยช่างแก้อัฒนเวียน	49 (13.2)	44 (11.9)
งบประมาณ		
1. งบสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข	272 (73.5)	123 (33.2)
2. งบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย	304 (82.2)	161 (43.5)
3. งบสนับสนุน จาก อบจ.	108 (29.2)	261 (70.5)
วัสดุอุปกรณ์		
1. มีอุปกรณ์และพร้อมใช้งาน ได้แก่ ยูนิตทันตกรรม เครื่องชุดหินปูนไฟฟ้า เครื่องฉายแสงสำหรับอุดฟัน เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อ	261 (70.5)	260 (70.3)
2. มีชุด Hand Instrument เพียงพอ	235 (63.5)	237 (64.1)
3. มีวัสดุทันตกรรมเพียงพอและพร้อมใช้งาน สำหรับการให้บริการส่งเสริมป้องกัน	244 (65.9)	231 (62.4)

ตารางที่ 2 การสนับสนุนวิชาการและบริการทันตสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)	หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)
การสนับสนุนจาก สสอ./สสจ.		
1. การพัฒนาศักยภาพ	317 (85.7)	241 (65.1)
2. วิชาการทันตสาธารณสุข	315 (85.1)	247 (66.8)
3. ร่วม นิเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินผล	330 (89.2)	232 (62.7)
การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย		
1. กำลังคนทันตสุขภาพ	277 (74.9)	189 (51.1)
2. ครุภัณฑ์/เครื่องมือทันตกรรม	303 (81.9)	214 (57.8)
3. วัสดุทันตกรรม	331 (89.5)	255 (68.9)
4. วิชาการทันตสาธารณสุข	299 (80.8)	224 (60.5)
5. ร่วมกำกับติดตามประเมินผล	327 (88.4)	234 (63.2)

ระบบข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก ก่อนถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการปฐมภูมิเกือบทั้งหมด มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลด้านทันตสุขภาพ มีการส่งข้อมูลมายังระบบคลังข้อมูล

ด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) พบว่า หลังการถ่ายโอนภารกิจการส่งข้อมูลมายัง HDC ลดลง ส่วนที่เพิ่มขึ้นคือการส่งเบิกค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

ตารางที่ 3 การดำเนินงานระบบข้อมูลด้านทันตสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)			หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)		
	ไม่มี	มีแต่ ไม่ครบถ้วน	มีและ ครบถ้วน	ไม่มี	มีแต่ ไม่ครบถ้วน	มีและ ครบถ้วน
1. มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลด้านทันตสุขภาพ เพื่อใช้ในหน่วยงาน	3 (0.8)	103 (27.8)	264 (71.4)	23 (6.2)	84 (22.7)	263 (71.1)
2. มีการส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้มด้านทันตสุขภาพมายังระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC)	3 (0.8)	68 (18.4)	299 (80.8)	25 (6.8)	72 (19.4)	273 (73.8)
3. มีการส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์ (e-claim)	69 (18.6)	82 (22.2)	219 (59.2)	64 (17.3)	65 (17.6)	241 (65.1)

ตารางที่ 4 ระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)	หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)
การจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ		
1. มีการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐาน	333 (90.0)	309 (83.5)
2. มีระบบส่งต่อ/นัดหมาย	339 (91.6)	315 (85.1)
3. มีระบบปรึกษาทันตกรรมทางไกล (Tele dentistry)	207 (55.9)	182 (49.2)
กิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากแบบบูรณาการ		
1. มีโครงการ/กิจกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในชุมชน	318 (85.9)	288 (77.8)

ถ้วนหน้า (สปสช.) หรือระบบ e-claim (ตารางที่ 3)

1.4) ผลผลิต: การจัดระบบบริการและการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

การจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากก่อนถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐาน มีระบบส่งต่อ/นัดหมาย และระบบปรึกษาทันตกรรมทางไกล (Tele dentistry) ในขณะที่หลังถ่ายโอนภารกิจการจัดบริการ และมีโครงการ/กิจกรรมด้าน

ส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในชุมชนลดลง (ตารางที่ 4)

การจัดบริการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก

การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามกลุ่มวัย พบว่า หลังการถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่มีการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น เช่น การให้บริการทาฟลูออไรด์วานิชในกลุ่มเด็กปฐมวัย และกลุ่มวัยเรียน ไม่ได้ปฏิบัติเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.0 และ 5.9 ตามลำดับ การจัดบริการ

ตารางที่ 5 การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)			หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง	ปฏิบัติได้ดี	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง	ปฏิบัติได้ดี
กลุ่มหญิงมีครรภ์						
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและบันทึกผล	43 (11.6)	132 (35.7)	195 (52.7)	63 (17.0)	129 (34.9)	178 (48.1)
2. ย้อม Plaque/ฝึกการแปรงฟัน/สอนการใช้ไหมขัดฟัน/แปรงซอกฟัน	72 (19.5)	135 (36.5)	163 (44.0)	91 (24.6)	138 (37.3)	141 (38.1)
3. ชัดและทำความสะอาดฟัน	70 (18.9)	129 (34.9)	171 (46.2)	92 (24.9)	135 (36.5)	143 (38.6)
กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)						
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและบันทึกผล	9 (2.4)	90 (24.3)	271 (73.3)	19 (5.1)	96 (26.0)	255 (68.9)
2. ฝึกปฏิบัติผู้ปกครองแปรงฟันเด็กแบบลงมือปฏิบัติ พร้อมแนะนำให้ความรู้เรื่องอาหาร/นม และขนมที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุ 0-2 ปี	12 (3.2)	14 (30.8)	244 (66.0)	24 (6.5)	114 (30.8)	232 (62.7)
3. ทาฟลูออไรด์วานิช กรณีที่จำเป็น	22 (6.0)	80 (21.6)	268 (72.4)	37 (10.0)	94 (25.4)	239 (64.6)
4. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยคืนข้อมูลให้ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	13 (3.5)	95 (25.7)	262 (70.8)	28 (7.6)	104 (28.1)	238 (64.3)
5. ส่งเสริมและจัดการสภาพแวดล้อม เช่น อาหาร ขนม เครื่องดื่ม เป็นต้น	16 (4.3)	114 (30.8)	240 (64.9)	30 (8.1)	115 (31.1)	225 (60.8)
กลุ่มเด็กวัยเรียน (6-14 ปี)						
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก/ประเมินความเสี่ยงโรคฟันผุ บันทึกและคืนข้อมูลให้ครู นักเรียน และผู้ปกครอง ปีละ 2 ครั้ง	10 (2.7)	95 (25.7)	265 (71.6)	21 (5.7)	101 (27.3)	248 (67.0)
2. ทา/เคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่	23 (6.2)	91 (24.6)	256 (69.2)	45 (12.1)	102 (27.6)	223 (60.3)
3. เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	27 (7.3)	117 (31.6)	226 (61.1)	60 (16.2)	136 (36.8)	174 (47.0)
4. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และสภาพแวดล้อมในโรงเรียน	14 (3.8)	117 (31.6)	239 (64.6)	25 (6.8)	126 (34.0)	219 (59.2)
กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)						
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร่วมกับคลินิก NCD ในหน่วยบริการ	27 (7.3)	166 (44.9)	177 (47.8)	42 (11.4)	167 (45.1)	161 (43.5)

ตารางที่ 5 การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370) (ต่อ)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)			หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง	ปฏิบัติได้ดี	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง	ปฏิบัติได้ดี
2. จัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน ให้บริการสุขภาพช่องปาก และมีการจัดการสภาพแวดล้อม ในสถานประกอบการ	37 (10.0)	180 (48.6)	153 (41.4)	55 (14.9)	171 (46.2)	144 (38.9)
กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)						
1. ส่งเสริม ป้องกัน สุขภาพช่องปากในหน่วยบริการ	14 (3.8)	159 (43.0)	197 (53.2)	25 (6.8)	150 (40.5)	195 (52.7)
2. จัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน ให้บริการสุขภาพช่องปาก และจัดการสภาพแวดล้อม ในชมรมผู้สูงอายุ/ชุมชน	26 (7.0)	174 (47.0)	170 (46.0)	30 (8.1)	177 (47.8)	163 (44.1)
3. ร่วมกับภาคีเครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	20 (5.4)	165 (44.6)	185 (50.0)	25 (6.7)	162 (43.8)	183 (49.5)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ	S.D.	p-value
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและบันทึกผล ในหญิงตั้งครรภ์	5.545	0.001
2. ชัดและทำความสะอาดฟันให้หญิงตั้งครรภ์	5.916	0.000
3. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและบันทึกผล ในเด็กปฐมวัย	4.637	0.005
4. ทาฟลูออไรด์วานิชกรณีที่เป็น ในเด็กปฐมวัย	5.477	0.000
5. ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ในเด็กวัยเรียน	4.637	0.003
6. ให้บริการทา/เคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ ในเด็กวัยเรียน	5.590	0.000
7. ให้บริการสุขภาพช่องปาก ร่วมกับคลินิก NCD ในวัยทำงาน	4.822	0.001
8. ส่งเสริม ป้องกัน สุขภาพช่องปากในหน่วยบริการ ในผู้สูงอายุ	4.822	0.178

หมายเหตุ: สถิติ Marginal Homogeneity Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตรวจสอบสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ได้ปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 2.7 3.0 4.1 และ 3.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) และเมื่อหาความสัมพันธ์ของการจัดบริการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ ทดสอบ

ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Marginal Homogeneity Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการปฐมภูมิในกลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน และกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ มีความสัมพันธ์กับการ

จัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการปฐมภูมิ หลังการถ่ายโอนภารกิจ p-value 0.001, 0.005, 0.003 และ 0.001 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การบริหารจัดการและขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ฝ่ายบริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือหัวหน้ากลุ่มทันตสาธารณสุข และฝ่ายบริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ได้แก่ นายก อบจ.หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต./สอ.น.และทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.จังหวัดละ 10 คน เก็บข้อมูล 8 จังหวัด คือ นครสวรรค์ ปราจีนบุรี แพร่ เชียงราย มหาสารคาม ขอนแก่น สุราษฎร์ธานี และภูเก็ต พบว่า รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ มีการให้บริการด้านสุขภาพช่องปาก คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูทำงานเชื่อมประสานและส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเดิมได้ แต่บริการส่งเสริมป้องกันทันต-สุขภาพและบริการภาพรวมลดลง ดังข้อมูลที่แสดงและมีชื่อหน่วยงานไว้ในวงเล็บ ดังนี้

2.1) งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และการบริหารจัดการ หลังถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ได้รับงบประมาณและการสนับสนุนด้านครุภัณฑ์มากขึ้น มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ สามารถนำเงินมาจ้างบุคลากรช่วยงานได้เพิ่มขึ้น บางแห่งต้องการปรับปรุงห้องทันตกรรมแต่ก็ติดขัดเรื่องการเงินสถานที่ไป อบจ.ยังไม่เรียบร้อย การจัดซื้อ

จัดจ้างมีขั้นตอนที่เปลี่ยนไป แต่มีขั้นตอนที่รวดเร็วขึ้น ยกเว้นวัสดุการแพทย์ที่ใช้ในการบริการทันตกรรม เดิมเคยเบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่เมื่อถ่ายโอนแล้ว มีข้อติดขัดบ้าง ซึ่งต้องอาศัยการเจรจาสื่อสารและตกลงกันในระดับผู้บริหาร รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างหน่วยงานทำให้ดำเนินงานไปได้

“การบริหารจัดการ... มีความคล่องตัวและมีเงินบำรุงมากขึ้น ก่อนถ่ายโอนภารกิจมีเงินแค่หลักหมื่น หลังถ่ายโอนภารกิจมีเงินหลักล้าน... ผอ.รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ที่สามารถทำแผนล่วงหน้า 1-2 เดือน เพื่อเสนอ อบจ. หลังจากได้รับพิจารณาและได้รับอนุมัติ สามารถดำเนินการซ่อมบำรุงได้เลย” (รพ.สต.)

“ การจัดการวัสดุอุปกรณ์ รพช. แม่ข่ายเป็นผู้ดูแล โดย รพ.สต. ต้องวางแผนและส่งให้ รพช. แม่ข่ายล่วงหน้า แต่ปัญหาคือ การแจ้งเบิกในระบบติดขัด ระบบออนไลน์มีปัญหา ทันตแพทย์ไม่ได้รับข้อมูล ทำให้ รพ.สต. ได้ของบ้างไม่ได้บ้าง บางอย่างต้องขอยืมกันเองระหว่าง รพ.สต.” (รพ.สต.)

“ อบจ. มีการสำรวจและสนับสนุนยูนิตทำฟันใหม่และวัสดุอุปกรณ์งานทันตกรรมให้ รพ.สต.” (อบจ.)

“เป้าหมายของการถ่ายโอนภารกิจ คือ การเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน แต่หลังจากการถ่ายโอนภารกิจแล้วประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการด้านทันตกรรมได้ยากขึ้น เพราะเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้บริการได้ งานอนามัยช่องปากกลุ่มเด็กในโรงเรียนก็ทำไม่ได้ การทำหัตถการ เช่น อุดฟันแท็กก็ห้ามทำ สุดท้ายทำให้ รพช. แม่ข่าย ต้องรับคนไข้เพิ่มมากขึ้นอย่างมาก” (สสจ.)

“ส่วนกลางไม่มีความชัดเจนในการถ่าย

โอนภารกิจ ทำให้ไม่ได้เตรียมการ... โดยเฉพาะเรื่องของการเปรียบเทียบด้านงบประมาณ บุคลากร และระเบียบเกี่ยวกับงานพัสดุ ทั้ง 2 กระทรวงมีระเบียบที่ต่างกัน ในช่วงแรกเรื่องคนเป็นเรื่องใหญ่เนื่องจากหน่วยงานมีการถ่ายโอนภารกิจ แต่คนไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจตามไปด้วยทั้งหมด อีกส่วนที่ยังเป็นปัญหาคือการโอนอาคารสถานที่ที่ยังมอบให้ท้องถิ่นไม่ได้ เช่น ที่ราชพัสดุ หรือที่ดินที่ได้รับบริจาค ซึ่งระเบียบและกฎหมายไม่เอื้ออำนวย ทำให้ดำเนินการต่อไปได้ยากมาก” (สสจ.)

2.2) ด้านกำลังคน กำลังคนทันตภิบาล หลังการถ่ายโอนภารกิจ ได้แก่ รพ.สต. ขาดแคลนทันตภิบาล จากหลายสาเหตุ คือ บางแห่งไม่มีทันตภิบาลปฏิบัติหน้าที่ประจำอยู่แล้ว บางแห่งทันตภิบาลไม่ยินดีโอนย้ายไป อบจ. ทันตภิบาลบางคนสอบเปลี่ยนตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข และหลายคนเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการจ้างและได้รับเงินค่าจ้างจากเงินรายได้ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และปัจจุบันไม่มีการผลิตทันตภิบาล (2 ปี) แล้ว อีกด้านหนึ่งคือ ขาดทันตแพทย์ที่จะควบคุมดูแลการให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาล ทำให้ทันตภิบาลไม่กล้าให้บริการจากความกังวลว่าจะผิดระเบียบ เนื่องจากเดิมอยู่ในความดูแลของทันตแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือ สสจ. หลังการถ่ายโอนภารกิจ ทันตแพทย์ก็กลัวจะผิดระเบียบ เพราะ รพ.สต. สังกัดต่างกระทรวง

“ข้อดีหลังถ่ายโอนภารกิจที่เด่นชัดคือการบริหารจัดการภายใน รพ.สต. ทำได้สะดวกขึ้น มีงบประมาณมากขึ้น สามารถจัดจ้างบุคลากรได้ง่ายขึ้น ในแง่ของการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ในแต่ละปี รพ.สต. จะมีแผนและกันงบประมาณสำหรับพัฒนาบุคลากรไว้เสมอ...ส่วนใหญ่สามารถขอเงินสนับสนุนและไปเข้าร่วมการอบรมได้ และ

ภาระงานที่ไม่เกี่ยวกับหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ลดลง งานของทันตภิบาลที่ไม่เกี่ยวกับงานทันตกรรมก็ลดลง จำนวนตัวชี้วัดลดลง... เจ้าหน้าที่ที่มีความสุขมากขึ้น ประชาชนก็ยังได้รับการมีความสุขดี” (รพ.สต.)

“พบปัญหามากในเรื่องของการบริหารจัดการกำลังคนในแหล่งตัว ...ปัญหาหลักด้านบุคลากรทันตภิบาลไม่เพียงพอ และตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ซึ่งได้รับการจ้างและเงินค่าจ้างจากเงินรายได้ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข...ยังต้องการให้ อบจ. จ้างงาน พกส. ทุกคนต่อไป ได้มีการกำหนดไว้เป็นส่วนหนึ่งของ MOU” (สสจ.)

“ทันตภิบาล ไม่มีกรอบอัตรากำลังเป็นนักวิชาการทันตสาธารณสุข ถ้าจะสอบเลื่อนระดับต้องเป็น นักวิชาการสาธารณสุข หากปรับตำแหน่งได้ก็จะไปทำหน้าที่นักวิชาการทำให้สูญเสียทันตภิบาลไปจากการให้บริการทันตกรรม และปัจจุบันไม่มีสถาบันผลิตทันตภิบาล 2 ปีแล้ว” (รพ.สต.)

“งานด้านทันตกรรมและสุขภาพช่องปาก อบจ. ยังขาดทันตแพทย์ที่จะมาควบคุมดูแลการให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาล ในช่วงแรกของการถ่ายโอน ประมาณ 6 เดือน ทันตภิบาลต้องหยุดให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชน การแก้ปัญหาคือสนับสนุนให้ทุนการศึกษาคนในพื้นที่ไปเรียนเพื่อกลับมาปฏิบัติงานในชุมชน เป็นการเดิมส่วนที่ขาดแคลน (แต่ยังไม่เห็นผลทันทีในช่วงนี้)” (อบจ.)

“อบจ. ยังไม่มีทันตแพทย์และยังไม่มีฝ่ายที่ดูแลงานด้านทันตกรรมโดยตรง ต้องการให้ อบจ. มีระบบและผู้ดูแล supply ด้านทันตกรรมด้วย ประเด็นเหล่านี้ได้บรรจุไว้ในแผนของ อบจ. แล้ว แต่การดำเนินงานยังไม่ไปถึงสิ่งที่คาดหวัง”

(รพ.สต.)

“ประชาชนอาจจะไม่ได้รับบริการครบถ้วนเหมือนในอดีต เนื่องจากต้องมีการปรับตัวช่วงการเปลี่ยนผ่านและทันตภิบาลไม่เพียงพออาจทำให้สุขภาพช่องปากของประชาชนแย่ลง หากขาดการป้องกัน ส่งเสริม และรักษาอย่างต่อเนื่อง อนาคตปัญหาจะใหญ่มากขึ้น...(เพราะ) ปัจจุบันไม่มีการผลิตทันตภิบาลแล้ว (2 ปี) ซึ่งสิ่งที่ประชาชนต้องการ คือ ผู้ให้บริการที่มีทักษะด้านทันตกรรม ชาวบ้านต้องการหมอทำฟัน ไม่ใช่วิเคราะห์ฟันเท่านั้น” (สจ.)

นอกจากทันตภิบาลแล้ว ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นว่าการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือ อสม. ที่ทำงานร่วมกับ รพ.สต. อาจมีปัญหาในระยะยาว

“อีกกลุ่มที่เกี่ยวกับบริการในระดับปฐมภูมิ คือ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ซึ่งปัจจุบันยังอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข แต่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ไปสังกัด อบจ. ทำให้เกิดความล้าหลัง เช่น งานโครงการ 3 หมอ เกิดปัญหาระดับพื้นที่” (สจ.)

“ในอนาคตอาจมีปัญหากับการทำงานร่วมกับ อสม. เนื่องจากเริ่มมีการสอบถามมาว่า อสม. ไม่ได้สังกัด อบจ. ยังต้องทำงานให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนด้วยหรือไม่ เมื่อมีการประชุม ก็มาประชุมบ่อยลง รพ.สต. ก็เริ่มกังวลเพราะในอดีตจนถึงปัจจุบัน อสม. ช่วยงานได้เยอะมาก” (รพ.สต.)

2.3) ระบบข้อมูลและตัวชี้วัด ก่อนถ่ายโอนภารกิจ สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่บันทึกผลการให้บริการในโปรแกรม HOSxP และส่งออกข้อมูลไปที่ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center หรือ HDC) หลังการถ่าย

โอนภารกิจ รพ.สต. บางส่วนยังใช้แบบเดิม และหลายแห่งเปลี่ยนไปใช้โปรแกรม My PCU ซึ่งสามารถเชื่อมต่อกับระบบเดิมได้ ทั้งนี้พบว่าข้อมูลบริการใน HDC ลดลง ในส่วนตัวชี้วัดการดำเนินงาน อบจ. บางแห่งคัดลอกจากตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขและหลายแห่งพัฒนาตัวชี้วัดร่วมกับ สจ. ในภาพรวม รพ.สต. มีตัวชี้วัดลดลง การติดตามนิเทศ เป็นหน้าที่หลักของ อบจ. โดยในบางจังหวัดเป็นการนิเทศร่วมระหว่างทีมงานของ อบจ. และ สจ.

“เรื่องการส่งข้อมูลด้านบริการทันตกรรมเข้าระบบ HDC นั้น สจ. ไม่ได้จำกัดว่าจะต้องใช้โปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่งเท่านั้น ขอแค่ให้ส่งข้อมูลเข้าระบบครบถ้วน ปัญหาที่พบคือ ทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแล้วและยังไม่ได้ถ่ายโอนต่างก็มีปัญหาว่าข้อมูลในระบบไม่แสดงข้อมูลบริการทันตกรรมที่เจ้าหน้าที่บันทึกเข้าระบบแล้ว โปรแกรม My PCU ที่ อบจ. ใช้ก็ยังมีปัญหาเรื่องการลงรหัส ถ้าลงไม่ถูกต้องครบทุกขั้นตอนผลงานก็จะไม่แสดงเช่นกัน สจ. มีข้อกังวลเรื่องนี้และจะหารือร่วมกันในอนาคต” (สจ.)

“จุดอ่อนที่พบหลังจากการถ่ายโอนคือการบันทึกข้อมูลมีปัญหาทำให้เบิกจ่ายไม่ได้ และการสำรวจข้อมูลห่างหายไปทำให้ไม่มีข้อมูลของพื้นที่” (สจ.)

“ปัจจุบันยังใช้โปรแกรม HOSxP และบางพื้นที่เปลี่ยนมาใช้ My PCU แต่ละ รพ.สต. สามารถเลือกใช้โปรแกรมได้ตามความต้องการ” (รพ.สต.)

2.4) กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในช่วงการเปลี่ยนผ่านหลังการถ่ายโอนภารกิจ กลไกที่ใช้ในหลายจังหวัด คือ การทำบันทึกความร่วมมือ หรือ Memorandum of Understanding (MOU) ระหว่าง สจ. กับ อบจ. การแต่งตั้ง

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ หรือ กสพ. และ คณะอนุกรรมการสุขภาพช่องปากของจังหวัด สสจ. ขับเคลื่อนงานผ่านการสนับสนุนด้านการ รักษาและการรับส่งต่อระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย สสจ. ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนข้อมูลให้แก่ อบจ. โดยบางจังหวัดมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขของทันตภิบาลและการควบคุมกำกับของทันตแพทย์ เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด และ สสจ. ที่ยังไม่ได้จัดทำ MOU ให้เหตุผลว่ารอแนวทางที่ชัดเจนจากกระทรวงสาธารณสุข

“งานบริการด้านสุขภาพช่องปากของ จังหวัด ก่อนการถ่ายโอนภารกิจมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข มีรายละเอียดบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลและการควบคุมกำกับของทันตแพทย์ 1 คนต่อทันตภิบาล 3 คน แนวทางการปฏิบัติงานนี้ ยังคงใช้งานต่อเนื่องจนถึงหลังการถ่ายโอนภารกิจ โดยมีการทำ MOU ระหว่างหน่วยงาน” (สสจ.)

“การจัดบริการของ รพ.สต. ยังเหมือนเดิม รวมทั้งงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากด้วย แต่จะมีช่วงหยุดชะงักคือรอยต่อก่อนจะมีการทำ MOU ซึ่งจะเป็นช่วงที่งานบริการด้านทันตกรรมมีปัญหาถูกร้องเรียนจากประชาชน เพราะทันตภิบาลไม่สามารถให้บริการได้ สาเหตุมาจากไม่มีทันตแพทย์ให้การรับรอง ทันตภิบาลได้รับข่าวลือเรื่องการเอาผิดทางกฎหมาย คือ แค่อ้าปากคนไข้ก็ผิดแล้ว” (รพ.สต.)

“เนื่องจาก อบจ. ไม่มีประสบการณ์ในการจัดซื้อจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ หลายๆ แห่งยังคงขอรับการสนับสนุนจาก สสจ. หาก สสจ. และ อบจ. มี MOU และคณะกรรมการสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ เจรจาทหาแนวทางเพื่อสนับสนุน เช่น มีการจัดทำคู่มือรายการเบิกจ่าย

วัสดุทันตกรรมที่ชัดเจน รวมทั้งคู่มือปฏิบัติงานของทันตภิบาล ทำให้มีแนวปฏิบัติที่ช่วยให้การทำงานราบรื่นอย่างต่อเนื่อง” (สสจ.)

“กสพ. ที่จัดตั้งขึ้นยังไม่เป็นที่ยอมรับจาก สสจ. เพราะกรรมการส่วนใหญ่มาจากทาง อบจ. เป็นหลัก ประเด็นนี้เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้การทำงานไม่ราบรื่น รวมถึงเรื่องการจัดสรรงบประมาณต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง...ซึ่ง อบจ. มองว่า รพช. แม่ข่ายได้งบประมาณในสัดส่วนที่มากกว่า รพ.สต.” (สสจ.)

“การพัฒนางานสุขภาพช่องปากขึ้นกับภาวะผู้นำ และทัศนคติของผู้นำของทั้งสองฝ่าย ซึ่งจำเป็นต้องมีคนเชื่อมประสาน ไม่เช่นนั้นก็จะกลายเป็นทางชนานกันตลอดไป คนเชื่อมประสานต้องเจรจาให้เกิดความร่วมมือ งานวิชาการของวิชาชีพ สสจ. ควรรับไว้อย่างเต็มที่ แต่งานบริการต้องช่วยประคองไป จนกว่าปากฝั่ง อบจ. จะแข็งแรง” (สสจ.)

“การทำงานด้านบริการสุขภาพ การส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟันฟู และการกำหนดตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ของ อบจ. โดย อบจ. กับ สสจ. ร่วมกันทำตัวชี้วัดระดับ รพ.สต. อบจ. ติดตามผลงานตามตัวชี้วัด” (สสจ.)

“การนิเทศงานใช้รูปแบบ 5 x 5 Plus หมายถึง ทีมนิเทศในระดับอำเภอ ประกอบด้วย สสจ. 5 คน และ อบจ. 5 คน ไปนิเทศงานด้วยกัน เพิ่มวิชาชีพเฉพาะ (Plus) เช่น ด้านยาเสพติด สุขภาพจิต และทันตะ” (สสจ.)

■ อภิปรายผล

ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจ ปัญหาที่ถกเถียงกัน ทันตภิบาลปฏิบัติงานใน รพ.สต. มี 2 ด้าน คือ ทันตภิบาลไม่ได้ให้บริการด้านทันตกรรมหรือกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน เพราะ

ในการปฏิบัติงานตามระเบียบฯ ต้องมีทันตแพทย์ ควบคุม⁽¹⁴⁾ และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ สสจ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกด้านหนึ่ง คือการขาดแคลนทันตภิบาลใน รพ.สต. จากหลายสาเหตุ เช่น ทันตภิบาลไม่ยินดีโอนย้ายไป อบจ. รพ.สต. หลายแห่งไม่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานอยู่แล้ว และการที่ไม่มีกรอบอัตรากำลัง นักวิชาการทันตสาธารณสุข ทำให้ทันตภิบาล สอบเป็นนักวิชาการสาธารณสุขซึ่งทำให้ไม่ได้ ปฏิบัติงานบริการทันตกรรม ผลสอดคล้องการ ศึกษาที่พบว่า ระยะแรกของการถ่ายโอน รพ.สต. ให้บริการได้น้อยลง เนื่องจากประสบปัญหา การวางแผนปฏิบัติงานไม่ชัดเจนทั้งเรื่องระเบียบ ด้านงบประมาณและบุคลากร⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ หลัง ถ่ายโอน รพ.สต. ถ่ายโอน ที่ดำเนินการได้ดี ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น เพราะมีระบบ สนับสนุนที่ดีจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในด้านกำลัง คน เครื่องมือ วัสดุทันตกรรม และระบบข้อมูล⁽¹⁰⁾

ระบบข้อมูล รพ.สต. บางส่วนยังใช้ โปรแกรมการบันทึกข้อมูลสุขภาพแบบเดิมและส่ง ออกข้อมูลไปยัง HDC และพบว่าหลาย รพ.สต. มีการใช้โปรแกรมใหม่ที่ทาง อบจ. แนะนำ ซึ่ง สามารถเชื่อมต่อกับระบบเดิมได้ ทั้งนี้ในภาพรวม ข้อมูลบริการใน HDC ลดลง ซึ่งในระยะยาวอาจ จะมีผลกระทบต่อการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ ของพื้นที่ ในการวางแผนการจัดการแก้ปัญหา สุขภาพของประชาชน

กลไกการแก้ปัญหาการดำเนินงาน สุขภาพช่องปาก คือ บันทึกความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง สสจ. กับ อบจ. คณะกรรมการสุขภาพ พื้นที่ (สภพ.) และอนุกรรมการสุขภาพช่องปาก ของจังหวัด ทั้งนี้พบว่าจังหวัดที่มีความสำเร็จใน การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. มีลักษณะของการประสาน

งานที่มีประสิทธิภาพ มีเครือข่ายการทำงานที่ดี และใช้กลไกที่มีอยู่ตามนโยบาย เช่น MOU กสพ. และคณะอนุกรรมการสุขภาพช่องปาก อย่าง เหมาะสม กลไกที่มีอยู่เป็นการแก้ปัญหาระยะสั้น ในระยะเปลี่ยนผ่าน ในระยะยาวควรมีการแก้ไข กฎหมาย คณิดา นรติธรักษา และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษา หน้าทีและอำนาจของ อบจ. ในเรื่องการรับ ถ่ายโอน รพ.สต. เสนอไว้ว่า ควรมีการแก้ไข กฎหมาย กำหนดให้ อบจ. มีอำนาจหน้าที่ในการ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้วยและให้จัดสรร งบประมาณสำหรับการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้ กับ อบจ. โดยตรง

■ สรุป

ในช่วงแรกของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. พบว่างานบริการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก มีการให้บริการที่ลดลงเมื่อเทียบ กับก่อนถ่ายโอนทั้งบริการทันตกรรมพื้นฐานและ บริการส่งเสริมป้องกันตามกลุ่มอายุ โดยเหตุผลที่ เกี่ยวข้องกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากที่ลดลง คือการขาดแคลนทันตภิบาล การปรับตัวกับสังกัดใหม่ การศึกษาระเบียบปฏิบัติ ต่างๆ รวมทั้งความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับระเบียบการ ปฏิบัติงานด้านทันตกรรมที่ต้องอยู่ในความ ควบคุมของทันตแพทย์ รพ.สต. ถ่ายโอนในบาง จังหวัด สามารถปรับตัวและมีการเปลี่ยนผ่านไป ได้อย่างดี โดยที่ปัจจัยสนับสนุนให้มีการจัดบริการ ได้ หรือมีการหยุดชะงักไม่นานนัก ได้แก่ การมี MOU ระหว่าง อบจ. และ สสจ. อย่างชัดเจน รวมทั้งมีผู้ประสานงานที่ทั้งสองฝ่ายรับฟังร่วมกันได้ สัมพันธภาพที่ดีของทั้งสองฝ่าย รวมทั้งการสื่อสาร ที่ชัดเจน และการมีข้อตกลงร่วมกัน ทำให้การจัด บริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากของ รพ.สต. ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง และประชาชน

ไม่ได้รับผลกระทบมากนัก

■ ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข สื่อสารสร้างความร่วมมือกับ อบจ. ในการจัดทำแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับทุกช่วงวัย และแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านดูแลสุขภาพช่องปาก ให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการดำเนินงานประจำปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการจัดทำกรอบอัตรากำลังในโครงสร้างของหน่วยงาน กำหนดให้มีบุคลากรด้านสุขภาพช่องปาก ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ทันตแพทย์ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพช่องปาก ให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ข้อมูลร่วมกัน

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือในการผลิตนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ที่ตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่น เพื่อให้มีทรัพยากรกำลังด้านคนเพียงพอในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ผศ.ดร.เกษร ลำเกาทอง จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และที่ปรึกษาโครงการ ทพ.ญ.ปิยะดา ประเสริฐสม ทพ.ญ.วรางคณา เวชวิธ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. วัฒนนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521 – พ.ศ. 2557). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
2. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2564.
3. คณะกรรมการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2023/5/2365_6294.pdf
5. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2021/10/2321_6208.pdf
6. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://odloc.go.th/transfer/คู่มือแนวทางการดำเนินก/>

7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อมูลการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hsiu.hsri.or.th/>
8. กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย, ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์, ชญาพัช ราชาดัน, เฉลียวลิณณู ประทุมสุวรรณ, ธนาบุตร เสรณ์โสภณ, ณชวิศ กิตติบรรดิฐ และคณะ. การศึกษาความพึงพอใจของทรัพยากรและงบประมาณของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการถ่ายโอนสู่ท้องถิ่นอย่างยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2024/09/hsri-journal-v18n1-p49-59.pdf>
9. สมรณี ไซติช่วงฉัตรชัย, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ศรวณีย์ อวนศรี, วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, ธนินทร์ พัฒนศิริ, ศักดิธัช อิทธิพิสิฐ และคณะ. การประมวลสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปิงปงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ม.ย.-พ.ย. 2565) [อินเทอร์เน็ต]. มูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/13_LSM89EIJoPLWi6OcYrVw17xrW5xSc/view?usp=sharing
10. พูลพฤกษ์ ไสภารัตน์. ระบบงานทันตสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาสถานีอนามัยสันนาเม็ง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564;4(2): 108-18.
11. วิไลลักษณ์ ทิวารกภู. ความพึงพอใจและผลกระทบภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารแพทย์ เขต 4-5 2565;41(4):437-48.
12. Hakan K. & Fer S. CIPP evaluation model scale: Development, reliability and validity. Procedia Soc Behav Sci 2011;15:592-9.
13. Cochran WG. Sampling techniques 3rd Ed. New York: John Wiley & Sons; 1991.
14. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภากาชาดไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/n1057_eb33299040ea13026ae55229831bcd01_article_20161103152352.pdf
15. เชิดชาย ดวงมร. โครงการศึกษาสรุปบทเรียนและติดตามผลการพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา สถานีอนามัยบ้านโกรกสิงขร ตำบลด่านทับตะโก อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2460/hs1503.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
16. คณิดา นรัตถรักษา, ชีรเดช นรัตถรักษา, ปิยะ ศิริลักษณ์ และสุจินดา ศิริลักษณ์. การศึกษาหน้าที่และอำนาจของ อบจ. พิษณุโลก ในเรื่องการรับถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. พิษณุโลก กรณีศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิรูปกฎหมายและแก้ไขอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/1JB4tXZk9UjPuG_1fTz8JSgqWUNewKB57b/view