



รายงานฉบับสมบูรณ์

การติดตามสถานการณ์ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ และการออกแบบการจัดการระบบ
ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Monitoring situation of health information system and
designing appropriate health information system management
under the transfer of subdistrict health promoting hospitals
to provincial administrative organizations

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้วิจัย

ดร.นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล

Pinij Faramnuayphol

มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

กรกฎาคม 2568

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นแนวทางของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ตามแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเป็นการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่มีความสำคัญ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 โดยจังหวัดที่รับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567 มีทั้งสิ้น 62 จังหวัด จาก 76 จังหวัด (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) โดยการเปลี่ยนผ่านในครั้งนี้ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ โดยมิติการดำเนินงานด้านระบบข้อมูล ก็เป็นมิติที่มีความสำคัญที่ควรได้รับการติดตามสถานการณ์และผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ดังกล่าว

โครงการติดตามสถานการณ์ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ และการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในการทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในการให้สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ หน่วยงานสาธารณสุขในส่วนกลาง ได้แก่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลที่สำคัญในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยงานในสังกัด 6 จังหวัด ได้แก่ หนองบัวลำภู กาญจนบุรี นนทบุรี นครราชสีมา เชียงใหม่ และ ประจวบคีรีขันธ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการลงพื้นที่เพื่อการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งให้ความอนุเคราะห์ในการจัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษา และอภิปรายผลการศึกษา รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานในสังกัด 6 จังหวัด ได้แก่ หนองบัวลำภู กาญจนบุรี นนทบุรี นครราชสีมา เชียงใหม่ และ ประจวบคีรีขันธ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการลงพื้นที่เพื่อการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งให้ความอนุเคราะห์ในการจัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษา และอภิปรายผลการศึกษา รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

ดร.นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล

12 กรกฎาคม 2568

บทคัดย่อ

การติดตามสถานการณ์ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ และการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นการศึกษาติดตามผลของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในปีงบประมาณ 2566-2567 ซึ่งเป็น 2 ปีแรกของการถ่ายโอนภารกิจ ที่อาจจะกระทบต่อระบบข้อมูลสุขภาพ โดยเฉพาะในส่วนของ รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. โดยศึกษาจากข้อมูลบริการสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก และข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่ส่งเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center) และศึกษาการดำเนินงานด้านข้อมูลบริการสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการสุขภาพ โดยการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ 6 จังหวัด ที่มีสัดส่วนของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ที่แตกต่างกัน และศึกษาสถานการณ์ข้อมูลเฝ้าระวังโรค ที่ส่งจาก รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.

ผลของการศึกษาพบว่า การส่งข้อมูลบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังดำเนินการตามเดิม จากข้อมูลผู้ป่วยนอกพบว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ส่วนใหญ่ (เกินร้อยละ 95) ส่งข้อมูลครบทุกเดือน ในปี 2567 และจำนวนเดือนที่ขาดส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปี 2567 สถานการณ์ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก หากไม่รวมผู้ป่วยโรคโควิด-19 และรพ.สต. ให้บริการ ซึ่งรวมบริการคัดกรองโรค จะมีจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่ลดลงเพียงร้อยละ 2.8 ในปี 2566 เทียบกับปี 2565 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงเพียงร้อยละ 4 ในปี 2567 เทียบกับปี 2566 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 อย่างไรก็ตามก็ดีจำนวนผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มที่ลดลงในบางกลุ่มโรค สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. โดยผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 9.6 ในปี 2566 เทียบกับปี 2565 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงร้อยละ 13.9 ในปี 2567 เทียบกับปี 2566 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 ซึ่งคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ลดลง ร้อยละ 13.5 ในปี 2566 เทียบกับปี 2565 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงร้อยละ 9.4 ในปี 2567 เทียบกับปี 2566 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ลดลง ร้อยละ 7.8 ในปี 2566 เทียบกับปี 2565 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงร้อยละ 7.2 ในปี 2567 เทียบกับปี 2566 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 ความครอบคลุมของการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ลดลง ร้อยละ 21.4 ในปี 2566 เทียบกับปี 2565 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงร้อยละ 31.4 ในปี 2567 เทียบกับปี 2566 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 ซึ่งคล้ายคลึงกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และสำหรับข้อมูลเฝ้าระวังโรค ที่ส่งมาจาก รพ.สต. มีแนวโน้มที่ลดลงในปีงบประมาณ 2567 ซึ่งไม่แตกต่างกัน ระหว่างจังหวัดที่มีร้อยละของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ที่แตกต่างกัน โดยในภาพรวมมีจำนวนผู้ป่วยที่ส่งจาก รพ.สต. ลดลงร้อยละ 63.4 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2566 ซึ่งเกิดจากการปรับระบบรายงานโรคเป็น D506 (บันทึกออนไลน์) เป็นหลัก โดยระบบดังกล่าวยังไม่ได้ดำเนินงานใน รพ.สต. โดยส่วนใหญ่

ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการ ได้แก่ ปัจจัยด้านการให้บริการ และปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกและส่งข้อมูล โดยปัจจัยด้านการให้บริการรักษา จะประกอบด้วย รูปแบบการจัดสรรเงิน ที่ส่งผลต่อการสนับสนุนแพทย์/บุคลากร และการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งส่งผลต่อศักยภาพในการให้บริการ โดยในส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในกรณีที่โรงพยาบาลส่งแพทย์ไปตรวจที่ รพ.สต. ในบางจังหวัด อาจบันทึกข้อมูลเป็นผลงานของโรงพยาบาล ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ รพ.สต. ลดลงได้ โดยปัจจัยด้านการจัดบริการ น่าจะมีผลต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มากกว่าปัจจัยด้านการบันทึกข้อมูลหรือส่งข้อมูล ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านแรงจูงใจจากการเบิกจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ และการติดตามกำกับตามตัวชี้วัดของหน่วยบริหาร ที่เชื่อมโยงกับการประเมินผลงานของ รพ.สต. และบุคลากร ทำให้บริการที่ไม่ได้ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด หรือไม่ได้รับการกำกับติดตาม โดยเฉพาะบริการคัดกรองโรคเรื้อรังที่มีปริมาณงานมาก มีผลงานที่ลดลง และบางส่วนอาจเกิดจากความเข้าใจของบุคลากรในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล รวมทั้งการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เช่นในกรณีของบริการวัคซีนในบาง รพ.สต. ทั้งนี้ระบบสนับสนุนด้านข้อมูล กลไกการใช้ข้อมูลของฝ่ายบริหาร รวมทั้งนโยบายและข้อตกลงในการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ จะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้การดำเนินงานด้านข้อมูลยังคงมีประสิทธิภาพ

การออกแบบและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบแสดงผลข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ ข้อมูลสถานะสุขภาพ ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ และการบูรณาการระบบแสดงผลข้อมูลเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งการพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านบริการรักษา และด้านบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ทั้งนี้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ประกอบด้วย 1) การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวม ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้แก่ การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์ การกำกับติดตาม ประเมินผล และระบบข้อมูล การพัฒนารอบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐาน การพัฒนาตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนากลไกการกำกับติดตาม ประเมินผล การพัฒนาข้อตกลงในการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ การกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การปรับมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านระบบสารสนเทศ 2) การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด ได้แก่ การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์ การกำกับติดตาม ประเมินผล และระบบข้อมูล ระดับจังหวัด การพัฒนาตัวชี้วัดร่วม ในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด การพัฒนากลไกการกำกับติดตาม ประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด การพัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ และ 3) การบริหารจัดการระบบบริการและการเงินการคลังที่สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ การจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริการปฐมภูมิ และการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ระบบข้อมูลสุขภาพ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 บริการรักษา บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

Abstract

Monitoring situation of health information system and designing appropriate health information system management under the transfer of subdistrict health promoting hospitals (SHPHs) to provincial administrative organizations (PAOs) is a study aiming at monitoring the effect of transferring SHPHs to PAOs in the first 2 years on health information system. The study analyzed health service data such as out-patient service data and health promotion and disease prevention service data sent to health data center (HDC) of the Ministry of Public Health and studied work processes related to health information system as well as related factors influencing health information. Qualitative study took place in 6 provinces with different proportion of SHPHs transferred to PAOs. Disease surveillance data was also assessed after transferring SHPHs to PAOs.

The result of study showed that health service data was mostly sent to HDC as before. More than 95% of SHPHs transferred to PAOs sent out-patient data every month in fiscal year (FY) 2024 with less than 1% of months missing. The situation of out-patient data after excluding COVID-19 patients and service ICD-10 codes, which include disease screenings, revealed that out-patient data reduced by only 2.8% in FY 2023 compared to FY 2022 for SHPHs transferred in FY 2023 and reduced by 4% in FY 2024 compared to FY 2023 for SHPHs transferred in FY 2024. However, out-patients reduced in some groups of disease for SHPHs transferred to PAOs. Diabetic patients reduced by 9.6% in FY 2023 compared to FY 2022 for SHPHs transferred in FY 2023 and reduced by 13.9% in FY 2024 compared to FY 2023 for SHPHs transferred in FY 2024. This situation was similar to patients with Hypertension. The coverage of complete antenatal care (5 times) decreased by 13.5% in FY 2023 compared to FY 2022 for SHPHs transferred in FY 2023 and decreased by 9.4% in FY 2024 compared to FY 2023 for SHPHs transferred in FY 2024. The coverage of complete vaccination among children at age 1 decreased by 7.8% in FY 2023 compared to FY 2022 for SHPHs transferred in FY 2023 and decreased by 7.2% in FY 2024 compared to FY 2023 for SHPHs transferred in FY 2024. The coverage of screening for Diabetes among people aged ≥ 35 decreased by 21.4% in FY 2023 compared to FY 2022 for SHPHs transferred in FY 2023 and decreased by 31.4% in FY 2024 compared to FY 2023 for SHPHs transferred in FY 2024. This situation was similar to screening for Hypertension. For disease surveillance data, data from SHPHs reduced in FY 2024 compared to FY 2023 similarly for all groups of provinces with different proportion of SHPHs transferred to PAOs with 63.4% reduction in average. Changing of the system to D506 (online), which was not widely implemented in SHPHs, was the major cause of such reduction.

Factors influencing service data included service-related factors and data-related factors. Service-related factors for curative service were financial allocation model which affected support of health personnel, medicines and medical supplies. This affected directly the capacity of treatment of SHPHs. In case of chronic diseases patients, hospitals in some provinces sent doctors for service at SHPHs but recorded service as hospital service. This might result in reduction of chronic disease patients at SHPHs. Service-related factors were, therefore, more likely to influence service data more than data-related factors. Service-related factors for health promotion and disease prevention service were financial incentive from health security system and monitoring system related to key performance indicators (KPIs) linked to SHPHs or personnel evaluation. Other factor was understanding of personnel in data recording and data transferring including incomplete data recording and transferring such as incomplete vaccination data in some SHPHs. Data support system, data utilization for administrative purpose, policy and agreement of sending data to health data center were also factors influencing efficiency of information system.

Design and development of primary health information system should include resource information, standard of SHPHs information, health service information, disease and injury surveillance information, health status information, health risk information. Integration of all related information and appropriate data visualization system for supporting primary health system should be developed along with appropriate data exchange system for both curative services and health promotion and disease prevention services. Policy suggestions included 1) development of supporting mechanisms under Primary care Act, B.E. 2562 (2019) at national level consisting of sub-committee and taskforce (for setting strategies, monitoring and evaluation system, and information system), scope of standard services, key performance indicators (KPIs), monitoring and evaluation system, agreement about information for primary health system, procedure for data exchange, adjustment of standard on data collection 2) development of supporting mechanisms at provincial level consisting of establishment of sub-committee and taskforce at provinces, development of provincial KPIs, provincial monitoring and evaluation mechanism, and supporting mechanism for primary health information and 3) management of service delivery and financial system consisting of setting appropriate service delivery for primary health system, and study for appropriate financial mechanism for primary health system.

Key words: transfer of subdistrict health promoting hospital, provincial administrative organization, health information system, primary health system, Thai Primary Health System Act, B.E. 2562 (2019), curative service, health promotion and disease prevention service

บทสรุปผู้บริหาร

การติดตามสถานการณ์ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ และการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด 2) ศึกษาผลกระทบของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อสถานการณ์ด้านข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลบริการสุขภาพ 3) ศึกษาปัจจัยทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด 4) ออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม และจัดทำแนวทางการพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study) และเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data analysis) สำหรับการประเมินสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลบริการรักษาผู้ป่วยนอก ข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center, HDC) (ทั้งประเทศ) โดยวิเคราะห์แนวโน้มก่อนและหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ในช่วงปีงบประมาณ 2563-2567 และเปรียบเทียบ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. กับ รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอนไปยัง อบจ. รวมทั้งประเมินสถานการณ์ข้อมูลเฝ้าระวังโรค จากฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรค (รง.506) โดยวิเคราะห์แนวโน้มก่อนและหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ในช่วงปีงบประมาณ 2563-2567 และเปรียบเทียบระหว่างจังหวัด ตามสัดส่วนการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการสัมภาษณ์หรืออภิปรายกลุ่ม กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านข้อมูล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหารและ/หรือบุคลากรที่รับผิดชอบข้อมูลเฝ้าระวังโรค ข้อมูลบริการสุขภาพ และข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ในหน่วยงานส่วนกลาง ของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารและ/หรือบุคลากร ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในพื้นที่ 6 จังหวัด ผู้บริหารและ/หรือบุคลากร ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในพื้นที่ 6 จังหวัด ผู้บริหารและ/หรือบุคลากร ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลแม่ข่าย ในอำเภอที่มีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ในพื้นที่ 6 จังหวัด (จังหวัดละ 2 อำเภอ) และ บุคลากร ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. และ รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอนไป อบจ. (เฉพาะที่ไม่ได้ถ่ายโอนทั้งอำเภอ) ใน 2 อำเภอที่มีการถ่ายโอนภารกิจฯ (อำเภอละ 4 แห่ง) ในพื้นที่ 6 จังหวัด

ผลของการศึกษา ประกอบด้วย

1) ผลของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล

พบว่า รพ.สต. ยังคงมีการบันทึกข้อมูลในลักษณะเดิมก่อนการถ่ายโอน แต่พบว่า มี รพ.สต. บางแห่งบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือเลือกบันทึกข้อมูลในระบบเบิกจ่าย โดยไม่บันทึกในโปรแกรมของ รพ.สต. ในกรณีที่เบิกค่าบริการได้ สำหรับการส่งข้อมูลบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังดำเนินการตามเดิม โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ส่วนใหญ่ (เกินร้อยละ 95 ในปีงบประมาณ 2567) ยังส่งข้อมูลครบทุกเดือน และยังคงส่งข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แต่จำนวนบริการที่ส่งอาจจะลดลงในบางบริการ เช่น บริการฝากครรภ์ และบริการคัดกรองโรคเรื้อรัง

2) ผลของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ และเฝ้าระวังโรค

พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก รวมทุกกลุ่มโรค มีจำนวนครั้งที่ลดลงร้อยละ 15.4 ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และลดลงร้อยละ 11.5 ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 แต่หากไม่รวมผู้ป่วยโรคโควิด-19 และรหัสการให้บริการ (รหัส Z) จะมีจำนวนครั้งที่ลดลงเพียงร้อยละ 2.8 ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และลดลงเพียงร้อยละ 4 ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 แสดงให้เห็นว่าการลดลงของผู้ป่วยนอก ในส่วนของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ส่วนใหญ่เกิดจากการลดลงของผู้ป่วยที่มีการลงรหัสการให้บริการ (รหัส Z) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยเฉพาะการคัดกรองโรคเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ดี บริการผู้ป่วยนอก มีการลดลงในบางกลุ่มโรค สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. โดยผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 9.6 ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และลดลงร้อยละ 13.9 ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 ซึ่งคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สะท้อนถึงสถานการณ์การลดลงของบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.

ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ลดลง ร้อยละ 13.5 ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และลดลงร้อยละ 9.4 ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ลดลง ร้อยละ 7.8 ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และลดลงร้อยละ 7.2 ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 ในขณะที่ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี และ ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ลดลงไม่เกินร้อยละ 5 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และปีงบประมาณ 2567 แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างน้อย ในส่วนของบริการวัคซีน แต่ความครอบคลุมของการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ลดลง ร้อยละ 21.4 ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และลดลงร้อยละ 31.4 ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 ซึ่งคล้ายคลึงกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง สะท้อนถึงการลดลงของการคัดกรองโรคเรื้อรังโรภาพรวม สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.

ข้อมูลเฝ้าระวังโรค มีการส่งจาก รพ.สต. ที่ลดลงในปีงบประมาณ 2567 ซึ่งไม่แตกต่างกัน ระหว่างจังหวัดที่มี ร้อยละของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ที่แตกต่างกัน โดยในภาพรวมมีจำนวนผู้ป่วยที่ส่งจาก รพ.สต. ลดลง ร้อยละ 63.4 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2566 ซึ่งเกิดจากการปรับระบบรายงานโรคเป็น D506 (ระบบออนไลน์) ใน ปีงบประมาณ 2567 โดยระบบดังกล่าวยังไม่ได้ดำเนินงานใน รพ.สต. โดยส่วนใหญ่ ในปีงบประมาณ 2567

3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการรักษาและข้อมูลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการ ประกอบด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการ โดยในส่วนของบริการรักษา มี ปัจจัยด้านความพร้อมและศักยภาพของการให้บริการ ในด้านบุคลากรทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ การส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ และการคิดผลงานบริการระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาล กรณีส่งแพทย์จากโรงพยาบาลไป ให้บริการ ที่ รพ.สต. ปัจจัยด้านรูปแบบการจัดสรรเงินและความเพียงพอของงบประมาณ ที่ส่งผลต่อรูปแบบการ จัดบริการ ระหว่างโรงพยาบาล และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.

ในส่วนของบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค มีปัจจัยด้านแรงจูงใจทางการเงิน ในการเบิกจ่ายในระบบ หลักประกันสุขภาพ และแรงจูงใจจากการประเมินผลการทำงานในระดับองค์กรและระดับบุคคลโดยใช้ตัวชี้วัด รวมทั้งปัจจัยด้านกลไกการติดตามกำกับ ปัจจัยด้านนโยบายองค์กร และปัจจัยด้านทัศนคติและการให้ความสำคัญ ต่อการให้บริการของบุคลากร รพ.สต. สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกและส่งข้อมูล ประกอบด้วย ปัจจัยด้าน ความเข้าใจในกระบวนการบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร บุคลากรและภาระงาน ปัจจัย ด้านเครื่องมือในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ปัจจัยด้านการจัดการข้อมูลและการสนับสนุนการใช้ข้อมูล ปัจจัยด้าน กลไกสนับสนุน และปัจจัยด้านนโยบายและข้อตกลงในการส่งข้อมูล ซึ่งจะส่งผลต่อข้อมูลของบาง รพ.สต. เช่นกัน นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านความร่วมมือและความสัมพันธ์ ทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ที่ส่งผลต่อการ ประสานงาน และการติดตามผลการดำเนินงาน

4) การออกแบบการจัดการระบบข้อมูลที่เหมาะสมในการสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การออกแบบและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบแสดงผล ข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ การพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวัง โรคและการบาดเจ็บ การพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนา ระบบแสดงผลข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการบูรณาการระบบแสดงผลข้อมูล เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งข้อมูล นำมาจัดการข้อมูลและแสดงผลข้อมูล เพื่อ นำไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับประเทศและระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประกอบด้วย

1) การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวม

กลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ มีความสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์ การกำกับติดตาม ประเมินผล และระบบข้อมูล การพัฒนากรอบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐาน การพัฒนาตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาการกำกับติดตาม ประเมินผล การพัฒนาข้อตกลงในการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ โดยอาจเป็นข้อตกลงกลางในระดับประเทศ ที่ใช้เป็นหลักการร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับหน่วยบริการอื่นๆ และการปรับมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้ครอบคลุมมิติการดำเนินงานด้านระบบข้อมูล ในด้านการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูลที่ครบถ้วน และสม่ำเสมอ

2) การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด

กลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์ การกำกับติดตาม ประเมินผล และระบบข้อมูล ระดับจังหวัด การพัฒนาตัวชี้วัดร่วม ในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด โดยอาจจะเป็นส่วนเพิ่มเติมจากตัวชี้วัดกลางชั้นต่ำระดับประเทศ การพัฒนาการกำกับติดตาม ประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด การพัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ

3) การบริหารจัดการระบบบริการและการเงินการคลังที่สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ควรมีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริการปฐมภูมิ โดยอาจแบ่งบริการเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งเป็นบริการที่สามารถดำเนินการได้โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการกับประชาชนในความรับผิดชอบ และ 2) บริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ต้องมีการเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น จึงควรมีการจัดบริการแบบเครือข่ายบริการ (Service network) และควรมีการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริการปฐมภูมิ โดยวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของการจัดสรรงบประมาณในแต่ละรูปแบบ ในแต่ละบริบท นำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอ รูปแบบการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม สำหรับการจัดบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะกระทบต่อรูปแบบการจัดบริการและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

บทสรุปเพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะ

จากการติดตามสถานการณ์ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังคงมีการบันทึกข้อมูลในลักษณะเดิมก่อนการถ่ายโอน แต่ รพ.สต. บางแห่งอาจจะบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน โดย รพ.สต. ส่วนใหญ่ (เกินร้อยละ 95) ยังส่งข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก เข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ครบทุกเดือน แต่บริการผู้ป่วยนอก มีการลดลงในบางกลุ่มโรค สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ลดลงประมาณร้อยละ 9-13 เมื่อเทียบกับก่อนการถ่ายโอน และสำหรับข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังคงส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ แต่จำนวนบริการที่ส่งอาจจะลดลงในบางบริการ เช่น บริการฝากครรภ์ และบริการคัดกรองโรคเรื้อรัง โดยความครอบคลุมของบริการที่ลดลงอย่างชัดเจน ได้แก่ การคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ลดลงร้อยละ 20-30 หลังการถ่ายโอน ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อข้อมูลบริการของ รพ.สต. ได้แก่ ปัจจัยที่ด้านบริการ และปัจจัยด้านการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการรักษา ประกอบด้วย ศักยภาพในการให้บริการ ทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการจัดบริการของ รพ.สต. และสำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ประกอบด้วย แรงจูงใจทางการเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ และการติดตามกำกับตามตัวชี้วัดของหน่วยบริหาร โดยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ประกอบด้วย ความเข้าใจของบุคลากร ภาระงาน เครื่องมือที่ใช้ ระบบสนับสนุน และข้อตกลงในการส่งข้อมูล เป็นต้น โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิในระดับประเทศ และระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย การตั้งคณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน การกำหนดตัวชี้วัดร่วม การพัฒนากลไกกำกับติดตามและระบบสนับสนุน รวมทั้งการศึกษารูปแบบการจัดบริการสุขภาพและการจัดการด้านการเงินการคลังที่เหมาะสม สำหรับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย

- 1) การนำเสนอผลการวิจัย ในการประชุมร่วมกับ หน่วยงานใน 6 จังหวัด ที่ทำการศึกษา โดยนำเสนอผลการศึกษา สถานการณ์ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อบจ. สถานการณ์ด้านข้อมูลเฝ้าระวังโรค ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการด้านการรักษาและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และข้อเสนอการพัฒนากลไกสนับสนุนด้านข้อมูลในภาพรวม และในระดับจังหวัด รวมทั้งการออกแบบระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และนำเสนอระบบแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพของ รพ.สต. ในระดับประเทศ และของจังหวัด ภายใต้ hsiu.hsri.or.th โดยหน่วยงานในจังหวัด ได้ทราบถึงสถานการณ์ของข้อมูลบริการสุขภาพในภาพรวม และในจังหวัดของตนเอง สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการประกอบการติดตามการดำเนินงานด้านข้อมูลบริการสุขภาพ ของ รพ.สต. ในจังหวัด รวมทั้งสามารถเปรียบเทียบข้อมูลกับจังหวัดอื่น และทราบถึงความแตกต่างของสถานการณ์การให้บริการ ระหว่าง รพ.สต. ภายในจังหวัด นำไปใช้ในการให้สนับสนุนการให้บริการของ รพ.สต. ในจังหวัดต่อไป โดยการนำเสนอผลการวิจัย ใน 6 จังหวัด มีดังนี้
 - นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2568
 - นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 8 พฤษภาคม 2568
 - นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 14 พฤษภาคม 2568
 - นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 14 พฤษภาคม 2568
 - นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2568
 - นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2568
 - นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 20 พฤษภาคม 2568
 - นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 20 พฤษภาคม 2568

- นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2568
- นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2568
- นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่ และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 27 พฤษภาคม 2568
- นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ในสังกัด ในวันที่ 27 พฤษภาคม 2568

2) การนำเสนอผลการวิจัย ในการประชุมร่วมกับ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยนำเสนอผลการศึกษาศาณการณข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อบจ. สถานการณ์ด้านข้อมูลเฝ้าระวังโรค ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการด้านการรักษาและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และข้อเสนอการพัฒนากลไกสนับสนุนด้านข้อมูลในภาพรวม และในระดับจังหวัด รวมทั้งการออกแบบระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และนำเสนอระบบแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพของ รพ.สต. ในระดับประเทศ ภายใต้ hsiu.hsri.or.th โดยกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้ทราบถึงสถานการณ์ของข้อมูลบริการสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อบจ. และอภิปรายแนวทางการพัฒนากลไกสนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ที่นำเสนอจากงานวิจัย โดยทางกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีความเห็นที่สอดคล้องกัน ในการพัฒนากลไกสนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยจะนำแนวทางที่นำเสนอจากงานวิจัย ไปปรับใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนากลไกสนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ต่อไป รวมทั้งการติดตามข้อมูลการให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับ อบจ. โดยการประชุมร่วมกับกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีดังนี้

- สัมภาษณ์และอภิปรายแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูล รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. กับ รองผู้อำนวยการกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในวันที่ 2 พฤษภาคม 2568
- นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการวิจัย กับ ผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในวันที่ 28 พฤษภาคม 2568

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	๑
บทคัดย่อ	๒
Abstract	๔
บทสรุปผู้บริหาร	๖
บทสรุปเพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะ	๑๐
การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์	๑๑
สารบัญ	๑๓
สารบัญตาราง	๑๕
สารบัญภาพ	๑๘
อักษรย่อ	๔๓
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1. หลักการและเหตุผล	1
1.2. วัตถุประสงค์	2
1.3. กรอบแนวคิด	2
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	3
2.1. การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.	3
2.2. งานวิจัยเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	8
2.3. งานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับ อบจ. และข้อเสนอแนะ	9
2.4. งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบข้อมูล ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับ อบจ.	10
2.5. งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลสุขภาพ	11
2.6. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ	12
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน	16
บทที่ 4 ผลการศึกษา	19
4.1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ	19
4.2. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ	108
4.3. ผลกระทบของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. ในภาพรวมระดับจังหวัด	110
4.4. ความครอบคลุมของการส่งข้อมูลบริการสุขภาพจาก รพ.สต. มายังคลังข้อมูลสุขภาพ	113
4.5. การส่งข้อมูลบริการรักษาผู้ป่วยนอก (จำแนกตามวินิจฉัยโรคหลัก) เข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ	118

สารบัญ

	หน้า
4.6. การส่งข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ	126
4.7. การส่งข้อมูลการให้บริการโดยหน่วยบริการอื่น (การเก็บความครอบคลุม) สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ	132
4.8. การส่งข้อมูลเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา	138
4.9. การศึกษาสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ ในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด	143
4.10. การดำเนินงานด้านข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ระดับ รพ.สต. อำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง	181
4.11. บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.	184
4.12. ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการสุขภาพ ภายใต้บริบทการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.	189
4.13. การเชื่อมโยงปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการสุขภาพ	197
4.14. กรณีศึกษา	202
4.15. ข้อเสนอการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลที่เหมาะสม และการพัฒนากลไกสนับสนุน ภายใต้บริบทการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.	210
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปราย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	244
5.1. สรุปผลการศึกษา	244
5.2. อภิปรายผลการศึกษา	248
5.3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	251
5.4. หัวข้อการศึกษาที่ควรทำเพิ่มเติม	253
บรรณานุกรม	254
ภาคผนวก	256
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	257
ภาคผนวก ข ประเด็นการสัมภาษณ์หรืออภิปรายกลุ่ม	258
ภาคผนวก ค ระบบแสดงผลข้อมูลบริการ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2563-2567	260
ภาคผนวก ง ภาพกิจกรรม	291

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวน รพ.สต. สอ. และ สสช. จำแนกตามจังหวัด และสังกัดในปัจจุบัน ณ ปีงบประมาณ 2567	5
ตารางที่ 2	สรุปการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. 10 รายการ (ปีงบ 2566 เทียบกับปีงบ 2565 และปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2566)	108
ตารางที่ 3	ผลการวิเคราะห์ Regression analysis (Linear regression) ระหว่าง % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ของจังหวัด (ค่า X) กับ % การเปลี่ยนแปลงของผลงานบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 กับปีงบประมาณ 2565 (ค่า Y)	110
ตารางที่ 4	ผลการวิเคราะห์ Regression analysis (Linear regression) ระหว่าง % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ของจังหวัด (ค่า X) กับ % การเปลี่ยนแปลงของผลงานบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2567 กับปีงบประมาณ 2565 (ค่า Y)	111
ตารางที่ 5	จำนวน รพ.สต. ที่ส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก ครบทุกเดือน ในแต่ละปีงบประมาณ (ปีงบ 2563-2567) จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	116
ตารางที่ 6	จำนวนเดือนที่ขาดส่งรวมทั้งหมด ของ รพ.สต. ในแต่ละปีงบประมาณ (ปีงบ 2563-2567) จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	117
ตารางที่ 7	จำนวนผู้ป่วย 22 กลุ่มโรค ตามวินิจฉัยโรคหลัก ปีงบประมาณ 2565-2567 เปรียบเทียบตามสังกัดของ รพ.สต. และ % ส่วนต่างปีงบ 2566 เทียบกับปีงบ 2565, % ส่วนต่างปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2565 และ % ส่วนต่างปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2566	119
ตารางที่ 8	กลุ่มโรค ที่มีการลดลงของผู้ป่วยในปีงบ 2566 เทียบกับปีงบ 2565 และปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2565 และปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2566 เกินร้อยละ 5 สำหรับ รพ.สต. แต่ละสังกัด	123
ตารางที่ 9	จำนวนผู้ป่วยตามวินิจฉัยโรคหลัก ไม่รวม โรคโควิด-19 และ รหัสการให้บริการ (รหัส Z) ปีงบประมาณ 2565-2567 เปรียบเทียบตามสังกัดของ รพ.สต. และ % ส่วนต่างปีงบ 2566 เทียบกับปีงบ 2565, % ส่วนต่างปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2565 และ % ส่วนต่างปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2566	125
ตารางที่ 10	จำนวน Visit เพิ่ม ANC, FP, NCDscreen ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ตามสังกัดของ รพ.สต.	126

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 11	จำนวน Visit เพิ่ม EPI ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ตาม สังกัดของ รพ.สต.	127
ตารางที่ 12	จำนวน Visit เพิ่ม EPI ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ตาม สังกัดของ รพ.สต.	127
ตารางที่ 13	จำนวน Visit เพิ่ม EPI ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 ตาม สังกัดของ รพ.สต.	127
ตารางที่ 14	จำนวน Visit ของเพิ่ม EPI ปีงบประมาณ 2563, 2564, 2566, 2567 จำแนกตาม สังกัดของ รพ.สต.	130
ตารางที่ 15	จำนวน (%) รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลการให้บริการ (Visit=0) แต่ละเพิ่มข้อมูล ปีงบประมาณ 2565-2567	131
ตารางที่ 16	จำนวน Record ทั้งหมด จำนวน Record เก็บความครอบคลุม และ % Record เก็บความครอบคลุม ของเพิ่ม ANC ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตาม สังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	133
ตารางที่ 17	จำนวน Record ทั้งหมด จำนวน Record เก็บความครอบคลุม และ % Record เก็บความครอบคลุม ของเพิ่ม FP ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตาม สังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	133
ตารางที่ 18	จำนวน Record ทั้งหมด จำนวน Record เก็บความครอบคลุม และ % Record เก็บความครอบคลุม ของเพิ่ม NCDscreen ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	133
ตารางที่ 19	จำนวน Record ทั้งหมด จำนวน Record เก็บความครอบคลุม และ % Record เก็บความครอบคลุม ของเพิ่ม EPI ปีงบประมาณ 2565 และ 2566 จำแนกตาม สังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	134
ตารางที่ 20	จำนวน Record ทั้งหมด จำนวน Record เก็บความครอบคลุม และ % Record เก็บความครอบคลุม ของเพิ่ม EPI ปีงบประมาณ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ. สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	134
ตารางที่ 21	จำนวน Visit ที่ให้บริการ จำนวน Record ทั้งหมด และ % จำนวน Visit ต่อ จำนวน Record ทั้งหมด ของเพิ่ม ANC ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนก ตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	136

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 22	จำนวน Visit ที่ให้บริการ จำนวน Record ทั้งหมด และ % จำนวน Visit ต่อจำนวน Record ทั้งหมด ของแฟ้ม FP ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	137
ตารางที่ 23	จำนวน Visit ที่ให้บริการ จำนวน Record ทั้งหมด และ % จำนวน Visit ต่อจำนวน Record ทั้งหมด ของแฟ้ม NCDscreen ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	137
ตารางที่ 24	จำนวน Visit ที่ให้บริการ จำนวน Record ทั้งหมด และ % จำนวน Visit ต่อจำนวน Record ทั้งหมด ของแฟ้ม EPI ปีงบประมาณ 2566 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	137
ตารางที่ 25	จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2565-2567 เปรียบเทียบระหว่างจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่แตกต่างกัน	141
ตารางที่ 26	จำนวน รพ.สต. รวมทั้งหมด (เฉพาะสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ อบจ.) รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567	143
ตารางที่ 27	ข้อเสนอแผนการพัฒนาระบบข้อมูลและกลไกสนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ	243

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	แสดงกรอบแนวคิดของปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการสุขภาพ ของ รพ.สต. ภายใต้บริบทการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.	2
ภาพที่ 2	จำนวนผู้ป่วยนอก (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	21
ภาพที่ 3	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	21
ภาพที่ 4	ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	22
ภาพที่ 5	% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	22
ภาพที่ 6	% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด	23
ภาพที่ 7	% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	23
ภาพที่ 8	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ใน ปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	24
ภาพที่ 9	แผนที่ % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	24
ภาพที่ 10	จำนวนผู้ป่วยนอก (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	25
ภาพที่ 11	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	25
ภาพที่ 12	ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	26
ภาพที่ 13	% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	26
ภาพที่ 14	% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด	27
ภาพที่ 15	% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	27
ภาพที่ 16	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ใน ปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	28

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 17	แผนที่ % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และ เทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	28
ภาพที่ 18	จำนวนบริการเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	29
ภาพที่ 19	จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	29
ภาพที่ 20	ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)	30
ภาพที่ 21	% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	30
ภาพที่ 22	% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด	31
ภาพที่ 23	% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) ราย จังหวัด	31
ภาพที่ 24	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	32
ภาพที่ 25	แผนที่ % ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	32
ภาพที่ 26	จำนวนบริการเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	33
ภาพที่ 27	จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	33
ภาพที่ 28	ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	34
ภาพที่ 29	% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	34
ภาพที่ 30	% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) ราย จังหวัด	35

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 31	% ส่วนต่างบริการเบหเวหวาน (ครึ่ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	35
ภาพที่ 32	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างบริการเบหเวหวาน (ครึ่ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	36
ภาพที่ 33	แผนที่ % ส่วนต่างบริการเบหเวหวาน (ครึ่ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	36
ภาพที่ 34	จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	37
ภาพที่ 35	จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	37
ภาพที่ 36	ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)	38
ภาพที่ 37	% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	38
ภาพที่ 38	% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด	39
ภาพที่ 39	% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	39
ภาพที่ 40	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	40
ภาพที่ 41	แผนที่ % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	40
ภาพที่ 42	จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	41
ภาพที่ 43	จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	41
ภาพที่ 44	ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	42

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 45	% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	42
ภาพที่ 46	% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด	43
ภาพที่ 47	% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	43
ภาพที่ 48	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	44
ภาพที่ 49	แผนที่ % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	44
ภาพที่ 50	จำนวนบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	45
ภาพที่ 51	% ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	45
ภาพที่ 52	ส่วนต่างจำนวนฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)	46
ภาพที่ 53	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	46
ภาพที่ 54	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด	47
ภาพที่ 55	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	47
ภาพที่ 56	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	48
ภาพที่ 57	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	48
ภาพที่ 58	จำนวนบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	49

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 59	% ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	49
ภาพที่ 60	ส่วนต่างจำนวนฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	50
ภาพที่ 61	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	50
ภาพที่ 62	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด	51
ภาพที่ 63	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	51
ภาพที่ 64	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	52
ภาพที่ 65	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	52
ภาพที่ 66	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	53
ภาพที่ 67	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	53
ภาพที่ 68	จำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	54
ภาพที่ 69	% ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	54
ภาพที่ 70	ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)	55
ภาพที่ 71	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	55
ภาพที่ 72	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด	56

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 73	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	56
ภาพที่ 74	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่าย โอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	57
ภาพที่ 75	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	57
ภาพที่ 76	จำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	58
ภาพที่ 77	% ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	58
ภาพที่ 78	ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	59
ภาพที่ 79	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	59
ภาพที่ 80	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด	60
ภาพที่ 81	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	60
ภาพที่ 82	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	61
ภาพที่ 83	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	61
ภาพที่ 84	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ของ รพ. สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ราย จังหวัด	62
ภาพที่ 85	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ของ รพ. สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	62

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 86	จำนวนวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	63
ภาพที่ 87	% ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	63
ภาพที่ 88	ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	64
ภาพที่ 89	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	64
ภาพที่ 90	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด	65
ภาพที่ 91	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	65
ภาพที่ 92	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่าย โอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	66
ภาพที่ 93	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	66
ภาพที่ 94	จำนวนวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	67
ภาพที่ 95	% ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	67
ภาพที่ 96	ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	68
ภาพที่ 97	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	68
ภาพที่ 98	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด	69
ภาพที่ 99	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	69

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 100	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	70
ภาพที่ 101	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	70
ภาพที่ 102	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	71
ภาพที่ 103	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	71
ภาพที่ 104	จำนวนวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	72
ภาพที่ 105	% ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	72
ภาพที่ 106	ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)	73
ภาพที่ 107	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	73
ภาพที่ 108	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด	74
ภาพที่ 109	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	74
ภาพที่ 110	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	75
ภาพที่ 111	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	75
ภาพที่ 112	จำนวนวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	76

สารบัญญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 113	% ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	76
ภาพที่ 114	ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	77
ภาพที่ 115	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	77
ภาพที่ 116	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด	78
ภาพที่ 117	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	78
ภาพที่ 118	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	79
ภาพที่ 119	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	79
ภาพที่ 120	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ของ รพ. สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ราย จังหวัด	80
ภาพที่ 121	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ของ รพ. สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	80
ภาพที่ 122	จำนวนคัดกรองเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	81
ภาพที่ 123	% ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	81
ภาพที่ 124	ส่วนต่างจำนวนคัดกรองเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)	82
ภาพที่ 125	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	82

สารบัญญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 126	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด	83
ภาพที่ 127	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	83
ภาพที่ 128	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่าย โอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	84
ภาพที่ 129	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบ กับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	84
ภาพที่ 130	จำนวนคัดกรองเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	85
ภาพที่ 131	% ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	85
ภาพที่ 132	ส่วนต่างจำนวนคัดกรองเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	86
ภาพที่ 133	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	86
ภาพที่ 134	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด	87
ภาพที่ 135	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	87
ภาพที่ 136	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	88
ภาพที่ 137	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบ กับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	88
ภาพที่ 138	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	89

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 139	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	89
ภาพที่ 140	จำนวนคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	90
ภาพที่ 141	% ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	90
ภาพที่ 142	ส่วนต่างจำนวนคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)	91
ภาพที่ 143	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	91
ภาพที่ 144	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด	92
ภาพที่ 145	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	92
ภาพที่ 146	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	93
ภาพที่ 147	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	93
ภาพที่ 148	จำนวนคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	94
ภาพที่ 149	% ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	94
ภาพที่ 150	ส่วนต่างจำนวนคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	95
ภาพที่ 151	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	95
ภาพที่ 152	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด	96

สารบัญญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 153	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	96
ภาพที่ 154	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	97
ภาพที่ 155	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	97
ภาพที่ 156	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปี ขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	98
ภาพที่ 157	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปี ขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	98
ภาพที่ 158	จำนวนคัดกรองซีมีแสร์้า ผู้สูงอายุ (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	99
ภาพที่ 159	% ความครอบคลุมคัดกรองซีมีแสร์้า ผู้สูงอายุ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)	99
ภาพที่ 160	ส่วนต่างจำนวนคัดกรองซีมีแสร์้า ผู้สูงอายุ (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)	100
ภาพที่ 161	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีแสร์้า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)	100
ภาพที่ 162	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีแสร์้า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด	101
ภาพที่ 163	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีแสร์้า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	101
ภาพที่ 164	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองคัดกรองซีมีแสร์้า ผู้สูงอายุ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	102
ภาพที่ 165	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีแสร์้า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	102

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 166	จำนวนคัดกรองซีมีเซลล์ ผู้สูงอายุ (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	103
ภาพที่ 167	% ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซลล์ ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)	103
ภาพที่ 168	ส่วนต่างจำนวนคัดกรองซีมีเซลล์ ผู้สูงอายุ (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	104
ภาพที่ 169	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซลล์ ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)	104
ภาพที่ 170	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซลล์ ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด	105
ภาพที่ 171	ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซลล์ ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด	105
ภาพที่ 172	ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซลล์ ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	106
ภาพที่ 173	แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซลล์ ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด	106
ภาพที่ 174	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองซีมีเซลล์ อายุ 60 ปีขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด	107
ภาพที่ 175	ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองซีมีเซลล์ อายุ 60 ปีขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด	107
ภาพที่ 176	แนวโน้มจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รพ.สต. รายเดือน (ปีงบประมาณ 2563-2567) จำแนกตามสังกัด	113
ภาพที่ 177	% ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2565 ของ รพ.สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	114
ภาพที่ 178	% ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2565 ของ รพ.สต.สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566)	114

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 179	% ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2565 ของ รพ.สต.สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567)	114
ภาพที่ 180	% ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2566 ของ รพ.สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	115
ภาพที่ 181	% ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2566 ของ รพ.สต.สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566)	115
ภาพที่ 182	% ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2566 ของ รพ.สต.สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567)	116
ภาพที่ 183	จำนวน Visit รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 ของแฟ้ม NCDscreen เปรียบเทียบตามสังกัดของ รพ.สต. (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปี 2566 และสังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปี 2567)	129
ภาพที่ 184	จำนวน Visit รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 ของแฟ้ม EPI เปรียบเทียบตาม สังกัดของ รพ.สต. (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปี 2566 และสังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปี 2567)	130
ภาพที่ 185	แสดงจำนวน Record เก็บความครอบคลุม ที่หายไป จากการไม่เก็บความครอบคลุม	135
ภาพที่ 186	แสดงจำนวน Record เก็บความครอบคลุม ที่หายไป จากการเปลี่ยนค่า SEQ จาก ค่าว่าง เป็นค่าตายตัว	135
ภาพที่ 187	จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ที่ส่งจากโรงพยาบาลของรัฐ และ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ของรัฐ รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 (ตุลาคม 2562 - กันยายน 2567)	138
ภาพที่ 188	จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 สำหรับจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 0 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 20	139
ภาพที่ 189	จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 สำหรับจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 20 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 50	139
ภาพที่ 190	จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 สำหรับจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 50 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80	140

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 191	จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 สำหรับจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ร้อยละ 80 ถึงร้อยละ 100	140
ภาพที่ 192	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู	144
ภาพที่ 193	จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู	144
ภาพที่ 194	จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู	145
ภาพที่ 195	ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู	145
ภาพที่ 196	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู	146
ภาพที่ 197	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู	146
ภาพที่ 198	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู	147
ภาพที่ 199	ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู	147
ภาพที่ 200	ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู	148
ภาพที่ 201	ความครอบคลุมคัดกรองซีมีแสร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู	148
ภาพที่ 202	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี	150
ภาพที่ 203	จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี	150
ภาพที่ 204	จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี	151

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 205	ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี	151
ภาพที่ 206	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี	152
ภาพที่ 207	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี	152
ภาพที่ 208	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี	153
ภาพที่ 209	ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี	153
ภาพที่ 210	ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตาม สังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี	154
ภาพที่ 211	ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเคร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี	154
ภาพที่ 212	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา	156
ภาพที่ 213	จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564- 2567) จังหวัดนครราชสีมา	156
ภาพที่ 214	จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา	157
ภาพที่ 215	ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา	157
ภาพที่ 216	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา	158
ภาพที่ 217	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา	158
ภาพที่ 218	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา	159
ภาพที่ 219	ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา	159

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 220	ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตาม สังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา	160
ภาพที่ 221	ความครอบคลุมคัดกรองซีมีแคว์ อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา	160
ภาพที่ 222	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี	162
ภาพที่ 223	จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564- 2567) จังหวัดนนทบุรี	162
ภาพที่ 224	จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี	163
ภาพที่ 225	ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี	163
ภาพที่ 226	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี	164
ภาพที่ 227	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี	164
ภาพที่ 228	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี	165
ภาพที่ 229	ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี	165
ภาพที่ 230	ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตาม สังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี	166
ภาพที่ 231	ความครอบคลุมคัดกรองซีมีแคว์ อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี	166
ภาพที่ 232	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่	168
ภาพที่ 233	จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564- 2567) จังหวัดเชียงใหม่	168
ภาพที่ 234	จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่	169

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 235	ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่	169
ภาพที่ 236	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่	170
ภาพที่ 237	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่	170
ภาพที่ 238	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่	171
ภาพที่ 239	ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่	171
ภาพที่ 240	ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตาม สังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่	172
ภาพที่ 241	ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเคร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่	172
ภาพที่ 242	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	174
ภาพที่ 243	จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564- 2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	174
ภาพที่ 244	จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	175
ภาพที่ 245	ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	175
ภาพที่ 246	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	176
ภาพที่ 247	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	176
ภาพที่ 248	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	177
ภาพที่ 249	ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	177

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 250	ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	178
ภาพที่ 251	ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	178
ภาพที่ 252	ความเชื่อมโยงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต.	197
ภาพที่ 253	ความเชื่อมโยงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ของ รพ.สต.	198
ภาพที่ 254	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2564-2567	202
ภาพที่ 255	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (คน/ครั้ง) ของโรงพยาบาล จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2563-2567	203
ภาพที่ 256	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2564-2567	204
ภาพที่ 257	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (คน/ครั้ง) ของโรงพยาบาล จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2563-2567	205
ภาพที่ 258	รพ.สต. 15 อันดับแรก ที่มีความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี มากที่สุด จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2567	206
ภาพที่ 259	รพ.สต. 15 อันดับสุดท้าย ที่มีความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี น้อยที่สุด จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2567	207
ภาพที่ 260	รพ.สต. 15 อันดับสุดท้าย ที่มีความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี น้อยที่สุด จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2567	207
ภาพที่ 261	ความสัมพันธ์ระหว่างความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน ปีงบประมาณ 2567 กับ ร้อยละ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ระดับจังหวัด	208
ภาพที่ 262	ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2567 ระดับจังหวัด คัดเฉพาะ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 (15 จังหวัดแรก ที่มีความครอบคลุมสูงสุด)	209
ภาพที่ 263	ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป จำแนกตามสังกัด รพ.สต. จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2564-2567	209

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 264	หน้าเว็บไซต์ของระบบ PCUstandard	210
ภาพที่ 265	แสดงข้อมูลทรัพยากรบุคคล ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	211
ภาพที่ 266	แสดงข้อมูลเครื่องมือแพทย์และยานพาหนะ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	211
ภาพที่ 267	แสดงข้อมูลการเงินการคลัง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	212
ภาพที่ 268	แสดงข้อมูลผลการประเมินมาตรฐาน ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	212
ภาพที่ 269	การออกแบบการแสดงผลข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ	213
ภาพที่ 270	หน้าเว็บไซต์ ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) และตัวเลือกมุมมองการแสดงผล และตัวกรอง	214
ภาพที่ 271	ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ปี 2567 จำแนกเขต สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	214
ภาพที่ 272	การออกแบบการแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ	215
ภาพที่ 273	การแสดงผลแนวโน้มของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต.	216
ภาพที่ 274	การแสดงผลการเรียงลำดับความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. รายจังหวัด	216
ภาพที่ 275	การแสดงผลการเรียงลำดับความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. รายอำเภอ ในจังหวัด	217
ภาพที่ 276	การแสดงผลการเรียงลำดับความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ราย รพ.สต. ในอำเภอ	217
ภาพที่ 277	การแสดงผลแผนที่ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. ระดับจังหวัด	218
ภาพที่ 278	การแสดงผลแนวโน้มความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. เปรียบเทียบระหว่างสังกัด	218
ภาพที่ 279	แสดงระบบ Data exchange ของระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC)	219
ภาพที่ 280	แสดงระบบ Data exchange แลกเปลี่ยนข้อมูลประชากร (ข้อมูลการตายจากมหาดไทย)	219
ภาพที่ 281	ระบบการแสดงผลประวัติการรักษาผู้ป่วย ในระบบ PHR viewer ของหมอพร้อม	220
ภาพที่ 282	ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลประวัติการรักษา	221
ภาพที่ 283	ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลประชากรเป้าหมายและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	222

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 284	ระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรค (Digital disease surveillance) ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	223
ภาพที่ 285	ระบบแสดงผลข้อมูล (Dashboard) รายงานโรค สำหรับเจ้าหน้าที่	223
ภาพที่ 286	ระบบแสดงผลข้อมูล (Dashboard) รายงานโรค สำหรับประชาชน	224
ภาพที่ 287	ระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ และข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน กรมควบคุมโรค	224
ภาพที่ 288	ระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance) แสดงแนวโน้มรายเดือน	225
ภาพที่ 289	ระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance) แสดงการกระจายตามประชากร	225
ภาพที่ 290	การออกแบบการแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ	226
ภาพที่ 291	การแสดงผลแนวโน้มจำนวนตายและอัตราการตาย จำแนกตามเพศ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	227
ภาพที่ 292	การแสดงผลอัตราการตาย และจำนวนตาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรียงลำดับตามอำเภอ	228
ภาพที่ 293	การแสดงผลอัตราการตาย และจำนวนตาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรียงลำดับตามตำบล	228
ภาพที่ 294	การแสดงผลอัตราผู้ป่วยใน และจำนวนผู้ป่วยใน โรคหัวใจขาดเลือด เรียงลำดับตามอำเภอ	229
ภาพที่ 295	การแสดงผลอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี เรียงลำดับตามจังหวัด	229
ภาพที่ 296	การออกแบบการแสดงผลข้อมูลตาย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อายุคาดเฉลี่ย สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ	230
ภาพที่ 297	การออกแบบการแสดงผลข้อมูลปัจจัยเสี่ยง สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ	231
ภาพที่ 298	การแสดงผลข้อมูลสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน อายุ 15 ปีขึ้นไป รายจังหวัด ปี 2564	231
ภาพที่ 299	การแสดงผลข้อมูลสัดส่วนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน อายุ 15 ปีขึ้นไป รายจังหวัด ปี 2564	232
ภาพที่ 300	การแสดงผลข้อมูลสัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ทุกวัน อายุ 6 ปีขึ้นไป รายจังหวัด ปี 2564	232
ภาพที่ 301	ระบบแสดงผลข้อมูลตามตัวชี้วัดของ รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง	233
ภาพที่ 302	ระบบแสดงผลข้อมูลตามตัวชี้วัดของ รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง: KPI ร่วม	234
ภาพที่ 303	ระบบแสดงผลข้อมูลตามตัวชี้วัดของ รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง: Dashboard ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี	234

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 304	ระบบแสดงผลข้อมูลผู้รับบริการทั้งหมดของ รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง	235
ภาพที่ 305	ระบบแสดงผลข้อมูลบุคลากร รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง	235
ภาพที่ 306	การบูรณาการระบบแสดงผลข้อมูล เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	236
ภาพที่ 307	แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model)	237
ภาพที่ 308	หน้าเว็บไซต์ HSIU (Health system intelligence unit) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และเมนู Dashboard/ข้อมูล เพื่อเข้าสู่ Dashboard ข้อมูลบริการ รพ.สต.	260
ภาพที่ 309	หน้าเว็บไซต์ระบบข้อมูลบริการ รพ.สต. แสดงเมนูบริการผู้ป่วยนอก	261
ภาพที่ 310	หน้าเว็บไซต์ระบบข้อมูลบริการ รพ.สต. แสดงเมนูย่อยของบริการผู้ป่วยนอก	261
ภาพที่ 311	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2566: ผู้ป่วยนอก (คน)	262
ภาพที่ 312	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2566: ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	262
ภาพที่ 313	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2566: ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	263
ภาพที่ 314	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2566: % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	263
ภาพที่ 315	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - ปี 63	264
ภาพที่ 316	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - เฉลี่ยปี 63-65	264
ภาพที่ 317	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - ปี 65	265
ภาพที่ 318	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Scatter plot จังหวัด	265
ภาพที่ 319	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Map จังหวัด	266
ภาพที่ 320	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567: ผู้ป่วยนอก (คน)	266

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 321	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567: ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	267
ภาพที่ 322	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567: ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	267
ภาพที่ 323	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567: % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	268
ภาพที่ 324	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 64	268
ภาพที่ 325	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 65	269
ภาพที่ 326	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 66	269
ภาพที่ 327	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Scatter plot จังหวัด	270
ภาพที่ 328	Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Map จังหวัด	270
ภาพที่ 329	หน้าเว็บไซต์ระบบข้อมูลบริการ รพ.สต. แสดงเมนูความครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน	271
ภาพที่ 330	หน้าเว็บไซต์ระบบข้อมูลบริการ รพ.สต. แสดงเมนูย่อยของความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	271
ภาพที่ 331	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2563-2566: ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน)	272
ภาพที่ 332	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2563-2566: ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (%)	272
ภาพที่ 332	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2563-2566: ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ (คน)	273
ภาพที่ 334	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2563-2566: ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ (%)	273
ภาพที่ 335	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - ปี 63	274

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 336	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - เฉลี่ยปี 63-65	274
ภาพที่ 337	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - ปี 65	275
ภาพที่ 338	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Scatter plot จังหวัด	275
ภาพที่ 339	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Map จังหวัด	276
ภาพที่ 340	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ ปี 2564-2567: ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน)	276
ภาพที่ 341	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ ปี 2564-2567: ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (%)	277
ภาพที่ 342	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ ปี 2564-2567: ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ (คน)	277
ภาพที่ 343	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ ปี 2564-2567: ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ (%)	278
ภาพที่ 344	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 64	278
ภาพที่ 345	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 65	279
ภาพที่ 346	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 66	279
ภาพที่ 347	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Scatter plot จังหวัด	280
ภาพที่ 348	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Map จังหวัด	280
ภาพที่ 349	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดง % การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566-2567 (จังหวัด): Rank % ฝากครรภ์ ปี 66	281
ภาพที่ 350	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดง % การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566-2567 (จังหวัด): Rank % ฝากครรภ์ ปี 67	281

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 351	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดง % การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566-2567 (จังหวัด): Scatter plot จังหวัด ปี 66 ปี 67	282
ภาพที่ 352	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดง % การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566-2567 (จังหวัด): Map จังหวัด ปี 66 ปี 67	282
ภาพที่ 353	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (จังหวัด อำเภอรพ.สต.): แนวโน้มฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง	283
ภาพที่ 354	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (จังหวัด อำเภอรพ.สต.): ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง รายจังหวัด	283
ภาพที่ 355	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (จังหวัด อำเภอรพ.สต.): ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง รายอำเภอ	284
ภาพที่ 356	Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (จังหวัด อำเภอรพ.สต.): ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง รายรพ.สต.	284
ภาพที่ 357	คำแนะนำการใช้งาน: คำชี้แจงเบื้องต้น	285
ภาพที่ 358	คำแนะนำการใช้งาน: แสดงเมนูตัวเลือกคำแนะนำการใช้งาน บริการผู้ป่วยนอก	285
ภาพที่ 359	คำแนะนำการใช้งาน: แสดงเมนูตัวเลือกคำแนะนำการใช้งาน ความครอบคลุม บริการส่งเสริมป้องกัน	286
ภาพที่ 360	คำแนะนำการใช้งาน: การอธิบายสังกัดของ รพ.สต.	286
ภาพที่ 361	คำแนะนำการใช้งาน: การแสดงข้อมูลแนวโน้ม และการเลือกตัวกรอง จังหวัด อำเภอ	287
ภาพที่ 362	คำแนะนำการใช้งาน: การแสดง % ส่วนต่างปี 2566 เทียบกับปีก่อน	287
ภาพที่ 363	คำแนะนำการใช้งาน: การแสดงการเรียงลำดับ % ส่วนต่าง (จังหวัด) และการเลือก สังกัดของ รพ.สต.	288
ภาพที่ 364	คำแนะนำการใช้งาน: การแสดง Scatter plot % ส่วนต่าง (จังหวัด)	288
ภาพที่ 365	คำแนะนำการใช้งาน: การแสดง แผนที่การกระจาย % ส่วนต่าง (จังหวัด)	289
ภาพที่ 366	คำแนะนำการใช้งาน: การแสดงการเรียงลำดับ ความครอบคลุม (จังหวัด) และการ เลือกสังกัดของ รพ.สต.	289
ภาพที่ 367	คำแนะนำการใช้งาน: การแสดง Scatter plot ความครอบคลุม (จังหวัด)	290
ภาพที่ 368	คำแนะนำการใช้งาน: การแสดง แผนที่การกระจาย ความครอบคลุม (จังหวัด)	290

อักษรย่อ

กสป.	=	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
กสพ.	=	คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่
คปสอ.	=	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
พชอ.	=	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
พรบ.	=	พระราชบัญญัติ
รพ.สต.	=	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สปสข.	=	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สวรส.	=	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สสจ.	=	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สสอ.	=	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
สอน.	=	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี
อบจ.	=	องค์การบริหารส่วนจังหวัด
อบต.	=	องค์การบริหารส่วนตำบล
อปท.	=	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2Q	=	แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Questions)
ANC	=	Antenatal Care (บริการฝากครรภ์)
CUP	=	Contracting Unit for Primary care หรือ หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการแม่ข่ายที่เป็นคู่สัญญา กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
DM	=	Diabetes Mellitus (โรคเบาหวาน)
EPI	=	Expanded Program on Immunization (บริการวัคซีน)
FP	=	Family Planning (บริการวางแผนครอบครัว)
HDC	=	Health Data Center (คลังข้อมูลสุขภาพ)
HT	=	Hypertension (โรคความดันโลหิตสูง)
KPI	=	Key Performance Indicator (ตัวชี้วัดความสำเร็จ)
NCD	=	Non-communicable Disease (โรคไม่ติดต่อ)
NPCU	=	PCU Network หรือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
OP	=	Out-patient (บริการผู้ป่วยนอก)
PCU	=	Primary Care Unit หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ
PP	=	Health Promotion and Prevention (บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค)
TAM	=	Technology Acceptance Model (แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี)

บทที่ 1

บทนำ

1.1. หลักการและเหตุผล

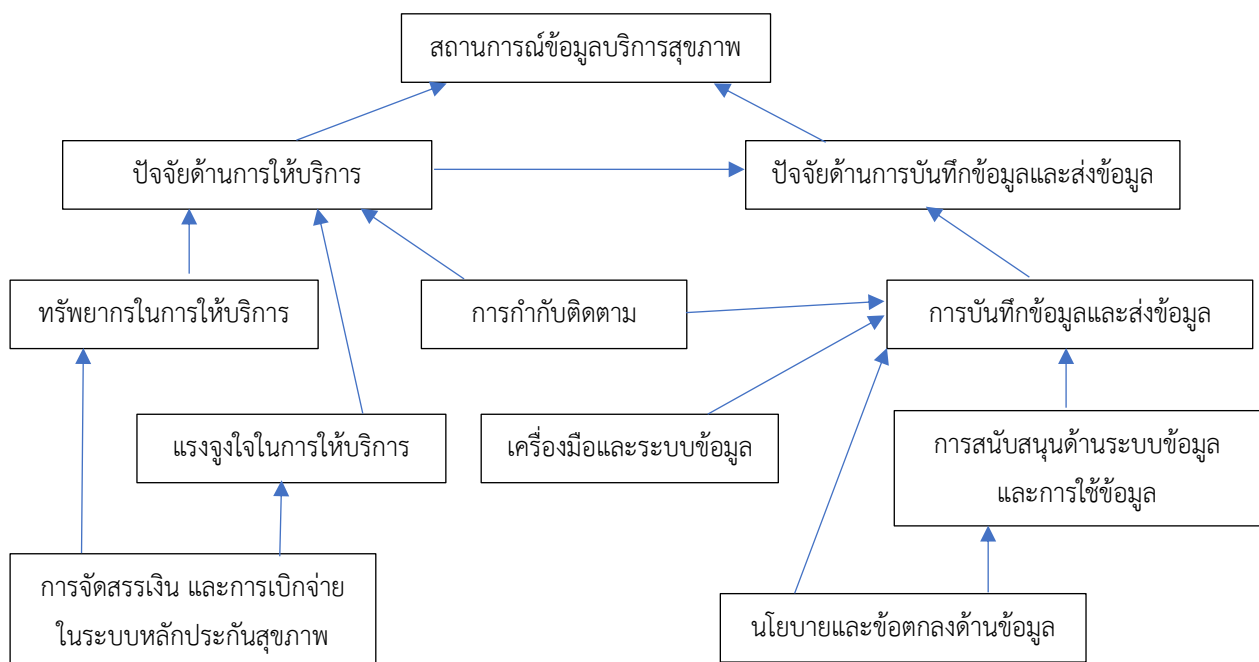
การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เริ่มต้นในปีงบประมาณ 2566 โดยในปีงบประมาณ 2566 มีการถ่ายโอน รพ.สต. 3,263 แห่ง ไปยัง อบจ. 49 จังหวัด โดยมี 7 จังหวัด ที่รับการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งจังหวัด และในปีงบประมาณ 2567 มีการถ่ายโอน รพ.สต. 933 แห่ง ไปยัง อบจ. 36 จังหวัด รวมการถ่ายโอน รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวนทั้งสิ้น 4,196 แห่ง ใน 62 จังหวัด โดยมี 12 จังหวัด ที่รับการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งจังหวัด ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. อาจจะมีผลกระทบหรือการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ โดยการเปลี่ยนแปลงด้านการดำเนินงานด้านข้อมูล และสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพและเฝ้าระวังโรค ก็เป็นประเด็นหนึ่งที่ควรได้รับการติดตามสถานการณ์ และวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการติดตามสถานการณ์ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ และการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นการศึกษาติดตามผลของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ซึ่งเป็น 2 ปีแรกของการถ่ายโอนภารกิจ ที่อาจจะกระทบต่อระบบข้อมูลสุขภาพ โดยเฉพาะในส่วนของ รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. โดยจะศึกษาจากสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพที่รวบรวมในระดับจังหวัด/ประเทศ ที่ได้รับมาจาก รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. และที่ไม่ได้ถ่ายโอนไป อบจ. ได้แก่ ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก และข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่ส่งเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center) โดยเฉพาะในด้านความครอบคลุมของข้อมูล โดยติดตามการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอก และความครอบคลุมของบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยสถานการณ์ของข้อมูลที่ส่งเข้าสู่ระบบ อาจจะเป็นผลมาจาก ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล และด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ได้แก่ ศักยภาพในการให้บริการ การจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ แรงจูงใจจากการเบิกจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทรัพยากรในการจัดบริการ เป็นต้น และปัจจัยด้านกระบวนการของระบบข้อมูล ได้แก่ การบันทึกข้อมูลการให้บริการ การส่งข้อมูลบริการเข้าสู่คลังข้อมูลสุขภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยบริการอื่น การรายงานข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อการติดตามผลงานบริการสุขภาพ โดยมีปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานด้านระบบข้อมูล เช่น ข้อตกลงความร่วมมือในการส่งข้อมูลและการกำกับติดตาม การสนับสนุนทางวิชาการในด้านระบบข้อมูล การสนับสนุนบุคลากรด้านระบบข้อมูล การพัฒนาบุคลากรด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณในการพัฒนาและบำรุงรักษาระบบข้อมูล และการสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูลในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาสถานการณ์การส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรค ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการควบคุมโรค โดยผลของการศึกษาจะนำไปสู่การออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม และข้อเสนอแนวทางการพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงานด้านระบบข้อมูล ภายใต้บริบทของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อไป โดยอาจจะเป็นข้อเสนอในภาพรวมระดับประเทศ และข้อเสนอในระดับจังหวัด

1.2. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด
- 2) เพื่อศึกษาผลกระทบของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อสถานการณ์ด้านข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลบริการสุขภาพ
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด
- 4) เพื่อออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม และจัดทำแนวทางการพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายใต้อิทธิพลการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

1.3. กรอบแนวคิด

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการสุขภาพ ของ รพ.สต. ภายใต้อิทธิพลการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

2.1. การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

1) ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ วันที่ 5 ตุลาคม 2564 เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ระบุให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยได้รับงบประมาณจากรัฐอย่างเหมาะสม และมีโครงสร้างอัตรากำลัง ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่กำหนดขึ้น

2) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

องค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ได้ยื่นความประสงค์ขอรับการประเมินความพร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา นายกององค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นประธานกรรมการ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นรองประธานกรรมการ โดยทำหน้าที่ 1) ส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล และประเมินผลการปฏิบัติงานราชการของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 2) พิจารณาแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น 3) พิจารณาให้ความเห็นชอบและอนุมัติแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ 4) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาบุคลากร การบริหารงบประมาณ และการจัดบริการสาธารณสุข 5) จัดทำและพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ฯลฯ

3) แนวทางการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ออกโดยสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการกำหนดตัวชี้วัด หลักเกณฑ์และขั้นตอนการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย

- 1) ด้านโครงสร้างองค์กร
ตัวชี้วัดที่ 1 มีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหรืองานด้านคุณภาพชีวิต (4 คะแนน)
- 2) ด้านบุคลากร
ตัวชี้วัดที่ 2 มีแผนการจัดการรอบอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุข (4 คะแนน)
- 3) ด้านการเงินและการจัดสรรทรัพยากร
ตัวชี้วัดที่ 3 มีแผนการบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิต (3 คะแนน)
ตัวชี้วัดที่ 4 มีความมั่นคงทางสถานะการเงิน การคลัง และงบประมาณทางด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิต (3 คะแนน)
- 4) ด้านแผนพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต
ตัวชี้วัดที่ 5 มีแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตในแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 ปี (4.5 คะแนน)
ตัวชี้วัดที่ 6 ได้นำแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตไปปฏิบัติ (3 คะแนน)

โดยเมื่อคิดสัดส่วนคะแนนที่ได้กับคะแนนเต็ม (21.5 คะแนน) จะนำมาใช้ในการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดังนี้

- น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 (ระดับดี) ให้ อบจ. รับถ่ายโอน สอน./รพ.สต. อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง หรือรวมแล้วไม่เกิน 30 แห่ง ในเขตพื้นที่จังหวัดนั้น
- มากกว่าร้อยละ 70 แต่ไม่ถึงร้อยละ 90 (ระดับดีมาก) ให้ อบจ. รับถ่ายโอน สอน./รพ.สต. อย่างน้อยอำเภอละ 2 แห่ง หรือรวมแล้วไม่เกิน 60 แห่ง ในเขตพื้นที่จังหวัดนั้น
- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 (ระดับดีเลิศ) ให้ อบจ. รับถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ทุกแห่งในเขตพื้นที่หรือตามจำนวนที่ อบจ. แจ้งความประสงค์ขอรับถ่ายโอน

4) ผลการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการรับถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 คณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนฯ มีมติเห็นชอบผลการประเมินความพร้อมของ อบจ. ในการรับถ่ายโอน สอน./รพ.สต. โดยมี อบจ. 49 จังหวัดที่ผ่านการประเมินว่ามีความพร้อม โดยผ่านเกณฑ์ระดับดีเลิศ 45 จังหวัด และระดับดีมาก 4 จังหวัด

5) จำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ให้กับ อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 รายจังหวัด

ในปีงบประมาณ 2566 มีการถ่ายโอน รพ.สต. 3,263 แห่ง ไปยัง อบจ. 49 จังหวัด และในปีงบประมาณ 2567 มีการถ่ายโอน รพ.สต. 933 แห่ง ไปยัง อบจ. 36 จังหวัด รวมการถ่ายโอน รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวนทั้งสิ้น 4,196 แห่ง ใน 62 จังหวัด โดยมี 12 จังหวัด ที่รับการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งจังหวัด ทั้งนี้จำนวน รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 รายจังหวัด แสดงดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน รพ.สต. สอ. และ สสช. จำแนกตามจังหวัด และสังกัดในปัจจุบัน ณ ปีงบประมาณ 2567

รหัส จังหวัด	จังหวัด	สังกัดปัจจุบัน หลังถ่ายโอนให้ อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 (แห่ง)				
		กระทรวง สาธารณสุข	อบจ. (ถ่าย โอน ปี 66)	อบจ. (ถ่าย โอน ปี 67)	สังกัดอื่น	รวม รพ.สต. สอ. สสช.
11	สมุทรปราการ	73	0	0	0	73
12	นนทบุรี	42	18	11	5	76
13	ปทุมธานี	54	13	11	1	79
14	พระนครศรีอยุธยา	205	0	0	2	207
15	อ่างทอง	76	0	0	0	76
16	ลพบุรี	128	0	4	2	134
17	สิงห์บุรี	36	11	0	0	47
18	ชัยนาท	65	0	7	0	72
19	สระบุรี	96	0	30	0	126
20	ชลบุรี	0	0	118	2	120
21	ระยอง	0	40	45	10	95
22	จันทบุรี	13	0	92	1	106
23	ตราด	66	0	0	0	66
24	ฉะเชิงเทรา	119	0	0	0	119
25	ปราจีนบุรี	0	94	0	0	94
26	นครนายก	56	0	0	0	56
27	สระแก้ว	108	0	0	3	111
30	นครราชสีมา	165	182	0	0	347
31	บุรีรัมย์	223	0	0	2	225
32	สุรินทร์	211	0	0	0	211
33	ศรีสะเกษ	133	117	4	0	254
34	อุบลราชธานี	262	54	0	1	317
35	ยโสธร	65	48	0	0	113
36	ชัยภูมิ	96	65	6	0	167
37	อำนาจเจริญ	6	71	0	0	77
38	บึงกาฬ	61	0	0	0	61

หมายเหตุ: รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 สอ. หมายถึง สถานีอนามัย
 สสช. หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน

ตารางที่ 1 จำนวน รพ.สต. สอ. และ สสช. จำแนกตามจังหวัด และสังกัดในปัจจุบัน ณ ปีงบประมาณ 2567 (ต่อ)

รหัส จังหวัด	จังหวัด	สังกัดปัจจุบัน หลังถ่ายโอนให้ อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 (แห่ง)				
		กระทรวง สาธารณสุข	อบจ. (ถ่าย โอน ปี 66)	อบจ. (ถ่าย โอน ปี 67)	สังกัดอื่น	รวม รพ.สต. สอ. สสช.
39	หนองบัวลำภู	0	83	0	0	83
40	ขอนแก่น	0	248	0	0	248
41	อุดรธานี	207	0	0	4	211
42	เลย	96	0	31	0	127
43	หนองคาย	74	0	0	0	74
44	มหาสารคาม	47	128	0	0	175
45	ร้อยเอ็ด	0	229	0	0	229
46	กาฬสินธุ์	105	51	0	1	157
47	สกลนคร	19	144	5	0	168
48	นครพนม	136	15	0	0	151
49	มุกดาหาร	0	78	0	0	78
50	เชียงใหม่	199	62	7	5	273
51	ลำพูน	43	11	17	0	71
52	ลำปาง	65	0	67	10	142
53	อุตรดิตถ์	49	40	0	0	89
54	แพร่	0	70	51	0	121
55	น่าน	49	95	0	3	147
56	พะเยา	55	54	0	0	109
57	เชียงราย	69	118	24	5	216
58	แม่ฮ่องสอน	65	0	6	0	71
60	นครสวรรค์	79	99	12	0	190
61	อุทัยธานี	58	26	5	1	90
62	กำแพงเพชร	36	74	10	5	125
63	ตาก	110	18	0	5	133
64	สุโขทัย	100	18	0	0	118
65	พิษณุโลก	98	37	10	2	147

ตารางที่ 1 จำนวน รพ.สต. สอ. และ สสช. จำแนกตามจังหวัด และสังกัดในปัจจุบัน ณ ปีงบประมาณ 2567 (ต่อ)

รหัส จังหวัด	จังหวัด	สังกัดปัจจุบัน หลังถ่ายโอนให้ อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 (แห่ง)				
		กระทรวง สาธารณสุข	อบจ. (ถ่าย โอน ปี 66)	อบจ. (ถ่าย โอน ปี 67)	สังกัดอื่น	รวม รพ.สต. สอ. สสช.
66	พิจิตร	29	68	12	0	109
67	เพชรบูรณ์	92	62	0	0	154
70	ราชบุรี	79	79	0	4	162
71	กาญจนบุรี	1 (สสช.)	97	46	1	145
72	สุพรรณบุรี	0	174	0	0	174
73	นครปฐม	98	36	0	0	134
74	สมุทรสาคร	17	37	0	0	54
75	สมุทรสงคราม	49	0	0	1	50
76	เพชรบุรี	112	0	5	1	118
77	ประจวบคีรีขันธ์	65	16	0	0	81
80	นครศรีธรรมราช	203	36	12	2	253
81	กระบี่	28	30	14	0	72
82	พังงา	64	0	0	0	64
83	ภูเก็ต	0	12	9	0	21
84	สุราษฎร์ธานี	69	97	2	1	169
85	ระนอง	41	0	5	0	46
86	ชุมพร	77	17	0	0	94
90	สงขลา	126	23	26	0	175
91	สตูล	51	3	0	0	54
92	ตรัง	95	0	30	0	125
93	พัทลุง	85	33	6	0	124
94	ปัตตานี	0	32	98	0	130
95	ยะลา	43	0	38	0	81
96	นราธิวาส	54	0	57	0	111
รวม		5,596	3,263	933	80	9,872

ที่มา: hsiu.hsri.or.th

หมายเหตุ: หมายถึง จังหวัดที่ถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100% (ไม่รวม สสช. และสังกัดอื่น)

2.2. งานวิจัยเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อานนท์ กุลธรรมายุสธณ์ และคณะ, 2561) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) 51 แห่ง ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และ อปท. รูปแบบพิเศษ) พบว่าผลงานบริการ ได้แก่ การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ถ่ายโอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.0400, 0.0438 และ 0.0000 ตามลำดับ) ส่วนอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.1974) แต่จากความเห็นของเจ้าหน้าที่พบว่าร้อยละ 75.61 เห็นว่าคุณภาพการให้บริการประชาชนในพื้นที่ และการตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น โดยมีบางแห่งมีบริการเพิ่มขึ้น เช่น มีแพทย์มาประจำ มีนักรักษาพยาบาลมาให้บริการ เป็นต้น โดยมีปัจจัยที่สนับสนุน อาทิเช่น สายบังคับบัญชาที่สั้น ความเข้าใจบริบทของพื้นที่ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและการสนับสนุนโดยตรงจากรายได้ของ อปท. เป็นต้น และพบว่าหลังถ่ายโอนยังคงมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้ชิด แต่ได้รับการนิเทศงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นประจำเพียงร้อยละ 42.5 ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวเสนอว่ากระทรวงสาธารณสุขควรมีการติดตามการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปแล้วอย่างต่อเนื่อง ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ได้ถ่ายโอน ต้องถ่ายโอนไปให้เฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมเท่านั้น แต่อย่างไรก็ดีการประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบต. และ เทศบาล ไม่ได้ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน รวมทั้งจำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปที่แตกต่างกัน ผลกระทบบางอย่างของการถ่ายโอนไปยัง อบจ. จึงอาจจะแตกต่างจากการถ่ายโอนไปยัง อบต. และเทศบาลก่อนหน้านี้

การสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบเชิงนโยบาย การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (รัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ, 2564) พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล มีพัฒนาการดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในด้านคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานที่ถูกสุขลักษณะ ในขณะที่ประชาชนก็มีความคิดเห็นในเชิงบวก ต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล อย่างไรก็ตาม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพ การอัตรารักษาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และความต่อเนื่องของเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้ ผลการวิเคราะห์ฉากทัศน์อนาคต สะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและเสถียรภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ ความเข้มแข็งขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่เลี้ยงสนับสนุนและส่งเสริมด้านวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

2.3. งานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับ อบจ. และข้อเสนอแนะ

โครงการหน่วยประมวลสถานการณ์ระบบสุขภาพ: กรณีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปี พ.ศ. 2567 (สมรณีก โขติช่วงฉัตรชัย และคณะ, 2568) ติดตามสถานการณ์การให้บริการของ สอน. และ รพ.สต. โดยเปรียบเทียบ 1) รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 2) รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 3) รพ.สต. สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ณ ปีงบประมาณ 2567 และ 4) รพ.สต. สังกัด อบต. และเทศบาล ที่ถ่ายโอนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551-2567 พบว่า รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนบริการผู้ป่วยนอก ลดลงร้อยละ 15.0 ในปี 2566 และลดลงร้อยละ 15.9 ในปี 2567 เทียบกับค่าเฉลี่ยปี 2562-2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนบริการผู้ป่วยนอก ลดลงร้อยละ 4.2 ในปี 2566 และลดลงร้อยละ 13.6 ในปี 2567 เทียบกับค่าเฉลี่ยปี 2562-2565 และสำหรับ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ณ ปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนบริการผู้ป่วยนอก ลดลงร้อยละ 0.4 ในปี 2566 และลดลงร้อยละ 6.6 ในปี 2567 เทียบกับค่าเฉลี่ยปี 2562-2565 สะท้อนการลดลงของผู้ป่วยนอกในปีแรกของการถ่ายโอนของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เช่นเดียวกับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนบริการส่งเสริมป้องกัน ลดลงร้อยละ 33.4 ในปี 2566 และลดลงร้อยละ 37.5 ในปี 2567 เทียบกับค่าเฉลี่ยปี 2562-2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนบริการส่งเสริมป้องกัน ลดลงร้อยละ 17.5 ในปี 2566 และลดลงร้อยละ 35.4 ในปี 2567 เทียบกับค่าเฉลี่ยปี 2562-2565 ในขณะที่ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ณ ปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนบริการส่งเสริมป้องกัน ลดลงร้อยละ 5.0 ในปี 2566 และลดลงร้อยละ 17.2 ในปี 2567 เทียบกับค่าเฉลี่ยปี 2562-2565

จากการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ภายหลังจากถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2567) มีการวิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT), ข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ, ข้อมูลการให้บริการ OPD ในโรคเรื้อรัง, การคัดกรองพัฒนาการเด็ก, ข้อมูลประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (QCB ของ 4 กลุ่มโรค ได้แก่ DM, HT, COPD, CKD), ข้อมูลการคัดกรอง ตรวจยืนยัน และรักษา มะเร็งปากมดลูก, ข้อมูลด้านทันตกรรม, ข้อมูลการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย (DM) และสถิติผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ในงานสาธารณสุข (ใช้เลือดออก) พบว่า เฉพาะตัวชี้วัดที่มีข้อมูลครบในปี 2561-2566 ที่สามารถแสดงสถิติพื้นฐานและการเปลี่ยนแปลง ส่วนใหญ่บ่งชี้ว่า ประชากรในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่าพื้นที่ที่ไม่ได้มีการถ่ายโอน โดยเฉพาะตัวชี้วัดพื้นฐานที่สำคัญ เช่น การคัดกรองพัฒนาการเด็ก การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (DM/HT) การคัดกรองผู้สูงอายุ คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การวิจัยการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการปฐมภูมิ และการรับรองมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ, 2565) มีการเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินการพัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงและตอบสนองตัวชี้วัดด้านสุขภาพในระดับประเทศ และใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. และเทศบาล)

การศึกษารูปแบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจ ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (รัตนานภิศ รัช ตะวรรณ, 2565) เสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการประสานความร่วมมือเชิงนโยบาย และสร้าง เครือข่ายความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพกับ อบจ. ให้ครอบคลุมผลการดำเนินการเชิง นโยบายของประเทศและปัญหาของพื้นที่ และหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควรวិเคราะห์และออกแบบ Web Application Programing ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ ข้อมูลในการอภิบาลระบบสุขภาพ

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน จากการถ่าย โอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ , 2565) โดย เสนอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกันทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมืออย่าง เร่งด่วน เพื่อพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในด้านสาธารณสุขมูลฐาน และการบริการสุขภาพปฐม ภูมิและพัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศด้านบุคลากร เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ

2.4. งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบข้อมูล ภายใต้อิทธิพลการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับ อบจ.

โครงการศึกษาวิจัยรูปแบบการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ดีขึ้น (อชฉเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ, 2568) มีการจัดทำ Dashboard การดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาธารณสุขของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง โดยมีการนำเสนอข้อมูลตามยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์ ที่ 3 การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 6 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ยุทธศาสตร์ที่ 7 สุขภาพจิตและยาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่ 8 การแพทย์แผนไทยและทางเลือก ยุทธศาสตร์ที่ 9 การแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลต่อเนื่อง ยุทธศาสตร์ที่ 10 การคุ้มครอง ผู้บริโภค ยุทธศาสตร์ที่ 11 สิ่งแวดล้อม และกำหนดตัวชี้วัดร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 17 ตัว ได้แก่

- 1) งานโรคไม่ติดต่อ (การคัดกรองความดันโลหิตสูง, การคัดกรองเบาหวาน, การติดตามยืนยันกลุ่มสงสัยความ ดันโลหิตสูง, การติดตามยืนยันกลุ่มสงสัยเบาหวาน, การตรวจ HbA1c, การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม, การควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีในผู้ป่วย เบาหวาน, การควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีในผู้ป่วยเบาหวาน)
- 2) งานอนามัยแม่และเด็ก (การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์, การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์, การ ฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์, การดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์)
- 3) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (วัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี, วัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี, วัคซีนครบ ตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี, วัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 5 ปี)

2.5. งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลสุขภาพ

การศึกษา Organizational factors in determining data quality produced from health management information systems in low- and middle- countries: a systematic review (Thein Hlaing and Thant Zin, 2020) มีการทบทวนปัจจัยด้านองค์กร (Organizational factors) ที่มีผลต่อคุณภาพของข้อมูลจากระบบบริหารข้อมูลสุขภาพ (HMIS) ในประเทศ Low- and Middle income countries จำนวน 22 ประเทศ พบว่าปัจจัยด้านองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพของข้อมูล ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร (Organizational structure) เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านข้อมูลทั้งในระดับปฏิบัติการ และระดับที่สูงขึ้น 2) ปัจจัยด้านกระบวนการทำงานขององค์กร (Organizational processes) เช่น กระบวนการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความร่วมมือ และเครือข่ายที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล 3) ปัจจัยด้านการเรียนรู้ขององค์กร (Organizational learning) เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การอบรม การนิเทศ 4) ปัจจัยด้านการมีอยู่ของทรัพยากร (Resource availability) ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ 5) ปัจจัยด้านธรรมาภิบาลและนโยบาย (Governance and Political factor) โดยปัจจัยด้านนโยบายและธรรมาภิบาล จะส่งผลต่อระบบข้อมูลผ่านหลายๆ ปัจจัย เช่น แผนและยุทธศาสตร์ การจัดสรรงบประมาณ การจัดการบุคลากร เป็นต้น

การวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แห่ง จังหวัดสิงห์บุรี (อภิชา เอกธีรธรรม, 2564) ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ระดับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แห่ง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แห่ง จังหวัดสิงห์บุรี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่รับผิดชอบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แห่ง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 47 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แห่งโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.09) มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แห่ง (ร้อยละ 68.09) และมีการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 74.47) จากการวิเคราะห์พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แห่ง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนปัจจัยด้านบุคคล ด้านความรู้และการปฏิบัติ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการจัดการข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แห่ง ได้แก่ เจ้าหน้าที่บางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดของการบันทึกข้อมูล โปรแกรม OPPP2010 ที่ใช้ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นไม่สามารถบอกข้อผิดพลาดแต่ละจุดได้ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์เก่าและล้าสมัย รวมทั้ง ระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานคอมพิวเตอร์ยังไม่เพียงพอทำให้การส่งออกข้อมูลล่าช้า ขาดงบประมาณในการพัฒนาระบบ และบุคลากรมีภาระงานมาก

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.จตุรพักตรพิมาน จ.ร้อยเอ็ด (รติยา วิภักดิ์, นิรุวรรณ เทรินโบล และ เสฐียรพงษ์ ศิริวินา, 2560) ศึกษาความรู้ เจตคติ ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูล ในกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล จำนวน 46 คน ผลการวิจัยพบว่า 1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.83) แต่มีความรู้ด้านการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 39.13) มีเจตคติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.70) แต่เจตคติด้านความยุ่งยากซับซ้อนของการบันทึกข้อมูล อยู่

ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.22) มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 67.40) แต่การปฏิบัติด้านการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ และพัฒนางานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 73.92) 2. ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูล ได้แก่ นโยบายที่ไม่ชัดเจนมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดการนิเทศติดตาม อุปกรณ์ที่ไม่ทันสมัย ระบบเครือข่าย อินเทอร์เน็ตไม่เสถียร บุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อภาระงานและโปรแกรมที่มีความหลากหลายในการบันทึกข้อมูล 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง พบว่า ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน การได้รับมอบหมายงาน การได้รับการอบรมชี้แจง และระดับความรู้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการข้อมูล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยควรจัดอบรมชี้แจง เกี่ยวกับการจัดการข้อมูลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าใจ และมีความมั่นใจในการจัดการข้อมูล 43 แห่ง

จังหวัดชัยภูมิ มีการพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจังหวัดชัยภูมิขึ้น (คำมูล แก้วชัยภูมิ, 2561) โดยมีการคืนกลับข้อมูล (Feedback) ให้แก่หน่วยงานบริหารและหน่วยบริการ เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลให้ถูกต้อง ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานด้านข้อมูลสารสนเทศ ในระดับอำเภอ และผู้ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลข้อมูลระดับจังหวัด จำนวน 65 คน พบว่าระบบตรวจสอบข้อมูลสารสนเทศที่ถูกพัฒนาขึ้น (Chaiyaphum Smart Checker: CSC 4.0) สามารถคืนข้อมูลที่มีข้อผิดพลาด หรือสงสัยผิดพลาด ให้หน่วยงานบริหารและหน่วยบริการที่เป็นเจ้าของข้อมูล ให้สามารถตรวจสอบข้อมูลผิดพลาด ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพน่าเชื่อถือมากขึ้น พบว่าผู้ใช้มีความพึงพอใจระดับมาก ข้อมูลสารสนเทศมีความน่าเชื่อถือเป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้ทุกระดับ สามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานในอำเภอ ในจังหวัด สปสข. และกระทรวงสาธารณสุข สามารถบ่งบอกสภาวะสุขภาพและการได้รับบริการของประชาชนได้

2.6. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ

1) พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

เนื้อหาสำคัญใน พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคล โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับมาตราต่าง ๆ ดังนี้

มาตรา 24 ห้ามมิให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เว้นแต่ (1) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับการจัดทำเอกสารประวัติศาสตร์หรือจดหมายเหตุ เพื่อประโยชน์สาธารณะหรือที่เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยหรือสถิติ ซึ่งได้จัดให้มีมาตรการปกป้องที่เหมาะสม เพื่อคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด (2) เพื่อป้องกันหรือระงับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือสุขภาพของบุคคล (3) เป็นการจำเป็นเพื่อการปฏิบัติตามสัญญาซึ่งเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเป็นคู่สัญญาหรือ เพื่อใช้ในการดำเนินการตามคำขอของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลก่อนเข้าทำสัญญานั้น (4) เป็นการจำเป็นเพื่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินการกิจเพื่อประโยชน์สาธารณะของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล หรือปฏิบัติหน้าที่ในการใช้อำนาจรัฐที่ได้มอบให้แก่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล (5) เป็นการจำเป็นเพื่อประโยชน์โดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล หรือของบุคคลหรือนิติบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล เว้นแต่ประโยชน์ดังกล่าวมีความสำคัญ น้อยกว่าสิทธิขั้นพื้นฐานในข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (6) เป็นการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล

มาตรา 25 ห้ามมิให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลจากแหล่งอื่นที่ไม่ใช่จากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลโดยตรง เว้นแต่ (1) ได้แจ้งถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลจากแหล่งอื่นให้แก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทราบ โดยไม่ชักช้า แต่ต้องไม่เกินสามสิบวันนับแต่วันที่เก็บรวบรวมและได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (2) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับยกเว้นไม่ต้องขอความยินยอมตามมาตรา 24 หรือมาตรา 26

มาตรา 26 ห้ามมิให้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ความคิดเห็นทางการเมือง ความเชื่อในลัทธิ ศาสนาหรือปรัชญา พฤติกรรมทางเพศ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ข้อมูลสหภาพแรงงาน ข้อมูลพันธุกรรม ข้อมูลชีวภาพ หรือข้อมูลอื่นใด ซึ่งกระทบต่อเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในทำนองเดียวกันตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด โดยไม่ได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้งจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เว้นแต่ (1) เพื่อป้องกันหรือระงับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือสุขภาพของบุคคล ซึ่งเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม (2) เป็นการดำเนินกิจกรรมโดยชอบด้วยกฎหมายที่มีการคุ้มครองที่เหมาะสมของมูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการเมือง ศาสนา ปรัชญา หรือสหภาพแรงงาน ให้แก่สมาชิก ผู้ซึ่งเคยเป็นสมาชิก หรือผู้ซึ่งมีการติดต่ออย่างสม่ำเสมอกับมูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว โดยไม่ได้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลนั้นออกไปภายนอกมูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรนั้น (3) เป็นข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณะด้วยความยินยอมโดยชัดแจ้งของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (4) เป็นการจำเป็นเพื่อการก่อตั้งสิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย การปฏิบัติตามหรือการใช้สิทธิ เรียกร้องตามกฎหมาย หรือการยกขึ้นต่อสู้สิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย (5) เป็นการจำเป็นในการปฏิบัติตามกฎหมายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เกี่ยวกับ (ก) เวชศาสตร์ป้องกันหรืออาชีวเวชศาสตร์ การประเมินความสามารถในการทำงานของลูกจ้าง การวินิจฉัยโรคทางการแพทย์ การให้บริการด้านสุขภาพหรือด้านสังคม การรักษาทางการแพทย์ การจัดการด้านสุขภาพ หรือระบบและการให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์ ทั้งนี้ ในกรณีที่ไม่ใช่การปฏิบัติตามกฎหมาย และข้อมูลส่วนบุคคลนั้นอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกอบอาชีพหรือวิชาชีพ หรือผู้มีหน้าที่รักษาข้อมูลส่วนบุคคลนั้นไว้เป็นความลับตามกฎหมาย ต้องเป็นการปฏิบัติตามสัญญาระหว่างเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลกับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ (ข) ประโยชน์สาธารณะด้านการสาธารณสุข เช่น การป้องกันด้านสุขภาพจากโรคติดต่อ อันตรายหรือโรคระบาดที่อาจติดต่อหรือแพร่เข้ามาในราชอาณาจักร หรือการควบคุมมาตรฐานหรือคุณภาพ ของยา เวชภัณฑ์ หรือเครื่องมือแพทย์ ซึ่งได้จัดให้มีมาตรการที่เหมาะสมและเจาะจงเพื่อคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลโดยเฉพาะการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตามหน้าที่ หรือตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (ค) การคุ้มครองแรงงาน การประกันสังคม หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิตามกฎหมาย การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือการคุ้มครองทางสังคม ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่จำเป็นในการปฏิบัติตามสิทธิหรือหน้าที่ของผู้ควบคุมข้อมูล ส่วนบุคคลหรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล โดยได้จัดให้มีมาตรการที่เหมาะสมเพื่อคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน และประโยชน์ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (ง) การศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ประวัติศาสตร์ หรือสถิติ หรือประโยชน์สาธารณะอื่น ทั้งนี้ ต้องกระทำเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวเพียงเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และได้จัดให้มีมาตรการที่เหมาะสม เพื่อคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานและประโยชน์ของ

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ตามที่คณะกรรมการ ประกาศกำหนด (จ) ประโยชน์สาธารณะที่สำคัญ โดยได้จัดให้มีมาตรการที่เหมาะสมเพื่อคุ้มครอง สิทธิขั้นพื้นฐานและประโยชน์ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

มาตรา 27 ห้ามมิให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยไม่ได้รับความยินยอม จากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เว้นแต่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่เก็บรวบรวมได้โดยได้รับความยินยอม ไม่ต้องขอความยินยอม ตามมาตรา 24 หรือมาตรา 26 บุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับข้อมูลส่วนบุคคลมาจากการเปิดเผยตามวรรคหนึ่ง จะต้อง ไม่ใช่หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์อื่น นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ที่ได้แจ้งไว้กับผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลในการขอรับข้อมูลส่วนบุคคลนั้น ในกรณีที่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับ ยกเว้นไม่ต้องขอความยินยอมตามวรรคหนึ่ง ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลต้องบันทึกการใช้หรือเปิดเผยนั้นไว้ในรายการ ตามมาตรา 39

สรุปตามพ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล จะเห็นว่าข้อมูลสุขภาพ เป็นข้อมูลที่สามารถจัดเก็บรวบรวมได้ โดยหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดการด้านสุขภาพ และข้อมูลที่ได้รับ ความยกเว้น ไม่ต้องได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลตามมาตรา 24 และมาตรา 26 นั้น ก็สามารถเปิดเผยได้ด้วย แต่ต้องใช้ ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ได้แจ้งไว้กับผู้ควบคุมข้อมูล

2) พระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูล

มาตรา 10 คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีหน้าที่และอำนาจ (2) กำกับ ติดตาม และประเมินผลการ ดำเนินการตามพระราชบัญญัติ และนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผน รวมทั้งกำหนดมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาและ อุปสรรคในการดำเนินการ (5) เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้มีการผลิตและพัฒนาแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เพียงพอต่อการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติ รวมทั้งวางแผนกำลังคน และ การพัฒนาระบบสารสนเทศ สำหรับเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

มาตรา 14 ให้สำนักงานรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการ และให้มีหน้าที่และ อำนาจ (3) เป็นศูนย์กลางฐานข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบสุขภาพปฐมภูมิและดำเนินการหรือ สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว (4) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ (5) พัฒนาระบบสารสนเทศ สำหรับเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ

มาตรา 18 ให้สำนักงาน หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กระทรวงมหาดไทย และ กรุงเทพมหานคร ร่วมกันจัดทำบัญชีรายชื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการ ปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น

มาตรา 20 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ (5) จัดทำระบบข้อมูลการ ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐาน และบริการ รวมทั้งการขอรับค่า รักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (6) ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการ ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในมาตรา 24

การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตาม (1) การให้ข้อมูลตาม (2) และ (3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตาม (5) และการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตาม (6) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา 21 เพื่อประโยชน์ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้คณะกรรมการประกาศกำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้ข้อมูล การคุ้มครองข้อมูล การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ และการเข้าถึงข้อมูลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งการส่งข้อมูลการให้บริการสุขภาพของผู้รับบริการในหน่วยบริการกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้รับบริการมีรายชื่อตามมาตรา 18 ทั้งนี้ ประกาศดังกล่าวต้องสอดคล้องกับสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 23 ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้รับบริการเพื่อให้ไปรับการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิอื่น เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการอื่นให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งดูแลผู้รับบริการ ดำเนินการให้มีการส่งต่อผู้รับบริการดังกล่าว

เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้รับบริการ ให้สำนักงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจัดให้มีระบบข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ และการเชื่อมโยงเพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าว โดยต้องปฏิบัติตามมาตรา 20 การจัดระบบและการเชื่อมโยงเพื่อใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา 24 ให้คณะกรรมการกำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และจัดให้มีการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

สรุปตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีการกล่าวถึงบทบาทของคณะกรรมการฯ ในการกำกับ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งการพัฒนาระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านบริหารจัดการและด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อการตรวจสอบการให้บริการที่ได้มาตรฐาน และสามารถออกประกาศ กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างหน่วยบริการต่างๆ กับหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย จึงสามารถใช้ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมินี้ เป็นหลักในการกำหนดตัวชี้วัด พัฒนาระบบและกลไกในการกำกับติดตาม ประเมินผล พัฒนาระบบสารสนเทศ และหลักเกณฑ์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิได้

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study) และเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยมีวิธีการศึกษา ดังนี้

- 1) การทบทวนเอกสาร (Review Document) ได้แก่ การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับ อบจ. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับ อบจ. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data analysis) สำหรับการประเมินสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลบริการรักษาพยาบาล ข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center, HDC) (ทั้งประเทศ) โดยวิเคราะห์แนวโน้มก่อนและหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2563-2567 และเปรียบเทียบ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. กับ รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอนไปยัง อบจ. และประเมินสถานการณ์ข้อมูลเฝ้าระวังโรค จากฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรค (รง.506) โดยวิเคราะห์แนวโน้มก่อนและหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2563-2567 และเปรียบเทียบระหว่างจังหวัด ตามสัดส่วนการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.
- 3) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์หรืออภิปรายกลุ่ม กับกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านข้อมูล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
 - 3.1) ผู้บริหารและ/หรือบุคลากรที่รับผิดชอบข้อมูลเฝ้าระวังโรค ข้อมูลบริการสุขภาพ และข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ในหน่วยงานส่วนกลาง ของกระทรวงสาธารณสุข
 - 3.2) ผู้บริหารและ/หรือบุคลากร ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในพื้นที่ 6 จังหวัด
 - 3.3) ผู้บริหารและ/หรือบุคลากร ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในพื้นที่ 6 จังหวัด
 - 3.4) ผู้บริหารและ/หรือบุคลากร ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลแม่ข่าย ในอำเภอที่มีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ในพื้นที่ 6 จังหวัด (จังหวัดละ 2 อำเภอ)
 - 3.5) บุคลากร ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. และ รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอนไป อบจ. (เฉพาะที่ไม่ได้ถ่ายโอนทั้งอำเภอ) ใน 2 อำเภอที่มีการถ่ายโอนภารกิจฯ (อำเภอละ 4 แห่ง) ในพื้นที่ 6 จังหวัด
- 4) สถานที่ศึกษาใน 6 จังหวัด ที่รับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ปีงบประมาณ 2566-2567 ดังนี้
 - กลุ่มที่ 1 จังหวัดที่รับถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 80 ขึ้นไปของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมด) จำนวน 2 จังหวัด (กาญจนบุรี และหนองบัวลำภู)
 - กลุ่มที่ 2 จังหวัดที่รับถ่ายโอน รพ.สต. ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40-60 ของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมด) จำนวน 2 จังหวัด (นนทบุรี และนครราชสีมา)
 - กลุ่มที่ 3 จังหวัดที่รับถ่ายโอน รพ.สต. ประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 20-30 ของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมด) จำนวน 2 จังหวัด (ประจวบคีรีขันธ์ และเชียงใหม่)

- 5) กลุ่มประชากรสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ
- ผู้บริหาร/บุคลากรที่รับผิดชอบ งานด้านข้อมูลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ผู้บริหาร/บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผู้บริหาร/บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านข้อมูลเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา
 - ผู้บริหาร/บุคลากรที่รับผิดชอบ งานบริการรพ.สต. หรืองานบริการสาธารณสุข หรืองานส่งเสริมสุขภาพ หรืองานควบคุมโรค ของ อบจ. ใน 6 จังหวัด
 - ผู้บริหาร/บุคลากรที่รับผิดชอบ งานบริการรพ.สต. หรืองานพัฒนายุทธศาสตร์ หรืองานส่งเสริมสุขภาพ หรืองานควบคุมโรค หรืองานเทคโนโลยีสารสนเทศ ของ สสจ. ใน 6 จังหวัด
 - ผู้บริหาร/บุคลากรที่รับผิดชอบ งานบริการสุขภาพ ของ โรงพยาบาลแม่ข่าย ใน 2 อำเภอๆ ละ 3-4 คน ใน 6 จังหวัด
 - ผู้บริหาร/บุคลากรที่รับผิดชอบ งานควบคุมโรค หรืองานบริการสุขภาพ ของ สสอ. ใน 6 จังหวัด จังหวัดละ 2 อำเภอ
 - บุคลากรที่รับผิดชอบ ข้อมูลบริการสุขภาพ หรือข้อมูลเฝ้าระวังโรค ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. และ รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอนไปอบจ. (เฉพาะที่ไม่ได้ถ่ายโอนไปทั้งอำเภอ) ใน 6 จังหวัดๆ ละ 2 อำเภอๆ ละ 4 แห่ง (หากไม่ได้ถ่ายโอนทั้งอำเภอ จะเลือกรพ.สต.ที่ไม่ได้ถ่ายโอน 1 แห่ง อีก 3 แห่งเป็นรพ.สต.ที่ถ่ายโอน หรือหากถ่ายโอนทั้งอำเภอ จะเป็น รพ.สต. ที่ถ่ายโอนทั้ง 4 แห่ง)
- 6) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนของสถานการณ์ข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากระบบ Health data center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมข้อมูลมาจากหน่วยบริการสุขภาพ ทุกจังหวัด โดยข้อมูลที่วิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567 ทั้งนี้ข้อมูลบริการที่ใช้ในการวิเคราะห์ และหน่วยบริการที่ใช้ในการเปรียบเทียบ มีดังนี้
- ข้อมูลบริการสุขภาพที่ใช้ในการวิเคราะห์
 - 1) บริการผู้ป่วยนอก (จำนวนคน และ จำนวนครั้ง)
 - 2) บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน (จำนวนคน และ จำนวนครั้ง)
 - 3) บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวนคน และ จำนวนครั้ง)
 - 4) บริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)
 - 5) บริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)
 - 6) บริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)
 - 7) บริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)
 - 8) บริการคัดกรองโรคเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)
 - 9) บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)
 - 10) บริการคัดกรองซีมีแสร้า (2Q) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)

- หน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ในการเปรียบเทียบ
 - 1) รพ.สต. สังกัด กระทรวงสาธารณสุข (ณ ปีงบประมาณ 2567)
 - 2) รพ.สต. สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 (สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ก่อนปีงบประมาณ 2566)
 - 3) รพ.สต. สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 (สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ก่อนปีงบประมาณ 2567)
 - 4) รพ.สต. สังกัด อื่นๆ ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) (ณ ปีงบประมาณ 2567)
- 7) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนของสถานการณ์ข้อมูลเฝ้าระวังโรค ใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506) ของปีงบประมาณ 2563-2567 โดยการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วย รายเดือน และจำแนกตามประเภทของหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) โรงพยาบาลของรัฐ 2) รพ.สต. หรือสถานีนอนมัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นๆของรัฐ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจังหวัด โดยแบ่งตาม % ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่
 - 1) จังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 0 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 20
 - 2) จังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 20 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 50
 - 3) จังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 50 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80
 - 4) จังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 80 ถึงร้อยละ 100
- 8) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (thematic approach) โดยมีขั้นตอนของการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (reliability) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากการจดบันทึกที่ระหว่างสัมภาษณ์/อภิปรายกลุ่ม กับข้อมูลจากการถอดเทปบทสัมภาษณ์/อภิปรายกลุ่ม การกำหนดรหัสข้อมูล (coding) การจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (categorization) และการวิเคราะห์รากสาเหตุ (root cause analysis) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการสุขภาพของ รพ.สต. โดยแบ่งเป็นข้อมูลบริการด้านการรักษา และข้อมูลบริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
- 9) การพัฒนาข้อเสนอการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม และจัดทำแนวทางการพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ใช้การสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงปริมาณ การศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษากลไกทางกฎหมาย ระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่ รูปแบบการจัดการข้อมูลของจังหวัดต้นแบบ ร่วมกับการออกแบบระบบแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพ ของ รพ.สต. ในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอรพ.สต.
- 10) การนำเสนอผลการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนวทางการพัฒนากลไกสนับสนุนด้านข้อมูล และการจัดการข้อมูล ให้กับ 1) สสจ. สสอ. และ รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ใน 6 จังหวัดที่ศึกษา 2) อบจ. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ใน 6 จังหวัดที่ศึกษา 3) กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสอบถามความเห็น และนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ หรือนำข้อเสนอไปขยายผลต่อไป

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ

ในการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากระบบ Health data center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขที่รวบรวมข้อมูลมาจากหน่วยบริการสุขภาพ ทุกจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ สังกัดอื่นๆ (ได้แก่ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) โดยข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567 ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ มีดังนี้

- 1) บริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567
- 2) บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567
- 3) บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567
- 4) บริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567
- 5) บริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567
- 6) บริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567
- 7) บริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567
- 8) บริการคัดกรองโรคเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567
- 9) บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567
- 10) บริการคัดกรองซีมีตรา (2Q) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2563-2566 และ ปีงบประมาณ 2564-2567

สำหรับวิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง โดยเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2566 กับปีก่อน และเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2567 กับปีก่อน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยเบาหวาน บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- 2) กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ได้แก่ การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ วัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี วัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี วัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี การคัดกรองเบาหวาน การคัดกรองความดันโลหิตสูง การคัดกรองซีมีตราผู้สูงอายุ

โดยในแต่ละกลุ่ม มีวิธีการคำนวณ โดยเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2566 กับปีก่อน และเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2567 กับปีก่อน ดังนี้

- 1) กลุ่มบริการผู้ป่วยนอก

ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีก่อน

- % ส่วนต่างบริการผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2566 เทียบกับ ปี 2563 =

(จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2566 - จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2563) × 100 / จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2563

- % ส่วนต่างบริการผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 =
 $(\text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2566} - \text{จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย (ครั้ง) ปี 2563-2565}) \times 100 / \text{จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย (ครั้ง) ปี 2563-2565}$
- % ส่วนต่างบริการผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565 =
 $(\text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2566} - \text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2565}) \times 100 / \text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2565}$
ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีก่อน
- % ส่วนต่างบริการผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 =
 $(\text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2567} - \text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2564}) \times 100 / \text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2564}$
- % ส่วนต่างบริการผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565 =
 $(\text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2567} - \text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2565}) \times 100 / \text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2565}$
- % ส่วนต่างบริการผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2567 เทียบกับ ปี 2566 =
 $(\text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2567} - \text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2566}) \times 100 / \text{จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ปี 2566}$

2) กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีก่อน

- ส่วนต่าง % ความครอบคลุมบริการ ปี 2566 เทียบกับ ปี 2563 =
 $\% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2566} - \% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2563}$
- ส่วนต่าง % ความครอบคลุมบริการ ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 =
 $\% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2566} - \% \text{ ความครอบคลุมบริการ เฉลี่ย ปี 2563-2565}$
- ส่วนต่าง % ความครอบคลุมบริการ ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565 =
 $\% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2566} - \% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2565}$

ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีก่อน

- ส่วนต่าง % ความครอบคลุมบริการ ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 =
 $\% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2567} - \% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2564}$
- ส่วนต่าง % ความครอบคลุมบริการ ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565 =
 $\% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2567} - \% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2565}$
- ส่วนต่าง % ความครอบคลุมบริการ ปี 2567 เทียบกับ ปี 2566 =
 $\% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2567} - \% \text{ ความครอบคลุมบริการ ปี 2566}$

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยนอก คัดจากข้อมูลการวินิจฉัยโรค ซึ่งอาจจะมีการบันทึกรหัสวินิจฉัยโรคในผู้ที่ได้รับการส่งเสริมป้องกัน รวมทั้งการคัดกรองโรคเรื้อรังด้วย ดังนั้นผู้ป่วยนอกในที่นี้ จึงอาจจะรวมบริการส่งเสริมป้องกัน ความครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค คำนวณจาก จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการโดย รพ.สต. ที่รับผิดชอบเอง หรือหน่วยบริการอื่นเป็นผู้ให้บริการ คุณ 100 หารด้วยจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายในความรับผิดชอบของ รพ.สต.

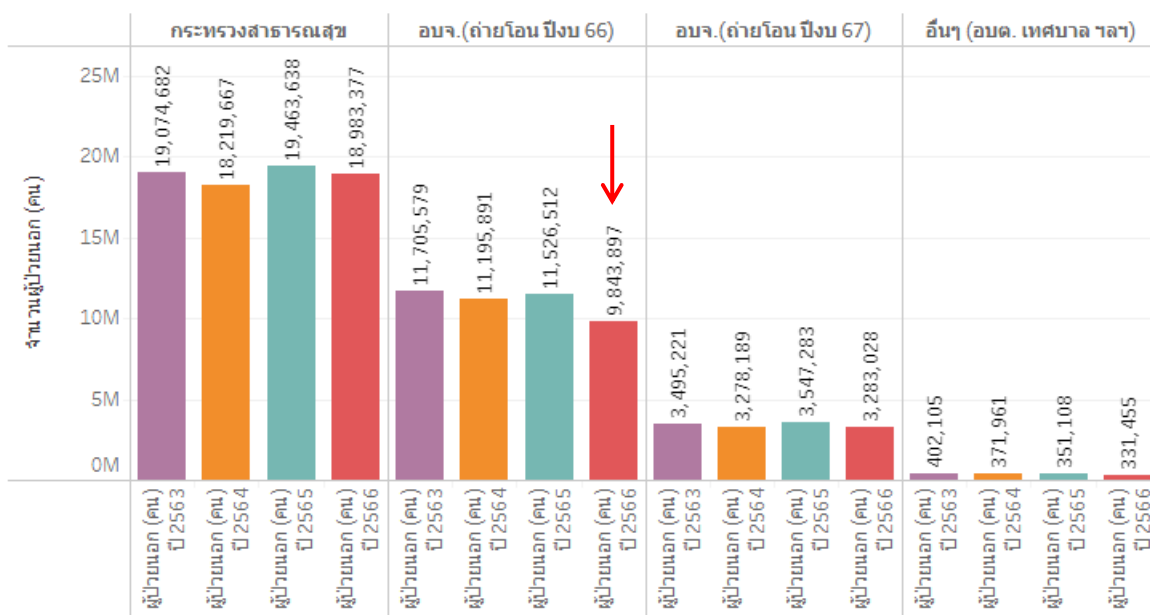
1) บริการผู้ป่วยนอก (จำนวนคน และ จำนวนครั้ง)

ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2563-2566

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยนอก ที่ลดลงในปี 2566 (9.8 ล้านคน และ 34.8 ล้านครั้ง) เทียบกับปี 2565 (11.5 ล้านคน และ 41.2 ล้านครั้ง) (ภาพที่ 2-3)

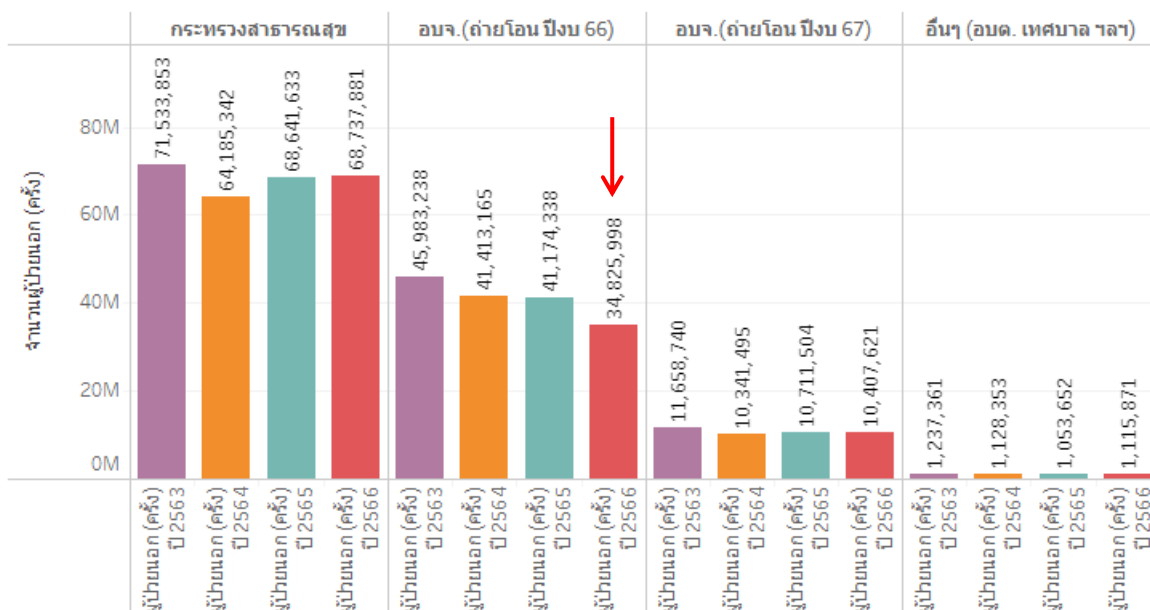
ภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยนอก (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนผู้ป่วยนอก (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

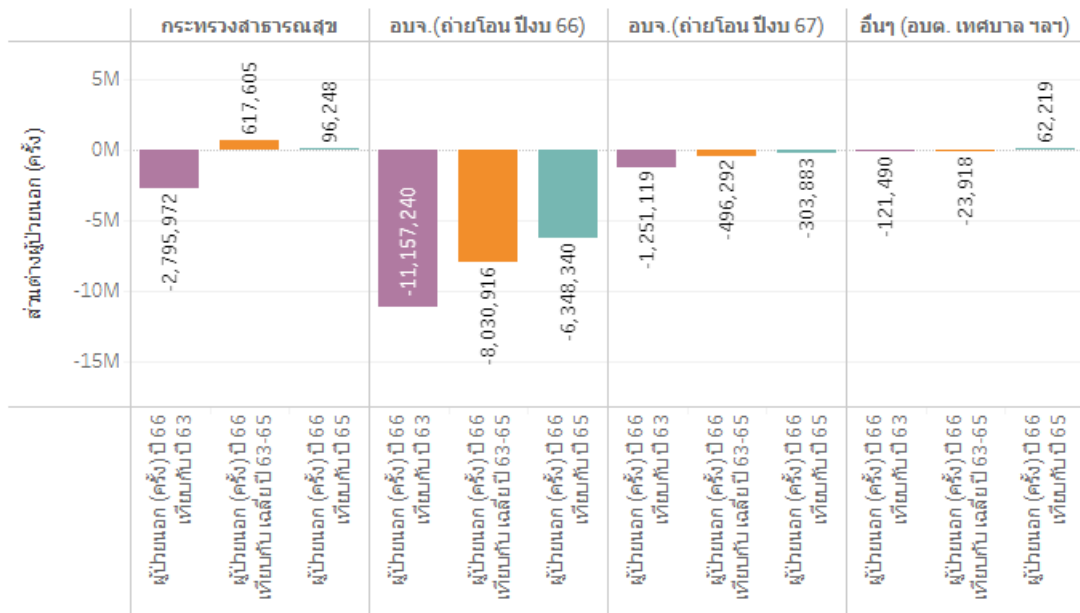
จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนที่ลดลง 15.4% ในปี 2566 เมื่อเทียบกับปี 2565 (ลดลง 6.3 ล้านครั้ง) และลดลง 24.3% เมื่อเทียบกับปี 2563 (ลดลง 11.2 ล้านครั้ง) (ภาพที่ 4-5)

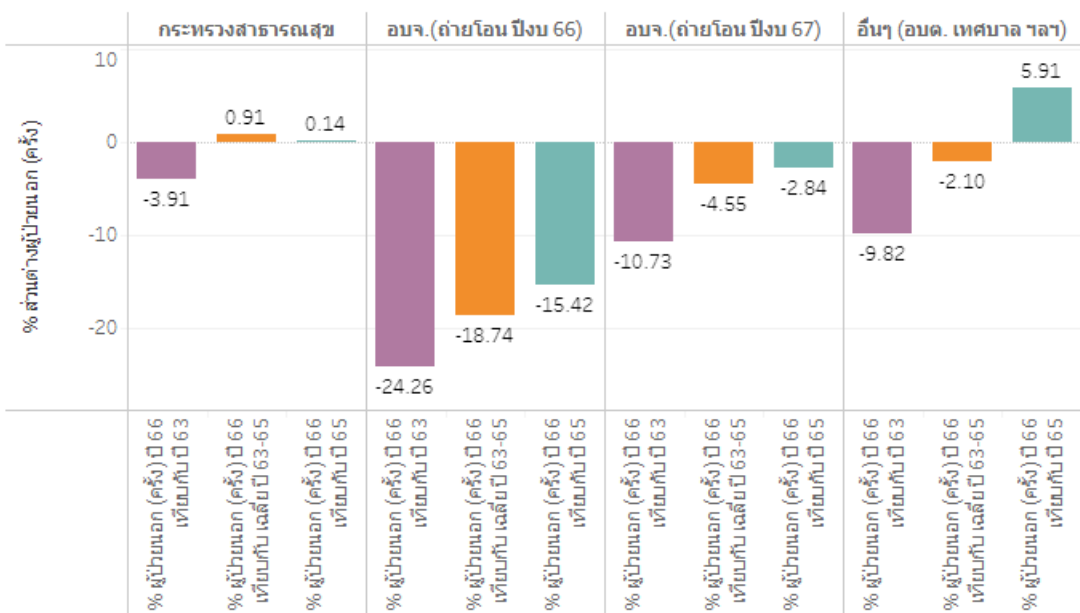
ภาพที่ 4 ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ. สต. ปี 66 เทียบกับปี 63, เฉลี่ยปี 63-65, ปี 65



ภาพที่ 5 % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

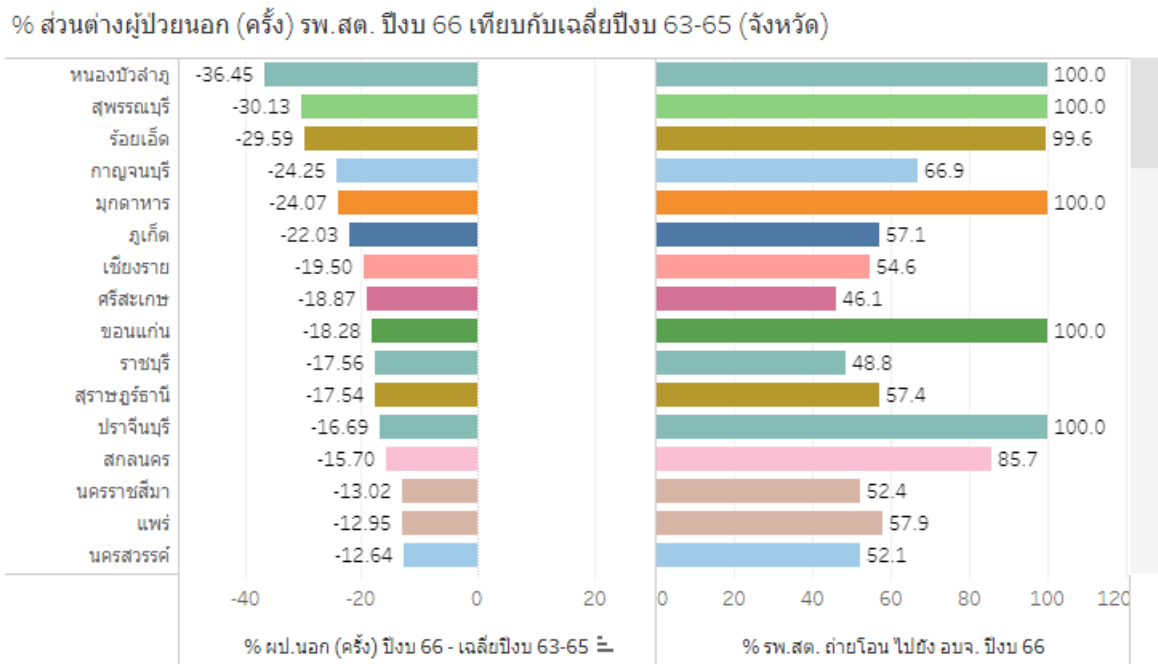
% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ. สต. ปี 66 เทียบกับปี 63, เฉลี่ยปี 63-65, ปี 65



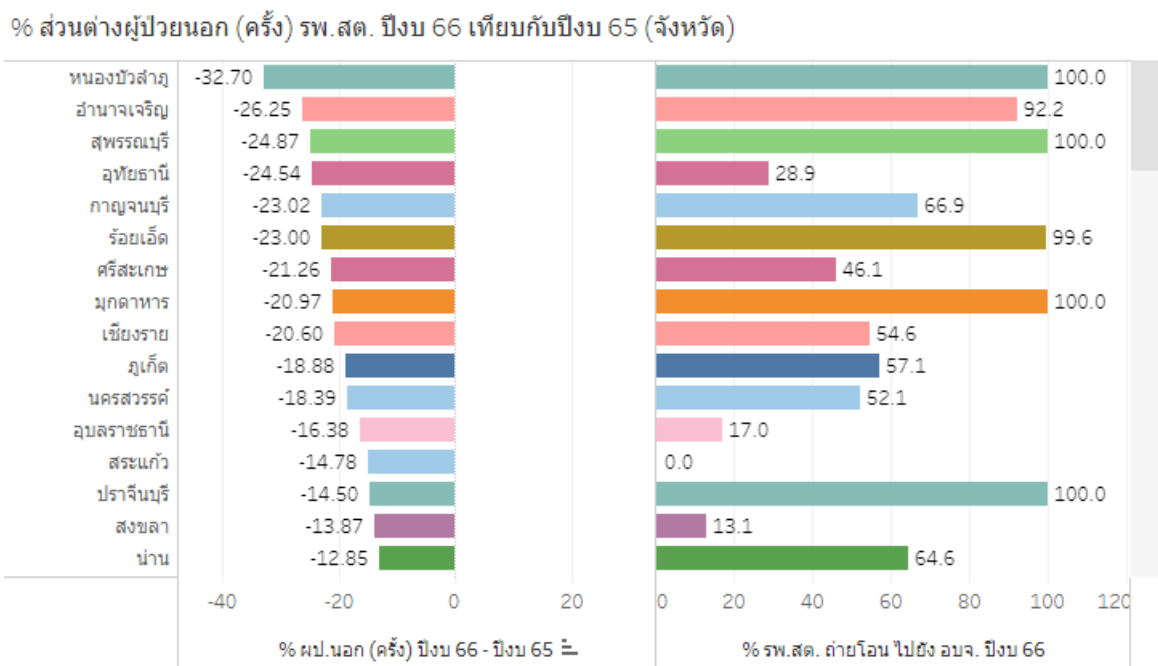
หมายเหตุ จำนวนผู้ป่วยนอก อาจรวมบริการส่งเสริมป้องกัน รวมทั้งการคัดกรองโรค ที่มีการบันทึกรหัสวินิจฉัยโรค ด้วย แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยนอก จึงอาจได้รับผลกระทบมาจากแนวโน้มของบริการส่งเสริมป้องกันด้วย

จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รพ.สต. ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 ตีลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ หนองบัวลำภู (-36.5%) สุพรรณบุรี (-30.1%) และร้อยเอ็ด (-29.6%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย หนองบัวลำภู (-32.7%) อำนาจเจริญ (-26.3%) และ สุพรรณบุรี (-24.9%) โดยทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66 เกิน 90% (ภาพที่ 6-7)

ภาพที่ 6 % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด

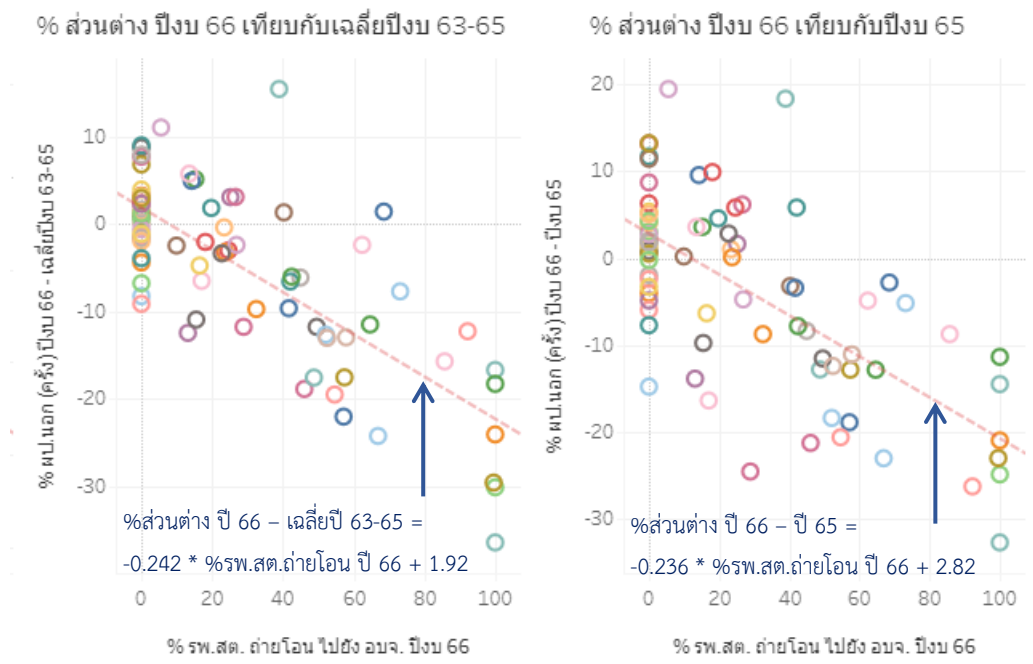


ภาพที่ 7 % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

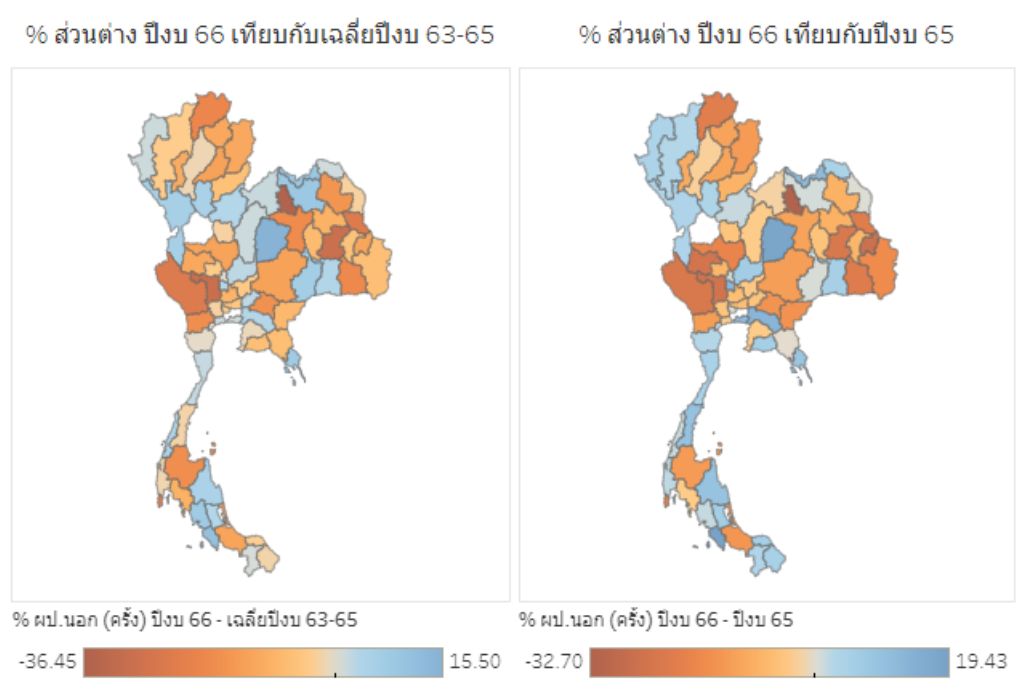


ภาพที่ 8 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่มากขึ้น จะมี % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 9 แสดงแผนที่การกระจายของ % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565

ภาพที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 9 แผนที่ % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

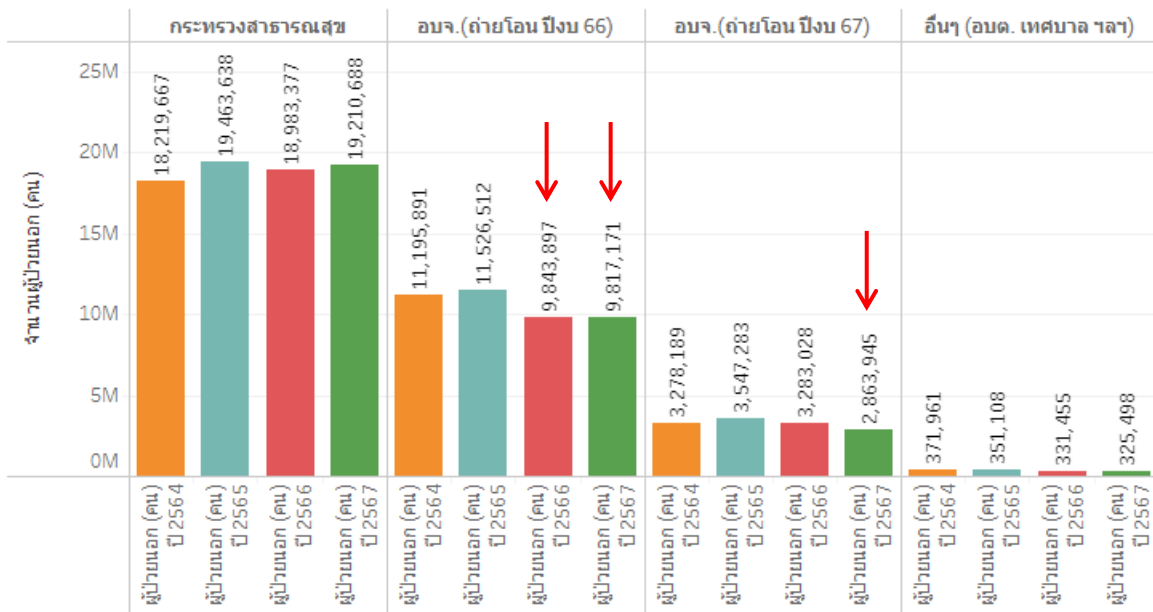


ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2564-2567

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนผู้ป่วยนอก ที่ลดลงในปี 2567 (2.9 ล้านคน และ 9.2 ล้านครั้ง) เทียบกับปี 2566 (3.3 ล้านคน และ 10.4 ล้านครั้ง) (ภาพที่ 10-11)

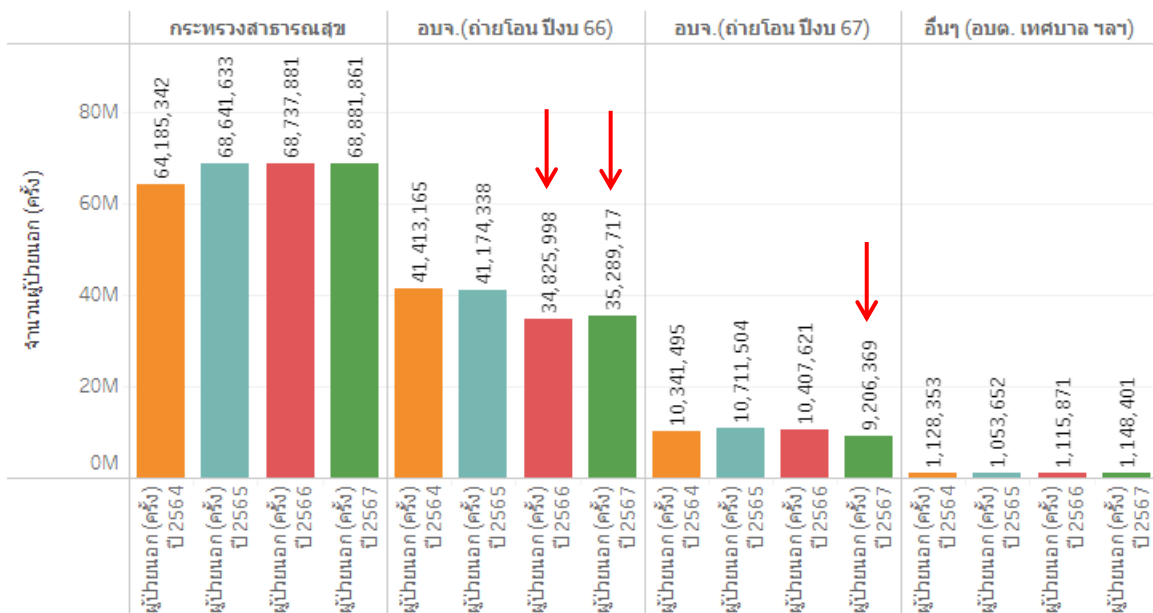
ภาพที่ 10 จำนวนผู้ป่วยนอก (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

จำนวนผู้ป่วยนอก (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 11 จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

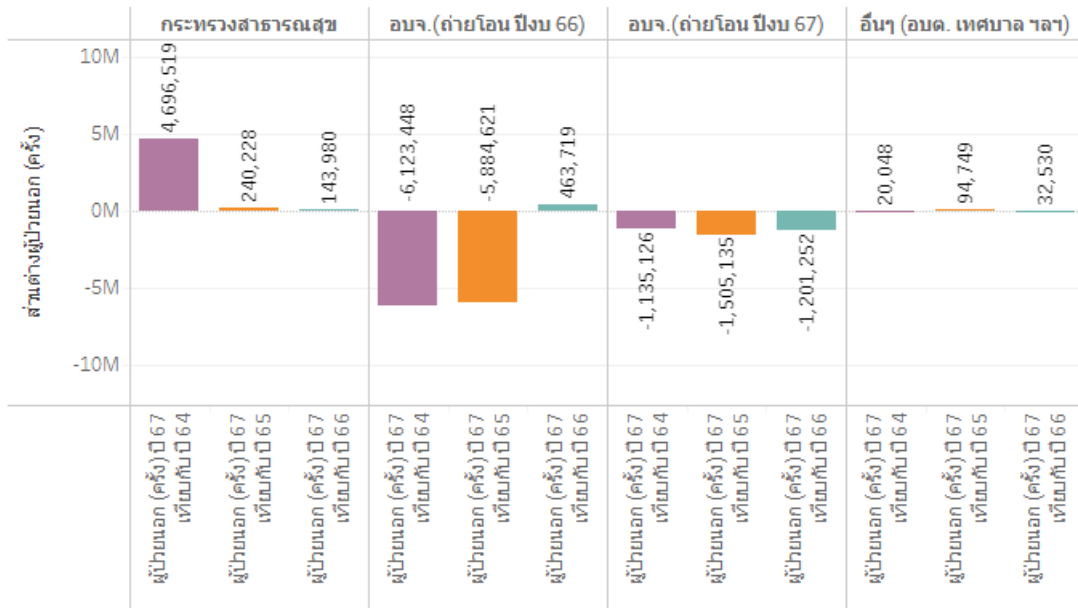
จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนที่ลดลง 11.5% ในปี 2567 เมื่อเทียบกับปี 2566 (ลดลง 1.2 ล้านครั้ง) และลดลง 14.1% เมื่อเทียบกับปี 2565 (ลดลง 1.5 ล้านครั้ง) ในขณะที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่ไม่แตกต่างกันระหว่างปี 2566 และปี 2567 (เพิ่มขึ้น 1.3% ในปี 2567) (ภาพที่ 12-13)

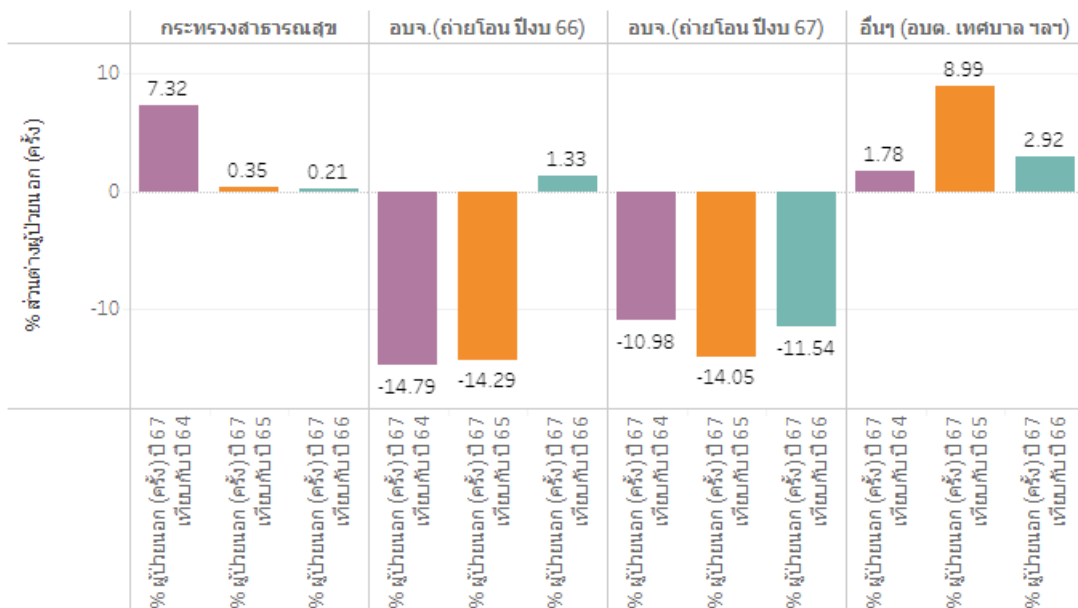
ภาพที่ 12 ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ. สต. ปี 67 เทียบกับปี 64, ปี 65, ปี 66



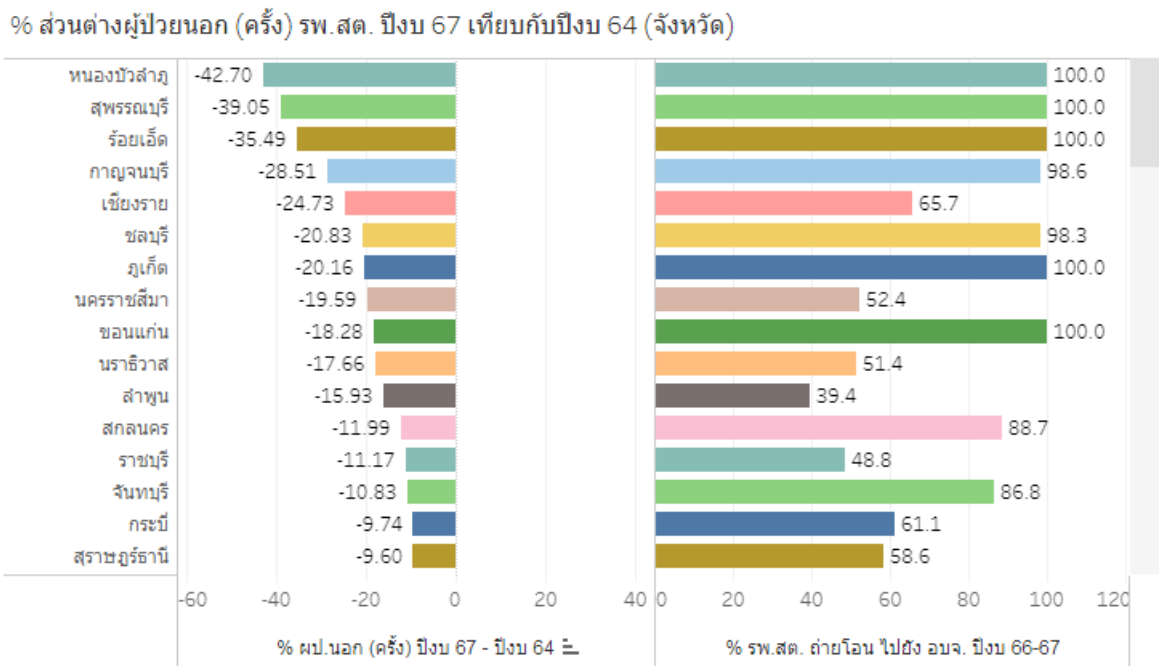
ภาพที่ 13 % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ. สต. ปี 67 เทียบกับปี 64, ปี 65, ปี 66

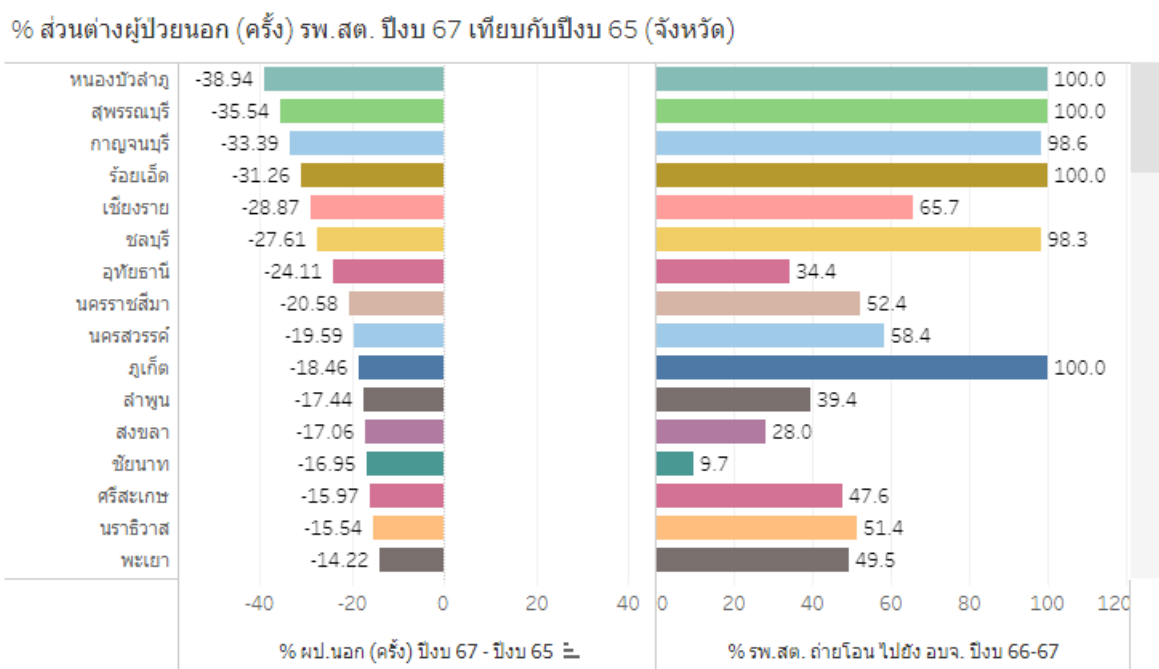


จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รพ.สต. ปี 2567 เทียบกับปี 2564 ติดลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ หนองบัวลำภู (-42.7%) สุพรรณบุรี (-39.1%) และร้อยเอ็ด (-35.5%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย หนองบัวลำภู (-38.9%) สุพรรณบุรี (-35.5%) และกาญจนบุรี (-33.4%) โดยทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66-67 เกิน 95% (ภาพที่ 14-15)

ภาพที่ 14 % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด

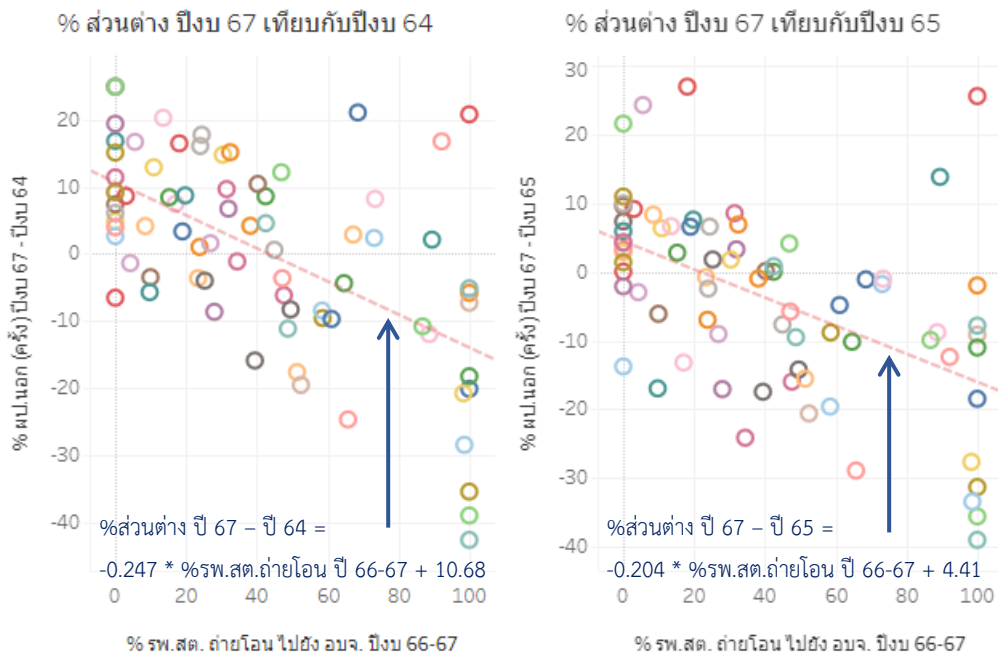


ภาพที่ 15 % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

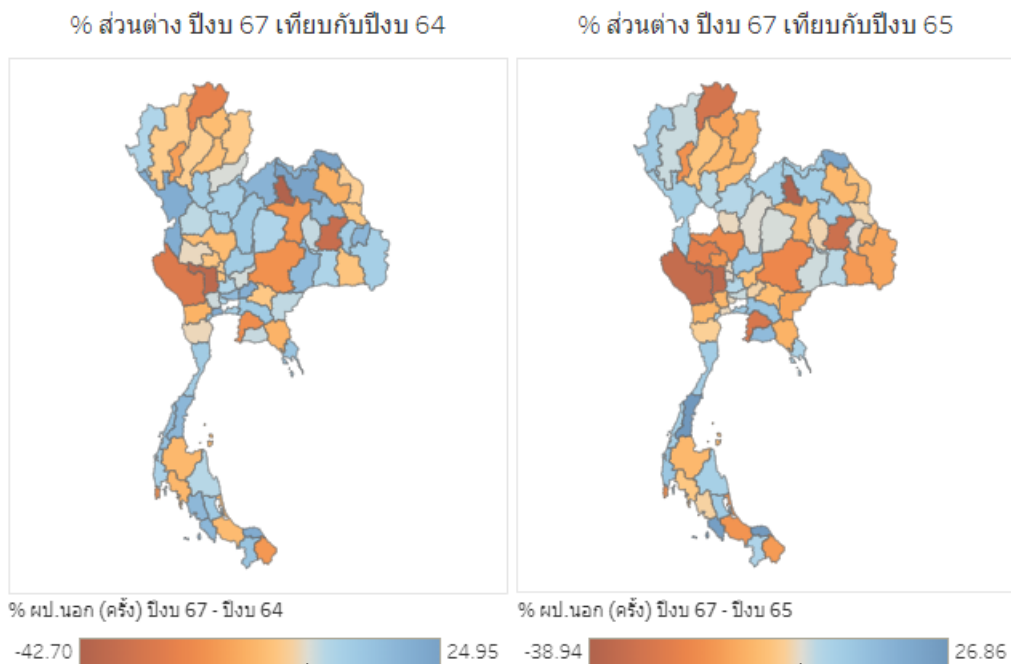


ภาพที่ 16 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 ที่มากขึ้น จะมี % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 17 แสดงแผนที่การกระจายของ % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565

ภาพที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 17 แผนที่ % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด



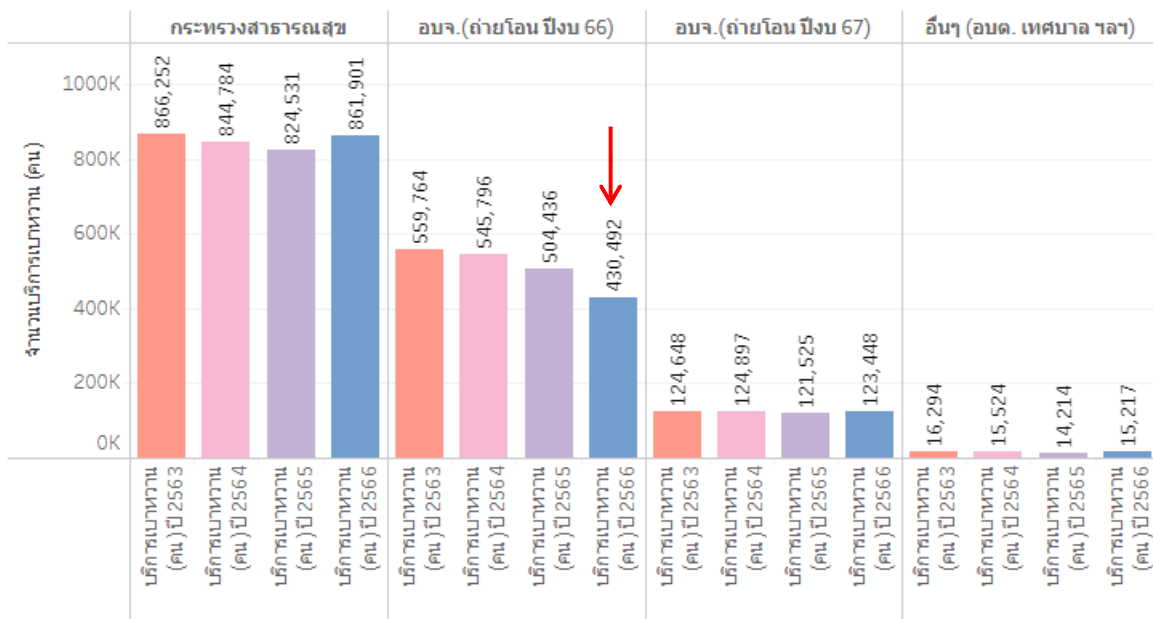
2) บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน (จำนวนคน และ จำนวนครั้ง)

ข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2563-2566

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนบริการเบาหวาน ที่ลดลงในปี 2566 (4.3 แสนคน และ 1.75 ล้านครั้ง) เทียบกับปี 2565 (5 แสนคน และ 1.94 ล้านครั้ง) (ภาพที่ 18-19)

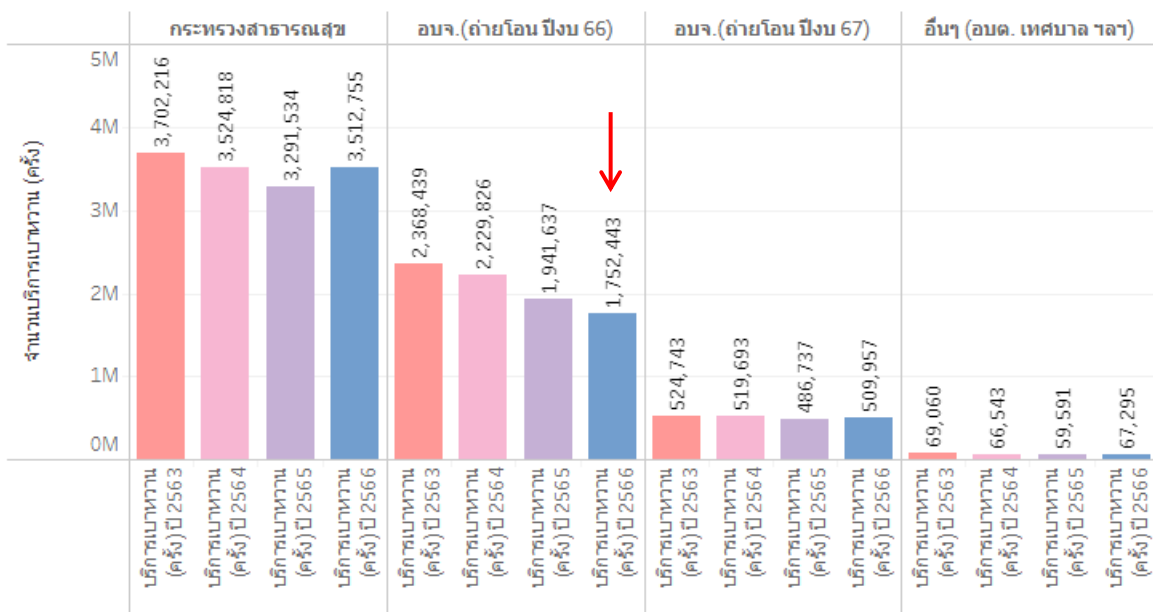
ภาพที่ 18 จำนวนบริการเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนบริการเบาหวาน (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



ภาพที่ 19 จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

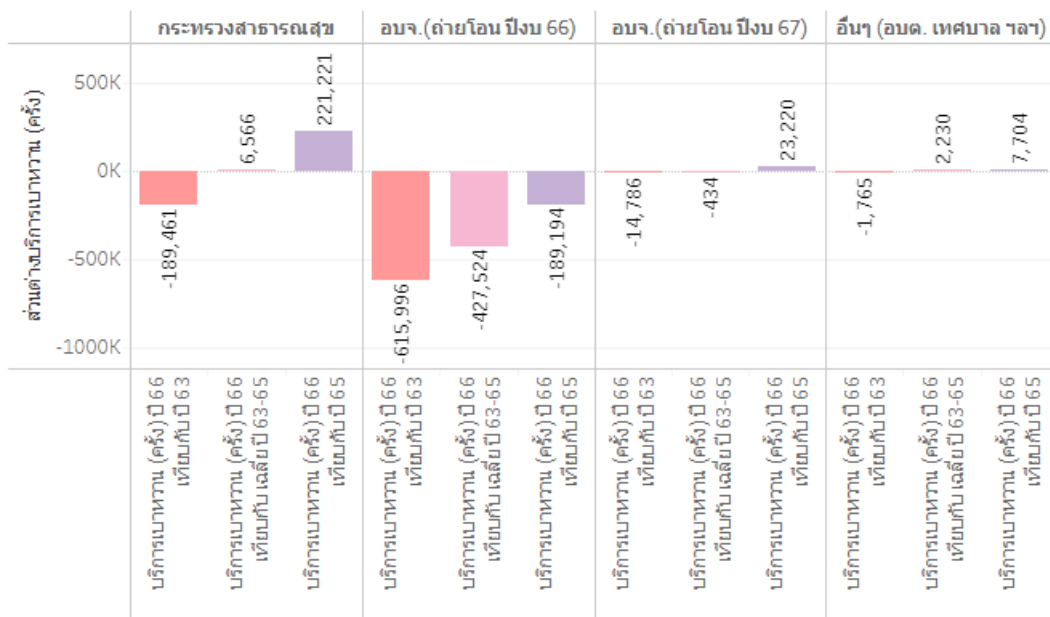
จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



จำนวนครั้งบริการเบาหวาน ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนที่ลดลง 9.7% ในปี 2566 เมื่อเทียบกับปี 2565 (ลดลง 1.9 แสนครั้ง) (ภาพที่ 20-21)

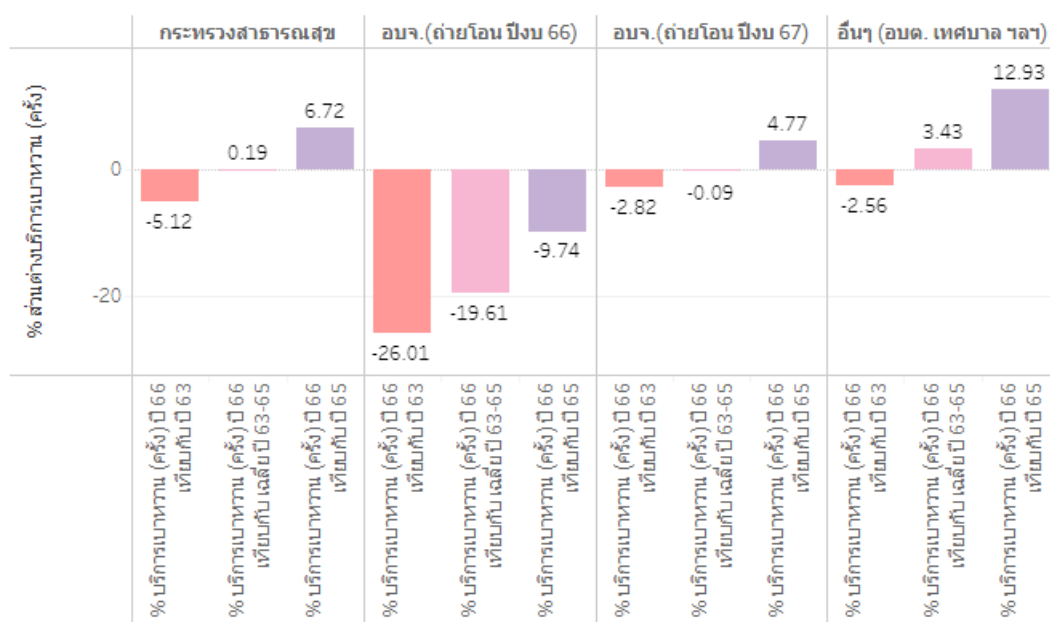
ภาพที่ 20 ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. ปี 66 เทียบกับปี 63, เฉลี่ยปี 63-65, ปี 65



ภาพที่ 21 % ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

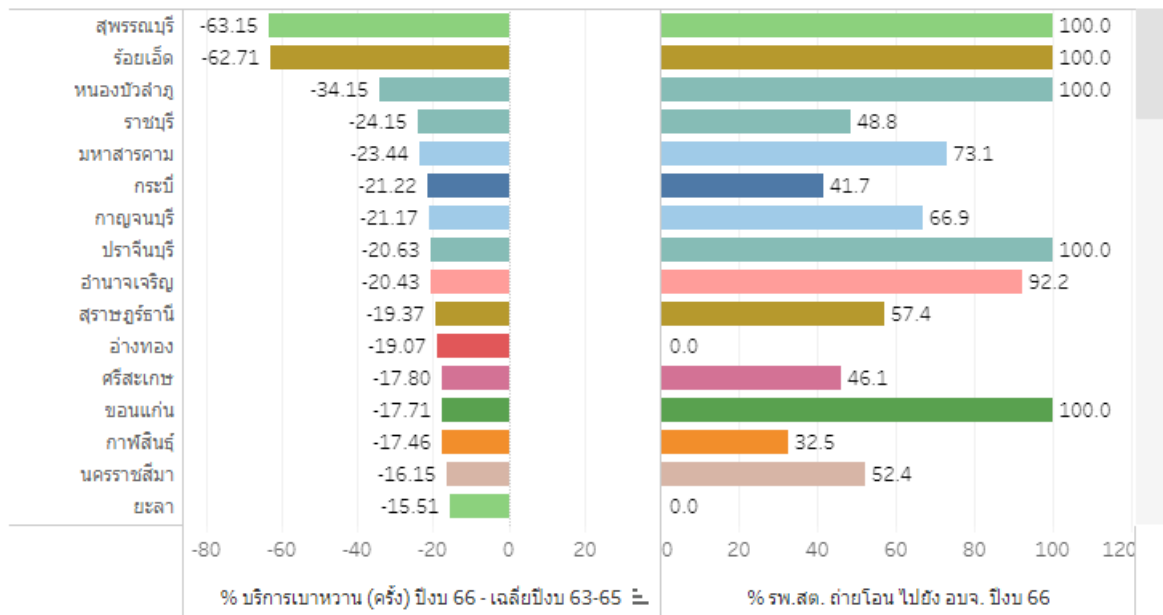
% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. ปี 66 เทียบกับปี 63, เฉลี่ยปี 63-65, ปี 65



จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต. ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 ตีตกมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ สุพรรณบุรี (-63.2%) ร้อยเอ็ด (-62.7%) และหนองบัวลำภู (-34.2%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย สุพรรณบุรี (-58.3%) ร้อยเอ็ด (-56.5%) และหนองบัวลำภู (-24.3%) โดยทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66 100% (ภาพที่ 22-23)

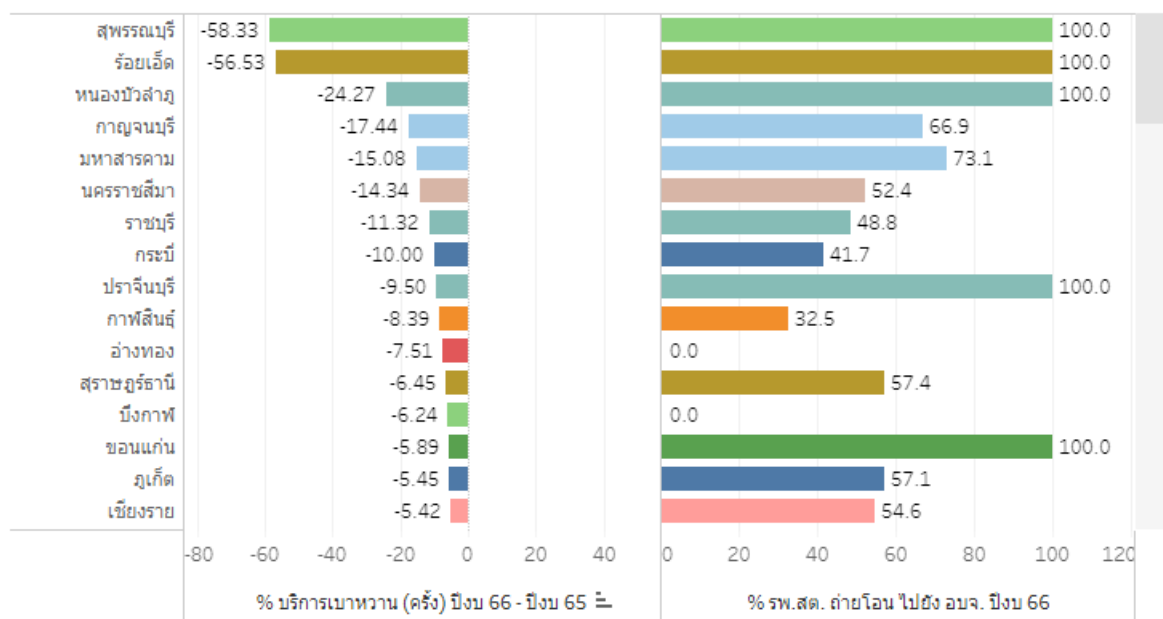
ภาพที่ 22 % ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด

% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. ปีงบ 66 เทียบกับเฉลี่ยปีงบ 63-65 (จังหวัด)



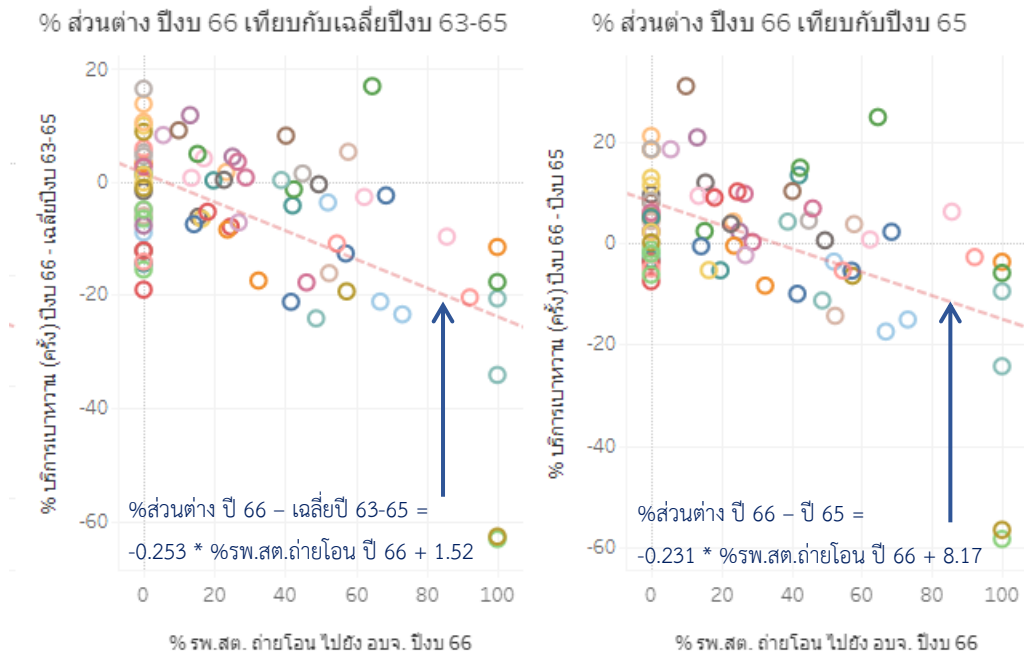
ภาพที่ 23 % ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. ปีงบ 66 เทียบกับปีงบ 65 (จังหวัด)

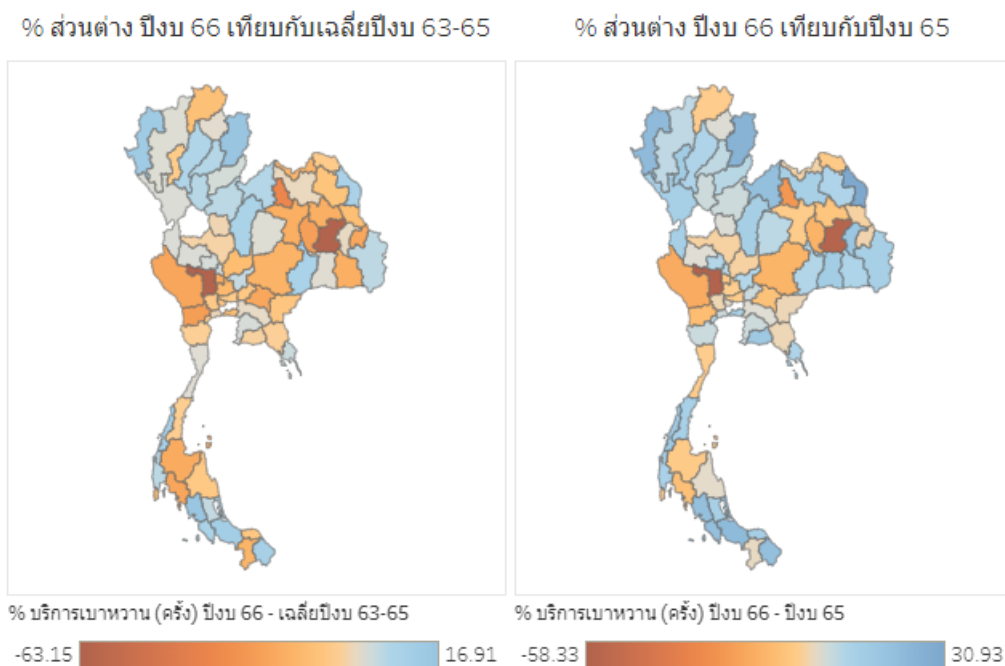


ภาพที่ 24 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่มากขึ้น จะมี % ส่วนต่างบริการเบหาวาน (ครั้ง) ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565 ที่คิดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 25 แสดงแผนที่การกระจายของ % ส่วนต่างบริการเบหาวาน (ครั้ง) ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565

ภาพที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างบริการเบหาวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 25 แผนที่ % ส่วนต่างบริการเบหาวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

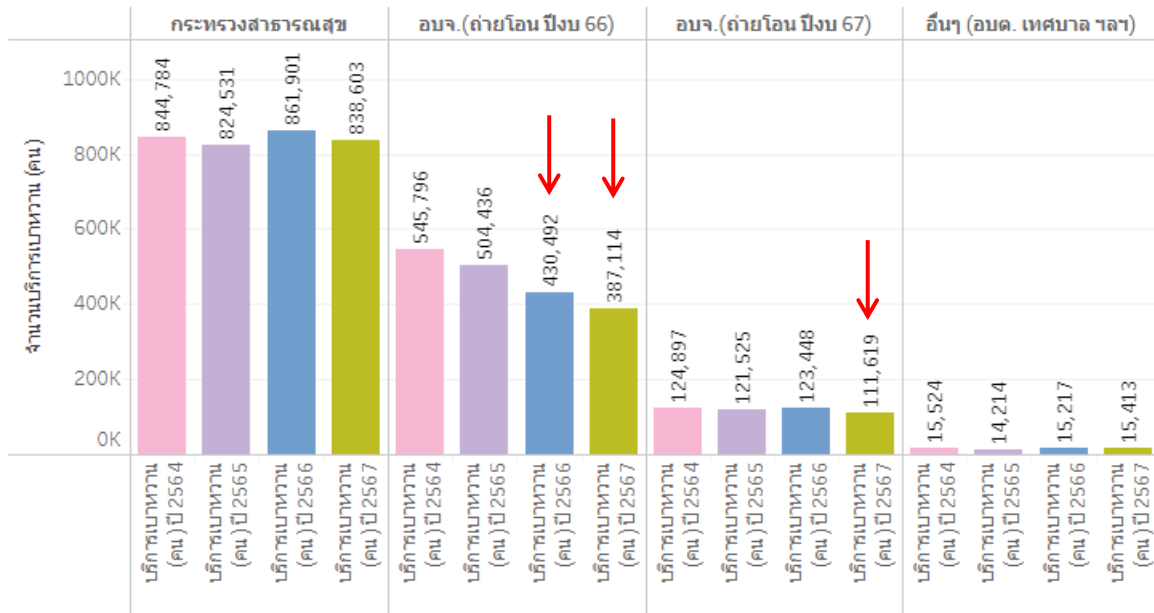


ข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2564-2567

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนบริการเบาหวาน ที่ลดลงในปี 2567 (1.1 แสนคนและ 4.4 แสนครั้ง) เทียบกับปี 2566 (1.2 แสนคน และ 5.1 แสนครั้ง) เช่นเดียวกับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ที่มีแนวโน้มบริการเบาหวานที่ลดลงในปี 2567 เช่นเดียวกัน (ภาพที่ 26-27)

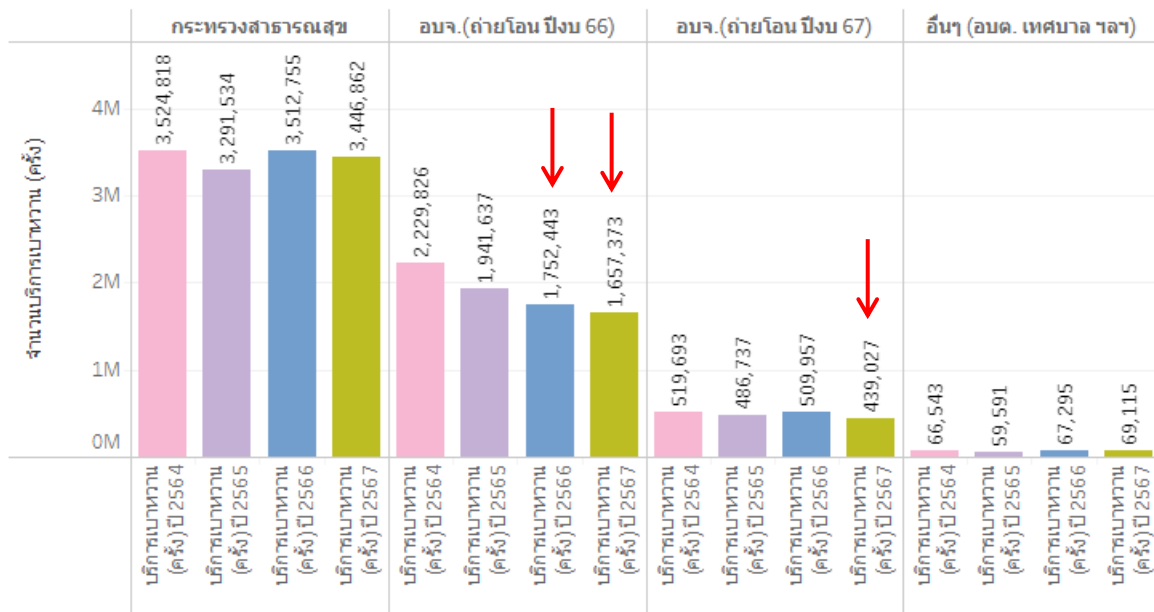
ภาพที่ 26 จำนวนบริการเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

จำนวนบริการเบาหวาน (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 27 จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

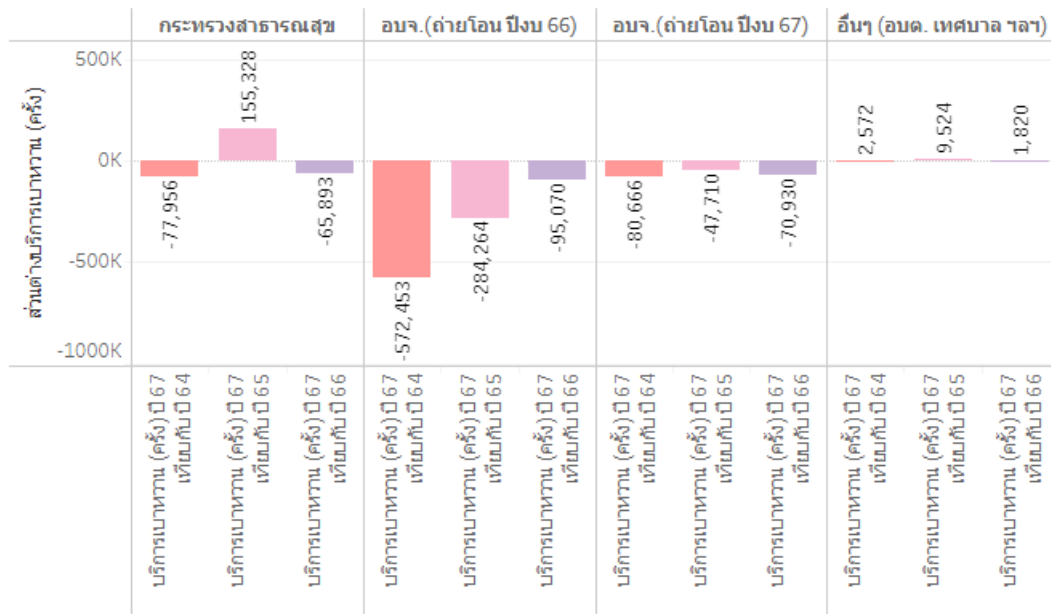
จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



จำนวนครั้งบริการเบาหวาน ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนที่ลดลง 13.9% ในปี 2567 เมื่อเทียบกับปี 2566 (ลดลง 7 หมื่นครั้ง) ในขณะที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนครั้งบริการเบาหวาน ที่ลดลง 5.4% ในปี 2567 เมื่อเทียบกับปี 2566 (ลดลง 9.5 หมื่นครั้ง) (ภาพที่ 28-29)

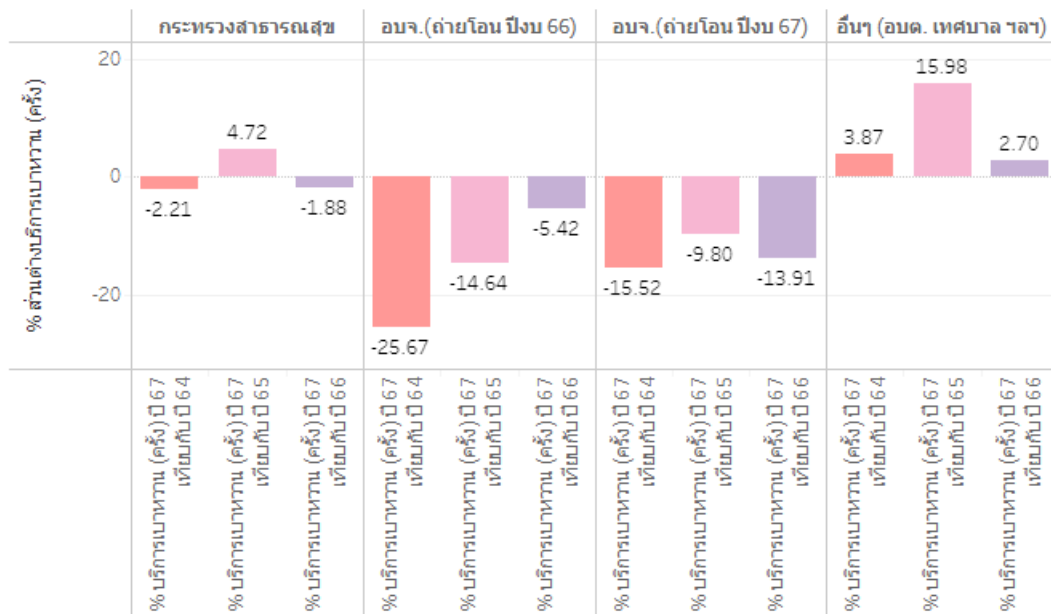
ภาพที่ 28 ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64, ปี 65, ปี 66



ภาพที่ 29 % ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

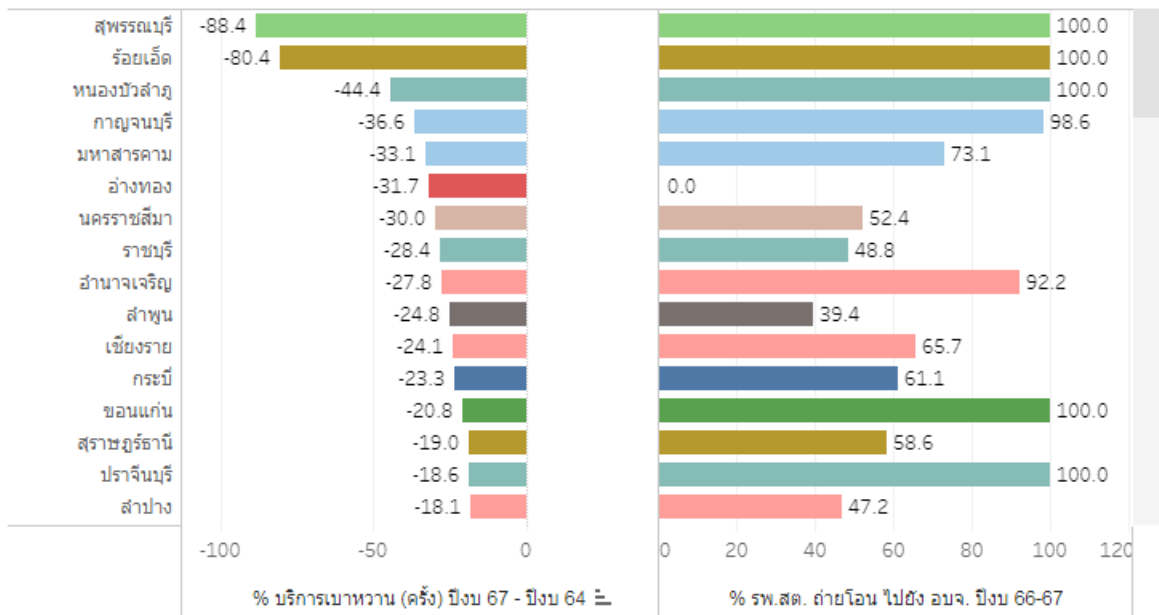
% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64, ปี 65, ปี 66



จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการเบาหวาน รพ.สต. ปี 2567 เทียบกับปี 2564 ตีลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ สุพรรณบุรี (-88.4%) ร้อยเอ็ด (-80.4%) และหนองบัวลำภู (-44.4%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย สุพรรณบุรี (-85.2%) ร้อยเอ็ด (-77.3%) และหนองบัวลำภู (-40.7%) โดยทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66-67 100% (ภาพที่ 30-31)

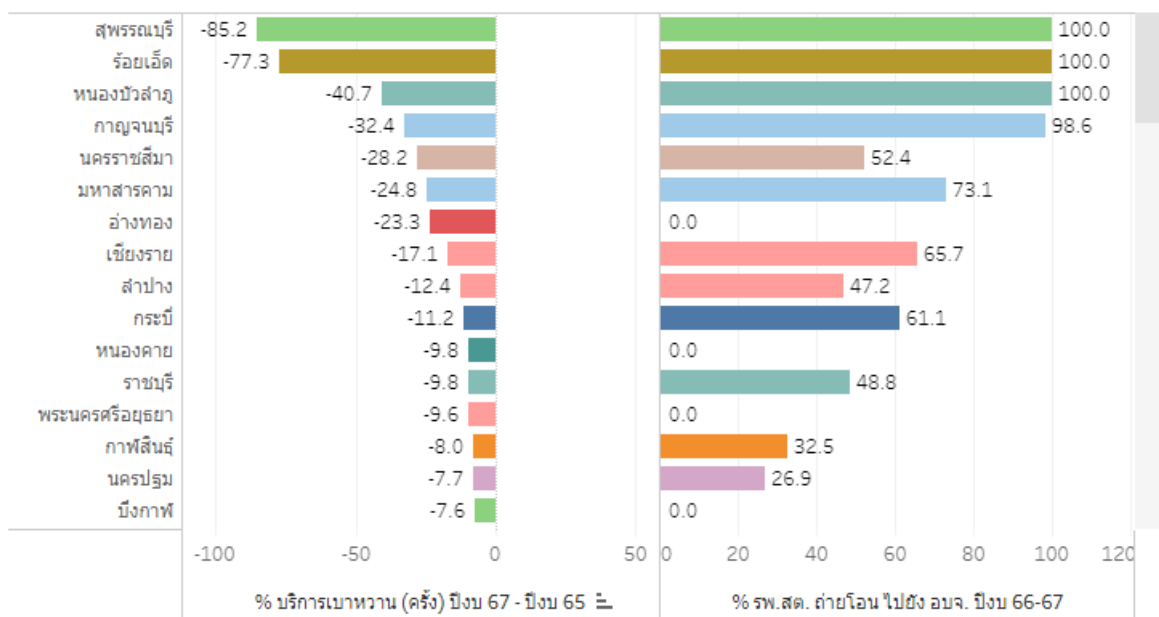
ภาพที่ 30 % ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด

% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64 (จังหวัด)



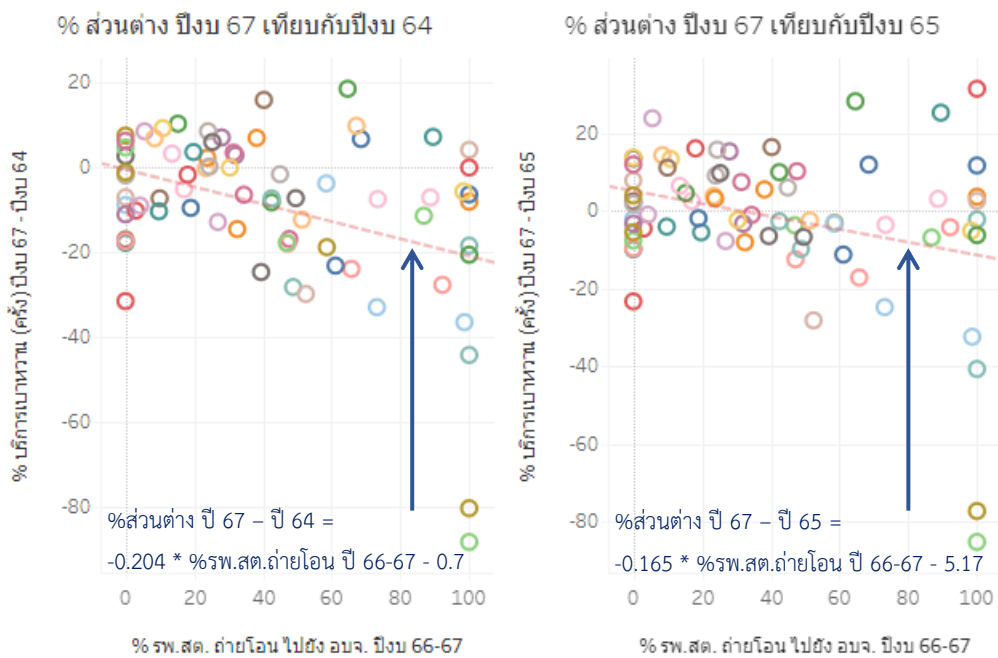
ภาพที่ 31 % ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

% ส่วนต่างบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 65 (จังหวัด)

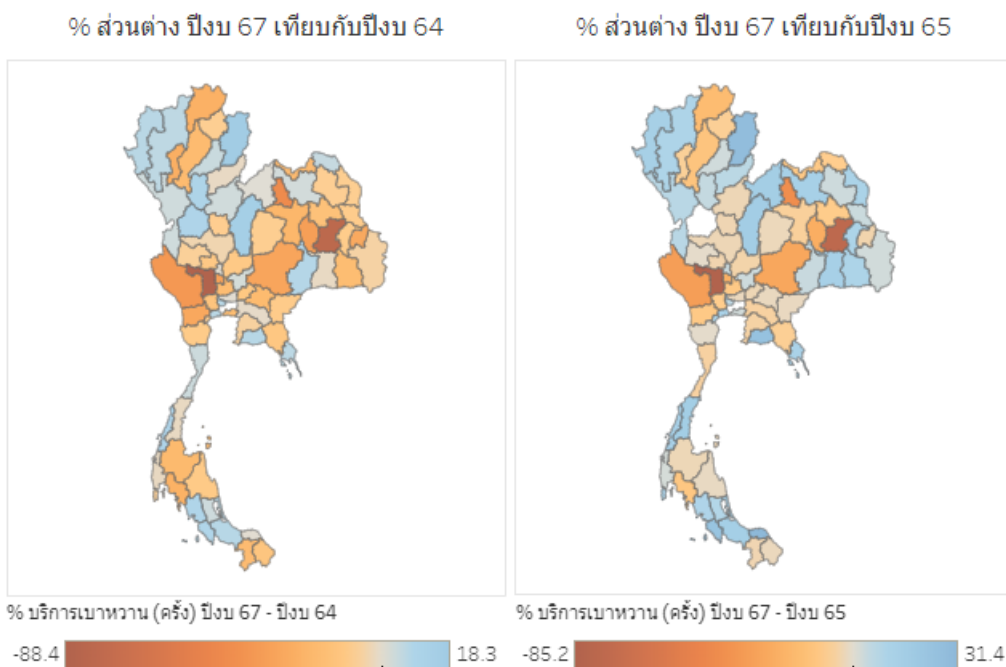


ภาพที่ 32 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 ที่มากขึ้น จะมี % ส่วนต่างบริการเบหรรณ (ครั้ง) ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 33 แสดงแผนที่การกระจายของ % ส่วนต่างบริการเบหรรณ (ครั้ง) ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565

ภาพที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างบริการเบหรรณ (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 33 แผนที่ % ส่วนต่างบริการเบหรรณ (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด



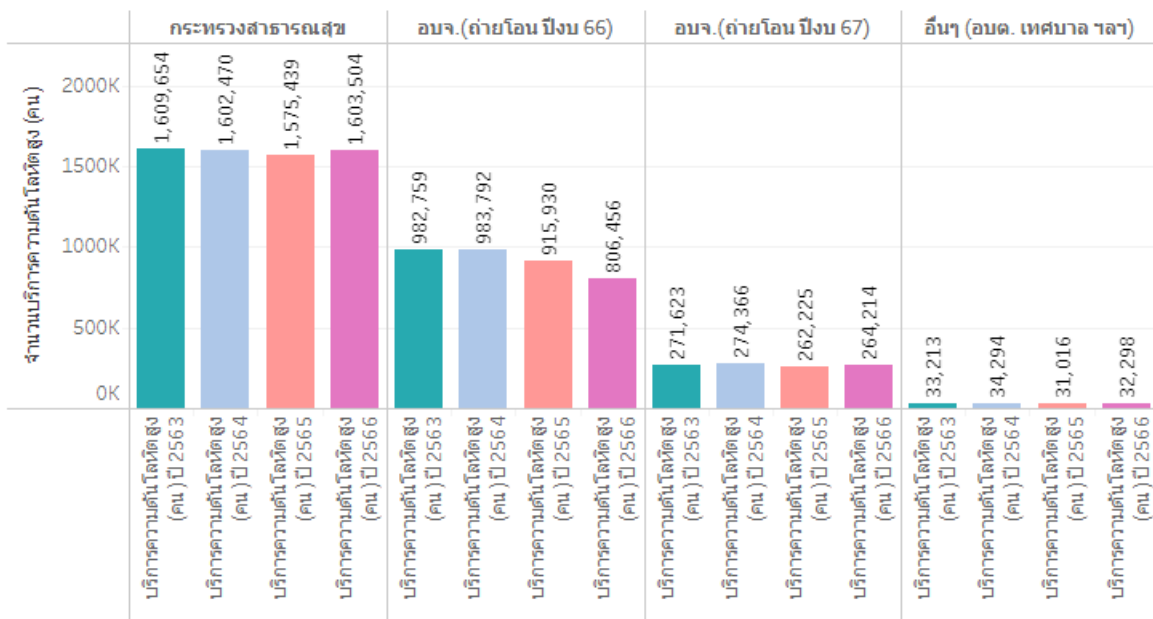
3) บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวนคน และ จำนวนครั้ง)

ข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2563-2566

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนบริการความดันโลหิตสูง ที่ลดลงในปี 2566 (8.1 แสนคน และ 3.4 ล้านครั้ง) เทียบกับปี 2565 (9.2 แสนคน และ 3.7 ล้านครั้ง) (ภาพที่ 34-35)

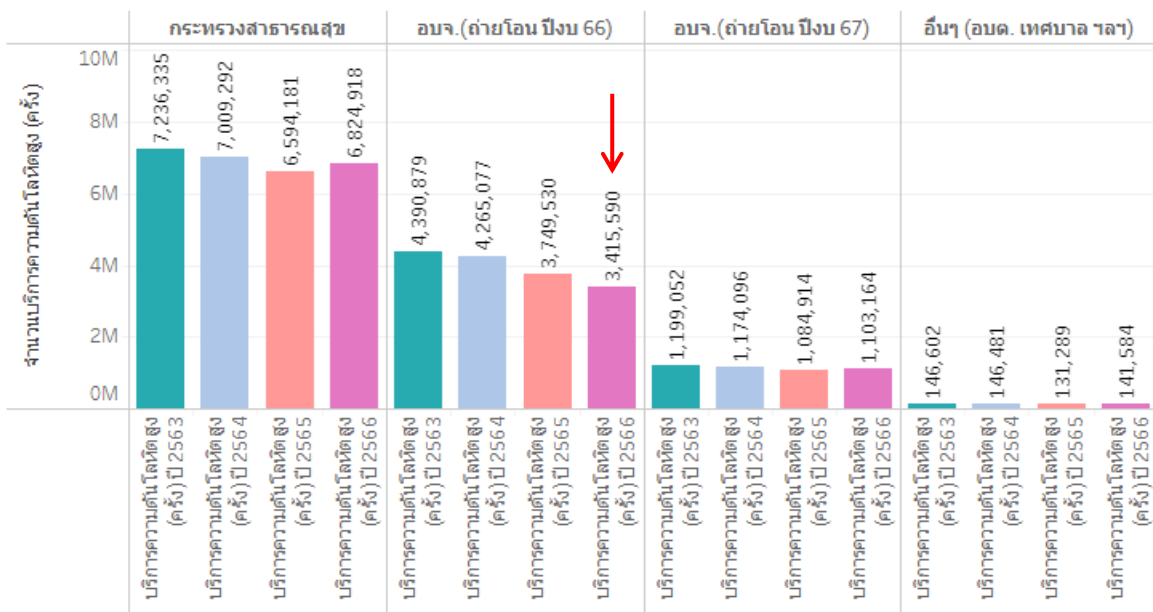
ภาพที่ 34 จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



ภาพที่ 35 จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



จำนวนครั้งบริการความดันโลหิตสูง ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนที่ลดลง 8.9% ในปี 2566 เมื่อเทียบกับปี 2565 (ลดลง 3.3 แสนครั้ง) (ภาพที่ 36-37)

ภาพที่ 36 ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. ปี 66 เทียบกับปี 63, เฉลี่ยปี 63-65, ปี 65

	กระทรวงสาธารณสุข	อบจ.(ถ่ายโอน ปีงบ 66)	อบจ.(ถ่ายโอน ปีงบ 67)	อื่นๆ (อบต. เทศบาล ฯลฯ)
ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง)				
0M				
-1M				
บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับปี 63	-411,417	-975,289	-95,888	-5,018
บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับ เฉลี่ยปี 63-65	-121,685	-719,572	-49,523	127
บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับปี 65	230,737	-333,940	18,250	10,295
บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับปี 63				
บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับ เฉลี่ยปี 63-65				
บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับปี 65				
บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับปี 63				
บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับ เฉลี่ยปี 63-65				
บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับปี 65				

ภาพที่ 37 % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

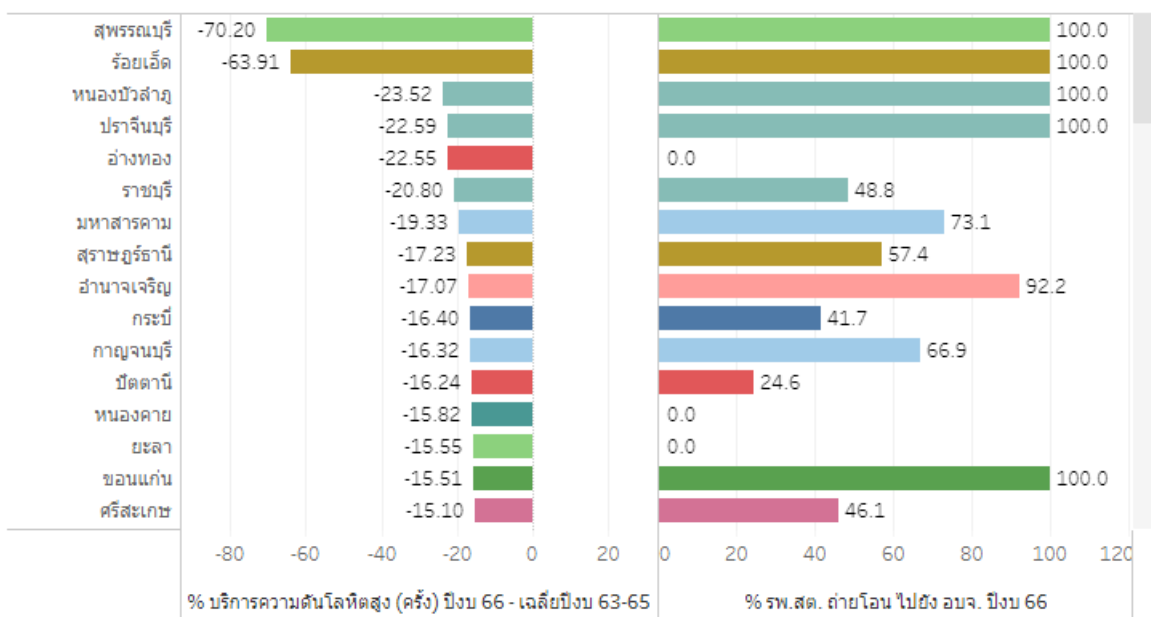
% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. ปี 66 เทียบกับปี 63, เฉลี่ยปี 63-65, ปี 65

	กระทรวงสาธารณสุข	อบจ.(ถ่ายโอน ปีงบ 66)	อบจ.(ถ่ายโอน ปีงบ 67)	อื่นๆ (อบต. เทศบาล ฯลฯ)
% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง)				
10				
0				
-10				
-20				
% บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับปี 63	-5.69	-22.21	-8.00	-3.42
% บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับ เฉลี่ยปี 63-65	-1.75	-17.40	-4.30	0.09
% บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับปี 65	3.50	-8.91	1.68	7.84
% บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับปี 63				
% บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับ เฉลี่ยปี 63-65				
% บริการความดัน (ครั้ง)ปี 66 เทียบกับปี 65				

จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รพ.สต. ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 ตีลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ สุพรรณบุรี (-70.2%) ร้อยเอ็ด (-63.9%) และหนองบัวลำภู (-23.5%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย สุพรรณบุรี (-63.6%) ร้อยเอ็ด (-62.2%) และหนองบัวลำภู (-17.2%) โดยทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66 100% (ภาพที่ 38-39)

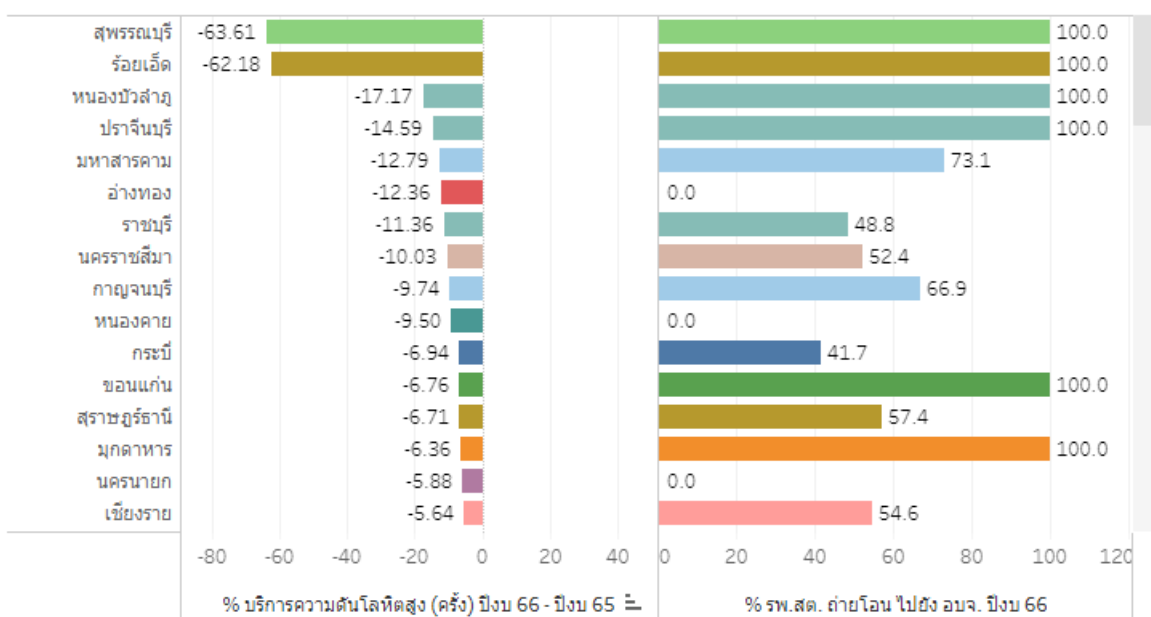
ภาพที่ 38 % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด

% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. ปีงบ 66 เทียบกับเฉลี่ยปีงบ 63-65 (จังหวัด)



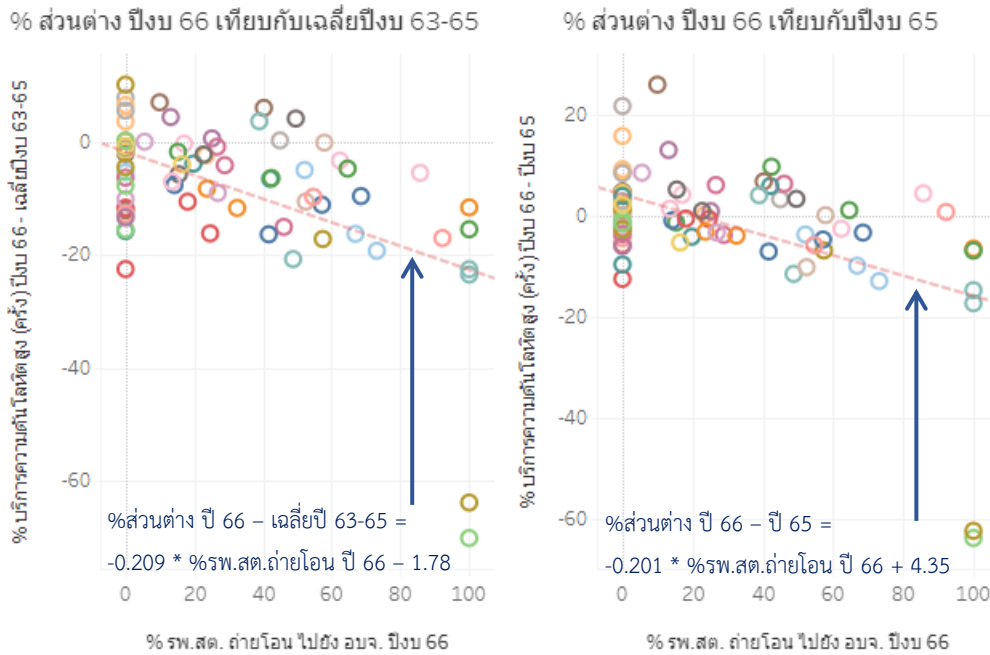
ภาพที่ 39 % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. ปีงบ 66 เทียบกับปีงบ 65 (จังหวัด)

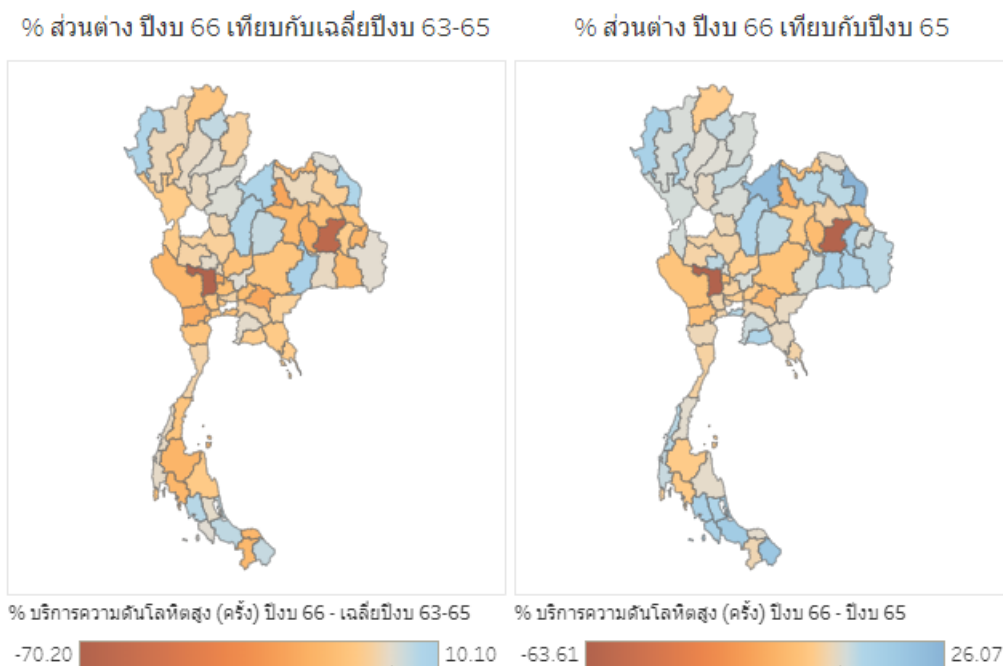


ภาพที่ 40 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่มากขึ้น จะมี % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 41 แสดงแผนที่การกระจายของ % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

ภาพที่ 40 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 41 แผนที่ % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

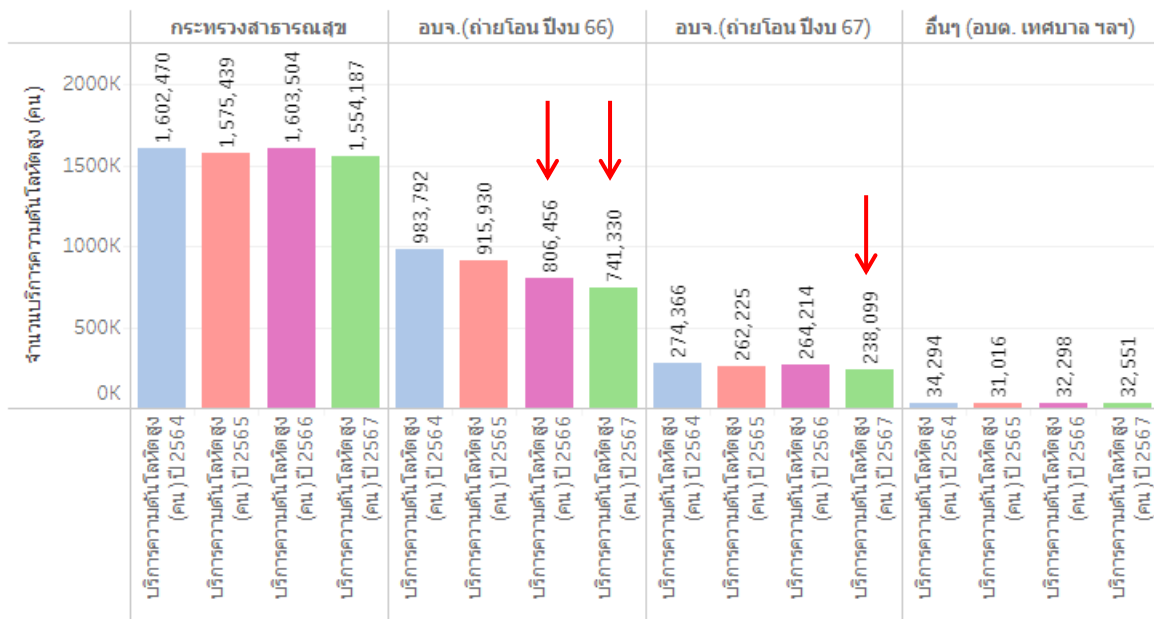


ข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2564-2567

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนบริการความดันโลหิตสูง ที่ลดลงในปี 2567 (2.4 แสนคนและ 9.5 แสนครั้ง) เทียบกับปี 2566 (2.6 แสนคน และ 1.1 ล้านครั้ง) เช่นเดียวกับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ที่มีแนวโน้มบริการความดันโลหิตสูงที่ลดลงในปี 2567 เช่นเดียวกัน (ภาพที่ 42-43)

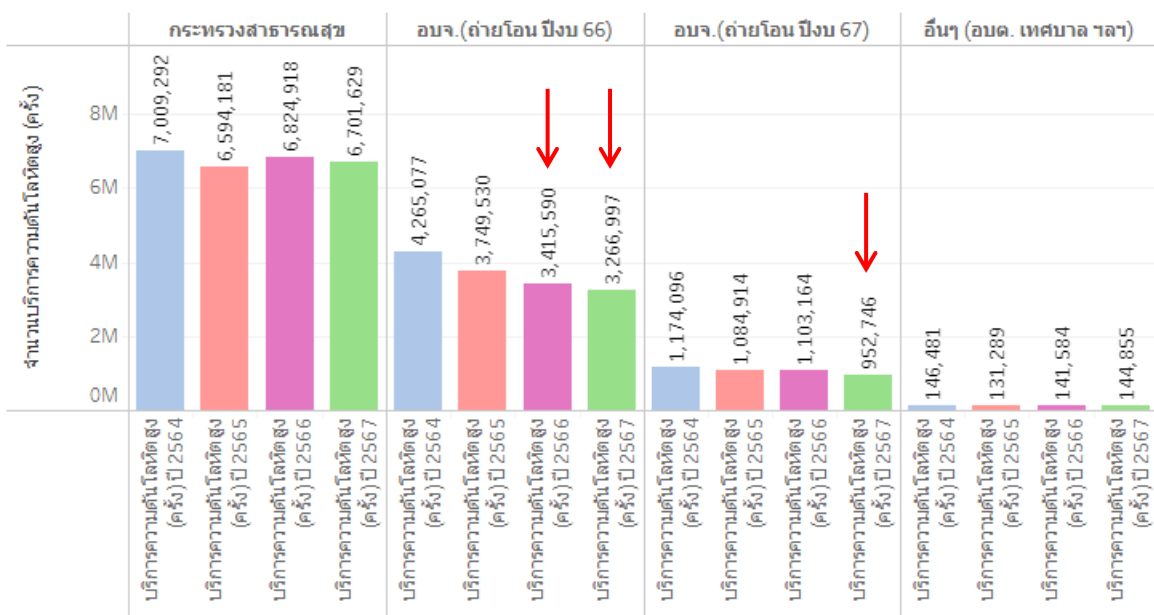
ภาพที่ 42 จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 43 จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

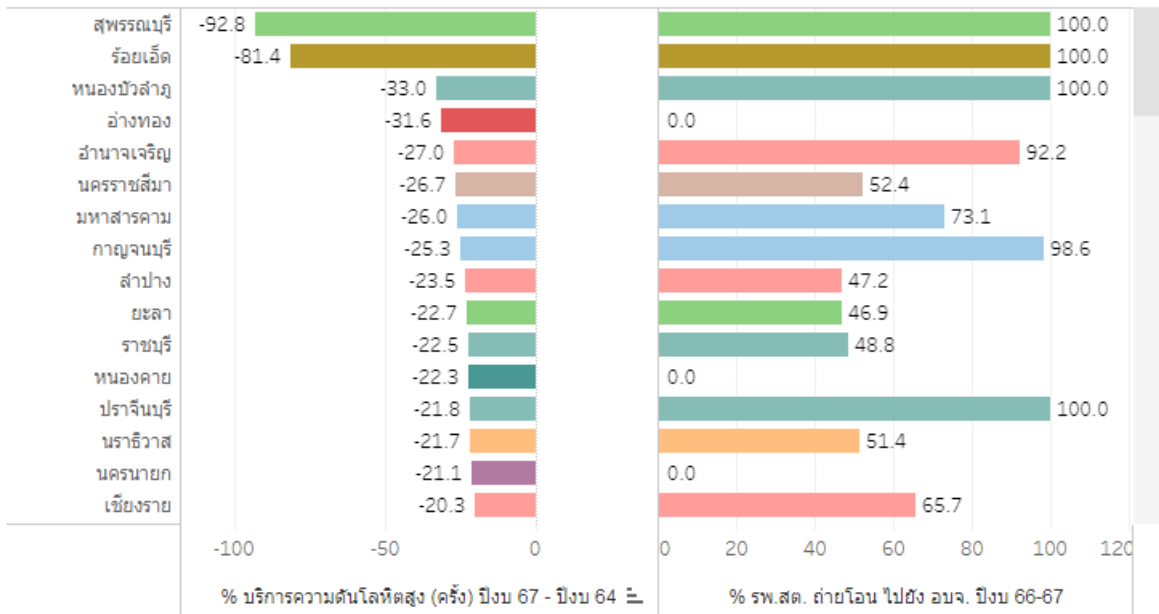
จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการความดันโลหิตสูง รพ.สต. ปี 2567 เทียบกับปี 2564 ตีลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ สุพรรณบุรี (-92.8%) ร้อยเอ็ด (-81.4%) และหนองบัวลำภู (-33%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย สุพรรณบุรี (-89.9%) ร้อยเอ็ด (-80.9%) และหนองบัวลำภู (-30.5%) โดยทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66-67 100% (ภาพที่ 46-47)

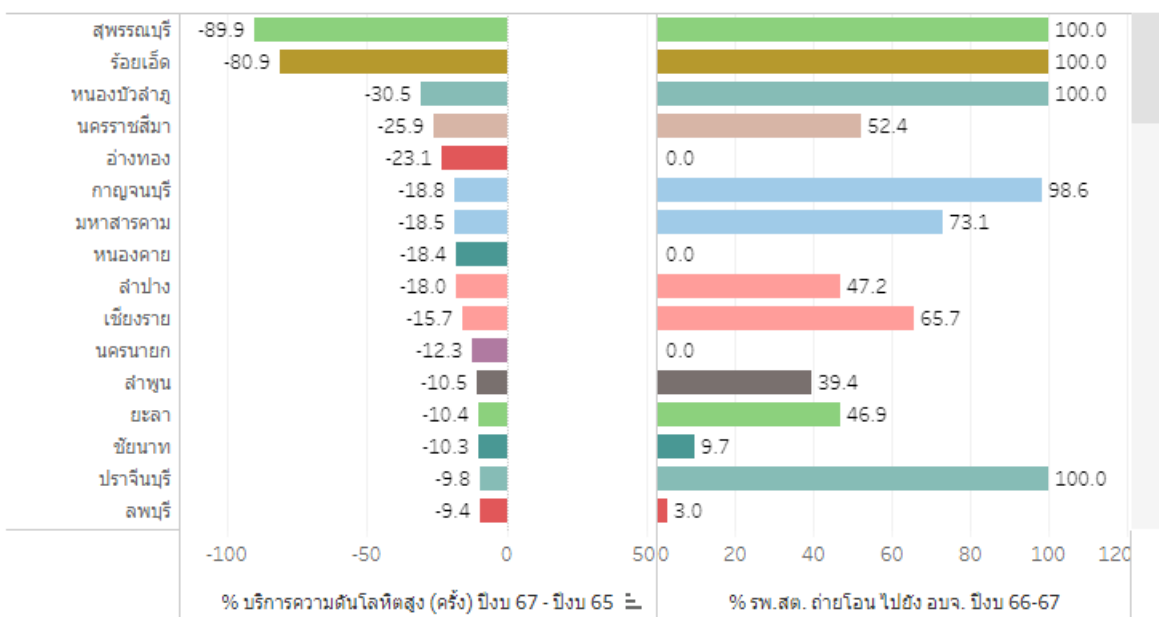
ภาพที่ 46 % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด

% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. ปีบ 67 เทียบกับปีบ 64 (จังหวัด)



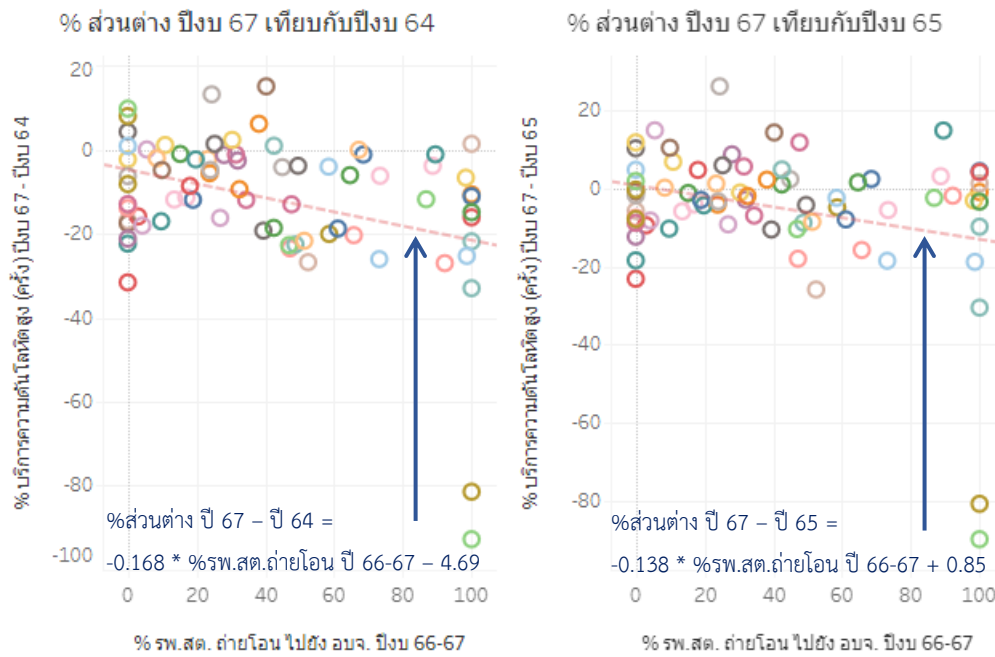
ภาพที่ 47 % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

% ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. ปีบ 67 เทียบกับปีบ 65 (จังหวัด)

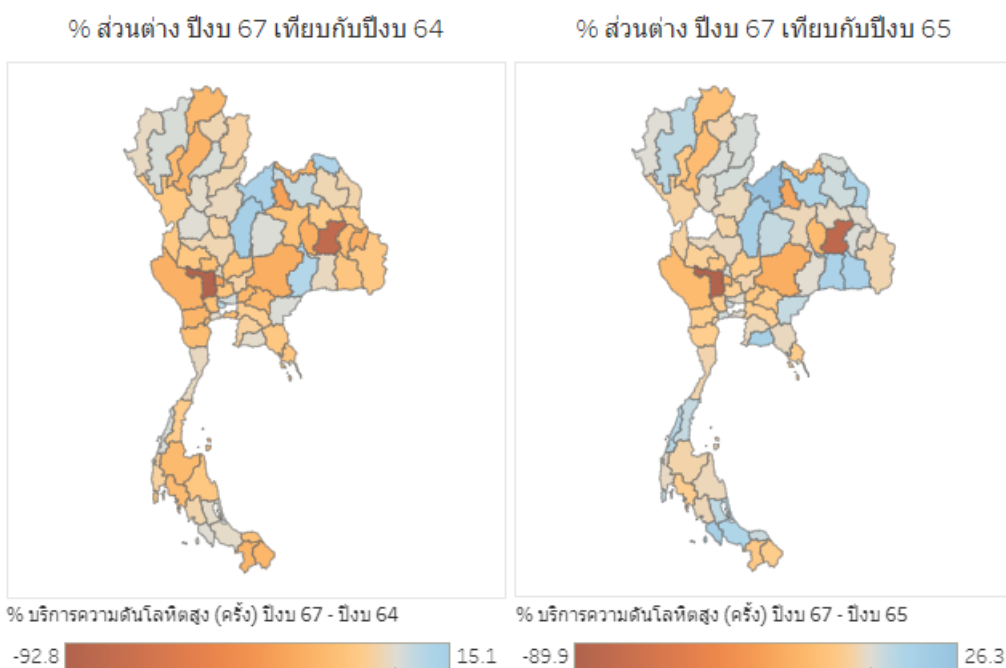


ภาพที่ 48 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 ที่มากขึ้น จะมี % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 49 แสดงแผนที่การกระจายของ % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565

ภาพที่ 48 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 49 แผนที่ % ส่วนต่างบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด



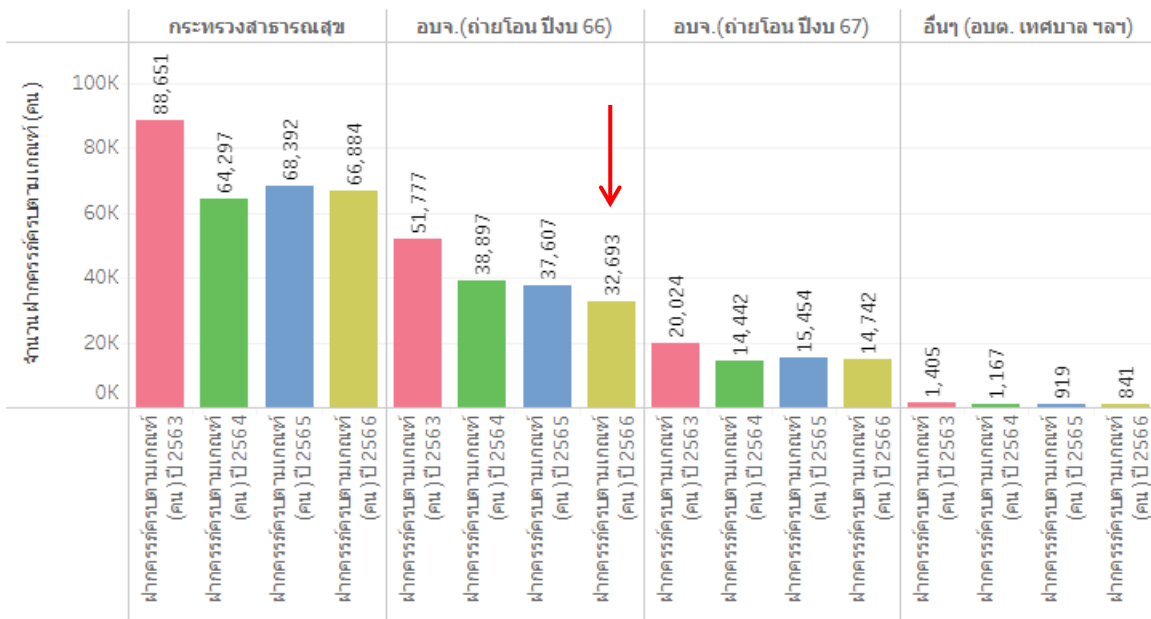
4) บริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)

ข้อมูลบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ปีงบประมาณ 2563-2566

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มี % ความครอบคลุมบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ที่ลดลงในปี 2566 (60.4%) เทียบกับปี 2565 (73.9%) (ภาพที่ 50-51)

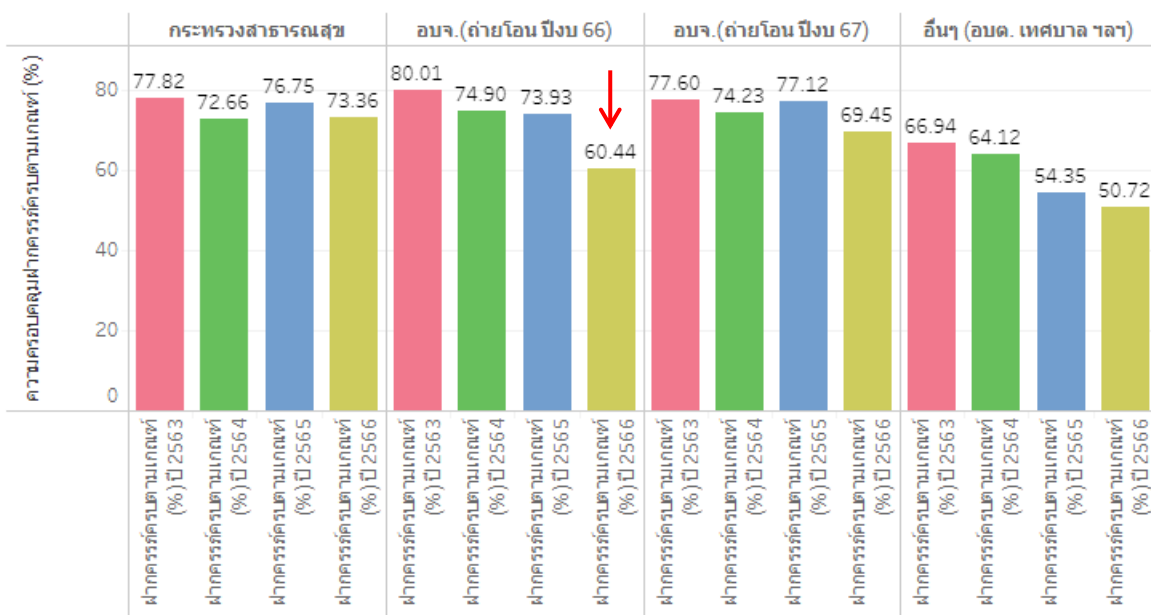
ภาพที่ 50 จำนวนบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



ภาพที่ 51 % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

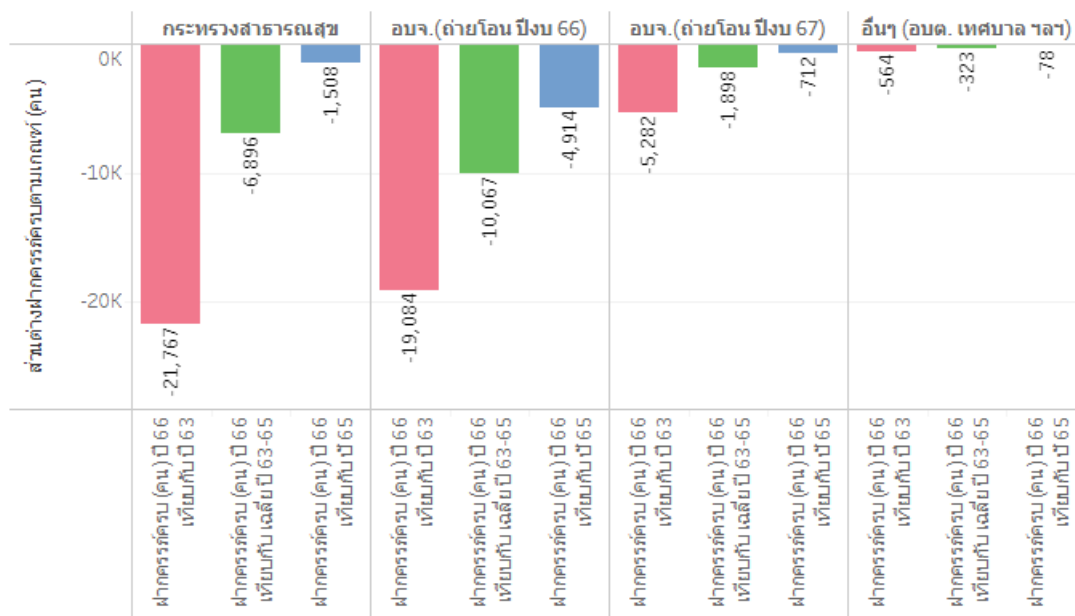
ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มี สัดส่วนที่ลดลง 13.5% ในปี 2566 จากปี 2565 (ลดลง 4.9 พันคน) และลดลง 19.6% จากปี 2563 (ภาพที่ 52-53)

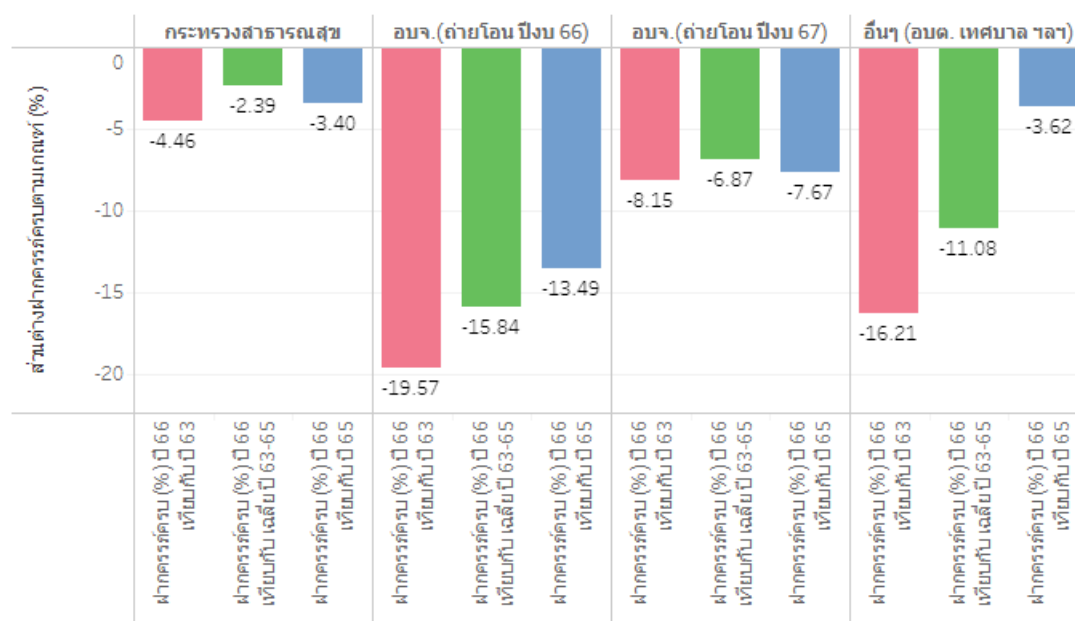
ภาพที่ 52 ส่วนต่างจำนวนฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (คน) รพ. สต. ปี 66 เทียบกับปี 63, เฉลี่ยปี 63-65, ปี 65



ภาพที่ 53 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

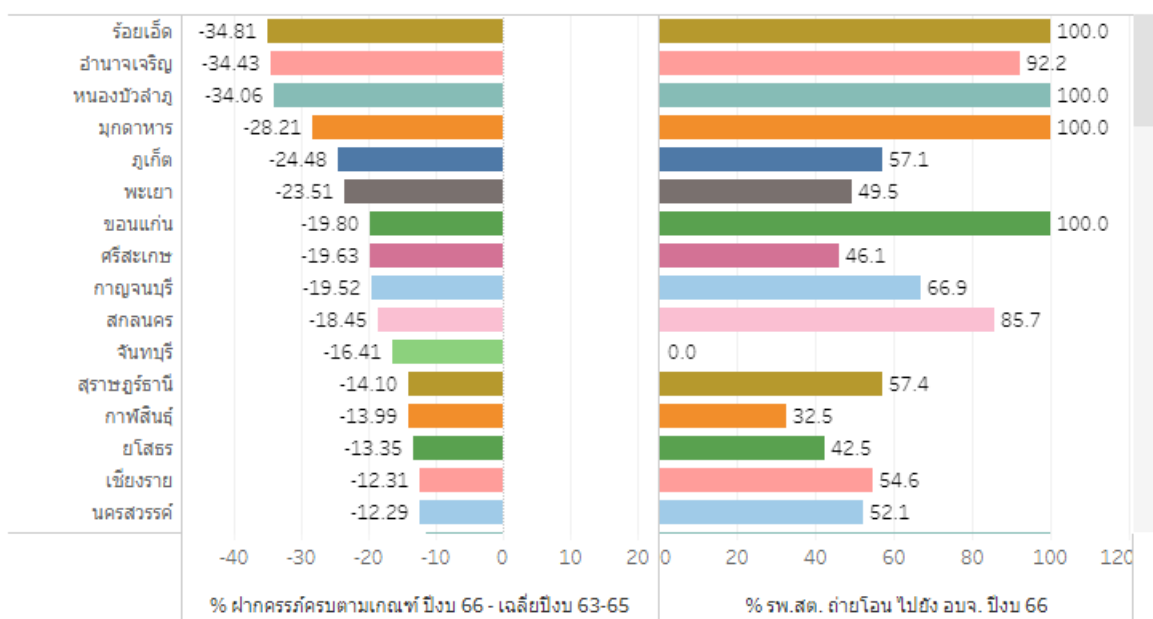
ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (%) รพ. สต. ปี 66 เทียบกับปี 63, เฉลี่ยปี 63-65, ปี 65



จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 ตีตกมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ ร้อยเอ็ด (-34.8%) อำนาจเจริญ (-34.4%) และหนองบัวลำภู (-34.1%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย หนองบัวลำภู (-42.7%) อำนาจเจริญ (-36.1%) และร้อยเอ็ด (-31.1%) โดยทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66 เกิน 90% (ภาพที่ 54-55)

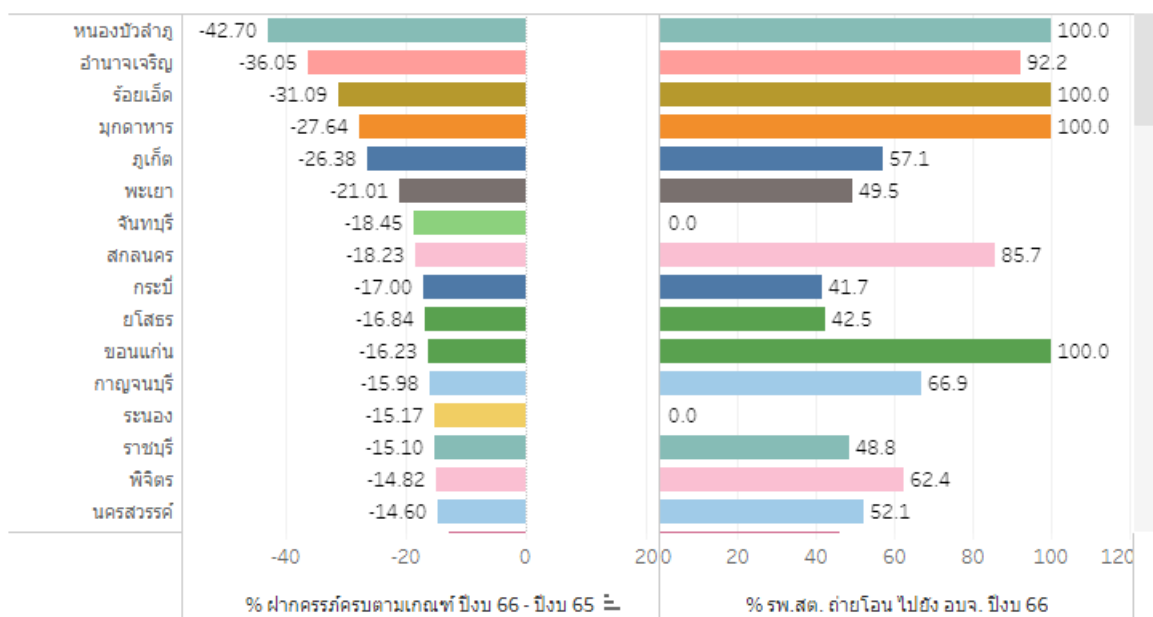
ภาพที่ 54 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. ปี 66 เทียบกับเฉลี่ยปี 63-65 (จังหวัด)



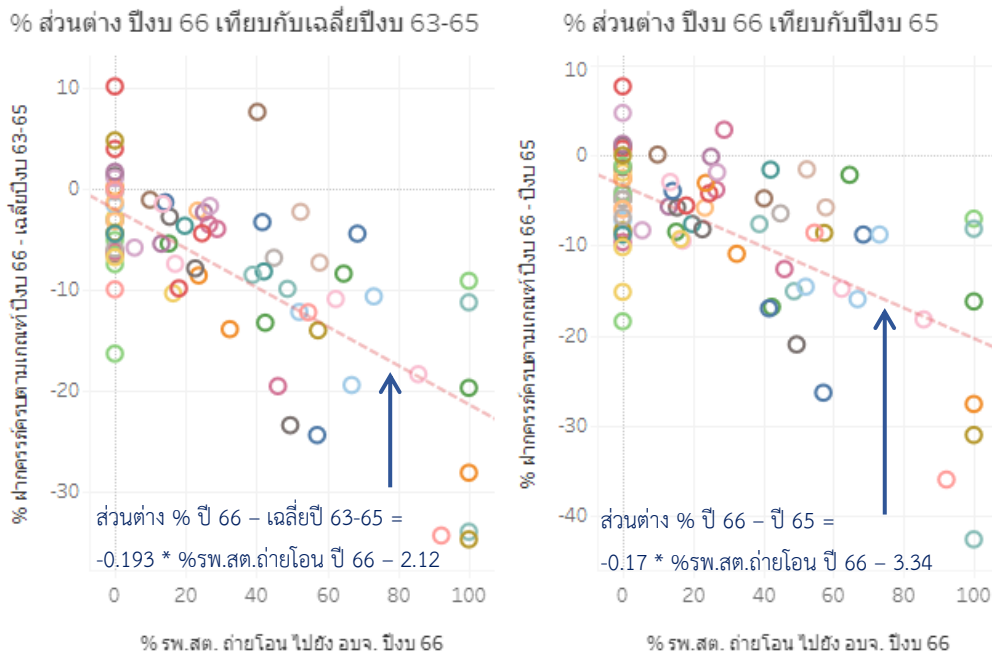
ภาพที่ 55 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. ปี 66 เทียบกับปี 65 (จังหวัด)

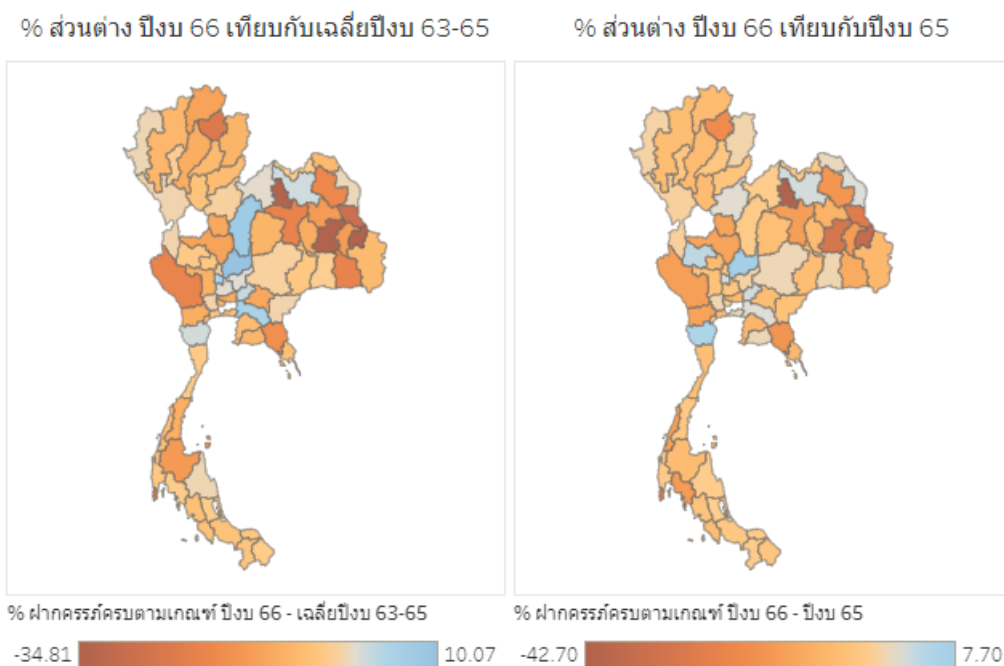


ภาพที่ 56 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 57 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

ภาพที่ 56 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 57 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

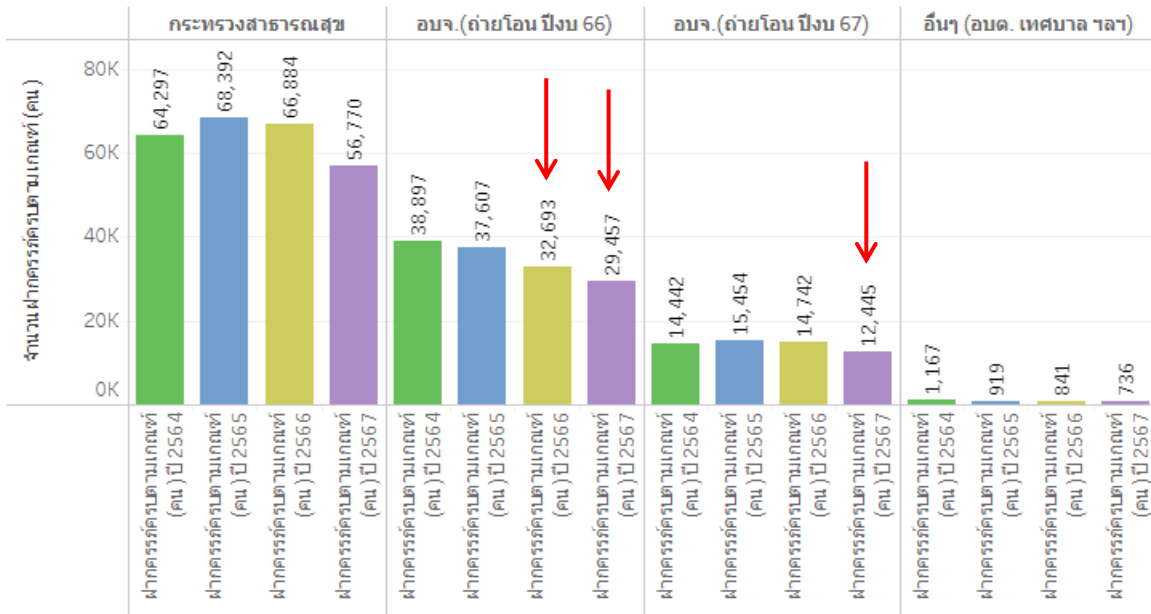


ข้อมูลบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ปีงบประมาณ 2564-2567

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ที่ลดลงในปี 2567 (60.1%) เทียบกับปี 2566 (69.5%) เช่นเดียวกับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ที่มีความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ที่ลดลงในปี 2567 เช่นเดียวกัน (เหลือ 57.5%) (ภาพที่ 58-59)

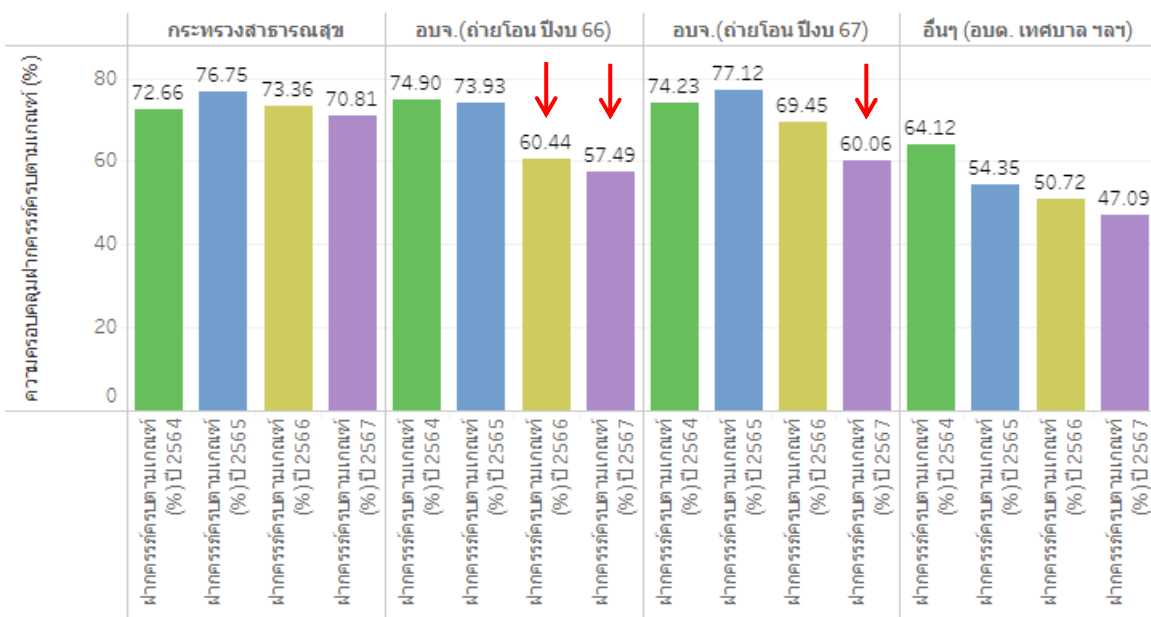
ภาพที่ 58 จำนวนบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

จำนวนฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 59 % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

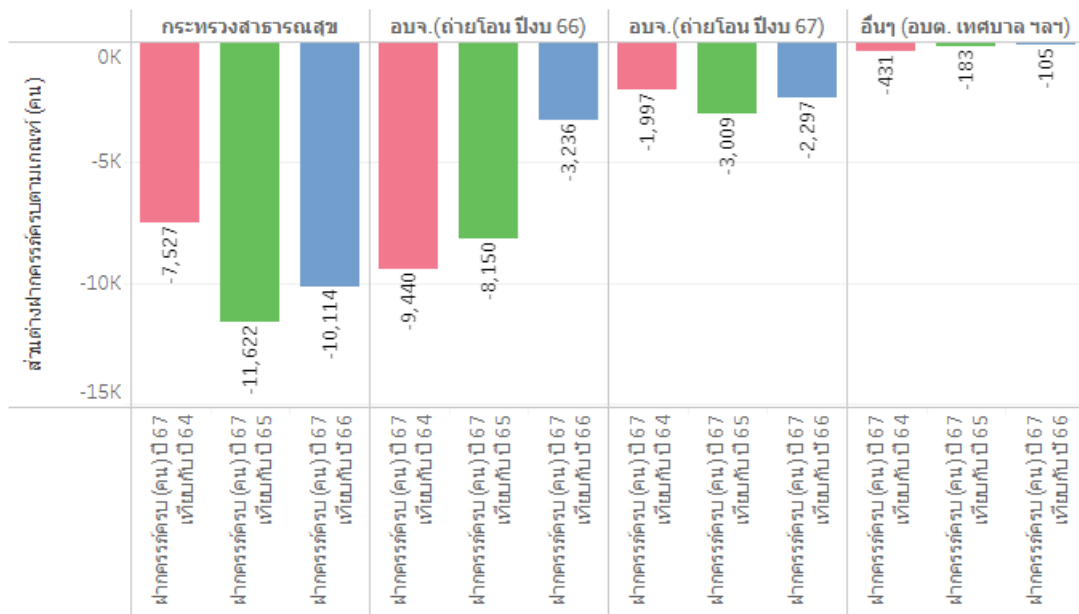
ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มี สัดส่วนที่ลดลง 9.4% ในปี 2567 จากปี 2566 (ลดลง 2.3 พันคน) และลดลง 17.1% จากปี 2565 (ภาพที่ 60-61)

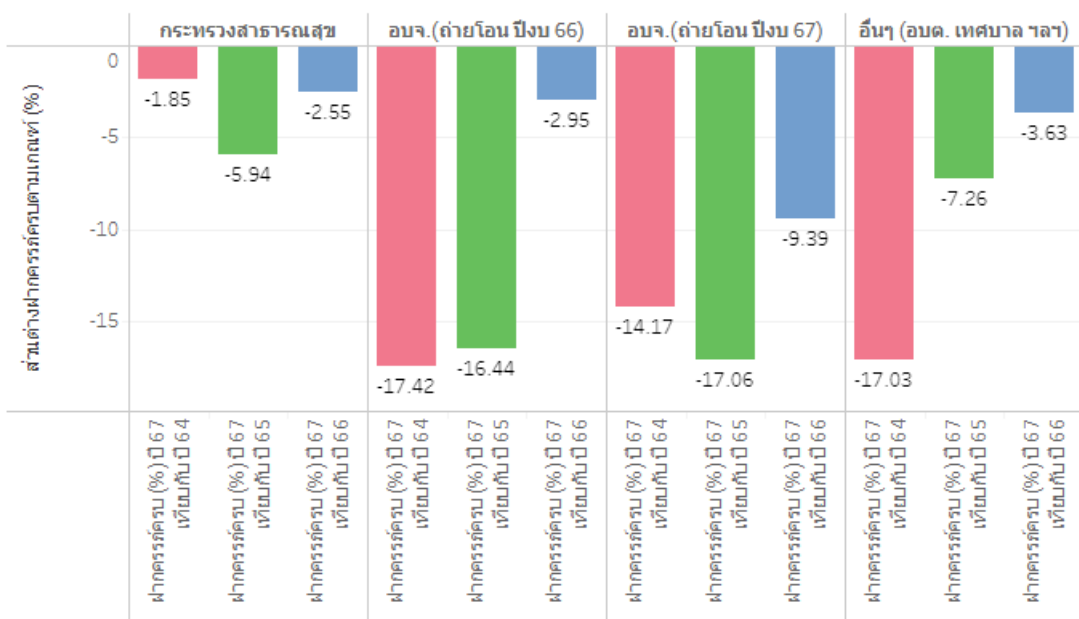
ภาพที่ 60 ส่วนต่างจำนวนฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (คน) รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64, ปี 65, ปี 66



ภาพที่ 61 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

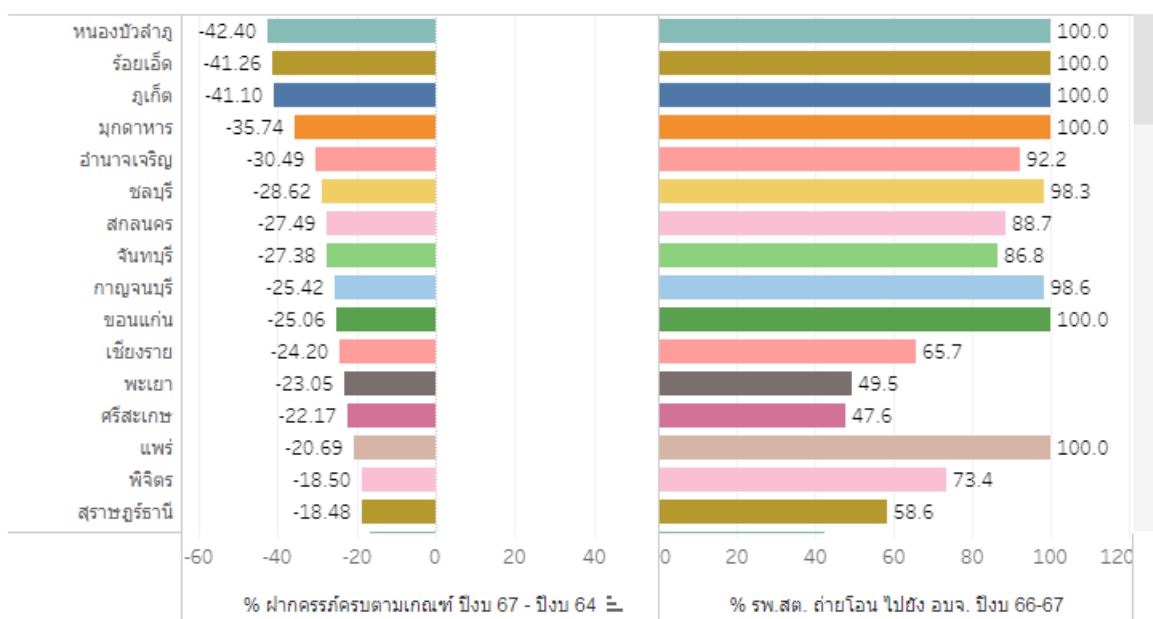
ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (%) รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64, ปี 65, ปี 66



จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 ติดลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ หนองบัวลำภู (-42.4%) ร้อยเอ็ด (-41.3%) และภูเก็ต (-41.1%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย หนองบัวลำภู (-54.4%) ภูเก็ต (-41.5%) และอำนาจเจริญ (-38.4%) โดยทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66-67 เกิน 90% (ภาพที่ 62-63)

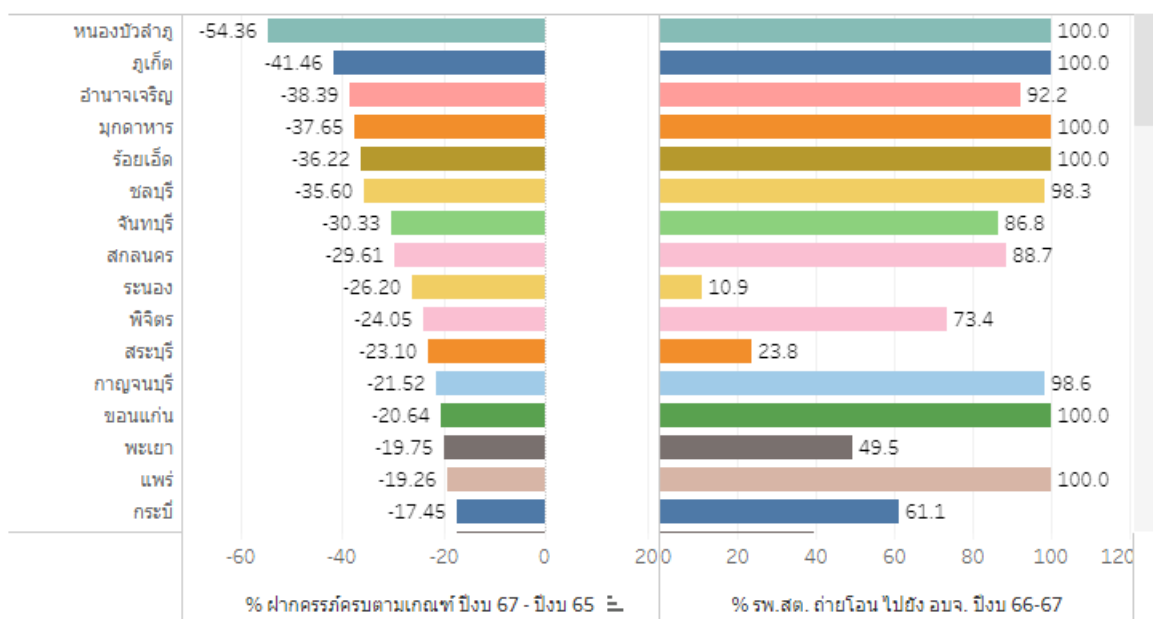
ภาพที่ 62 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) ราย จังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. ปีบ 67 เทียบกับปีบ 64 (จังหวัด)



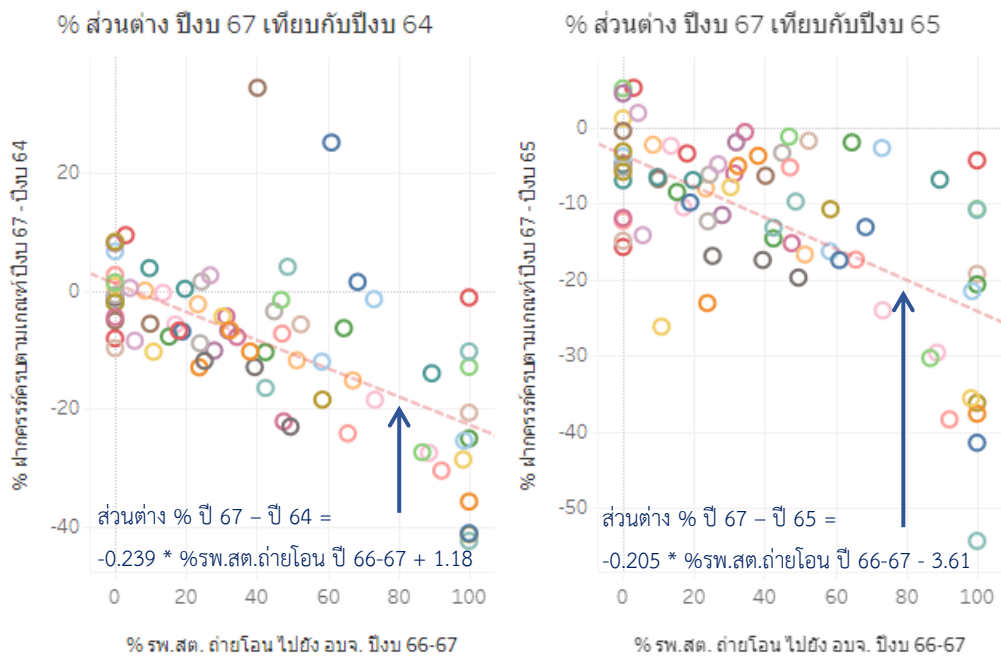
ภาพที่ 63 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) ราย จังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. ปีบ 67 เทียบกับปีบ 65 (จังหวัด)

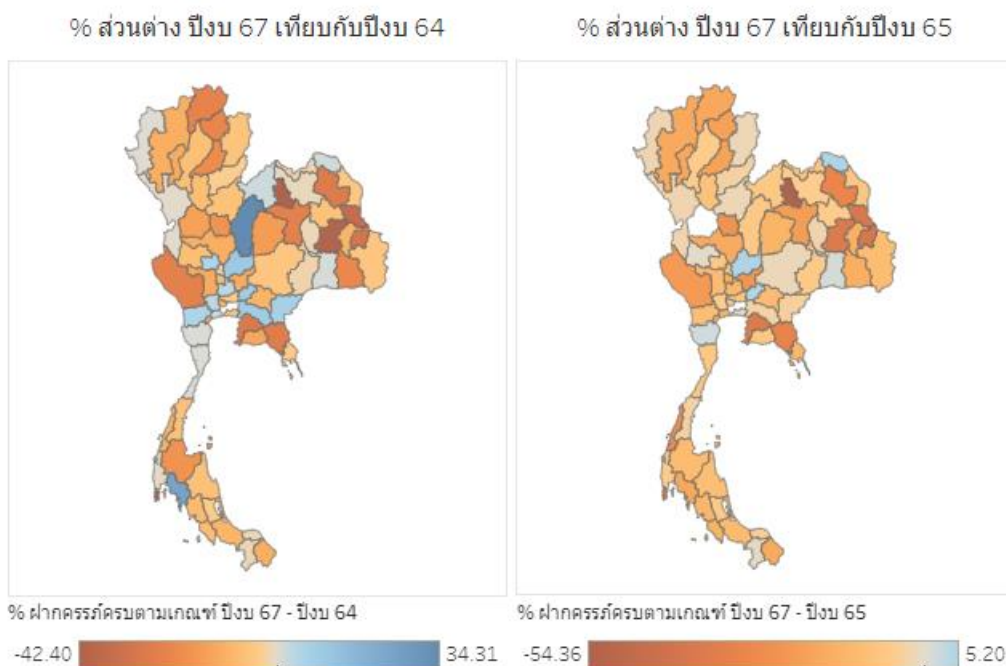


ภาพที่ 64 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบ มากขึ้น และภาพที่ 65 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

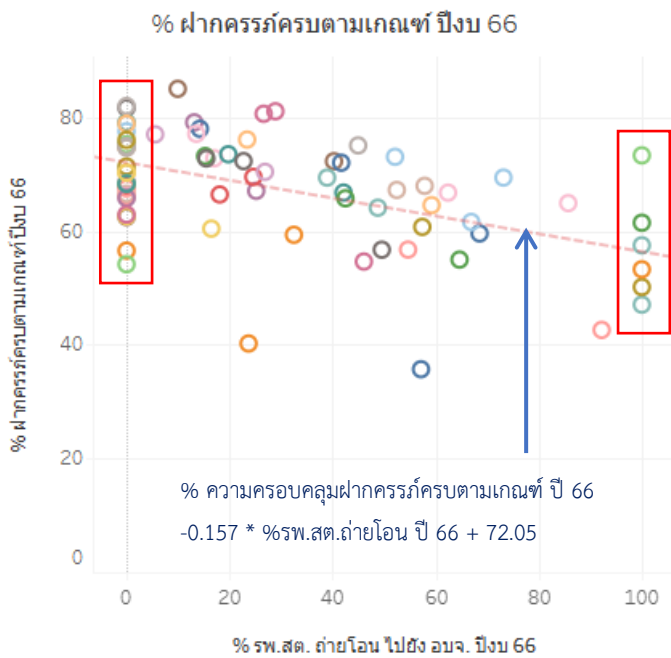
ภาพที่ 64 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบ กับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 65 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

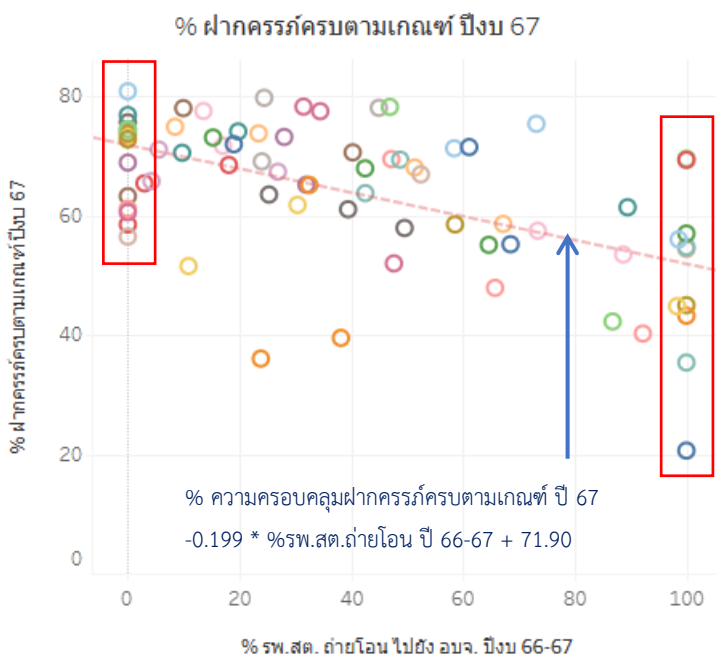


ภาพที่ 66 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 66 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 ลดลง ตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ที่เพิ่มขึ้น แต่ความแตกต่างนี้ไม่ชัดเจน เนื่องจากบางจังหวัด ที่ไม่มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ก็มี %ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ที่ต่ำเช่นกัน ในขณะที่บางจังหวัดที่ถ่ายโอน 100% แล้ว แต่ยังมี %ความครอบคลุมที่ค่อนข้างสูง

ภาพที่ 67 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 67 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2567 ลดลง ตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างของ %ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ระหว่างจังหวัด ที่ค่อนข้างมาก สำหรับจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100%

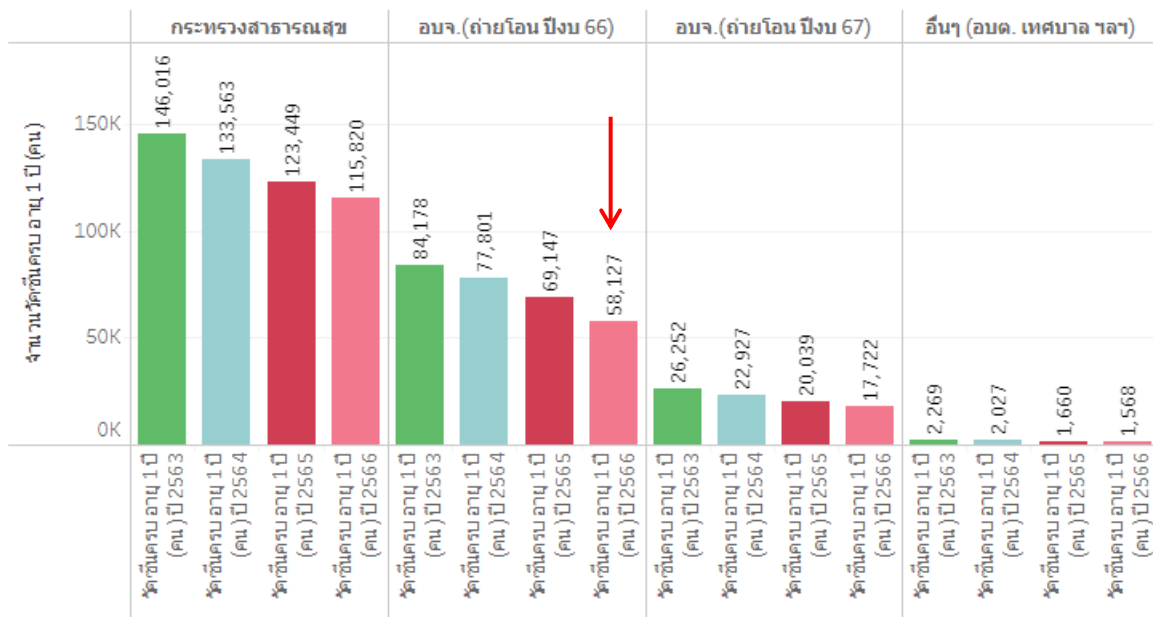
5) บริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)

ข้อมูลบริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ปีงบประมาณ 2563-2566

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มี % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ที่ลดลงในปี 2566 (69.4%) เทียบกับปี 2565 (77.2%) (ภาพที่ 68-69)

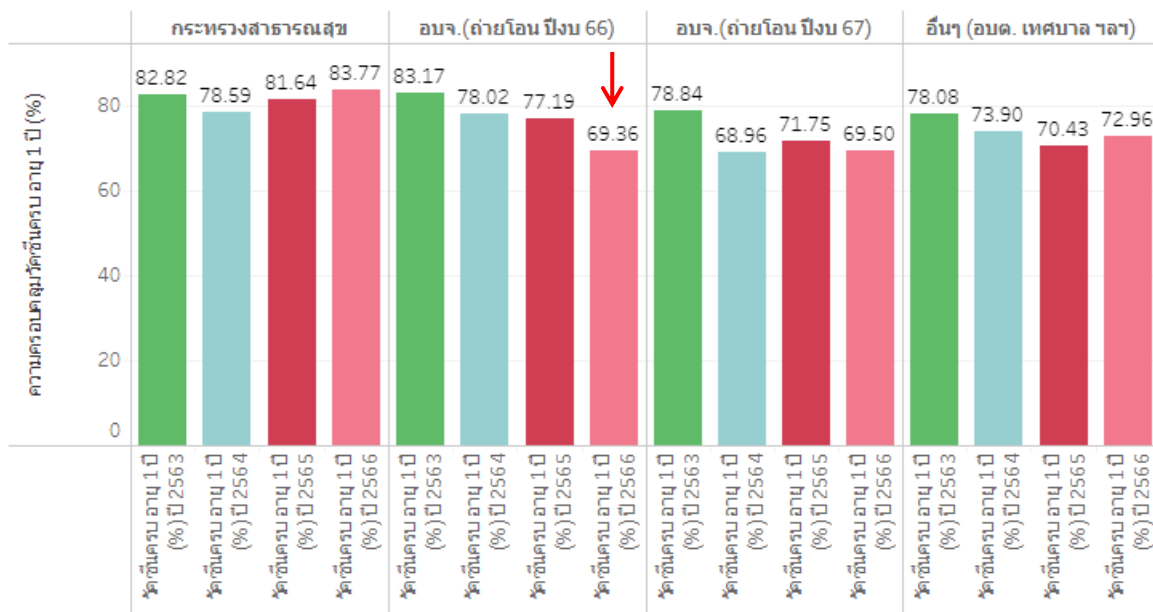
ภาพที่ 68 จำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



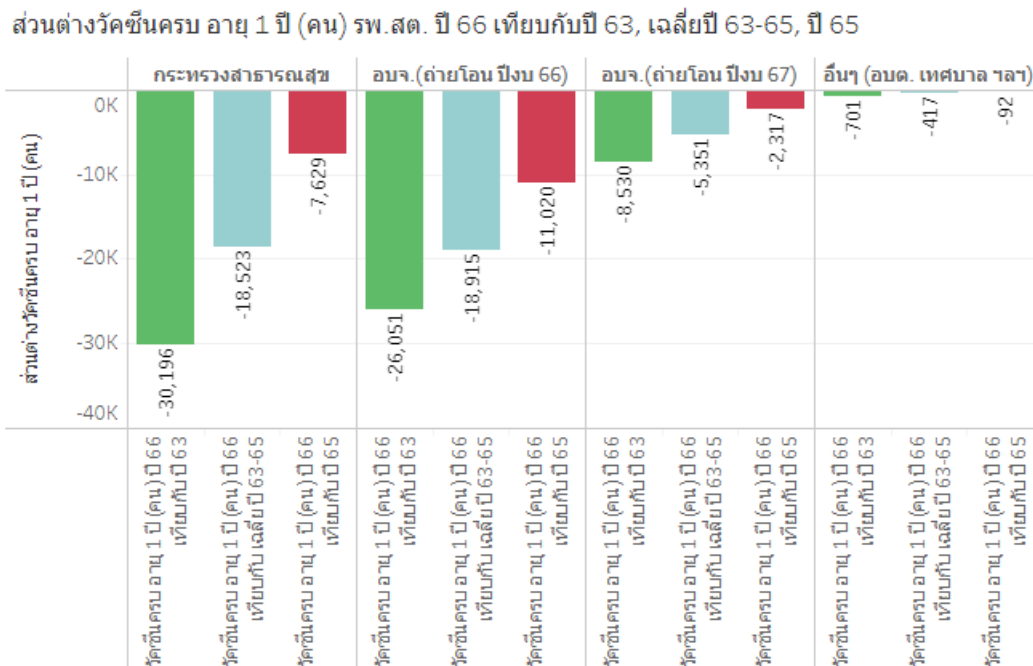
ภาพที่ 69 % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

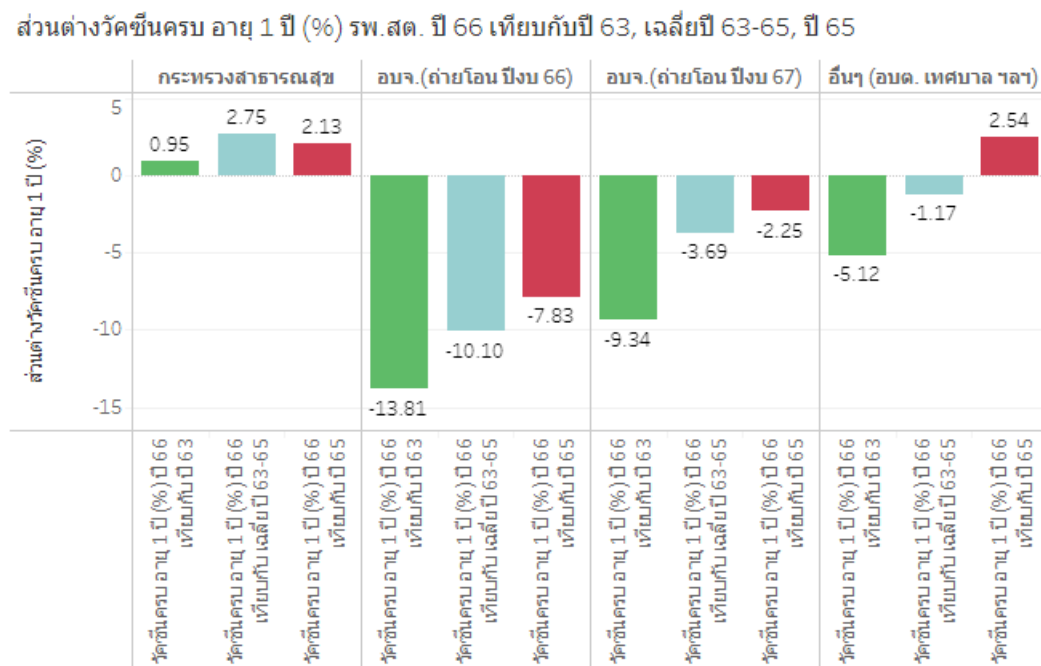


ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีสัดส่วนที่ลดลง 7.8% ในปี 2566 จากปี 2565 (ลดลง 1.1 หมื่นคน) และลดลง 13.8% จากปี 2563 (ภาพที่ 70-71)

ภาพที่ 70 ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)

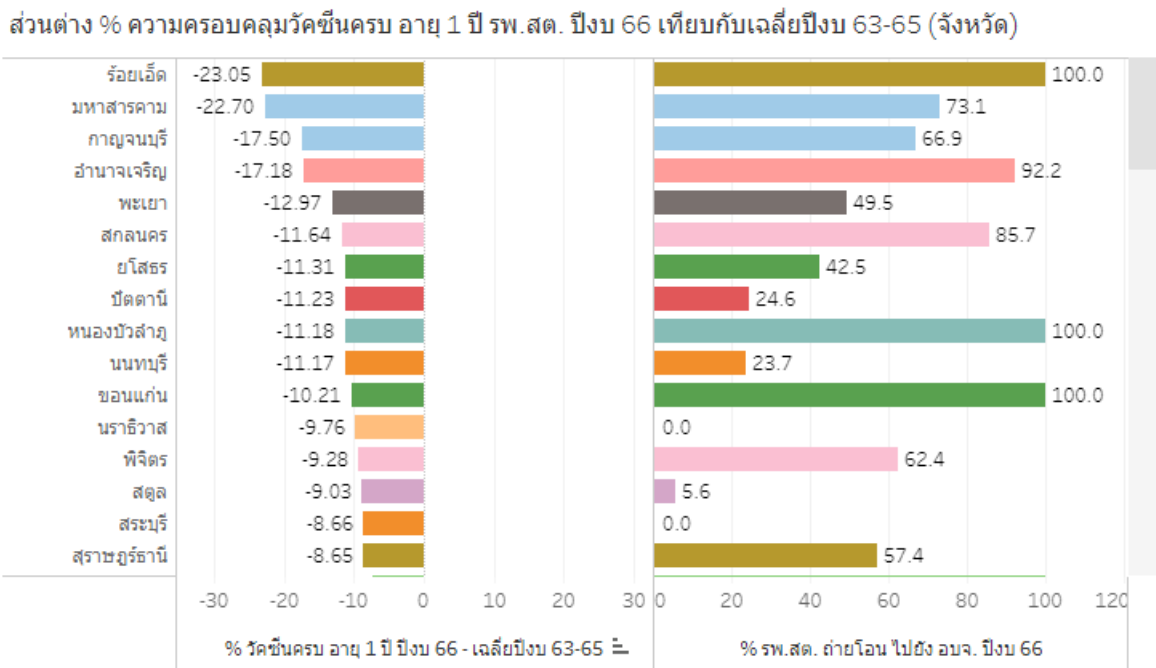


ภาพที่ 71 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

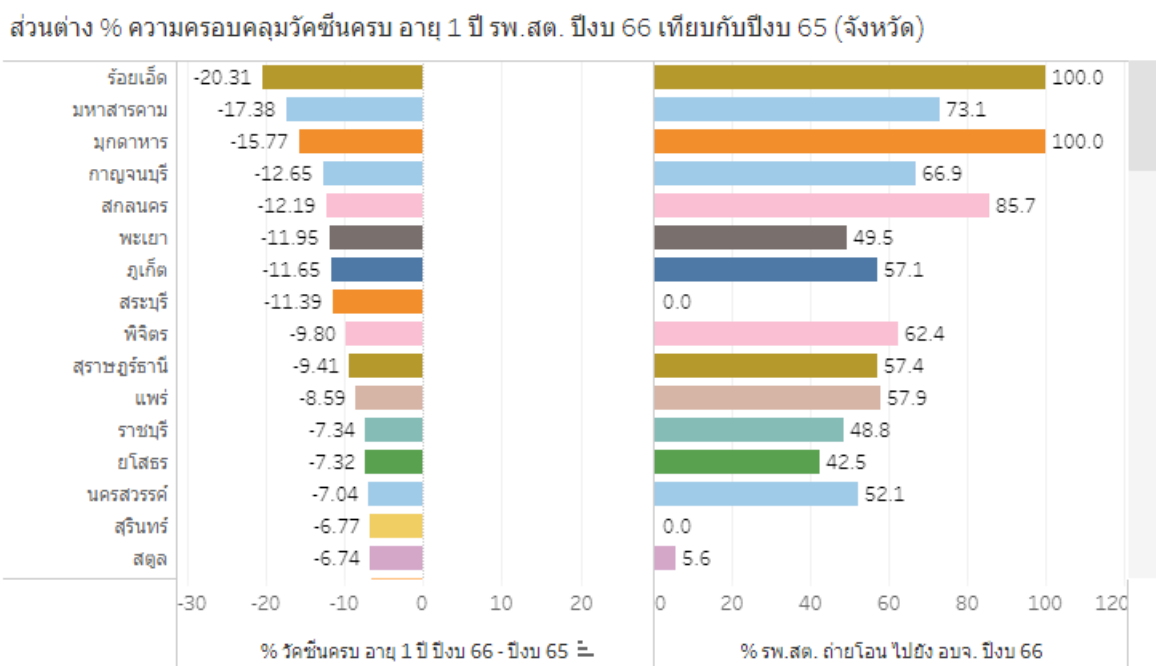


จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี รพ.สต. ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ย ปี 2563-2565 ตีลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ ร้อยเอ็ด (-23.1%) มหาสารคาม (-22.7%) และ กาญจนบุรี (-17.5%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย ร้อยเอ็ด (-20.3%) มหาสารคาม (-17.4%) และ มุกดาหาร (-15.8%) (ภาพที่ 72-73)

ภาพที่ 72 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด

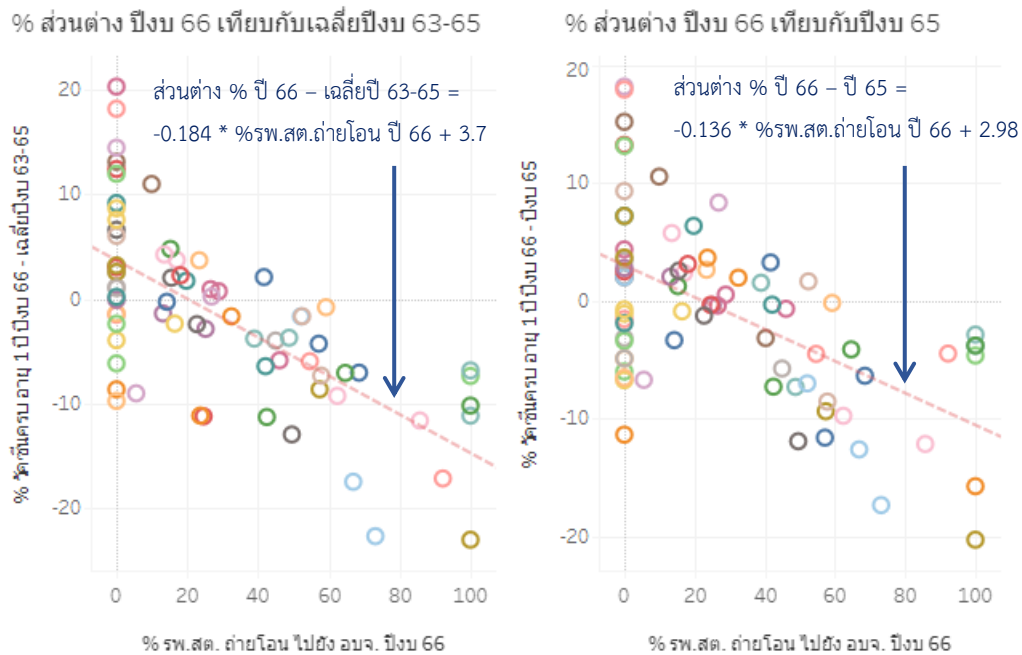


ภาพที่ 73 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

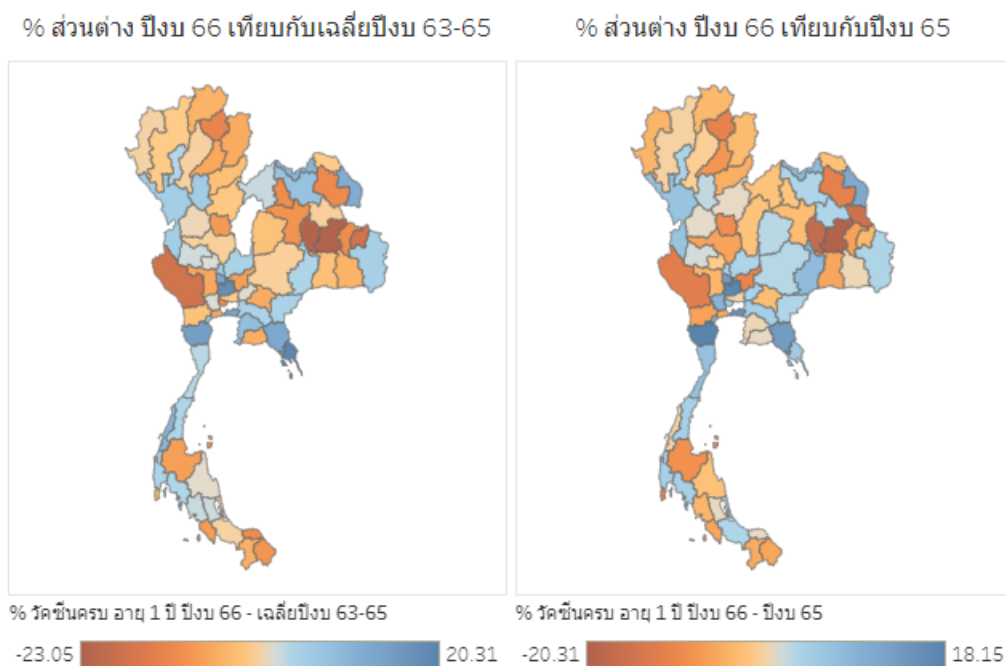


ภาพที่ 74 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 75 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี

ภาพที่ 74 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 75 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

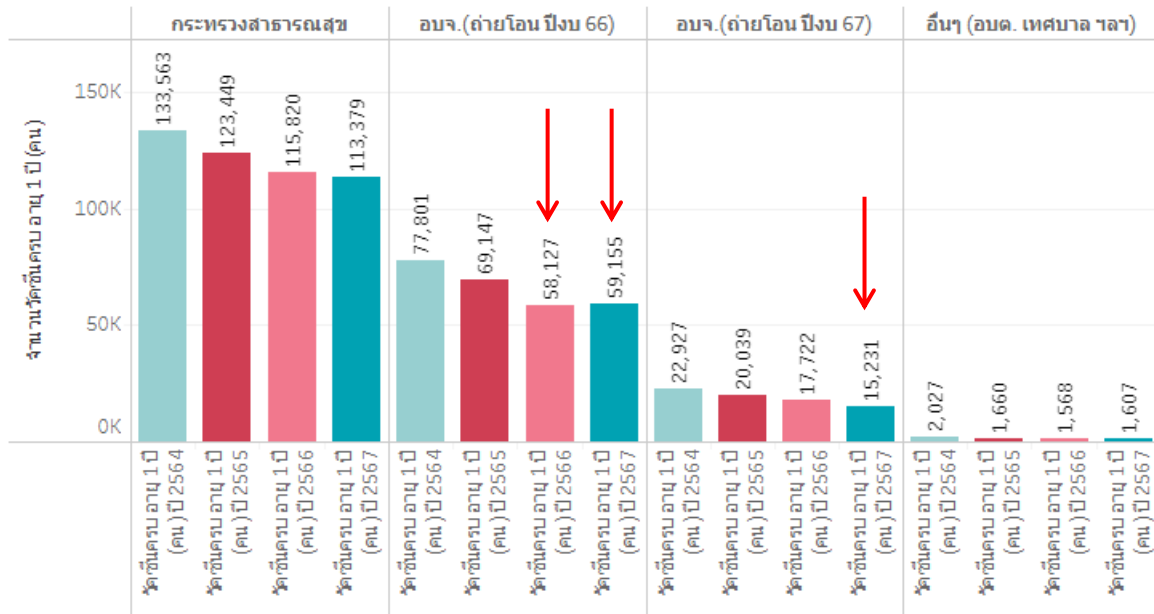


ข้อมูลบริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ปีงบประมาณ 2564-2567

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ที่ลดลงในปี 2567 (62.3%) เทียบกับปี 2566 (69.5%) ในขณะที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ในปี 2567 ที่ใกล้เคียงกับปี 2566 (71%) (ภาพที่ 76-77)

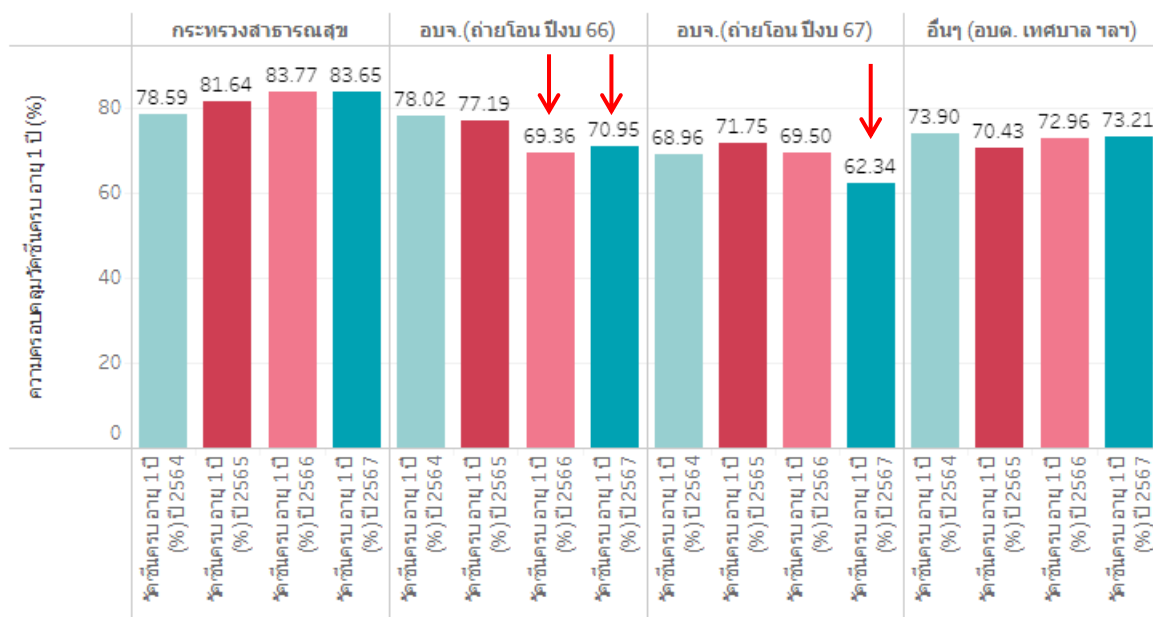
ภาพที่ 76 จำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

จำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



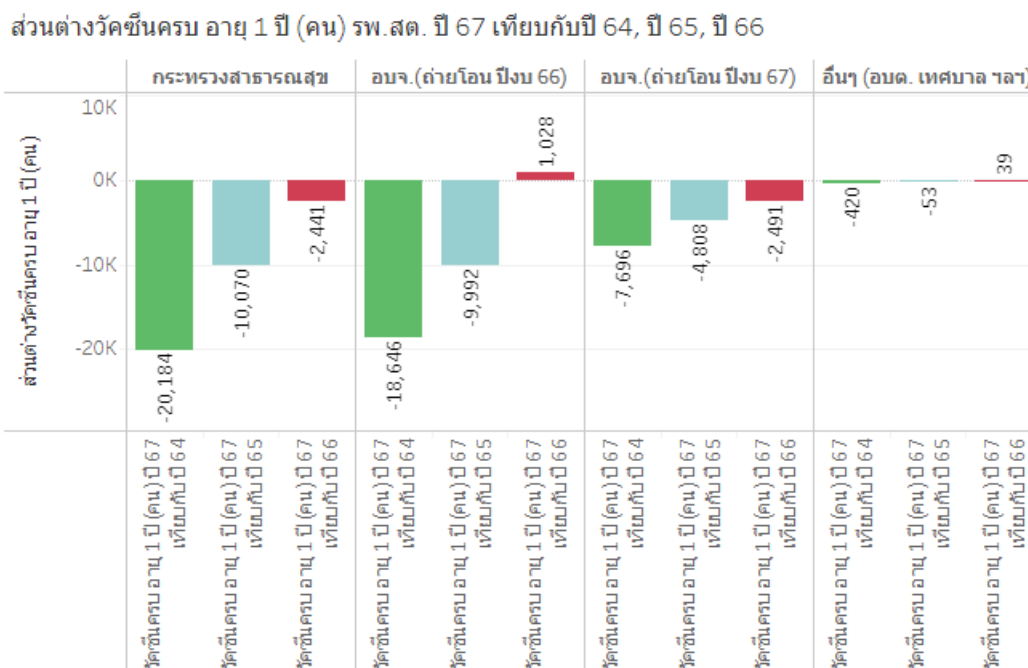
ภาพที่ 77 % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

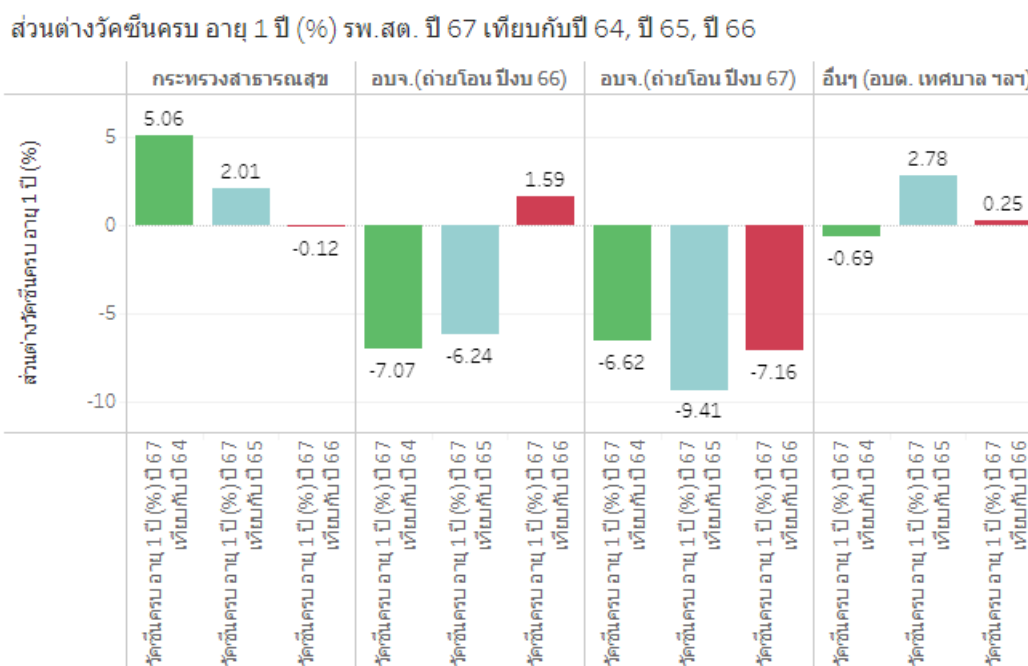


ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีสัดส่วนที่ลดลง 7.2% ในปี 2567 จากปี 2566 (ลดลง 2.5 พันคน) และลดลง 9.4% จากปี 2565 (ภาพที่ 78-79)

ภาพที่ 78 ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

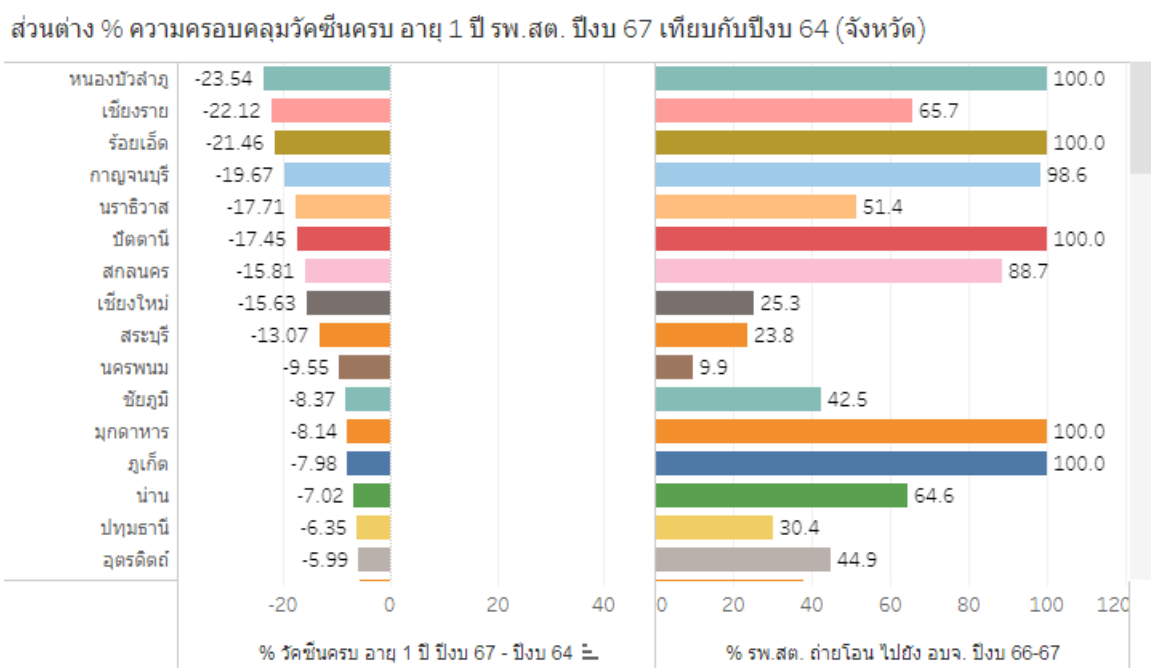


ภาพที่ 79 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

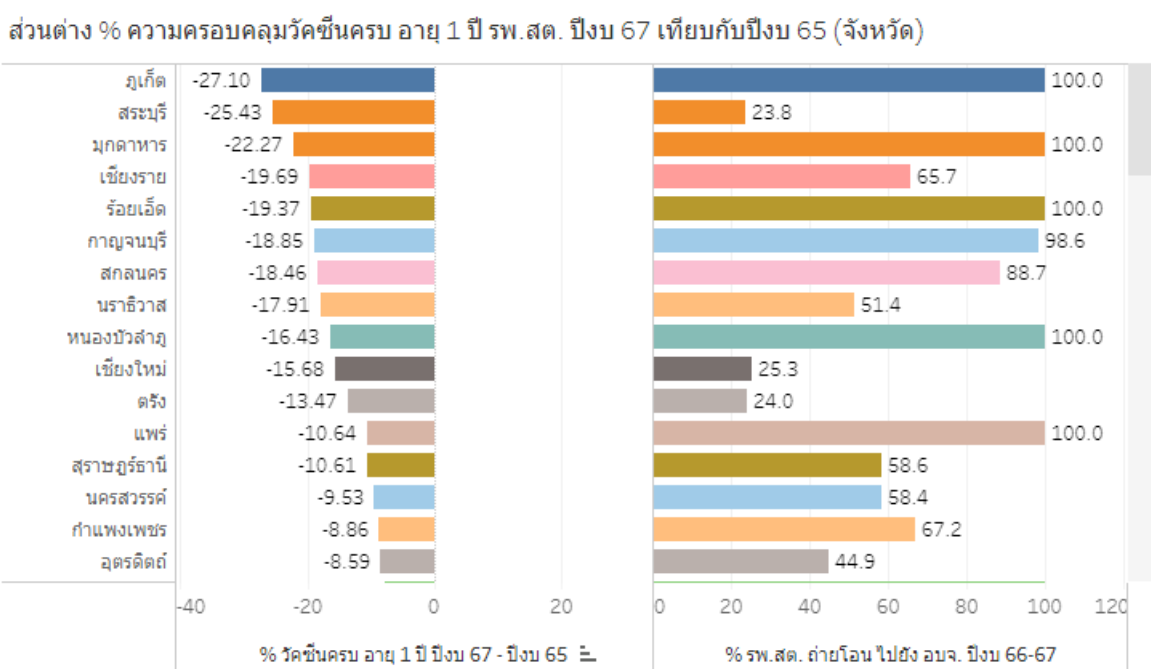


จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี รพ.สต. ปี 2567 เทียบกับปี 2564 ติดลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ หนองบัวลำภู (-23.5%) เชียงราย (-22.1%) และร้อยเอ็ด (-21.5%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย ภูเก็ต (-27.1%) สระบุรี (-25.4%) และมุกดาหาร (-22.3%) (ภาพที่ 80-81)

ภาพที่ 80 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด

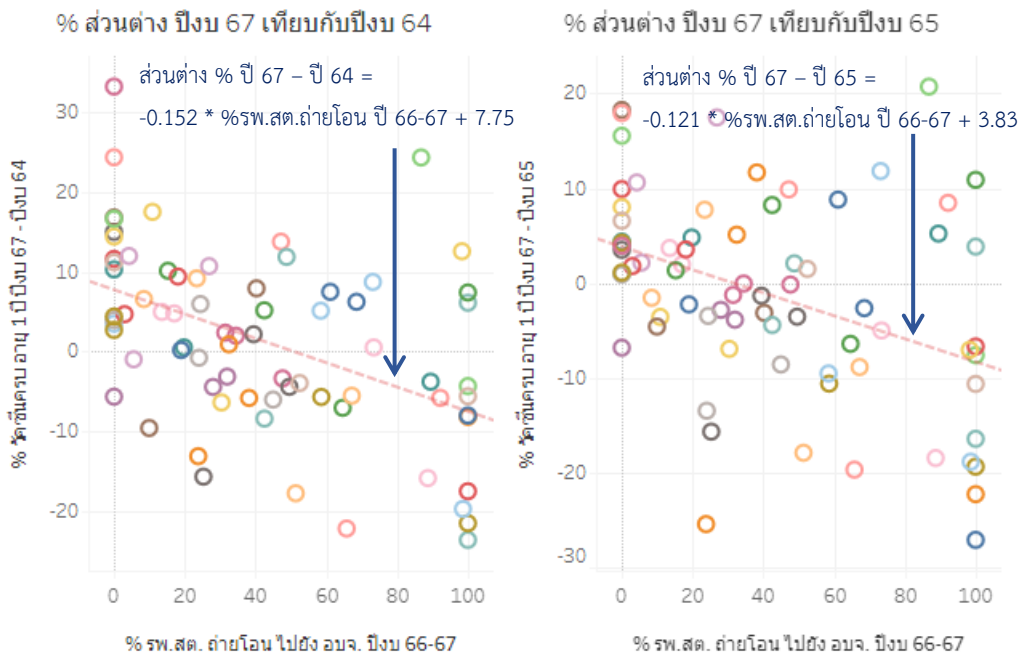


ภาพที่ 81 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

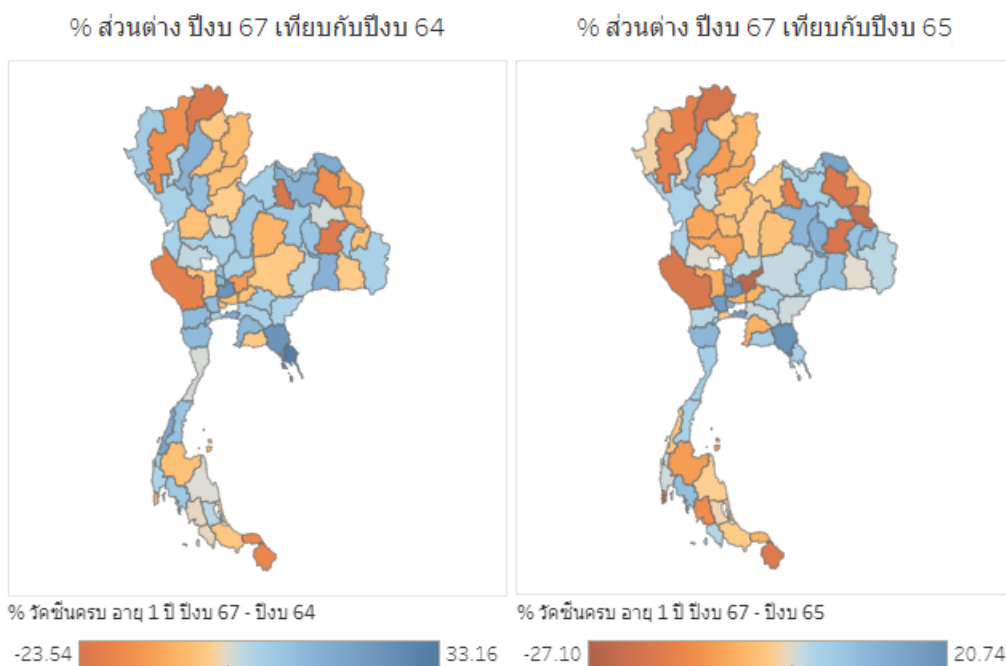


ภาพที่ 82 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และภาพที่ 83 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี

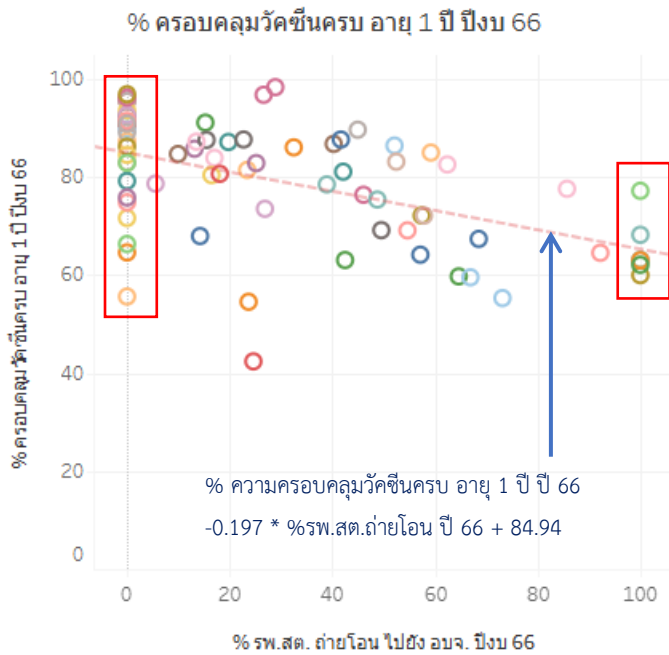
ภาพที่ 82 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 83 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และ เทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

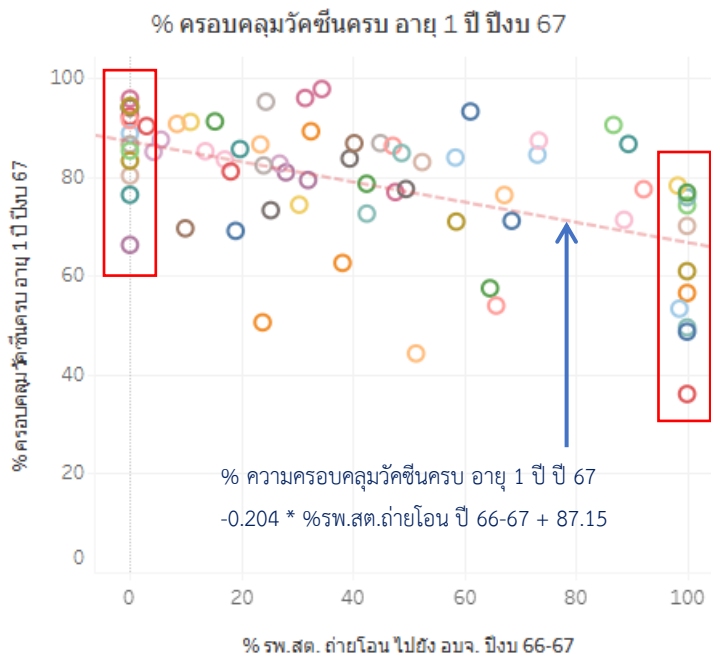


ภาพที่ 84 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 84 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 ลดลง ตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ที่เพิ่มขึ้น แต่ความแตกต่างนี้ไม่ชัดเจน เนื่องจากบางจังหวัด ที่ไม่มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ก็มี %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ที่ต่ำเช่นกัน ในขณะที่บางจังหวัดที่ถ่ายโอน 100% แล้ว แต่ยังมี %ความครอบคลุมที่ค่อนข้างสูง

ภาพที่ 85 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 85 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2567 ลดลง ตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างของ %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ระหว่างจังหวัด ที่ค่อนข้างมาก สำหรับจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100%

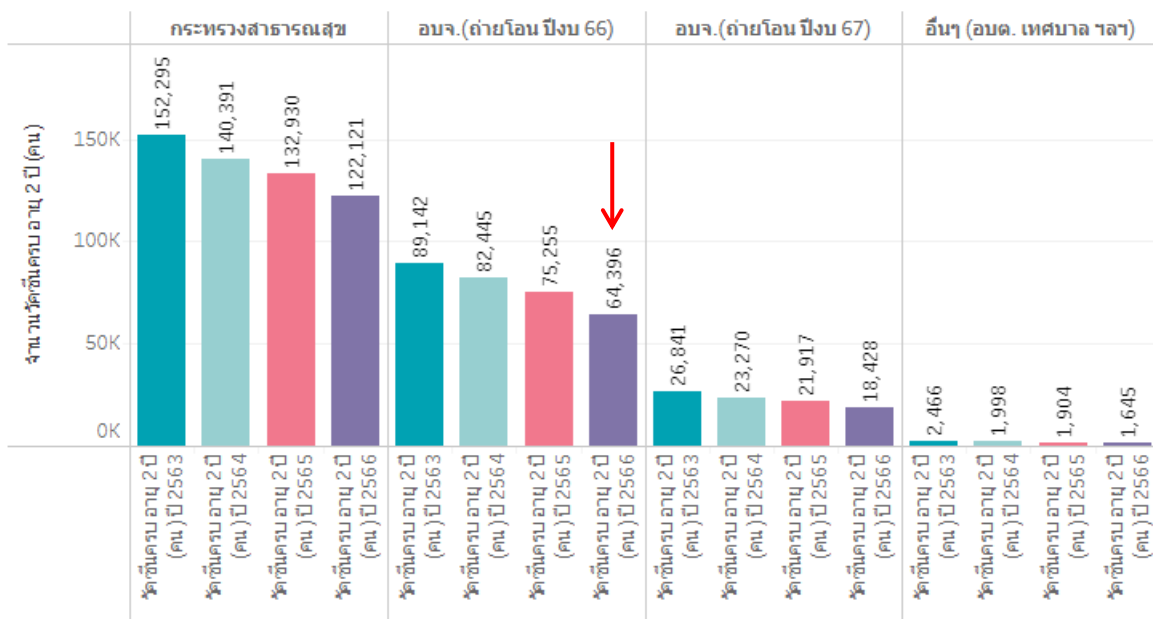
6) บริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)

ข้อมูลบริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ปีงบประมาณ 2563-2566

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มี % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ที่ลดลงในปี 2566 (69%) เทียบกับปี 2565 (74.2%) (ภาพที่ 86-87)

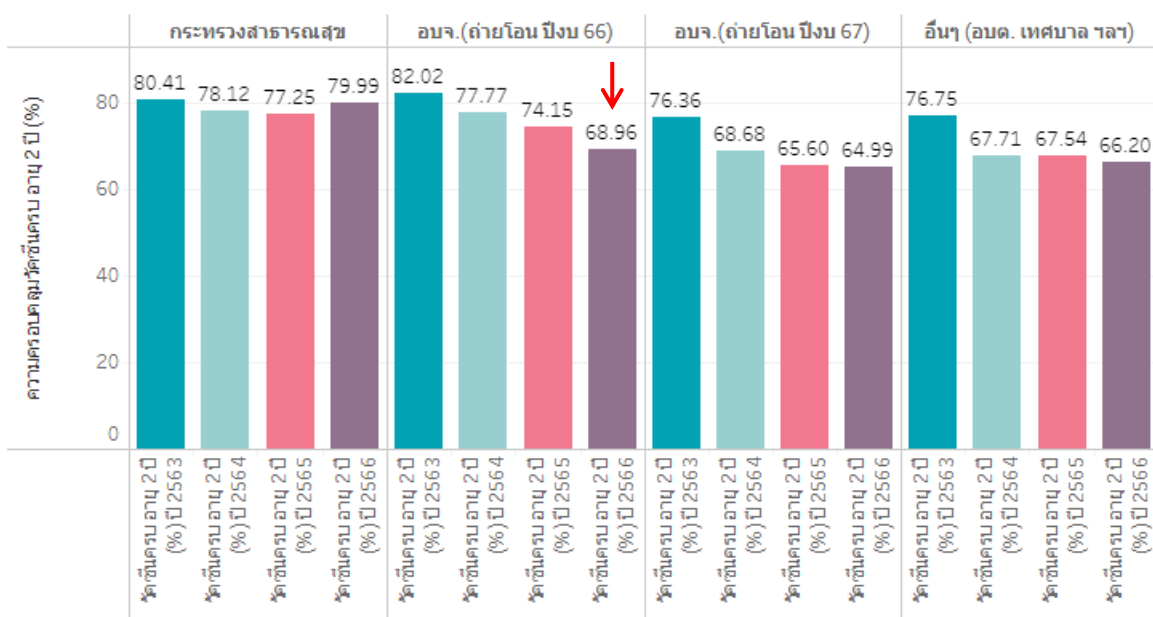
ภาพที่ 86 จำนวนวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



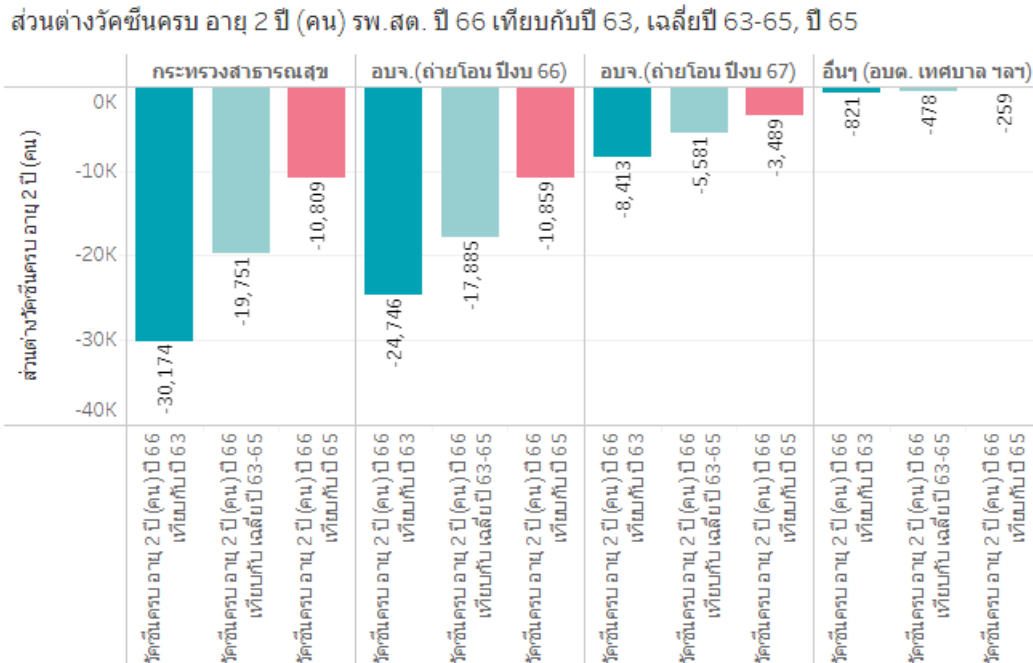
ภาพที่ 87 % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

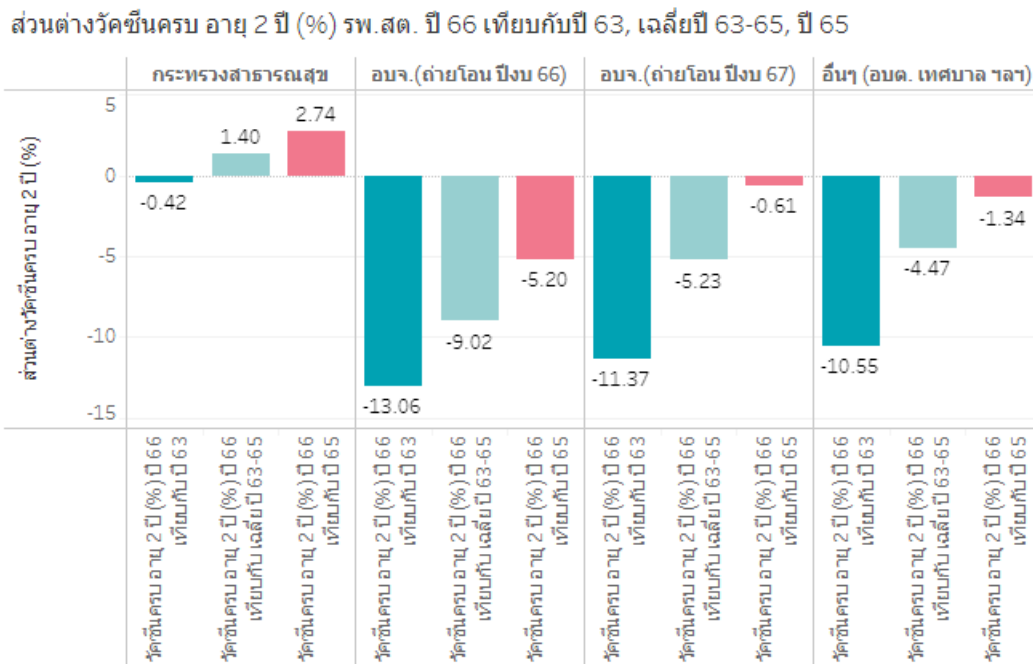


ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีสัดส่วนที่ลดลง 5.2% ในปี 2566 จากปี 2565 (ลดลง 1.1 หมื่นคน) และลดลง 13.1% จากปี 2563 (ภาพที่ 88-89)

ภาพที่ 88 ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)

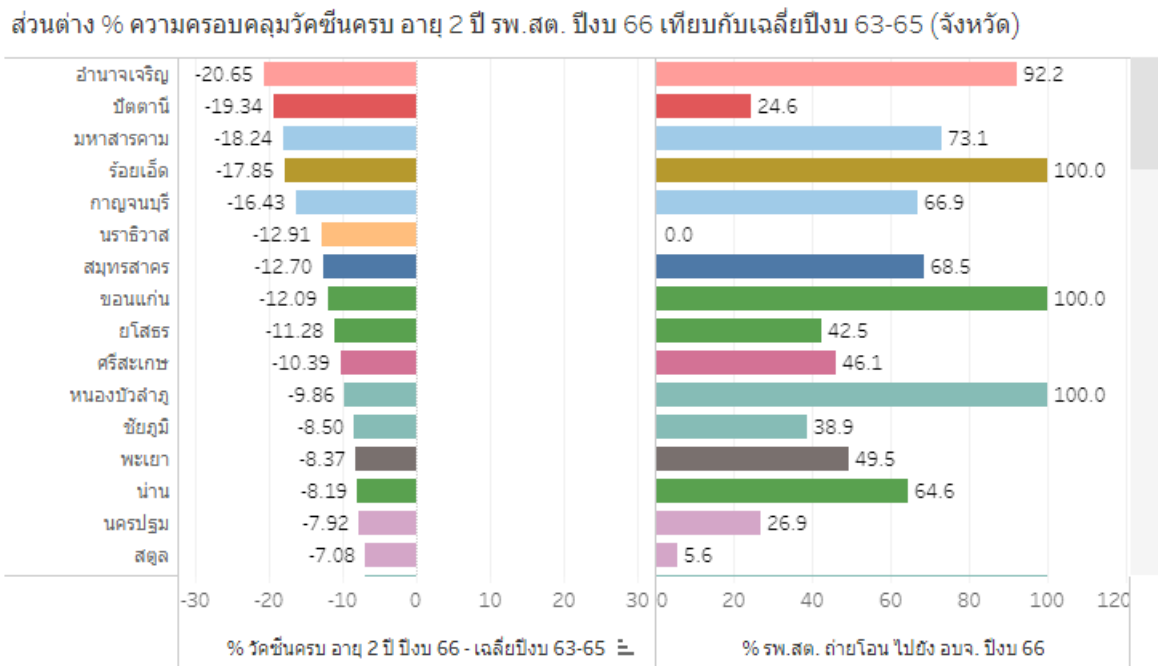


ภาพที่ 89 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

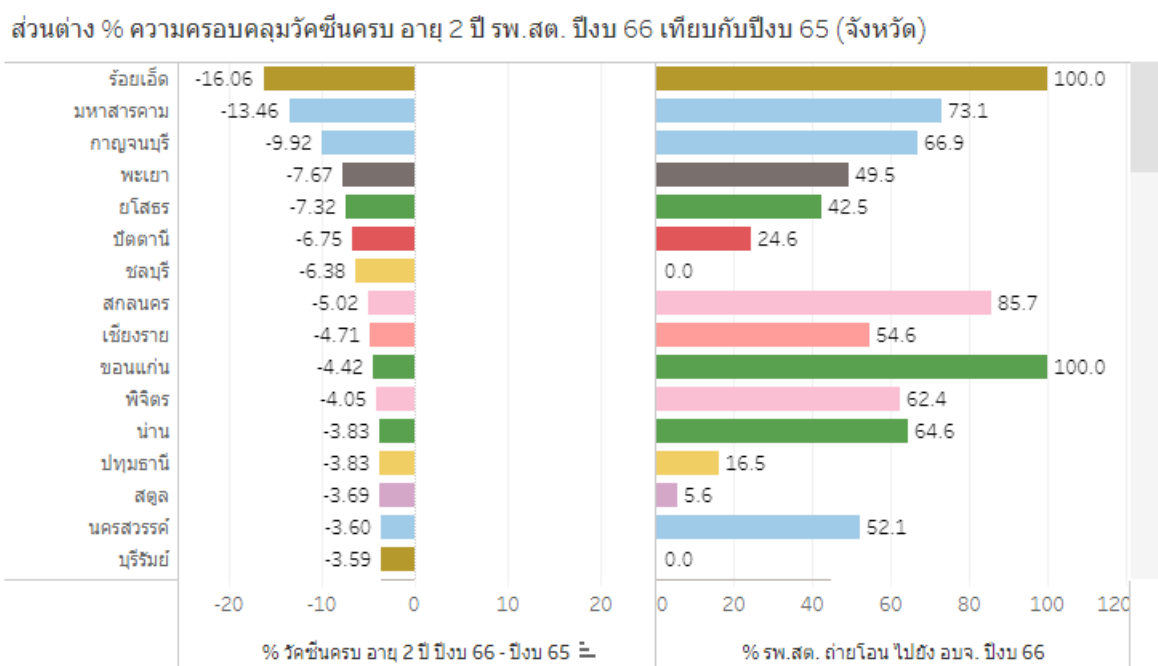


จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี รพ.สต. ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ย ปี 2563-2565 ตีตกมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ อำนาจเจริญ (-20.7%) บัตตานี (-19.3%) และ มหาสารคาม (-18.2%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย ร้อยเอ็ด (-16.1%) มหาสารคาม (-13.5%) และ กาญจนบุรี (-9.9%) (ภาพที่ 90-91)

ภาพที่ 90 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด

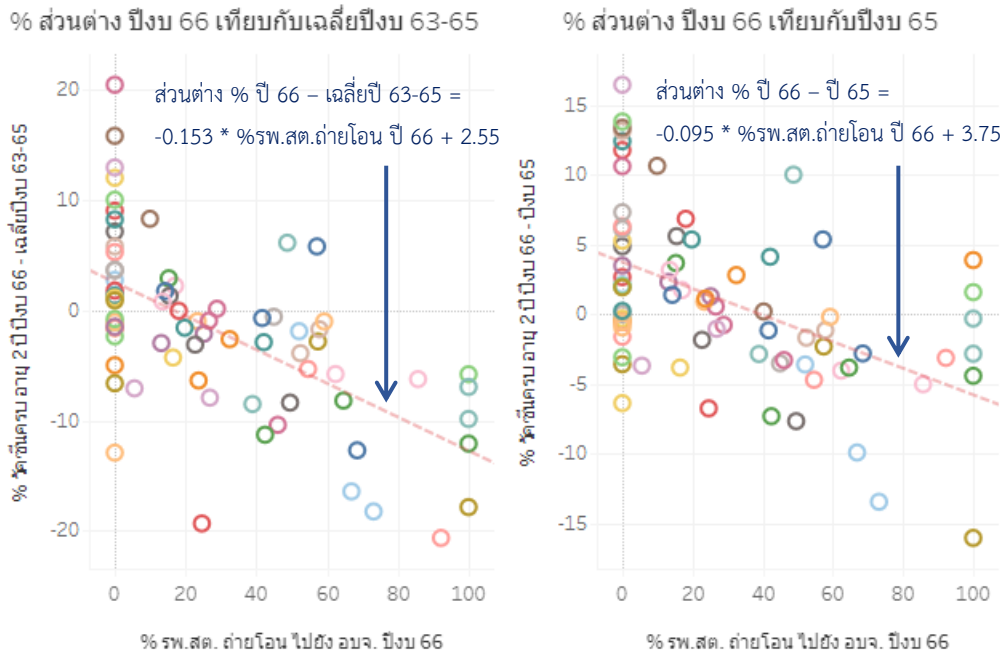


ภาพที่ 91 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

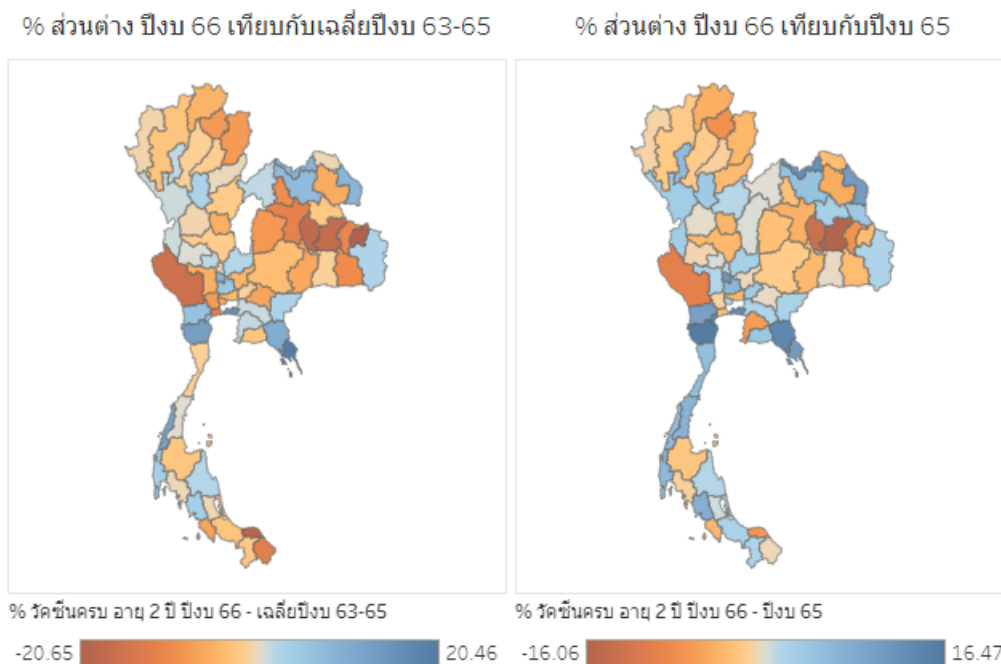


ภาพที่ 92 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 93 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี

ภาพที่ 92 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



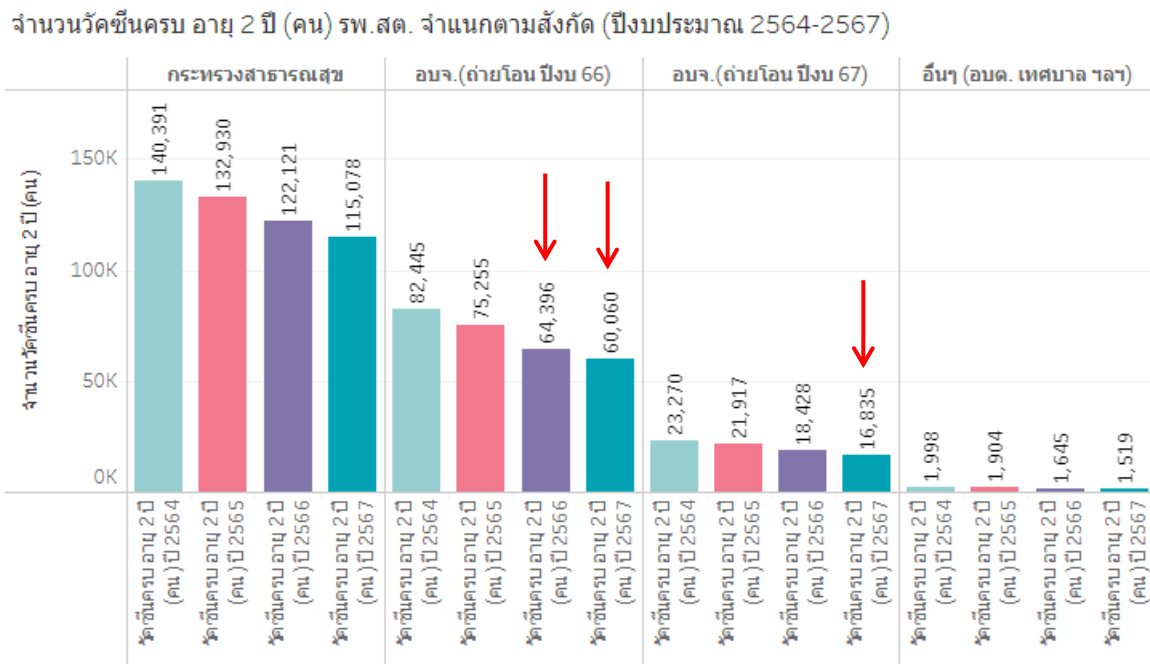
ภาพที่ 93 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด



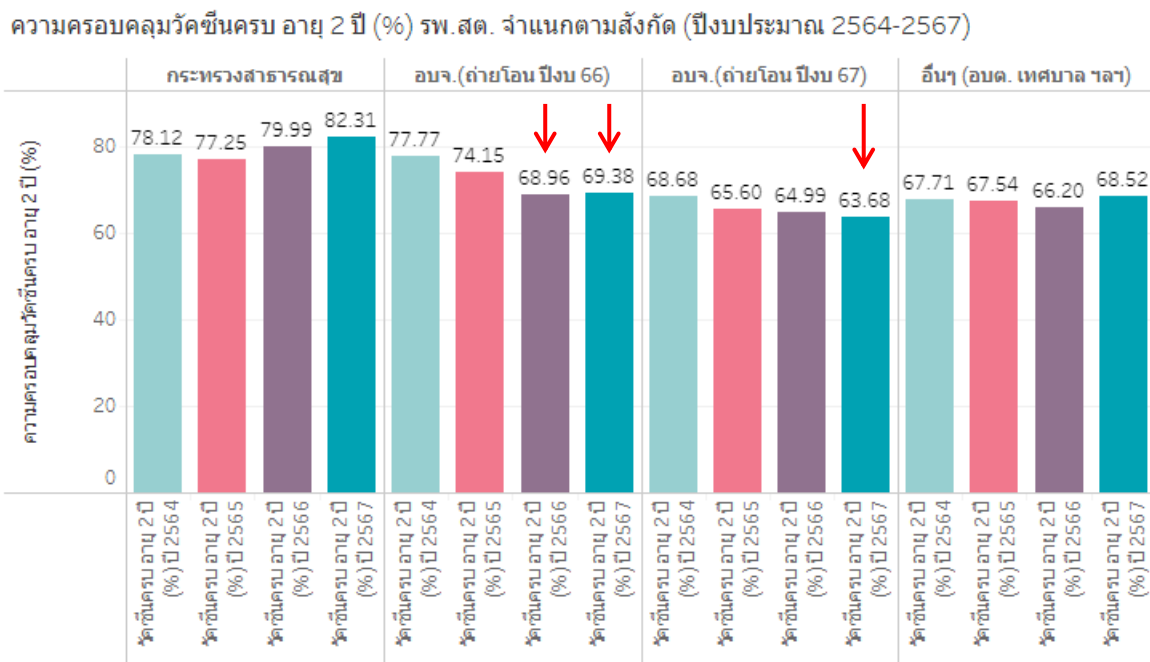
ข้อมูลบริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ปีงบประมาณ 2564-2567

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ที่ลดลงเล็กน้อยในปี 2567 (63.7%) เทียบกับปี 2566 (65%) ในขณะที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ในปี 2567 ที่ใกล้เคียงกับปี 2566 (69%) (ภาพที่ 94-95)

ภาพที่ 94 จำนวนวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

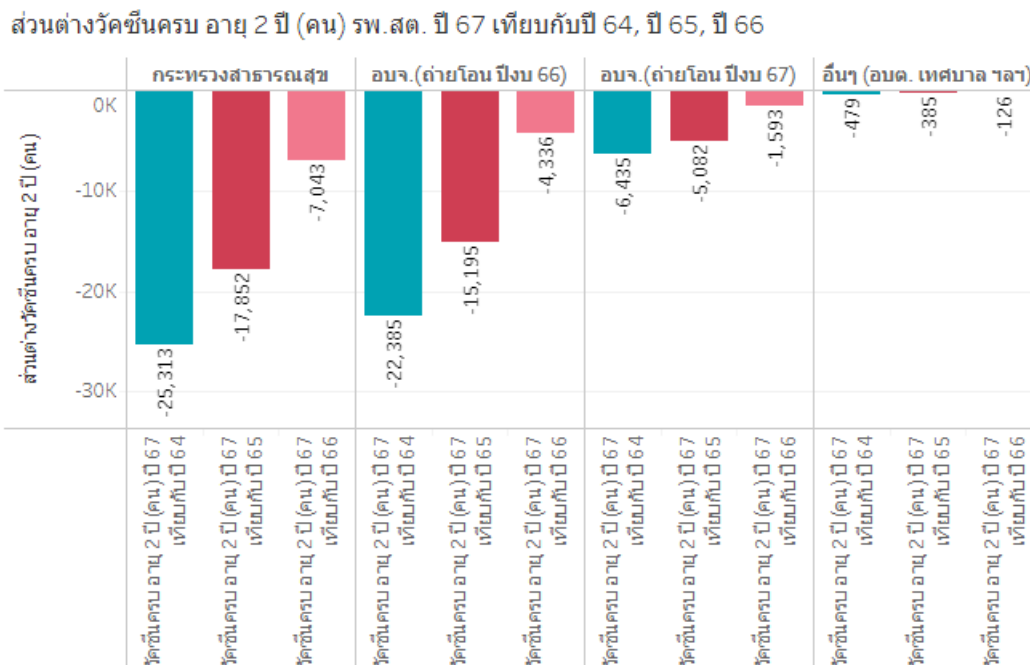


ภาพที่ 95 % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

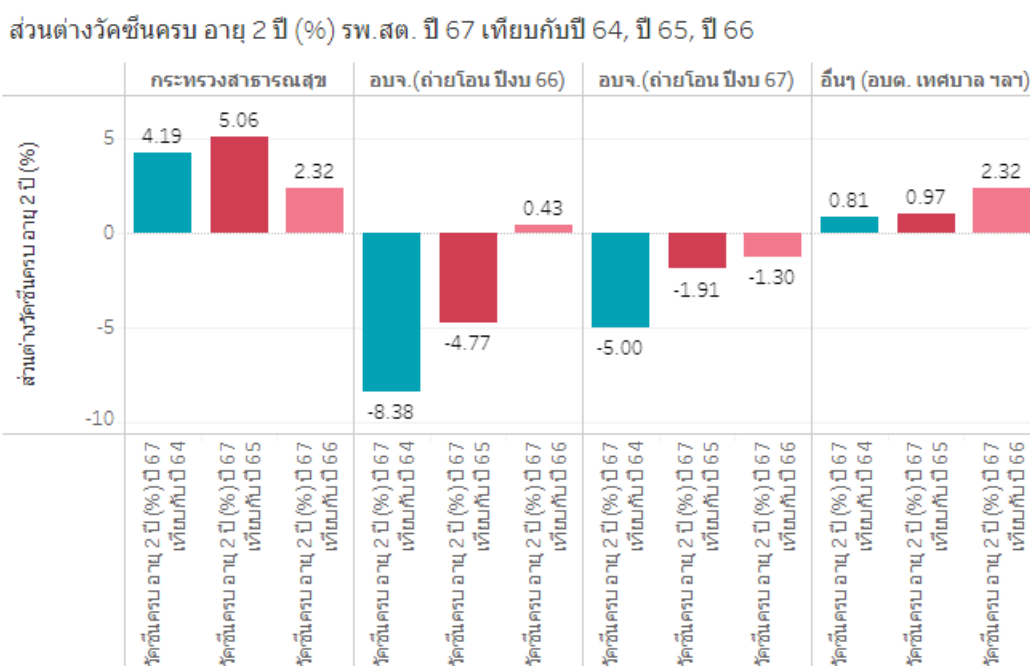


ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีสัดส่วนที่ลดลงเพียง 1.3% ในปี 2567 จากปี 2566 (ลดลง 1.6 พันคน) และลดลง 1.9% จากปี 2565 (ภาพที่ 96-97)

ภาพที่ 96 ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)



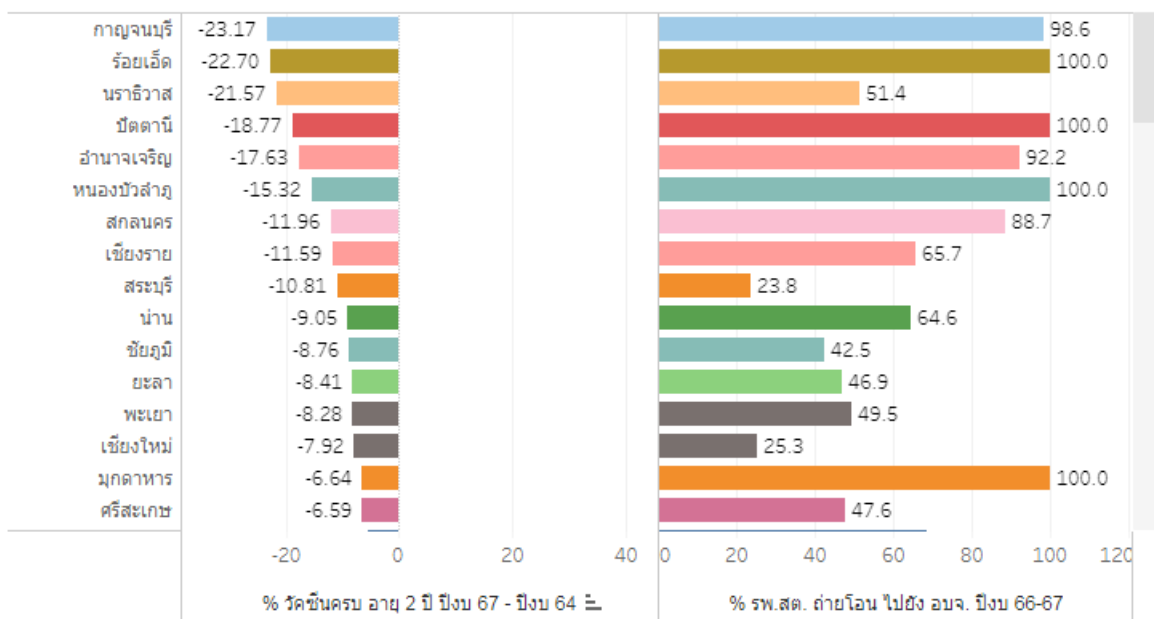
ภาพที่ 97 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)



จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี รพ.สต. ปี 2567 เทียบกับปี 2564 ติดลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ กาญจนบุรี (-23.2%) ร้อยเอ็ด (-22.7%) และนราธิวาส (-21.6%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย ร้อยเอ็ด (-21.9%) กาญจนบุรี (-15.9%) และเชียงราย (-12.7%) (ภาพที่ 98-99)

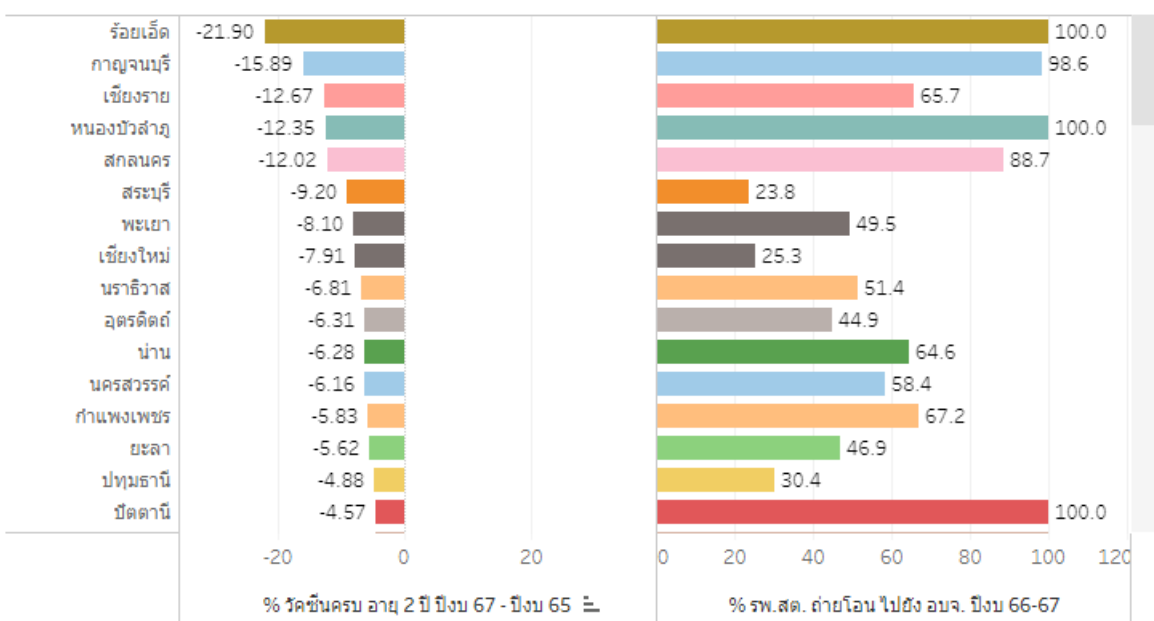
ภาพที่ 98 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี รพ.สต. ปีบง 67 เทียบกับปีบง 64 (จังหวัด)



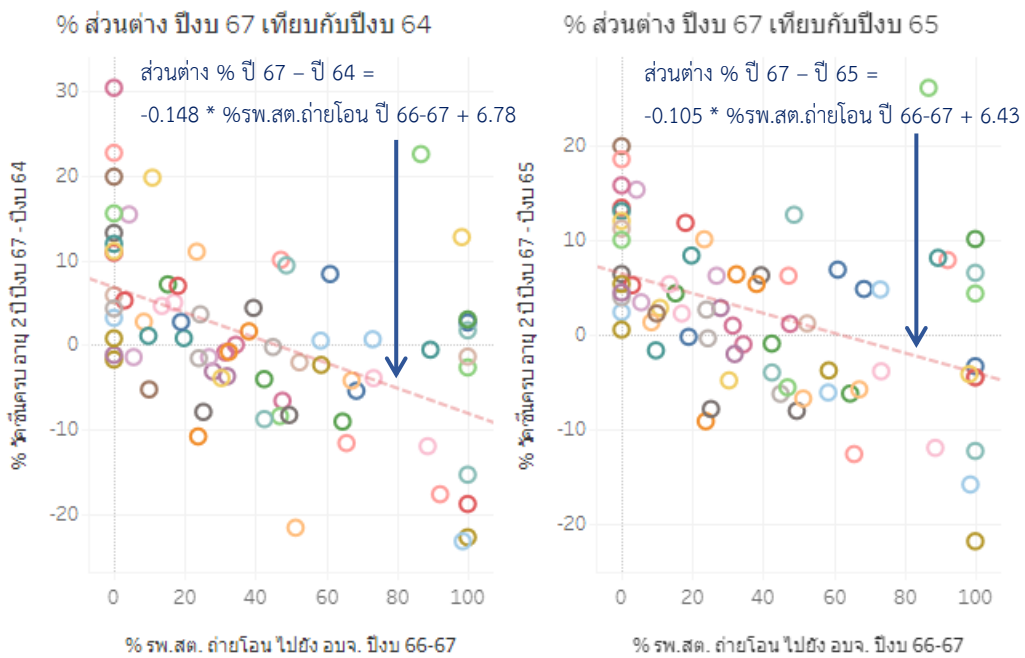
ภาพที่ 99 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี รพ.สต. ปีบง 67 เทียบกับปีบง 65 (จังหวัด)

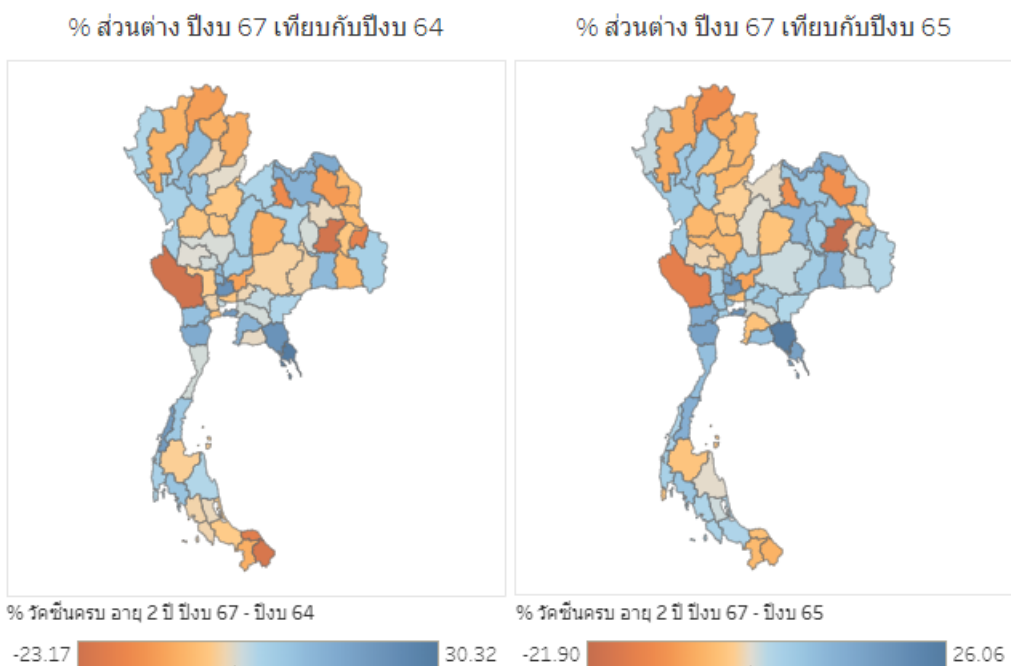


ภาพที่ 100 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และภาพที่ 101 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี

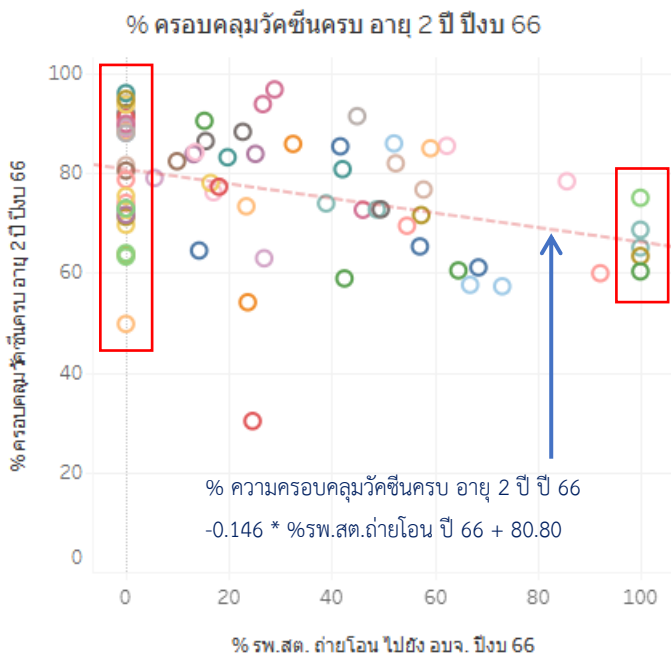
ภาพที่ 100 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 101 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และ เทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

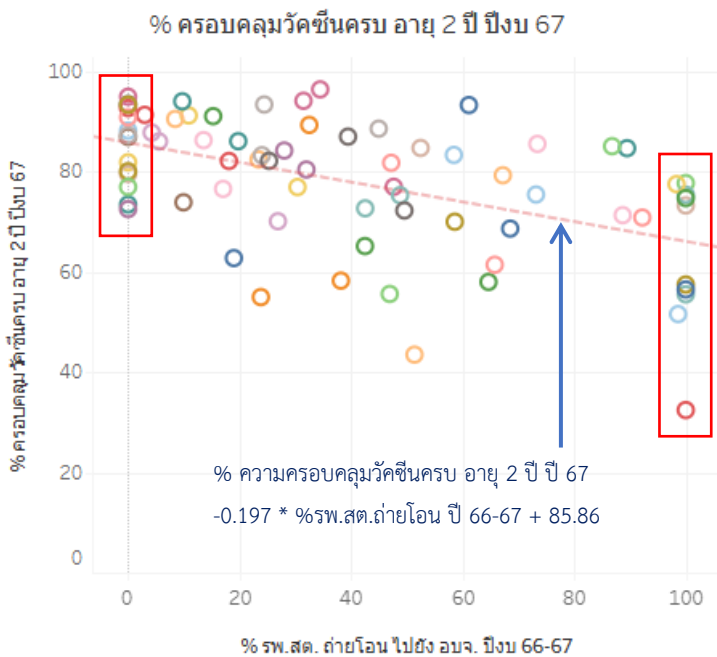


ภาพที่ 102 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 102 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 ลดลง ตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ที่เพิ่มขึ้น แต่ความแตกต่างนี้ไม่ชัดเจน เนื่องจากบางจังหวัด ที่ไม่มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ก็มี %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ที่ต่ำเช่นกัน ในขณะที่บางจังหวัดที่ถ่ายโอน 100% แล้ว แต่ยังมี %ความครอบคลุมที่ค่อนข้างสูง

ภาพที่ 103 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 103 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2567 ลดลง ตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างของ %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ระหว่างจังหวัด ที่ค่อนข้างมาก สำหรับจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100%

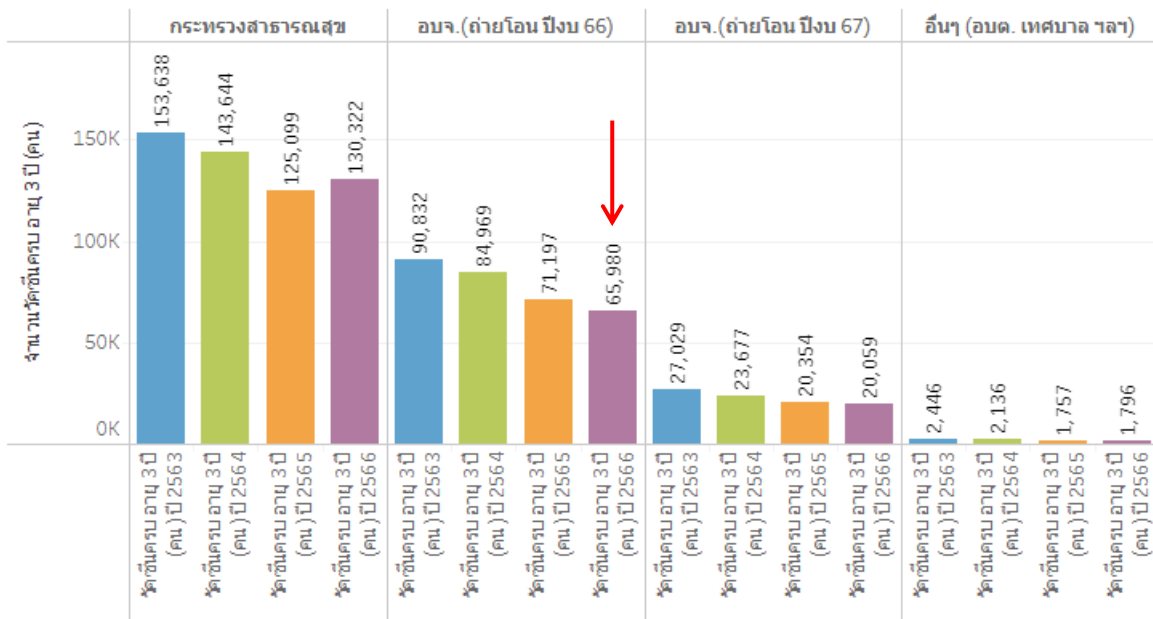
7) บริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)

ข้อมูลบริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ปีงบประมาณ 2563-2566

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มี % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ที่ลดลงในปี 2566 (63.6%) เทียบกับปี 2565 (66.4%) (ภาพที่ 104-105)

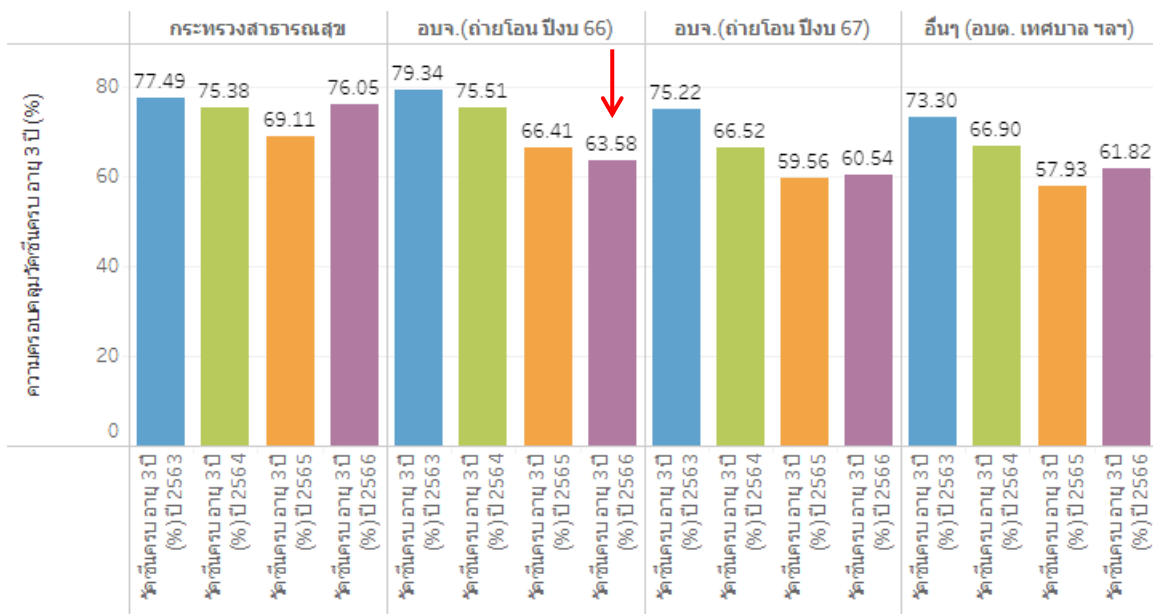
ภาพที่ 104 จำนวนวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



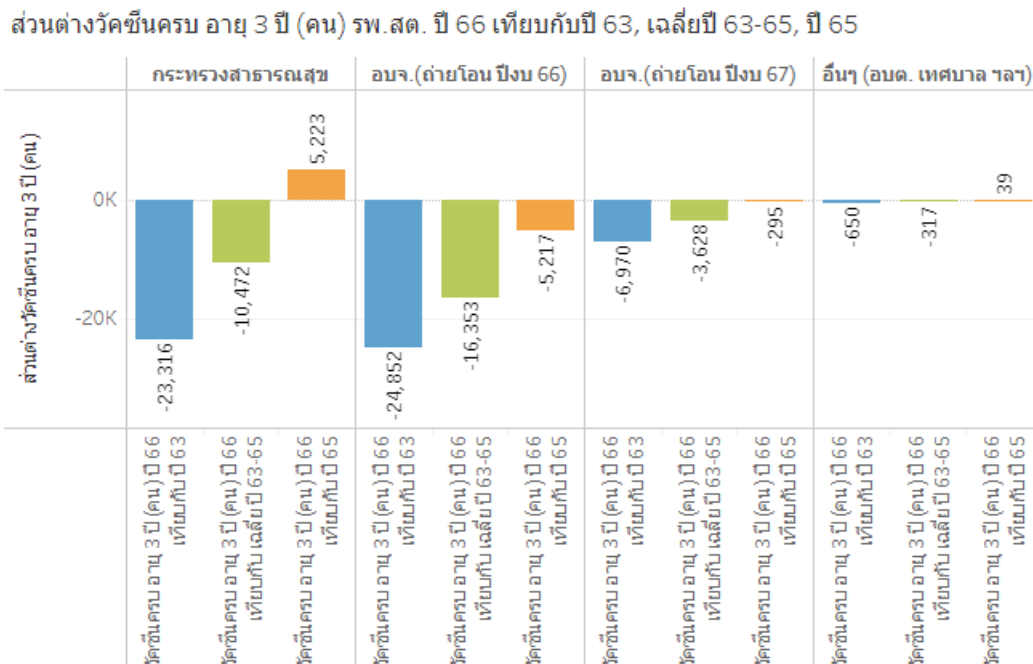
ภาพที่ 105 % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

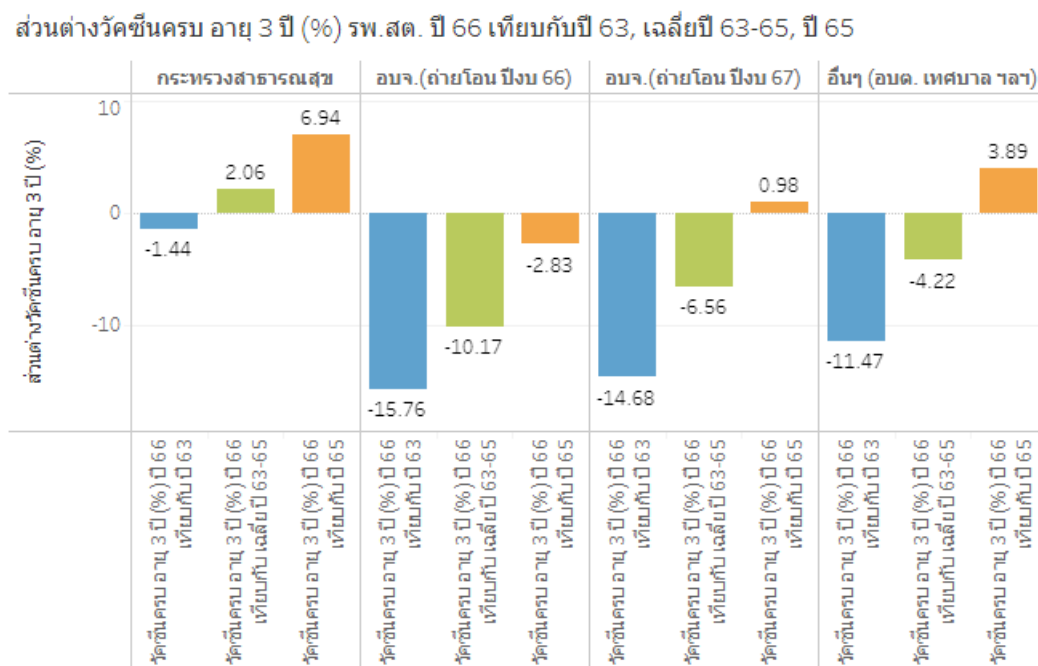


ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีสัดส่วนที่ลดลง 2.8% ในปี 2566 จากปี 2565 (ลดลง 5.2 พันคน) และลดลง 15.8% จากปี 2563 (ภาพที่ 106-107)

ภาพที่ 106 ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

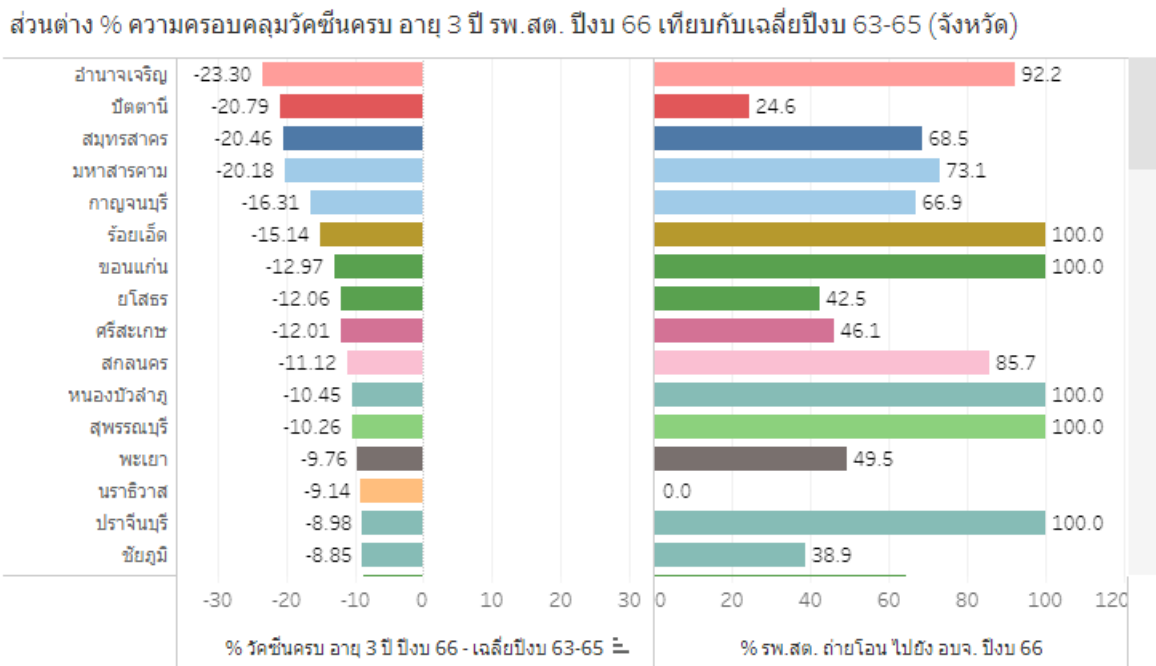


ภาพที่ 107 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

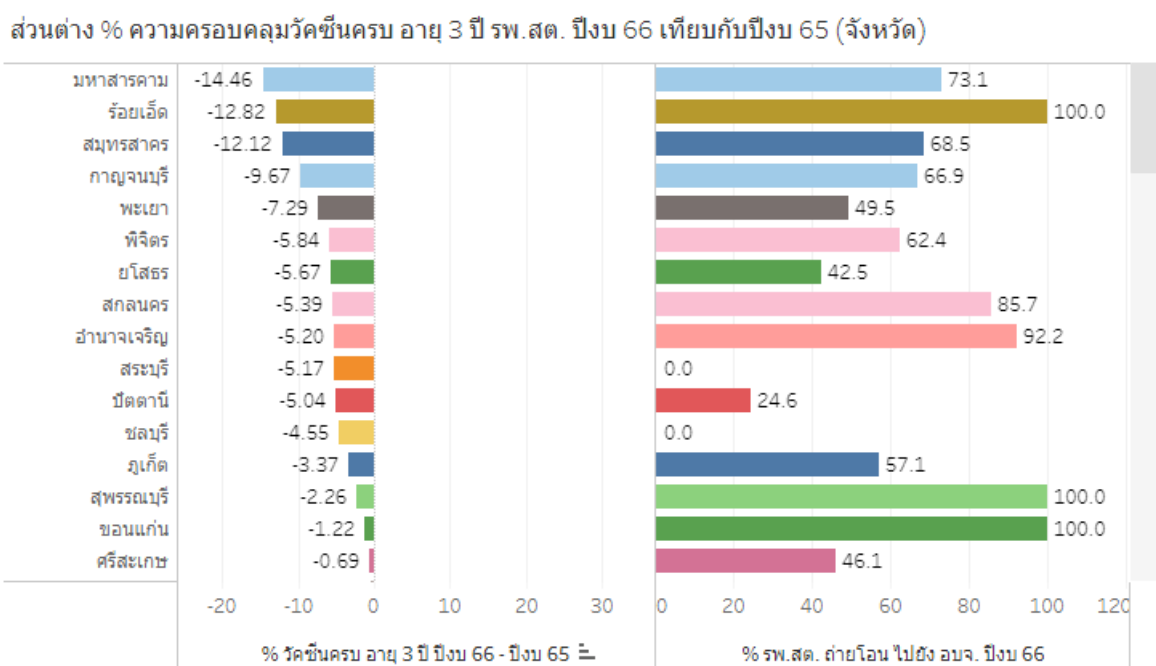


จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี รพ.สต. ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ย ปี 2563-2565 ตีลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ อำนาจเจริญ (-23.3%) ปัตตานี (-20.8%) และ สมุทรสาคร (-20.5%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย มหาสารคาม (-14.5%) ร้อยเอ็ด (-12.8%) และ สมุทรสาคร (-12.1%) (ภาพที่ 108-109)

ภาพที่ 108 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด

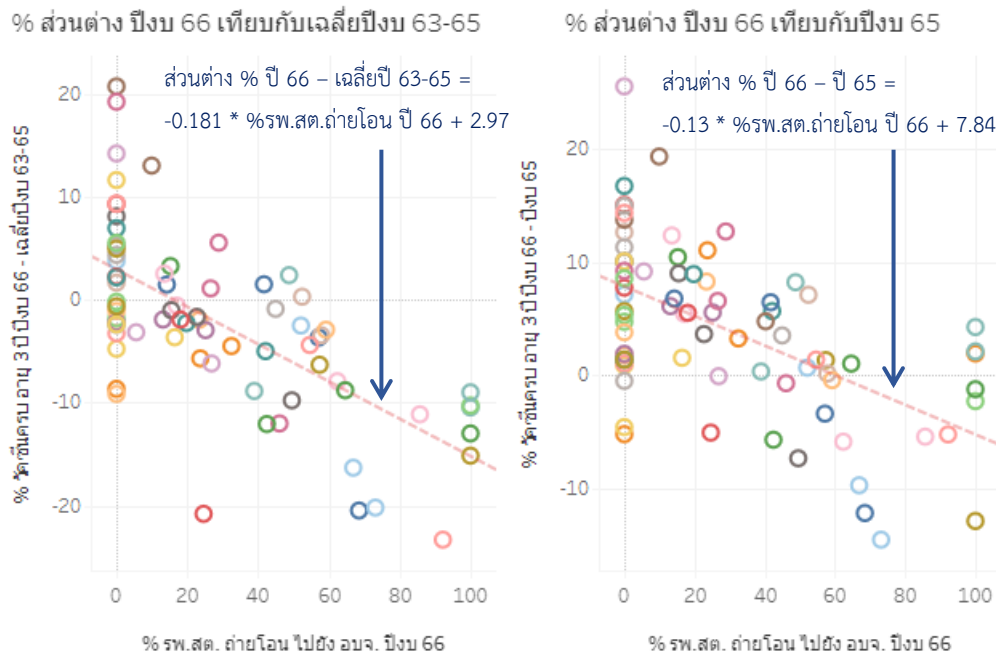


ภาพที่ 109 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

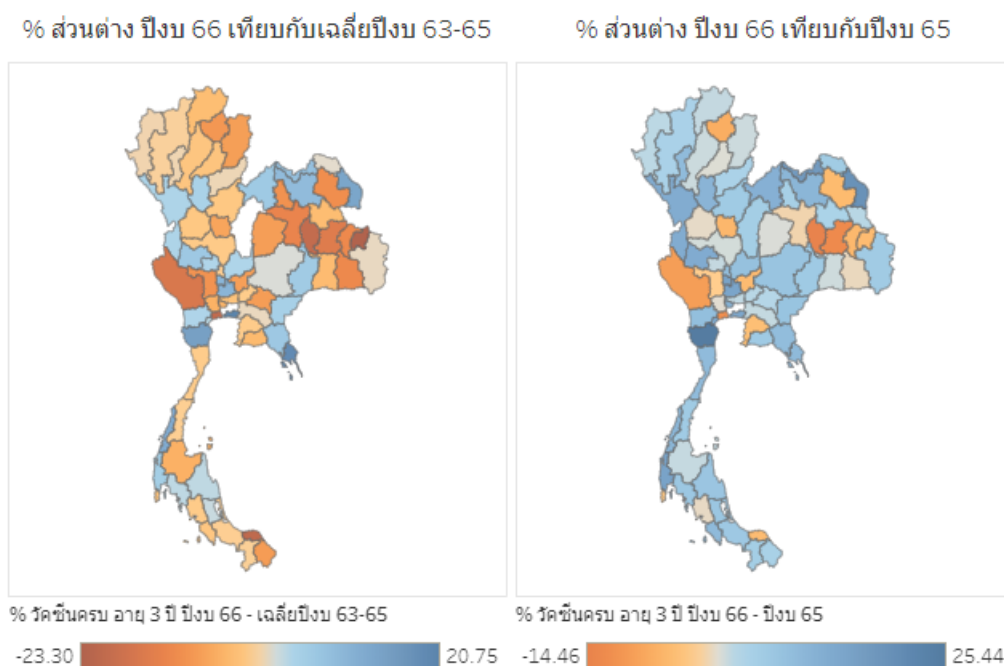


ภาพที่ 110 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 111 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี

ภาพที่ 110 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 111 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

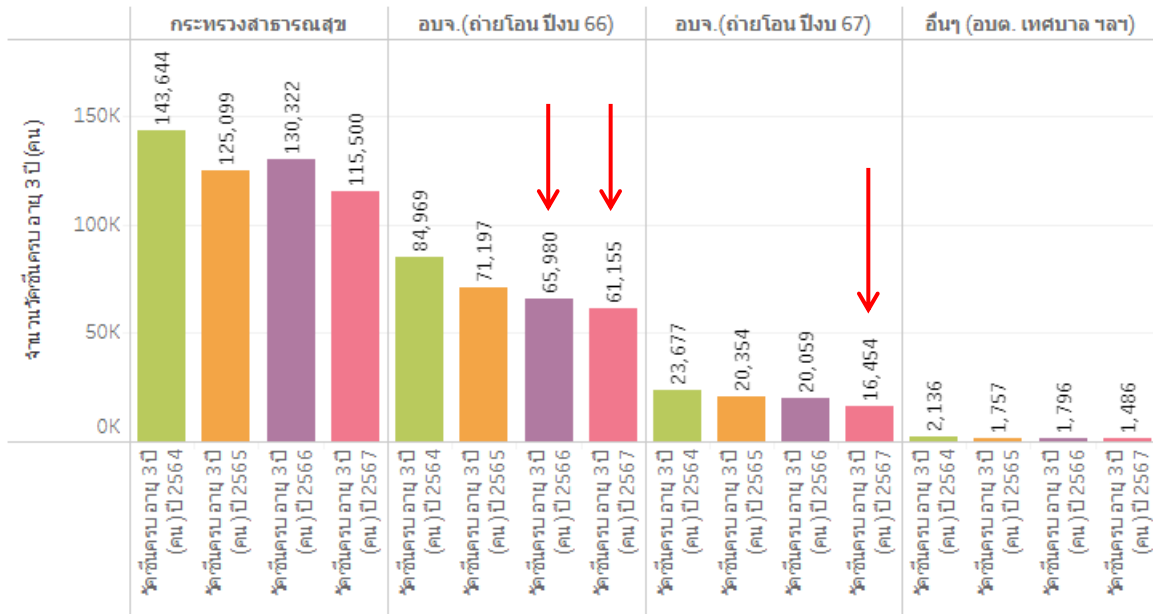


ข้อมูลบริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ปีงบประมาณ 2564-2567

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ที่ลดลงในปี 2567 (56.4%) เทียบกับปี 2566 (60.5%) ในขณะที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ในปี 2567 ที่ใกล้เคียงกับปี 2566 (64%) (ภาพที่ 112-113)

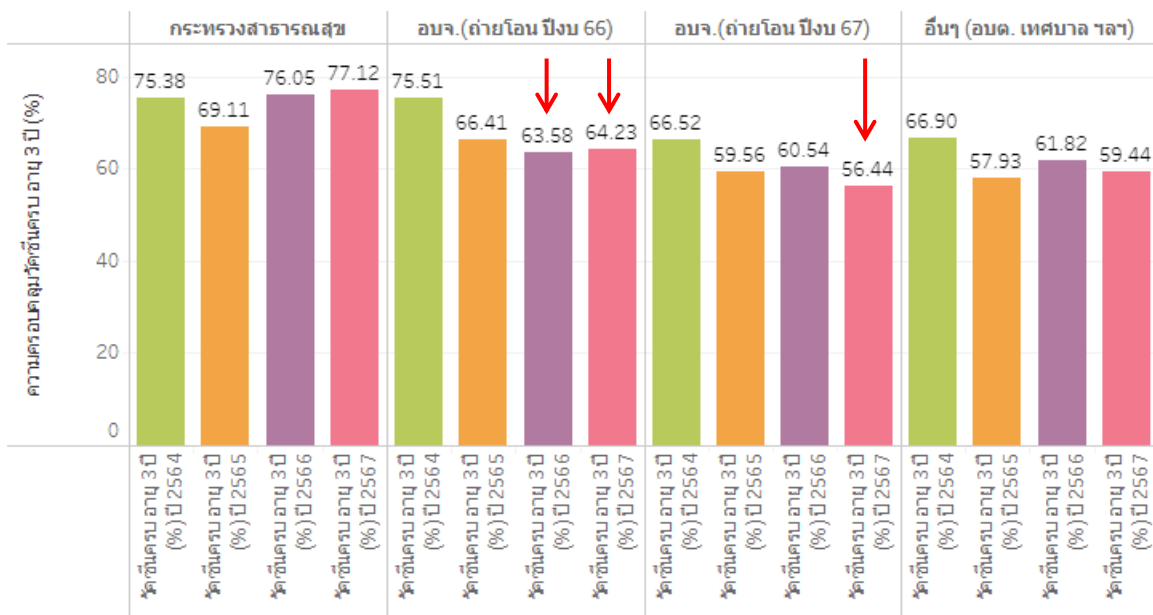
ภาพที่ 112 จำนวนวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

จำนวนวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



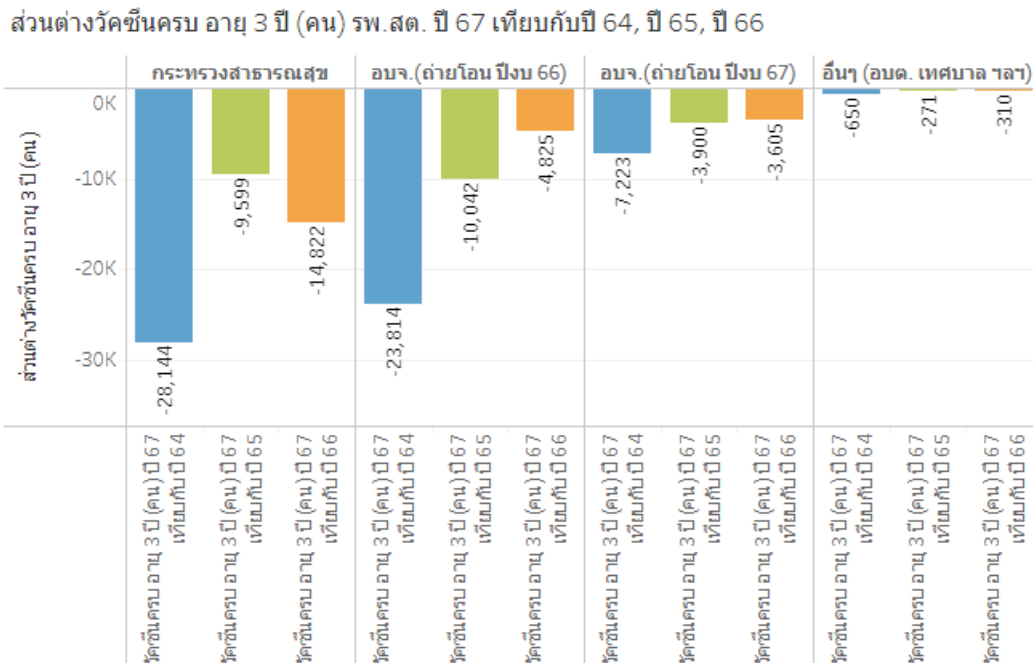
ภาพที่ 113 % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

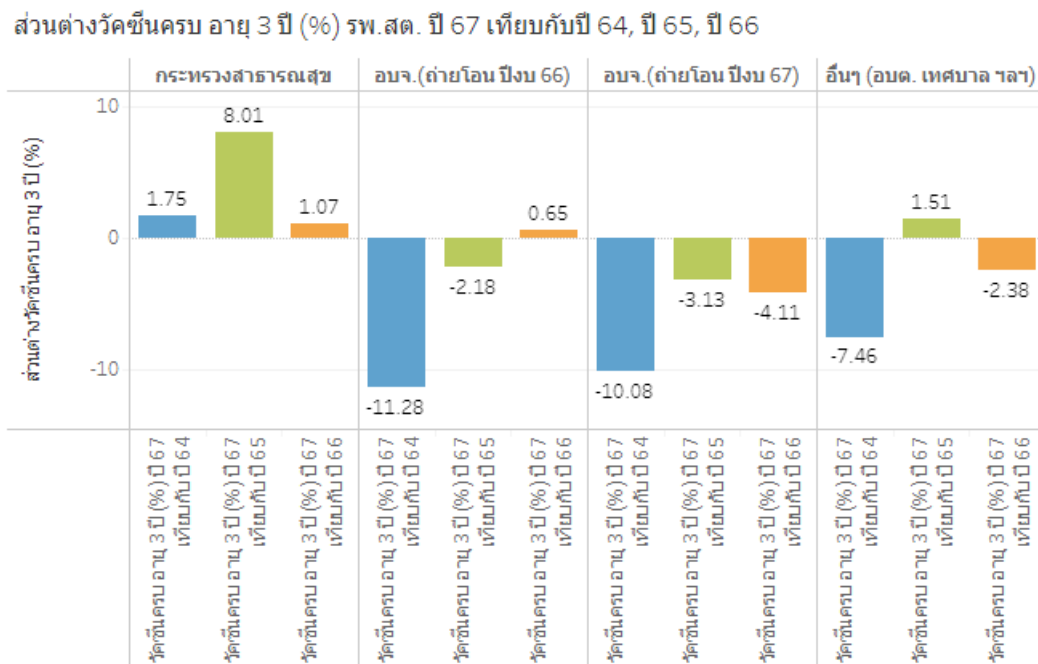


ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีสัดส่วนที่ลดลง 4.1% ในปี 2567 จากปี 2566 (ลดลง 3.6 พันคน) และลดลง 3.1% จากปี 2565 (ภาพที่ 114-115)

ภาพที่ 114 ส่วนต่างจำนวนวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)



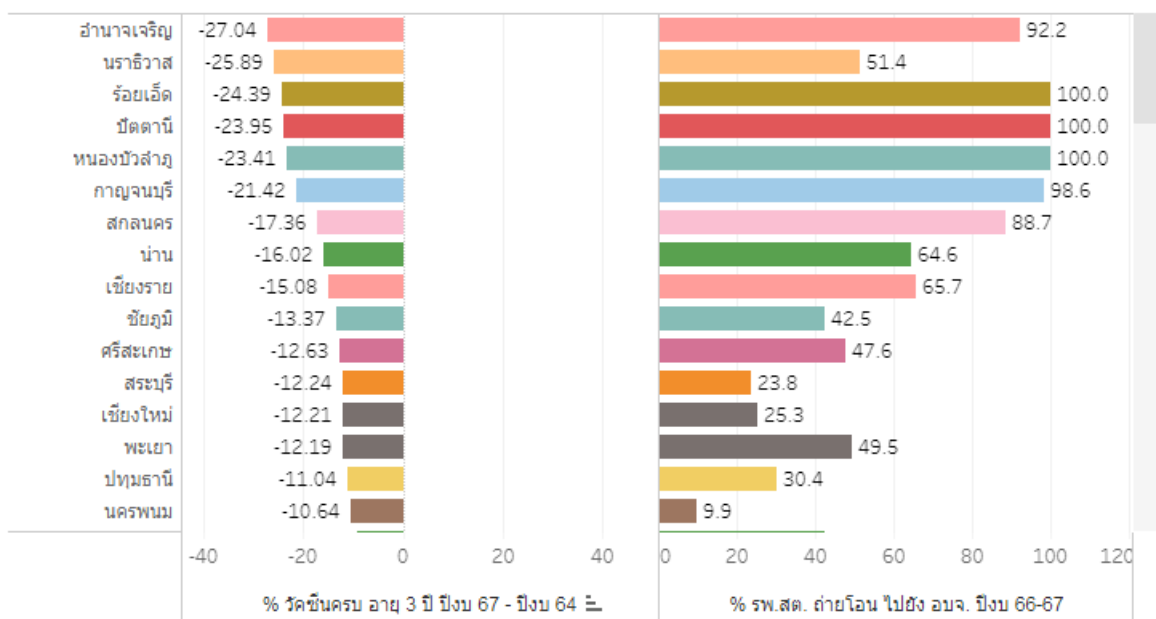
ภาพที่ 115 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)



จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี รพ.สต. ปี 2567 เทียบกับปี 2564 ติดลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ อำนาจเจริญ (-27%) นราธิวาส (-25.9%) และร้อยเอ็ด (-24.4%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย ร้อยเอ็ด (-20.9%) กาญจนบุรี (-14.5%) และนราธิวาส (-9.8%) (ภาพที่ 116-117)

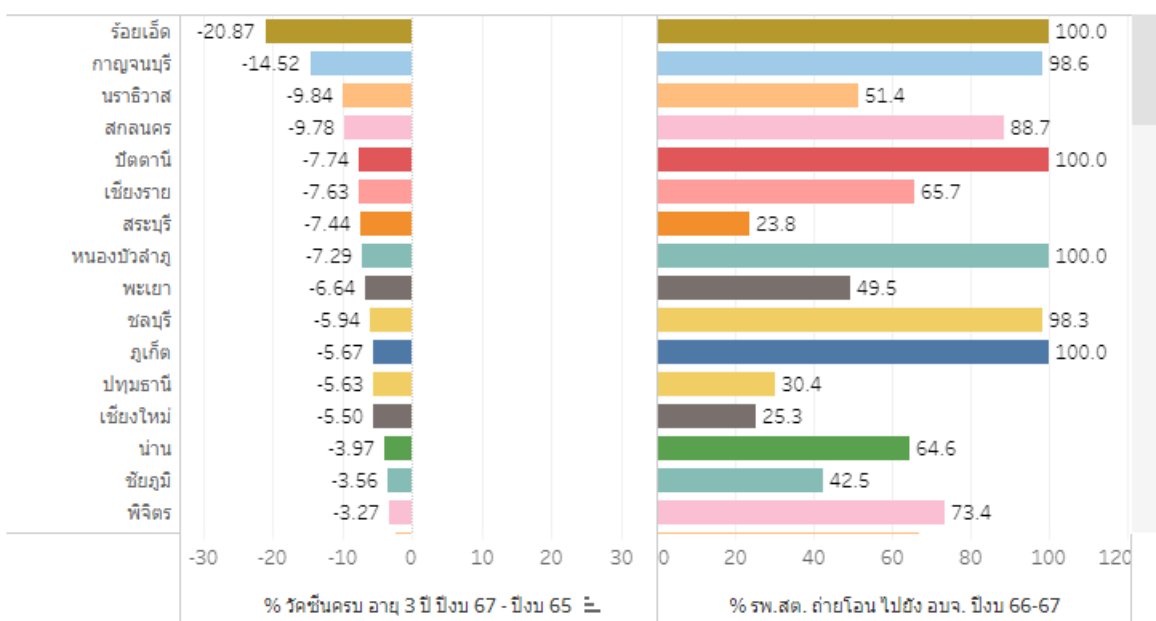
ภาพที่ 116 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64 (จังหวัด)



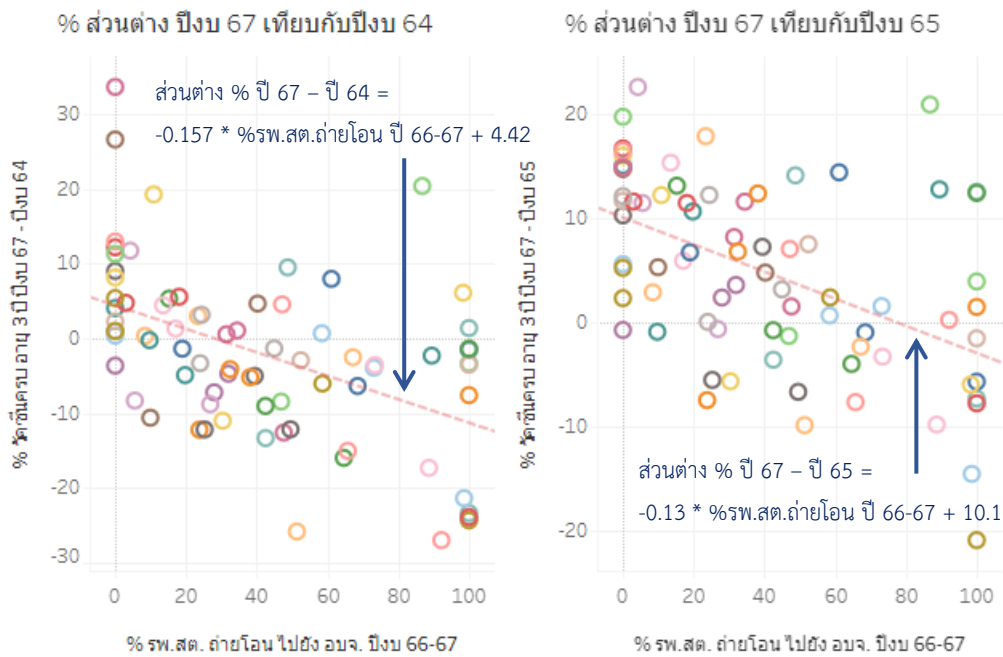
ภาพที่ 117 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 65 (จังหวัด)

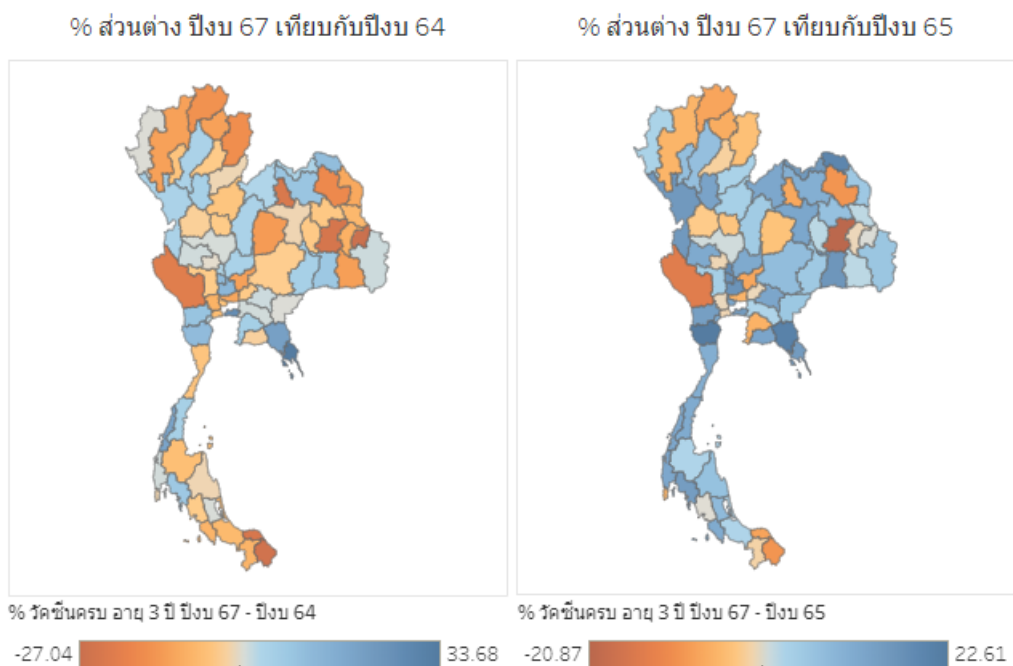


ภาพที่ 118 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และภาพที่ 119 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี

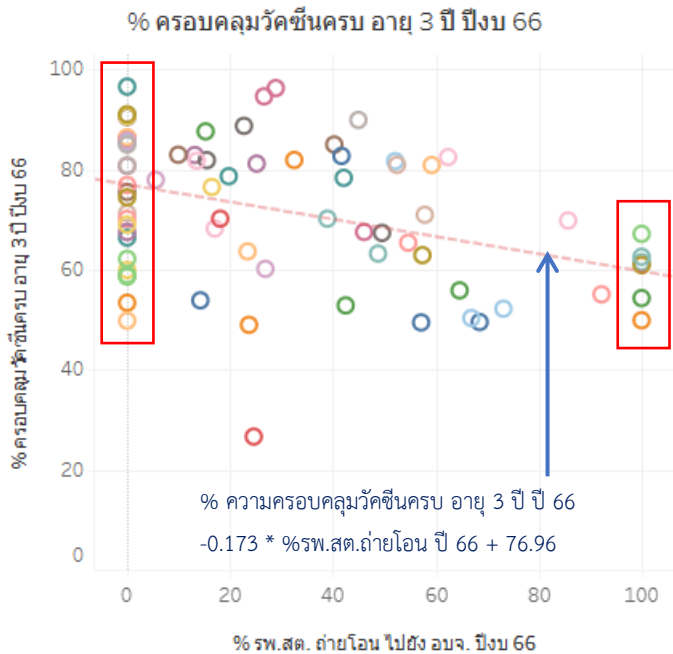
ภาพที่ 118 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 119 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และ เทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

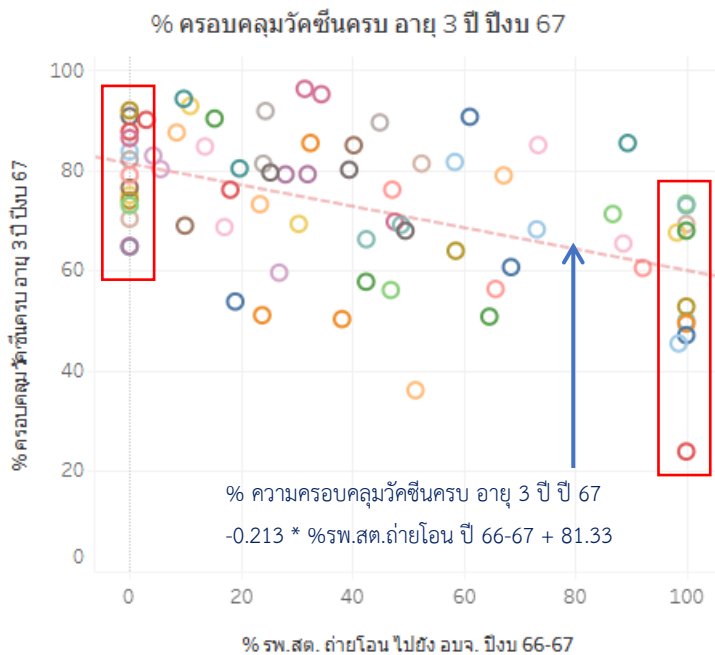


ภาพที่ 120 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 120 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 ลดลง ตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ที่เพิ่มขึ้น แต่ความแตกต่างนี้ไม่ชัดเจน เนื่องจากบางจังหวัด ที่ไม่มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ก็มี %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ที่ต่ำเช่นกัน ในขณะที่บางจังหวัดที่ถ่ายโอน 100% แล้ว แต่ยังมี %ความครอบคลุมที่ค่อนข้างสูง

ภาพที่ 121 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 121 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2567 ลดลง ตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างของ %ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ระหว่างจังหวัด ที่ค่อนข้างมาก สำหรับจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100%

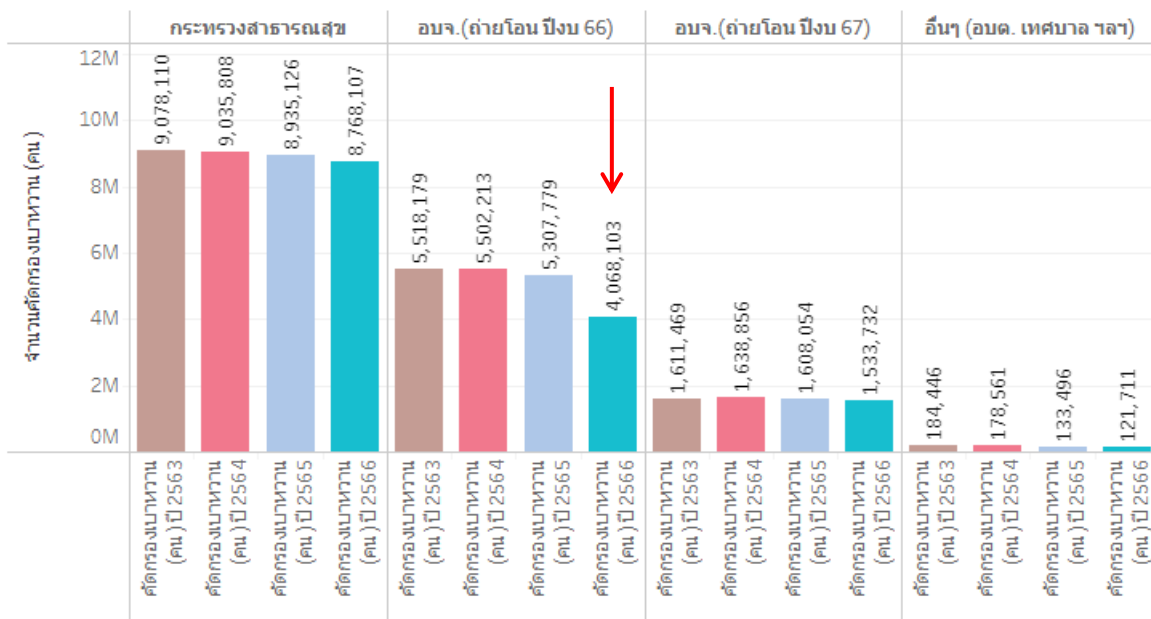
8) บริการคัดกรองโรคเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)

ข้อมูลบริการคัดกรองโรคเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2563-2566

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มี % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ที่ลดลงในปี 2566 (67.3%) เทียบกับปี 2565 (88.6%) (ภาพที่ 122-123)

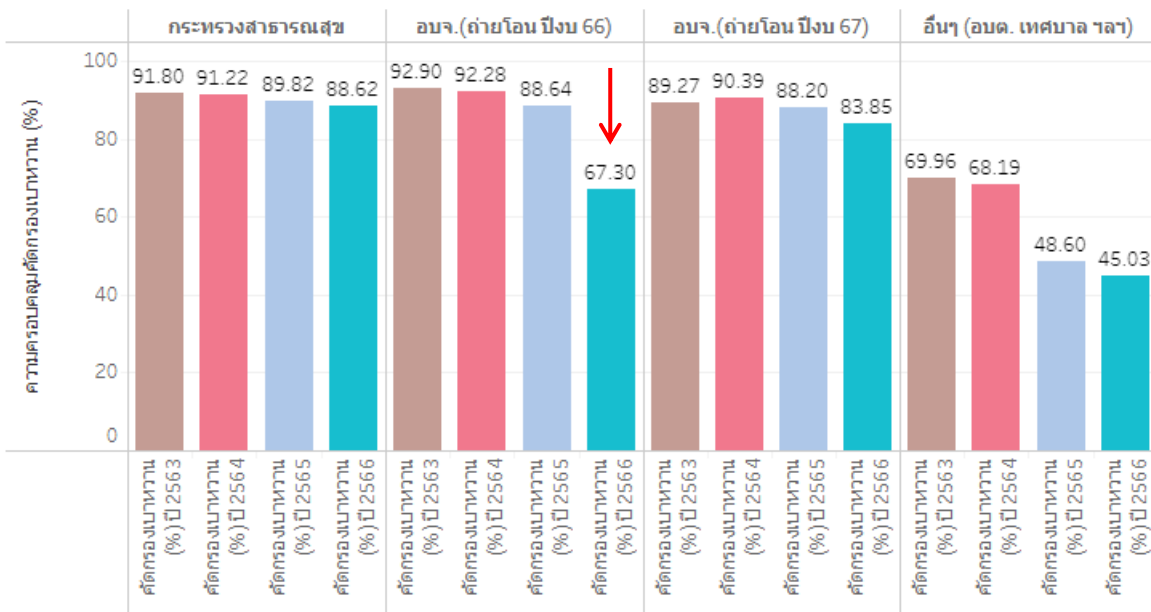
ภาพที่ 122 จำนวนคัดกรองเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนคัดกรองเบาหวาน (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



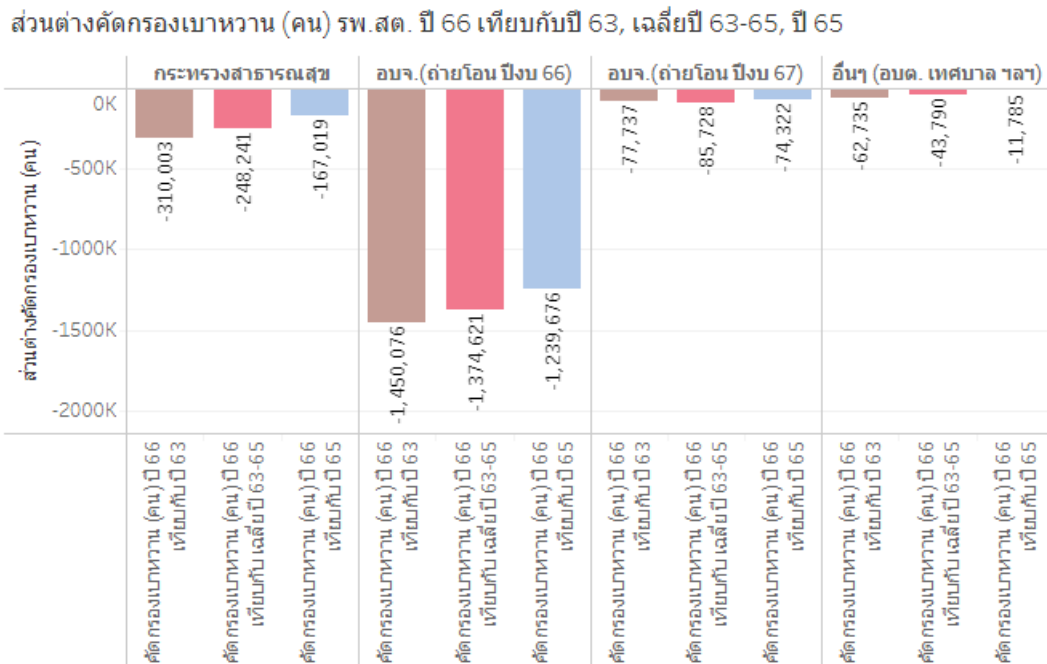
ภาพที่ 123 % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

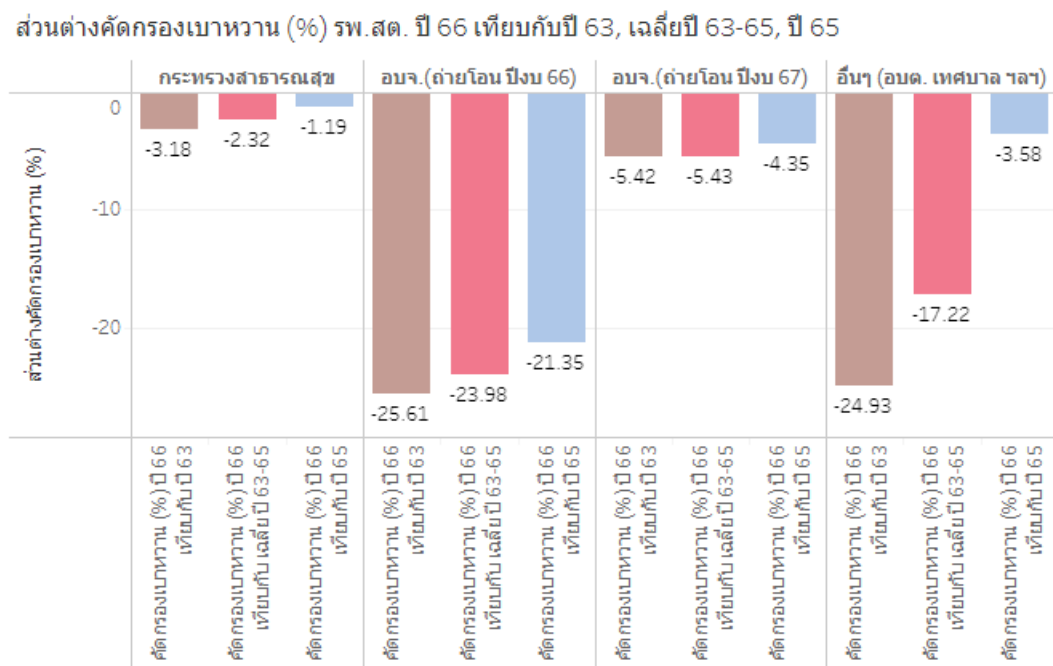


ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีสัดส่วนที่ลดลง 21.4% ในปี 2566 จากปี 2565 (ลดลง 1.24 ล้านคน) และลดลง 25.6% จากปี 2563 (ภาพที่ 124-125)

ภาพที่ 124 ส่วนต่างจำนวนคัดกรองเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)



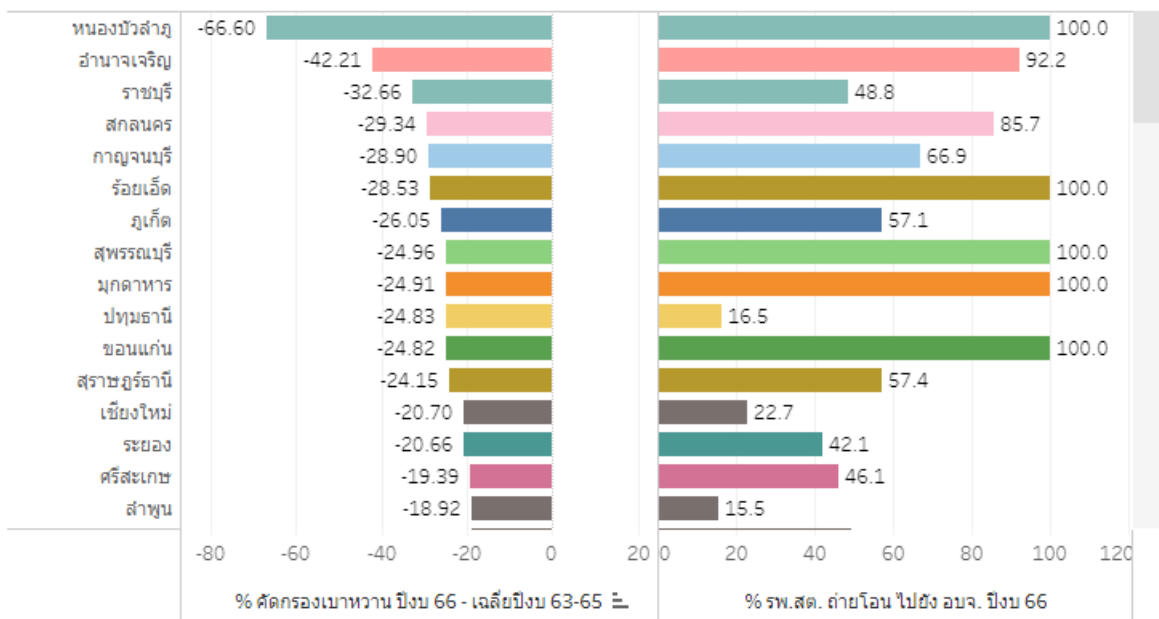
ภาพที่ 125 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)



จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน รพ.สต. ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 ตีตกมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ หนองบัวลำภู (-66.6%) อำนาจเจริญ (-42.2%) และ ราชบุรี (-32.7%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย หนองบัวลำภู (-66.9%) อำนาจเจริญ (-40.8%) และ สกลนคร (-31.5%) (ภาพที่ 126-127)

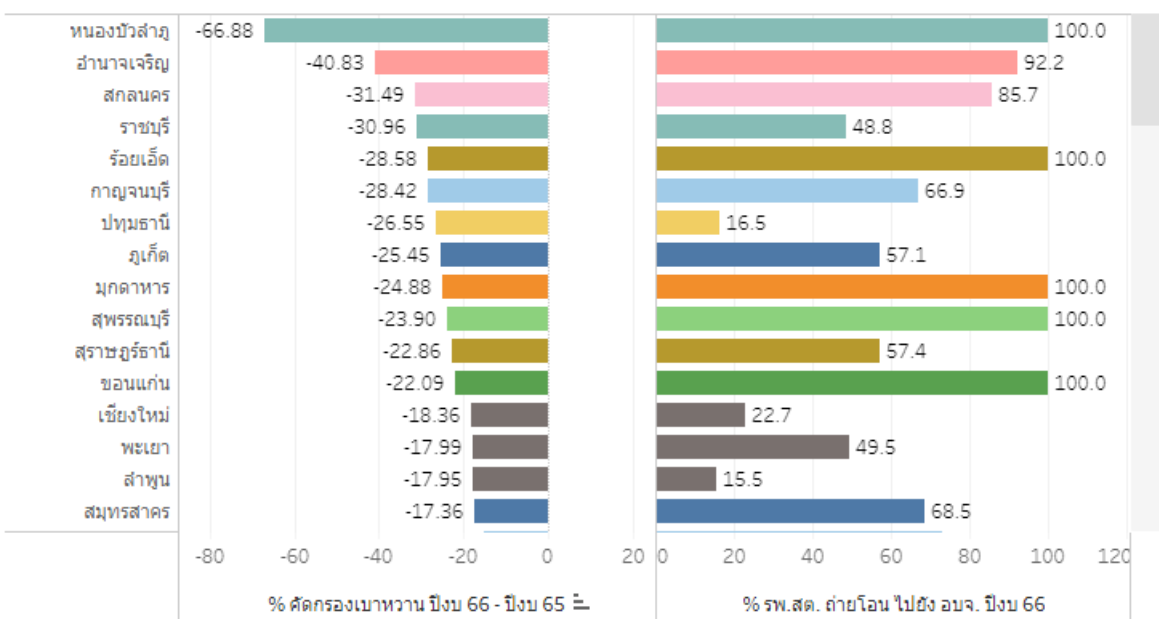
ภาพที่ 126 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน รพ.สต. ปี 66 เทียบกับเฉลี่ยปี 63-65 (จังหวัด)



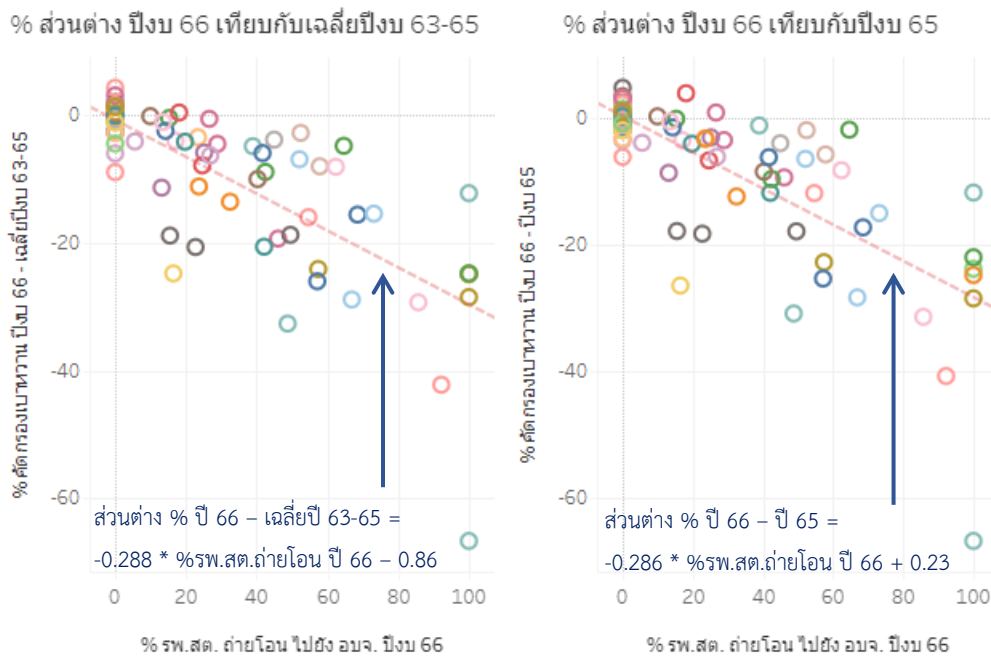
ภาพที่ 127 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน รพ.สต. ปี 66 เทียบกับปี 65 (จังหวัด)

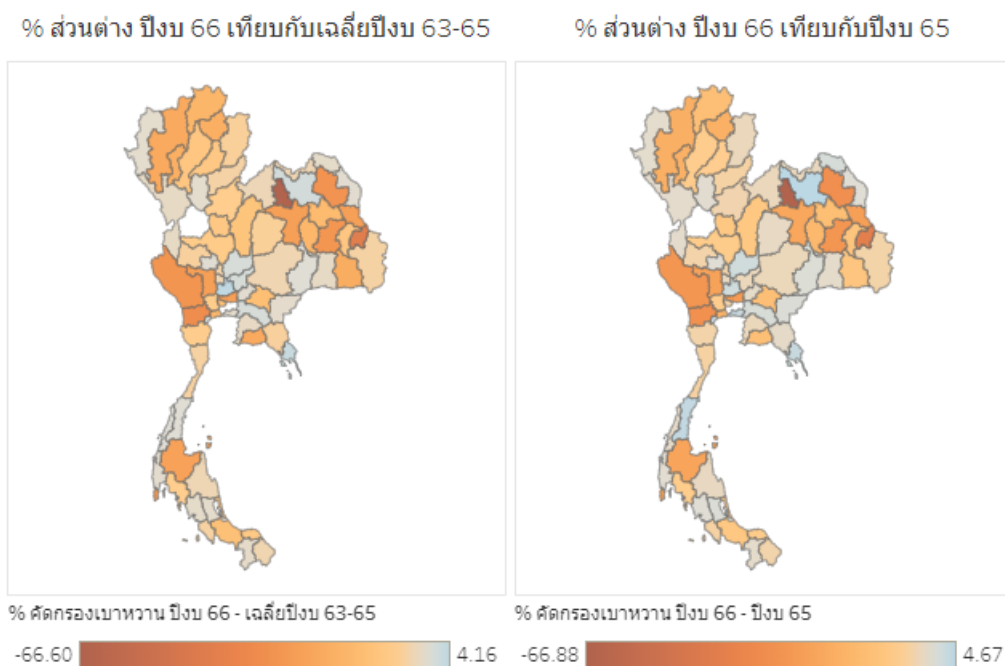


ภาพที่ 128 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 129 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน

ภาพที่ 128 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 129 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

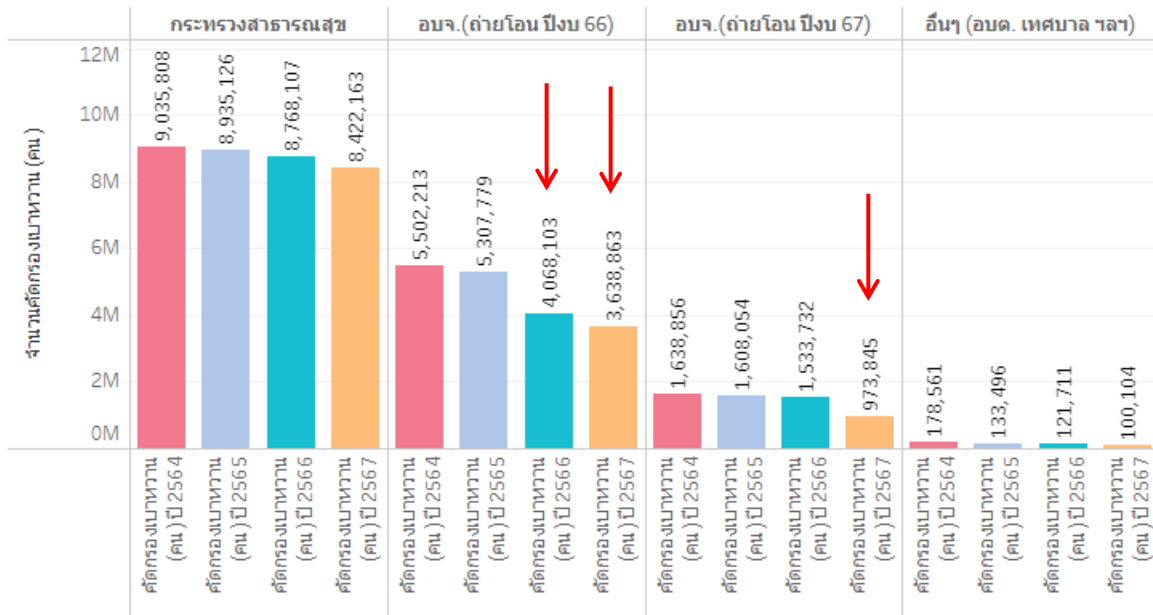


ข้อมูลบริการคัดกรองโรคเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2564-2567

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ที่ลดลงในปี 2567 (52.5%) เทียบกับปี 2566 (83.9%) ในขณะที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ในปี 2567 ที่ลดลงเช่นกัน (60% เทียบกับ 67.3% ในปี 2566) (ภาพที่ 130-131)

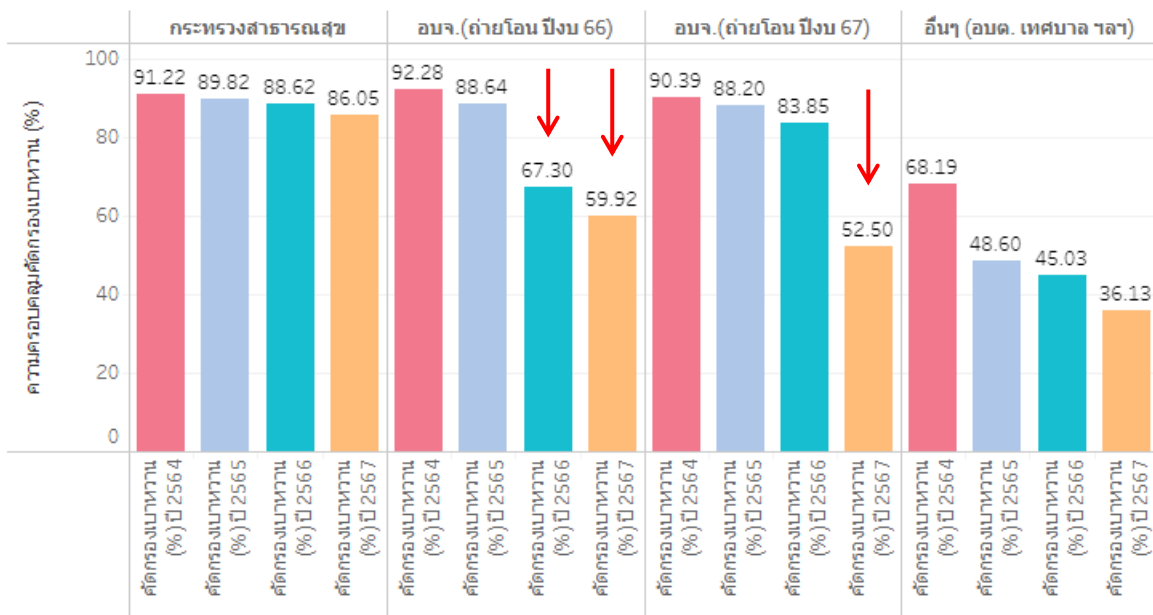
ภาพที่ 130 จำนวนคัดกรองเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

จำนวนคัดกรองเบาหวาน (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 131 % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

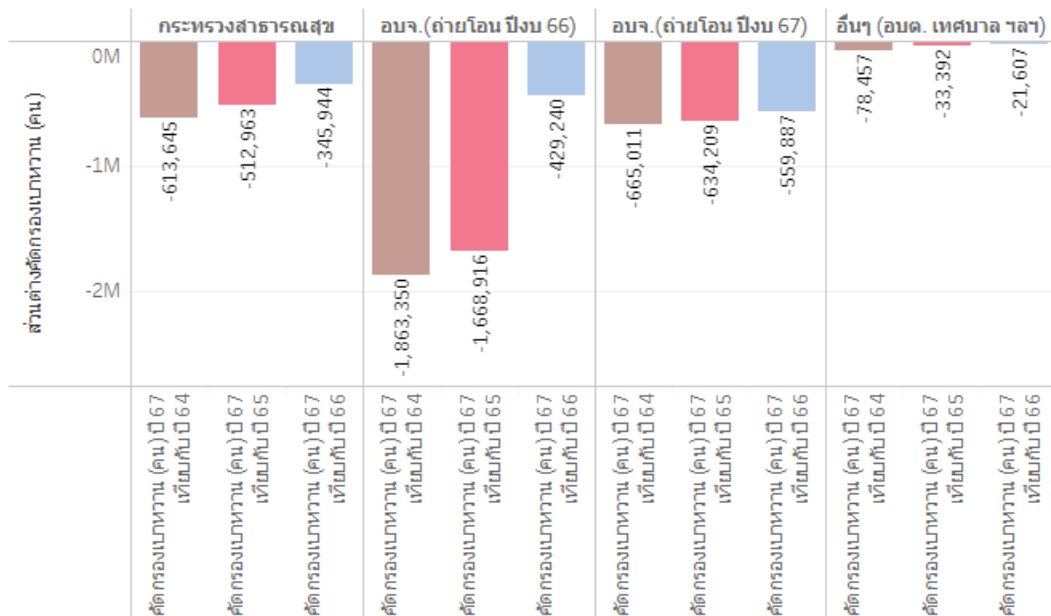
ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีสัดส่วนที่ลดลง 31.4% ในปี 2567 จากปี 2566 (ลดลง 5.6 แสนคน) และลดลง 35.7% จากปี 2565 (ภาพที่ 132-133)

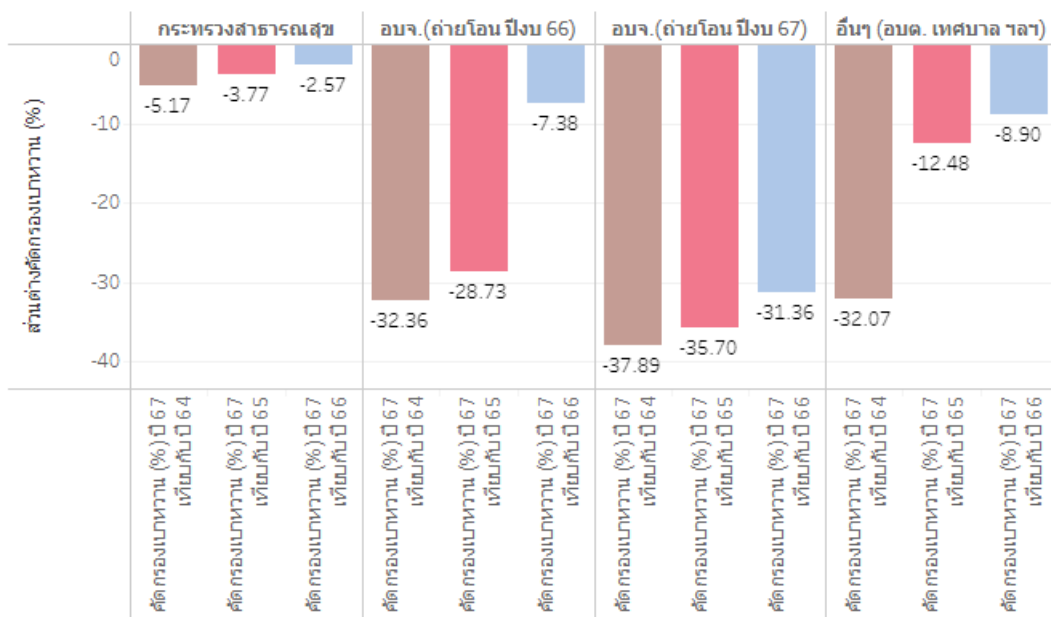
ภาพที่ 132 ส่วนต่างจำนวนคัดกรองเบาหวาน (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

ส่วนต่างคัดกรองเบาหวาน (คน) รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64, ปี 65, ปี 66



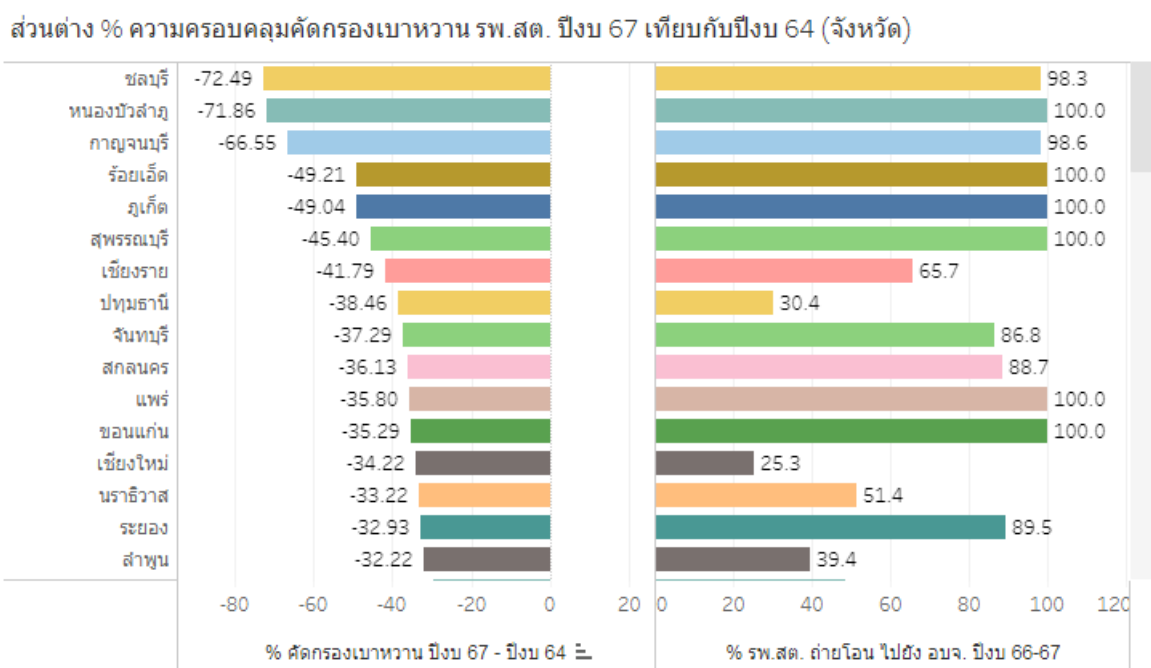
ภาพที่ 133 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

ส่วนต่างคัดกรองเบาหวาน (%) รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64, ปี 65, ปี 66

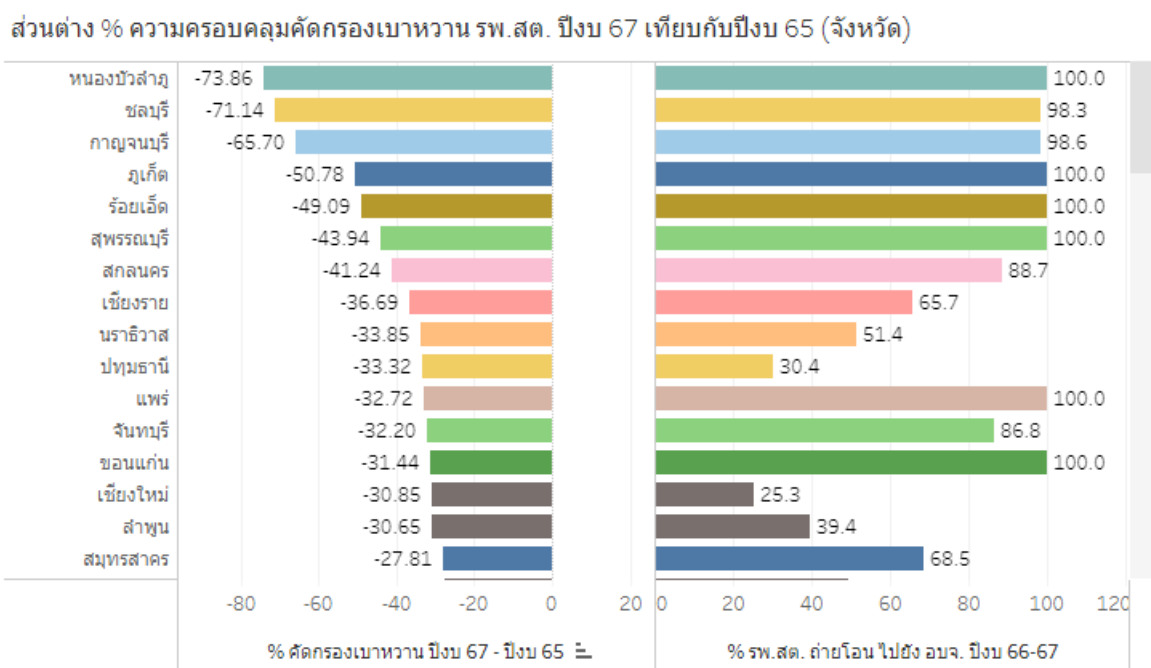


จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน รพ.สต. ปี 2567 เทียบกับปี 2564 ตีลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ ชลบุรี (-72.5%) หนองบัวลำภู (-71.9%) และกาญจนบุรี (-66.6%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย หนองบัวลำภู (-73.9%) ชลบุรี (-71.1%) และกาญจนบุรี (-65.7%) โดย ทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66-67 เกิน 95% (ภาพที่ 134-135)

ภาพที่ 134 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) รายจังหวัด

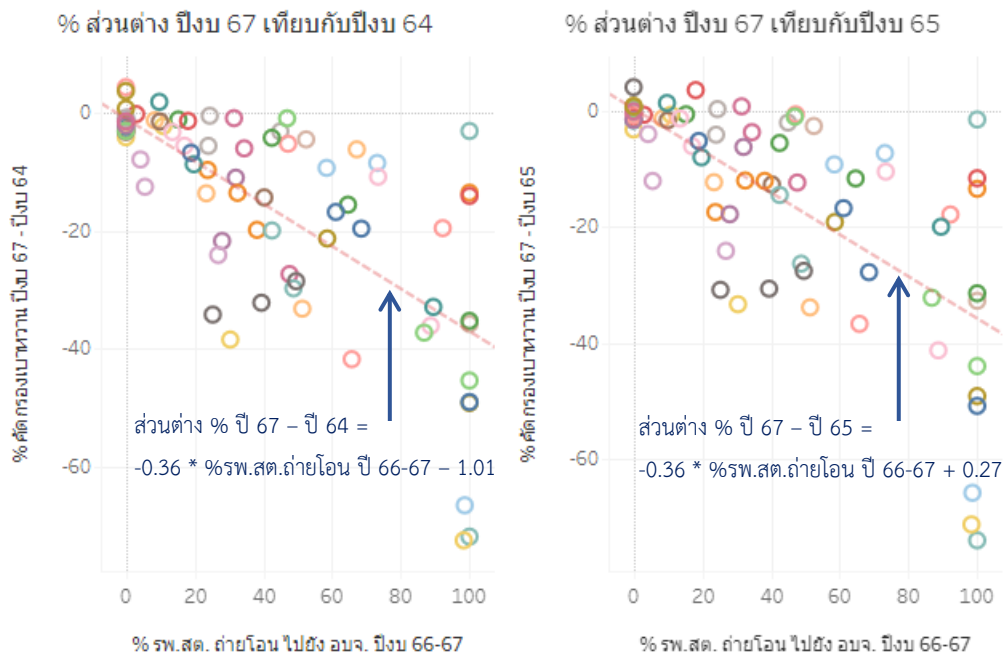


ภาพที่ 135 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

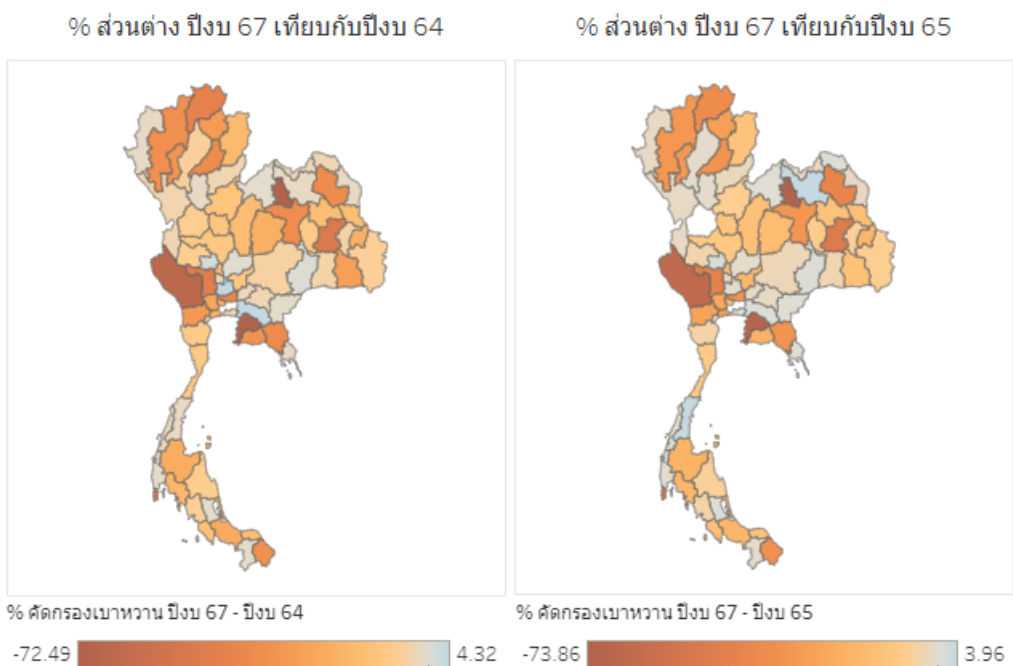


ภาพที่ 136 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และภาพที่ 137 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน

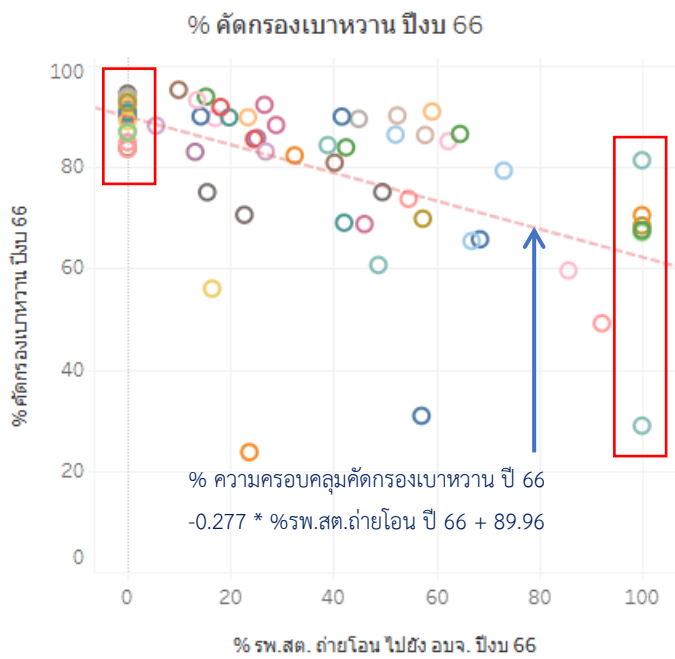
ภาพที่ 136 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 137 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และ เทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

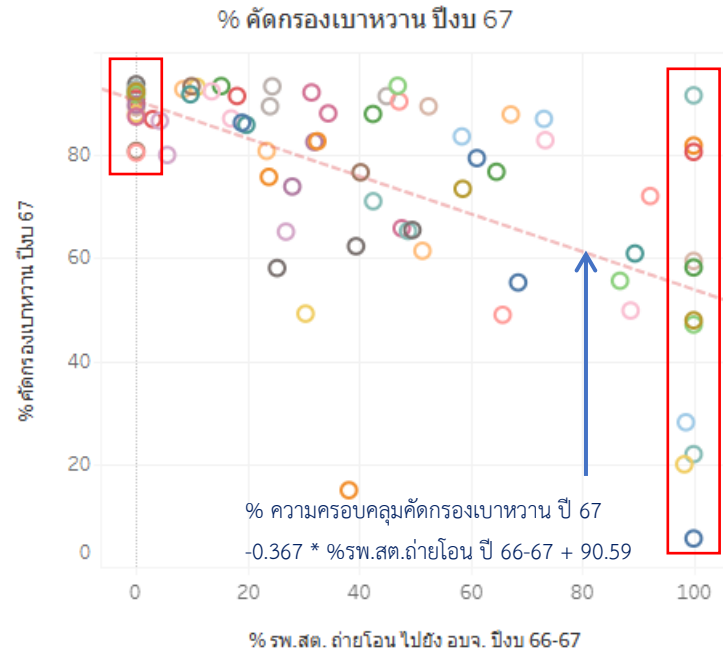


ภาพที่ 138 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 138 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 ลดลง ตาม % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างของ % ความครอบคลุมของการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ระหว่างจังหวัด ที่ค่อนข้างมาก สำหรับจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100% แต่ก็มีบางจังหวัดที่ถ่ายโอน รพ.สต. 100% ที่ยังมีความครอบคลุมอยู่ในระดับสูง

ภาพที่ 139 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 139 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2567 ลดลง ตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างของ %ความครอบคลุมของการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ระหว่างจังหวัด ที่ค่อนข้างมาก สำหรับจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100% แต่ก็มีบางจังหวัดที่ถ่ายโอน รพ.สต. 100% ที่ยังมีความครอบคลุมอยู่ในระดับสูง

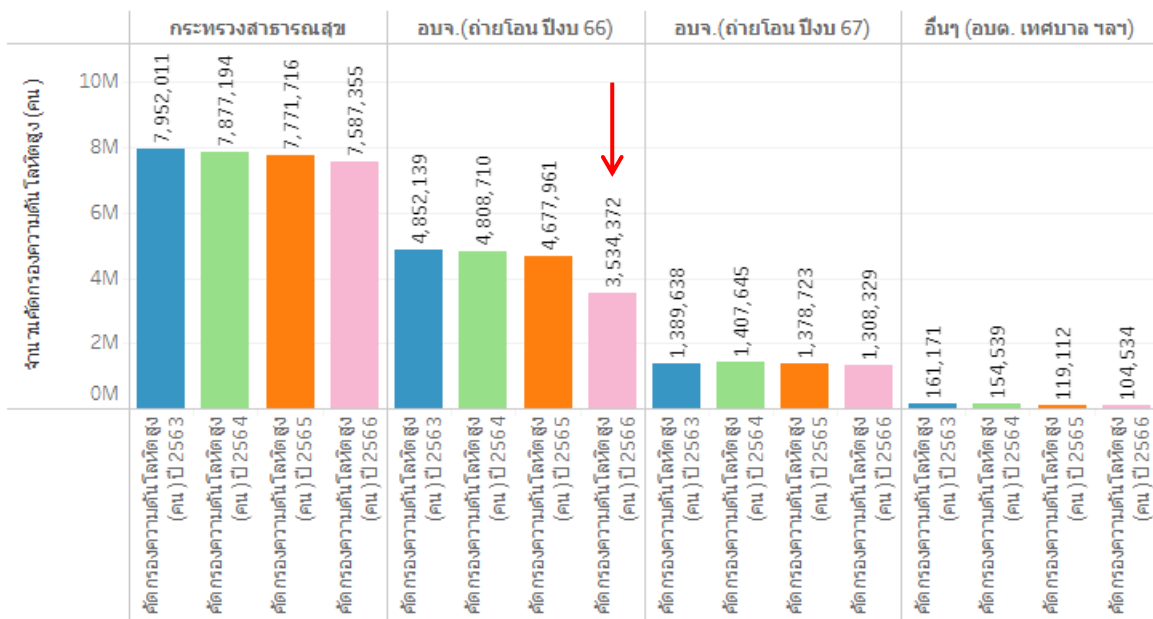
9) บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)

ข้อมูลบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2563-2566

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มี % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ที่ลดลงในปี 2566 (67.7%) เทียบกับปี 2565 (90.2%) (ภาพที่ 140-141)

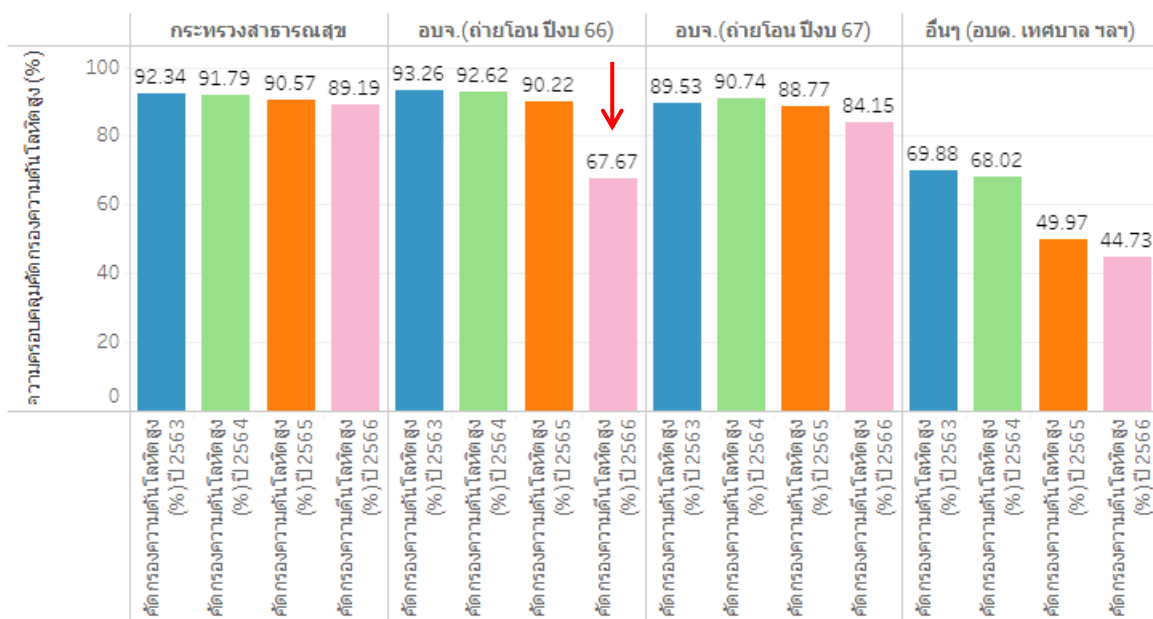
ภาพที่ 140 จำนวนคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



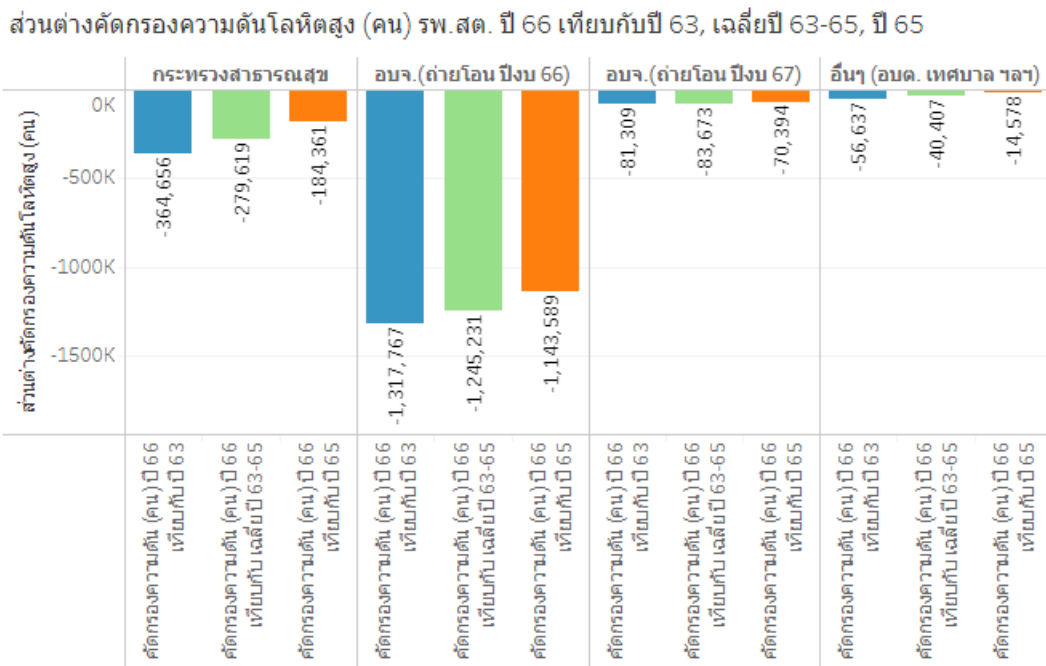
ภาพที่ 141 % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

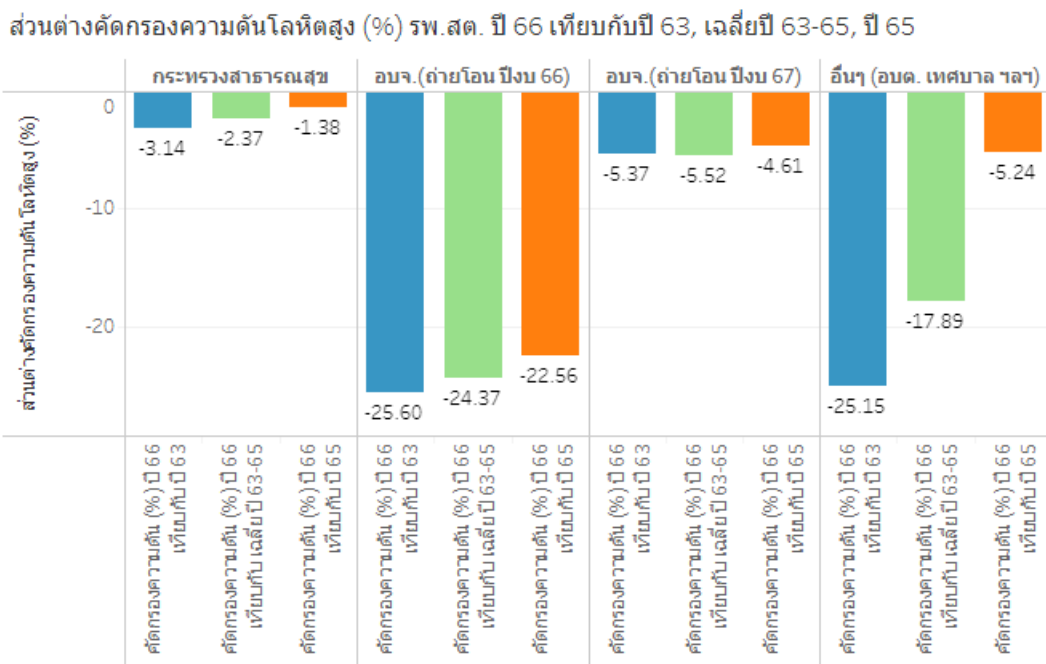


ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มี สัดส่วนที่ลดลง 22.6% ในปี 2566 จากปี 2565 (ลดลง 1.14 ล้านคน) และลดลง 25.6% จากปี 2563 (ภาพที่ 142-143)

ภาพที่ 142 ส่วนต่างจำนวนคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)

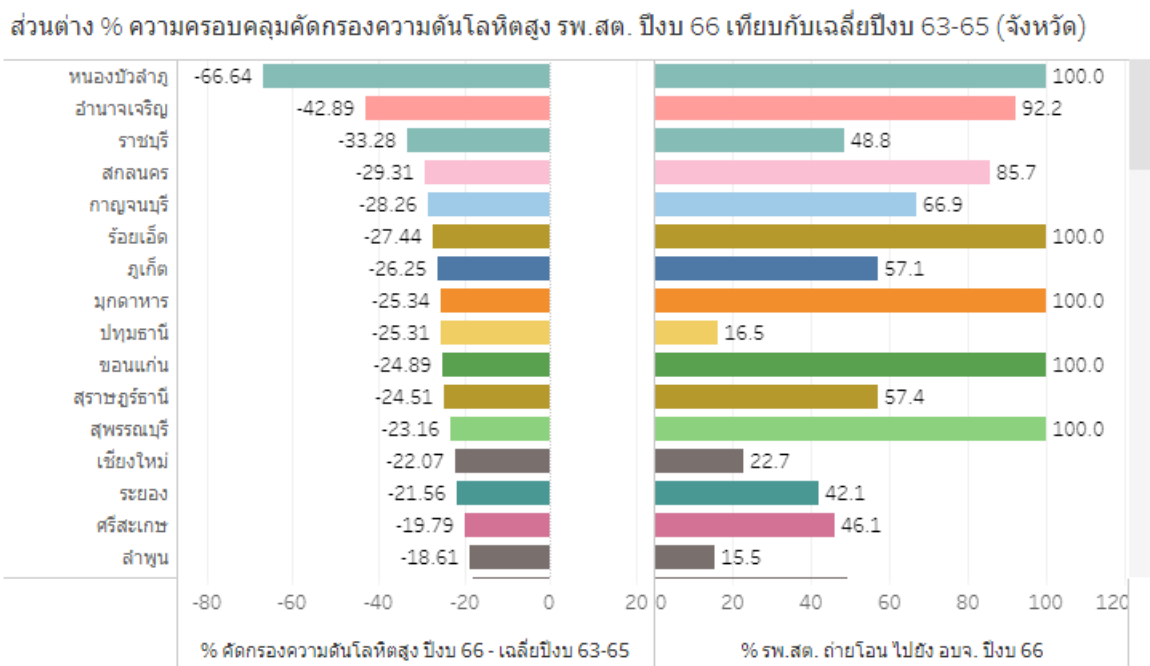


ภาพที่ 143 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

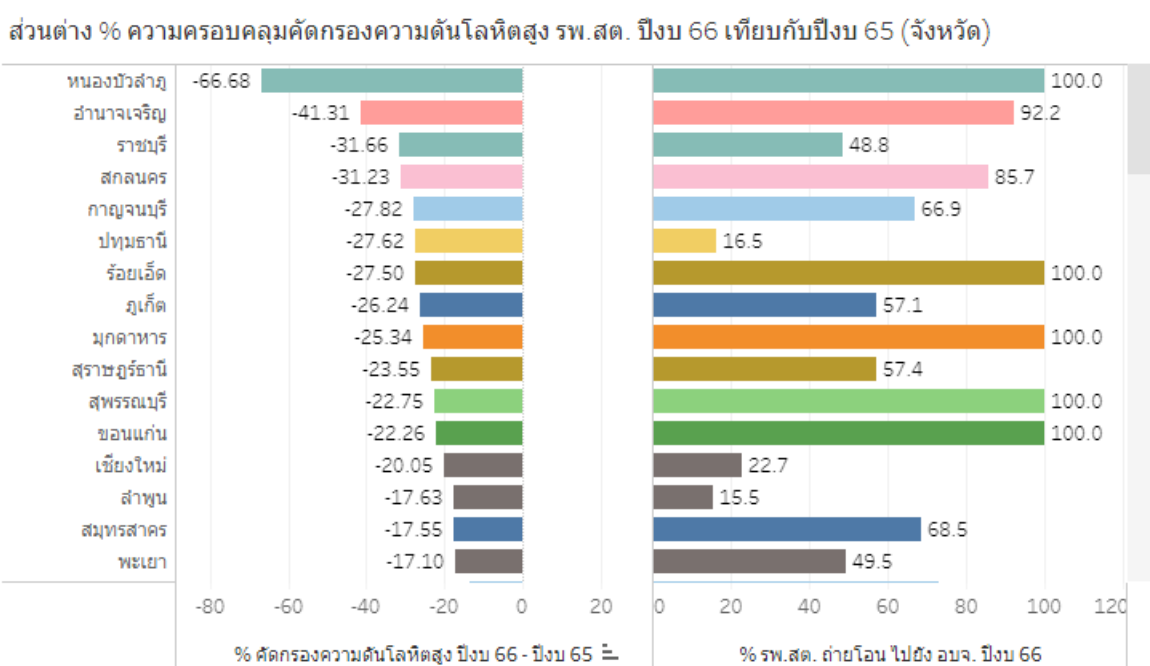


จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง รพ.สต. ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 ตีตกมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ หนองบัวลำภู (-66.6%) อำนาจเจริญ (-42.9%) และราชบุรี (-33.3%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย หนองบัวลำภู (-66.7%) อำนาจเจริญ (-41.3%) และราชบุรี (-31.7%) (ภาพที่ 144-145)

ภาพที่ 144 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด

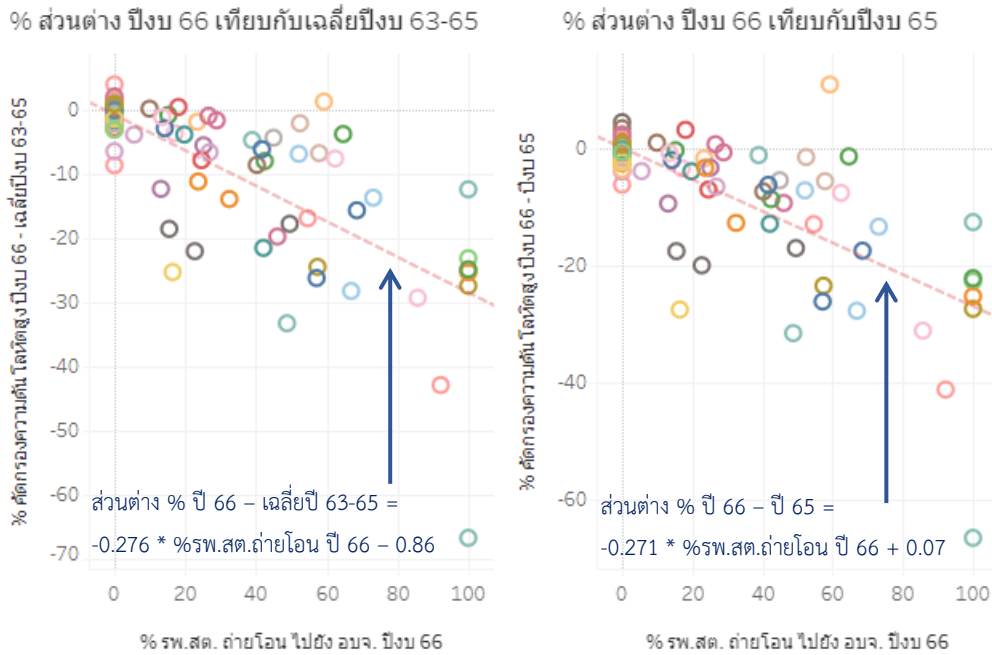


ภาพที่ 145 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) รายจังหวัด

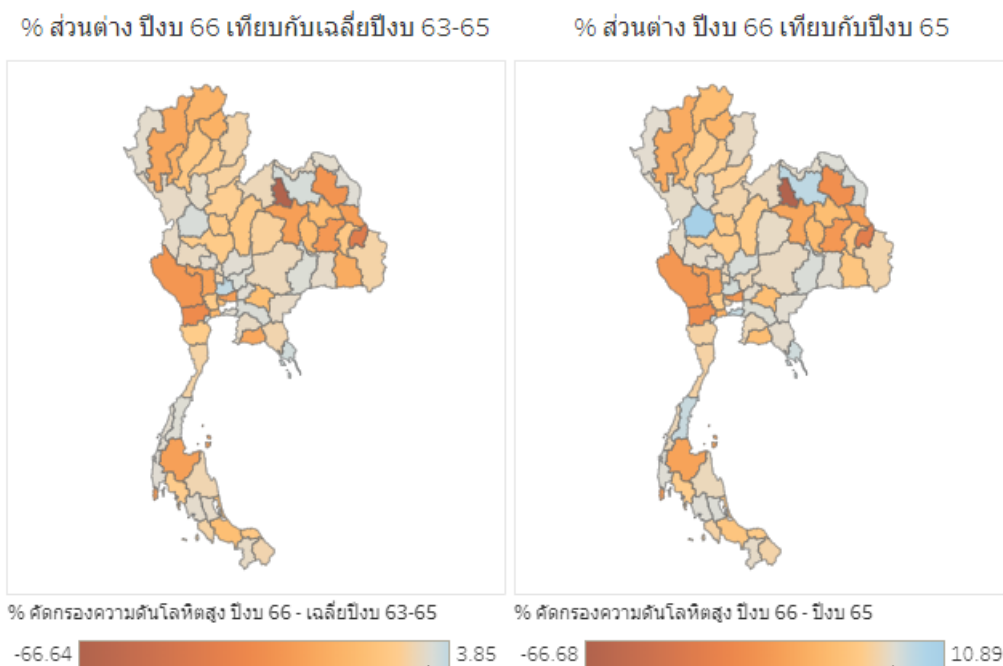


ภาพที่ 146 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 147 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง

ภาพที่ 146 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 147 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

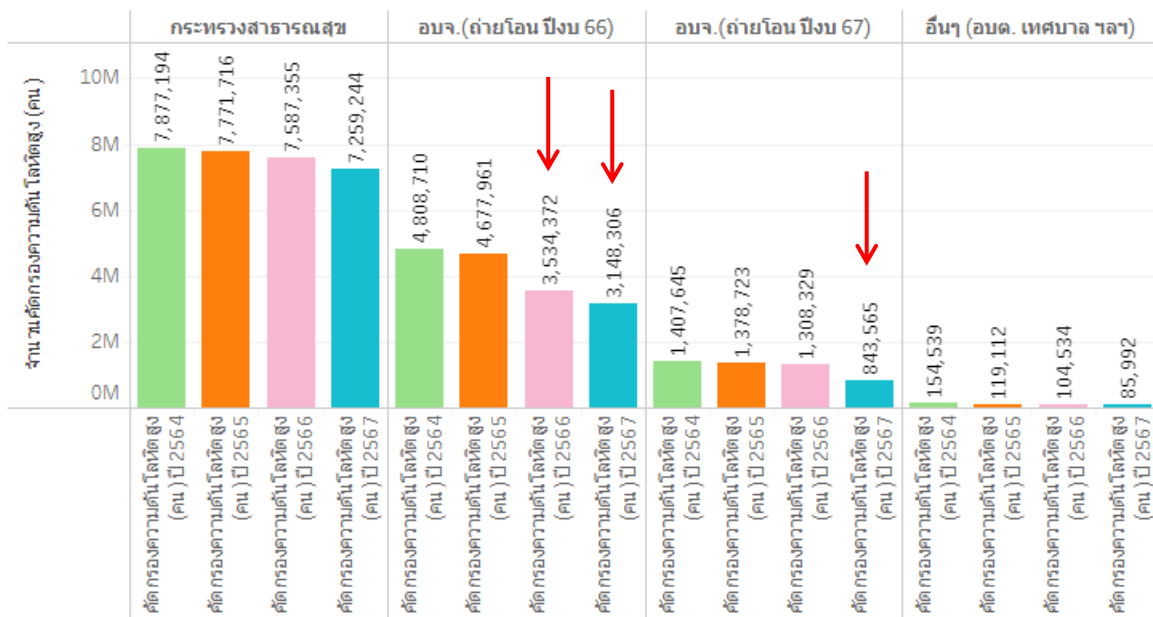


ข้อมูลบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2564-2567

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ที่ลดลง ในปี 2567 (53.6%) เทียบกับปี 2566 (84.2%) ในขณะที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ในปี 2567 ที่ลดลงเช่นกัน (60.2% เทียบกับ 67.7% ในปี 2566) (ภาพที่ 148-149)

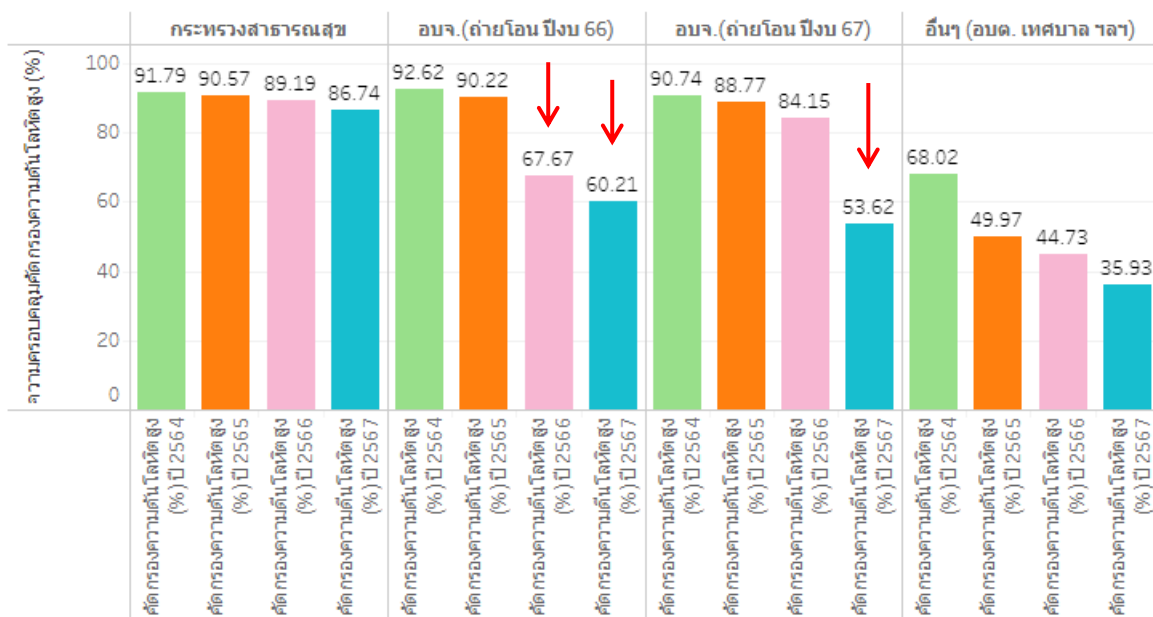
ภาพที่ 148 จำนวนคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

จำนวนคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 149 % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

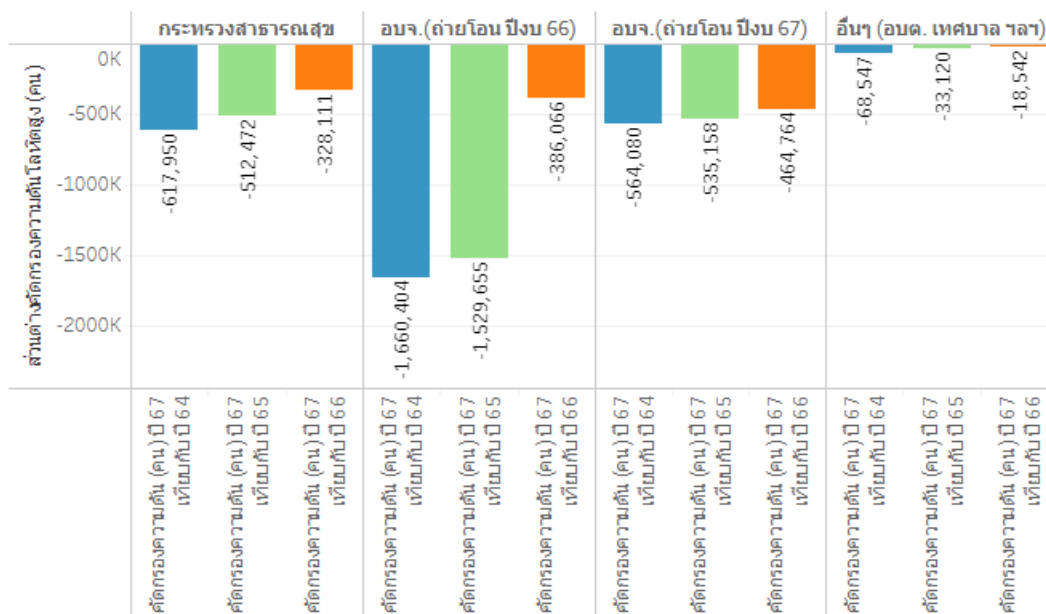
ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มี สัดส่วนที่ลดลง 30.5% ในปี 2567 จากปี 2566 (ลดลง 4.6 แสนคน) และลดลง 35.2% จากปี 2565 (ภาพที่ 150-151)

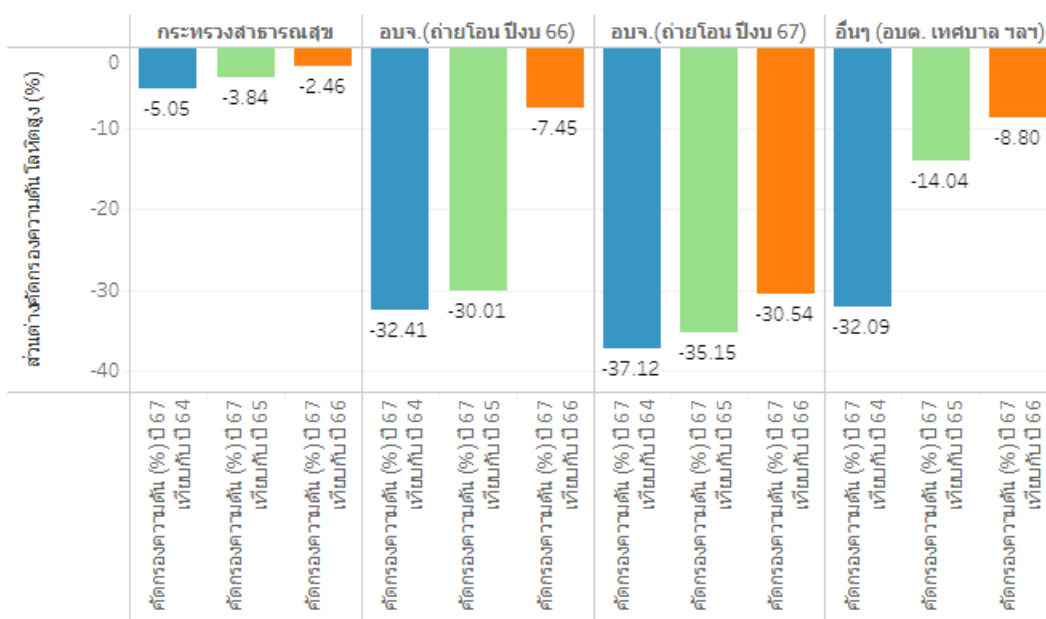
ภาพที่ 150 ส่วนต่างจำนวนคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และ ปี 2566)

ส่วนต่างคัดกรองความดันโลหิตสูง (คน) รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64, ปี 65, ปี 66



ภาพที่ 151 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

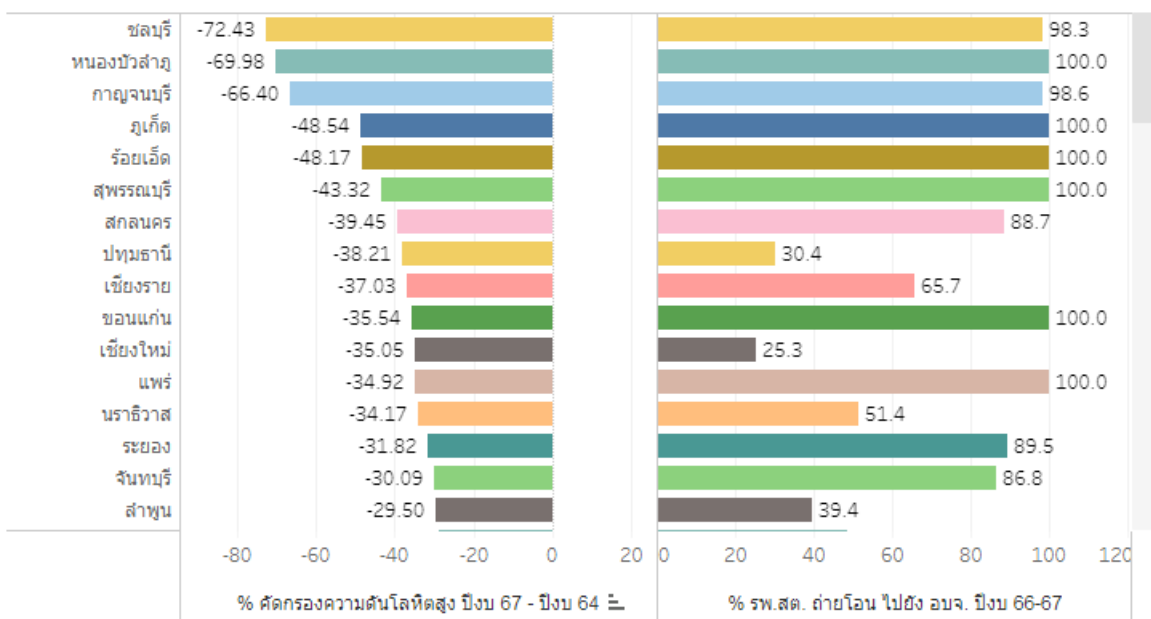
ส่วนต่างคัดกรองความดันโลหิตสูง (%) รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64, ปี 65, ปี 66



จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง รพ.สต. ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 ตีดลบมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ ชลบุรี (-72.4%) หนองบัวลำภู (-70%) และกาญจนบุรี (-66.4%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย หนองบัวลำภู (-71.9%) ชลบุรี (-71.3%) และกาญจนบุรี (-65.5%) โดยทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66-67 เกิน 95% (ภาพที่ 152-153)

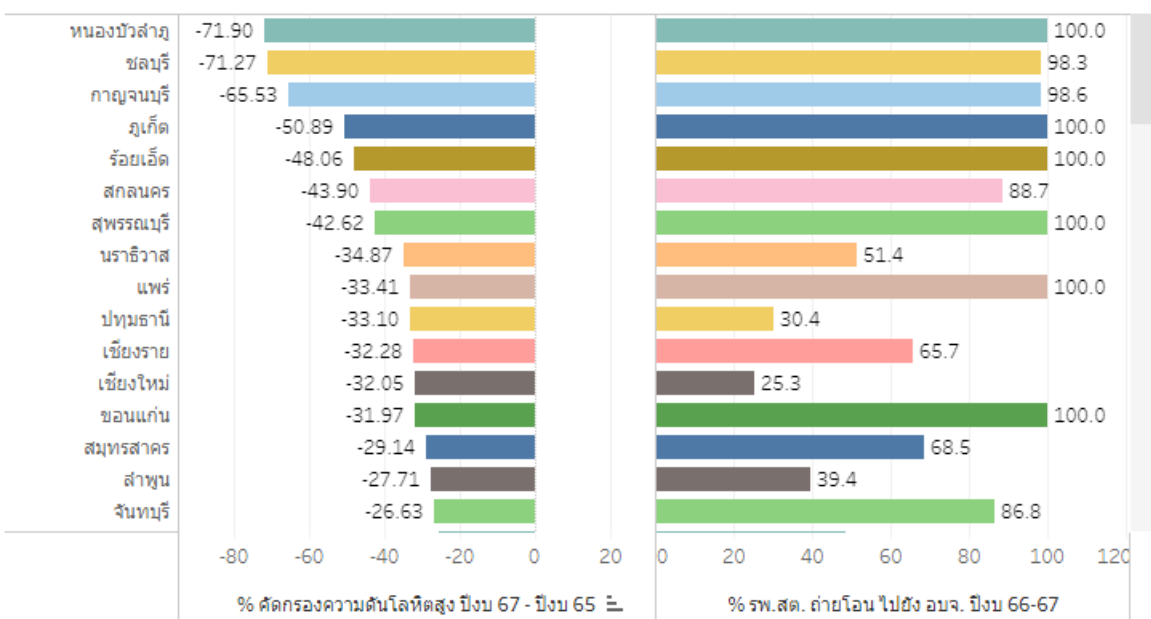
ภาพที่ 152 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) ราย จังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 64 (จังหวัด)



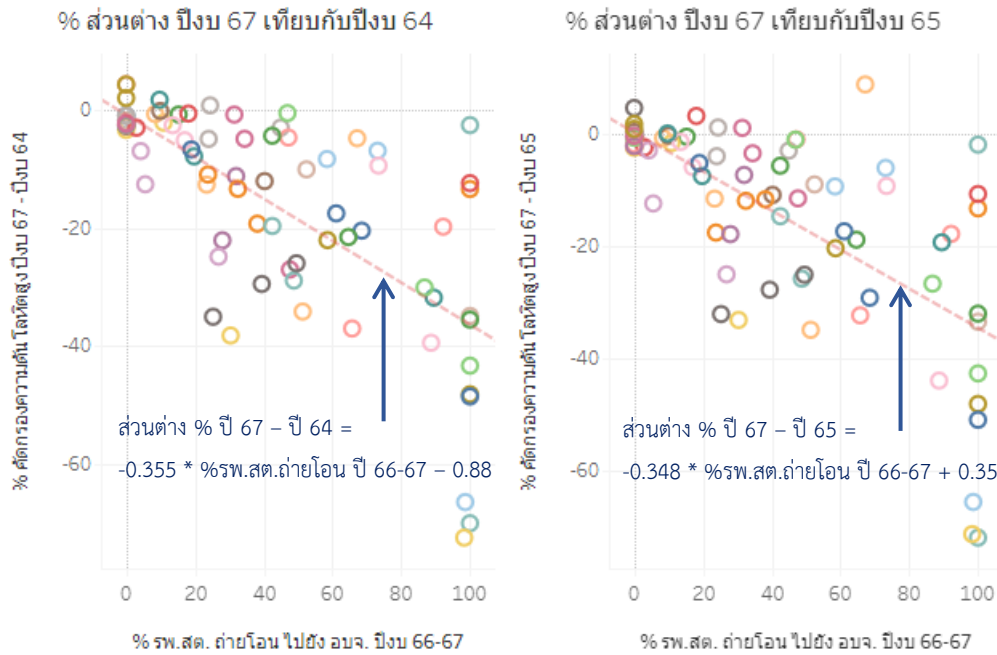
ภาพที่ 153 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) ราย จังหวัด

ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง รพ.สต. ปี 67 เทียบกับปี 65 (จังหวัด)

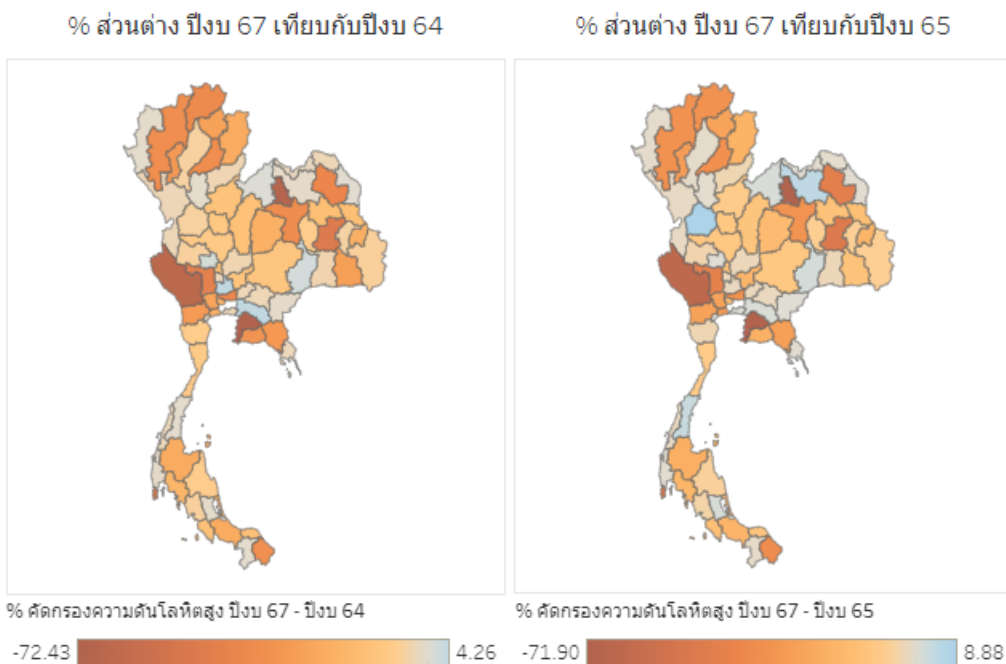


ภาพที่ 154 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบ มากขึ้น และภาพที่ 155 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง

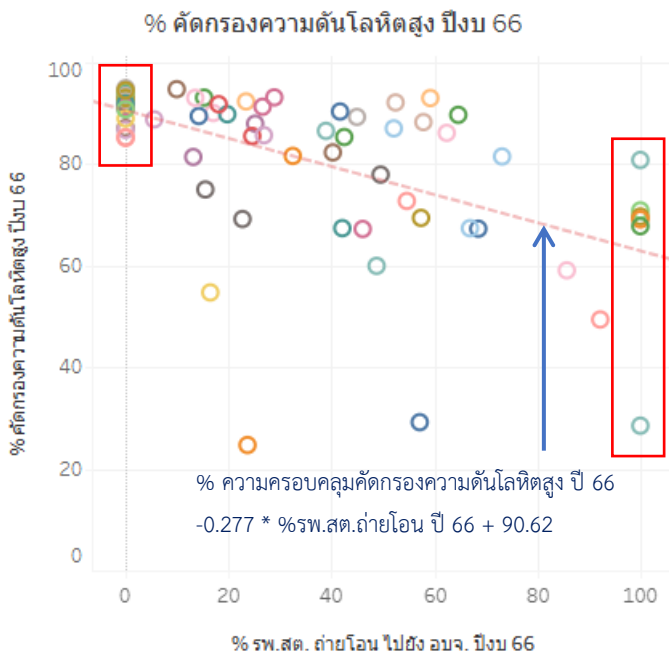
ภาพที่ 154 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ราย จังหวัด



ภาพที่ 155 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

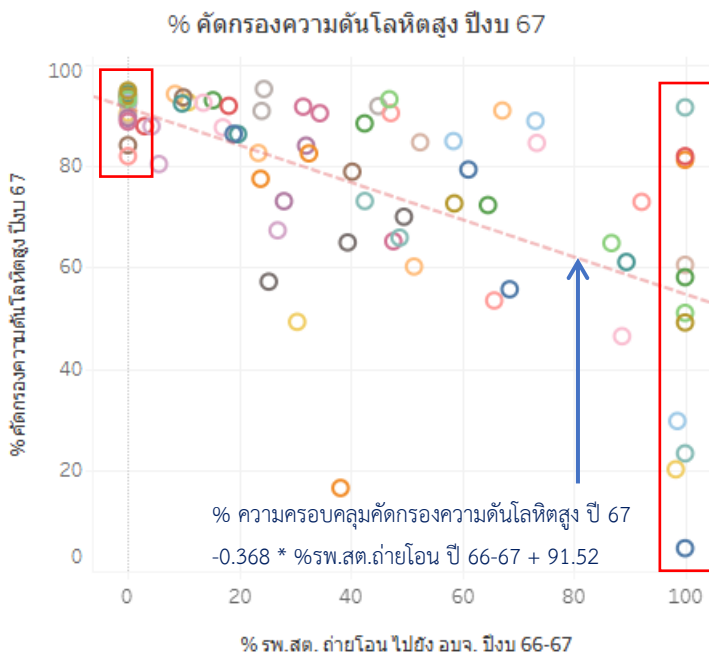


ภาพที่ 156 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 156 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 ลดลงตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างของ %ความครอบคลุมของการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ระหว่างจังหวัด ที่ค่อนข้างมาก สำหรับจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100% แต่ก็มีบางจังหวัดที่ถ่ายโอน รพ.สต. 100% ที่ยังมีความครอบคลุมอยู่ในระดับสูง

ภาพที่ 157 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 157 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2567 ลดลงตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างของ %ความครอบคลุมของการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ระหว่างจังหวัด ที่ค่อนข้างมาก สำหรับจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100% แต่ก็มีบางจังหวัดที่ถ่ายโอน รพ.สต. 100% ที่ยังมีความครอบคลุมอยู่ในระดับสูง

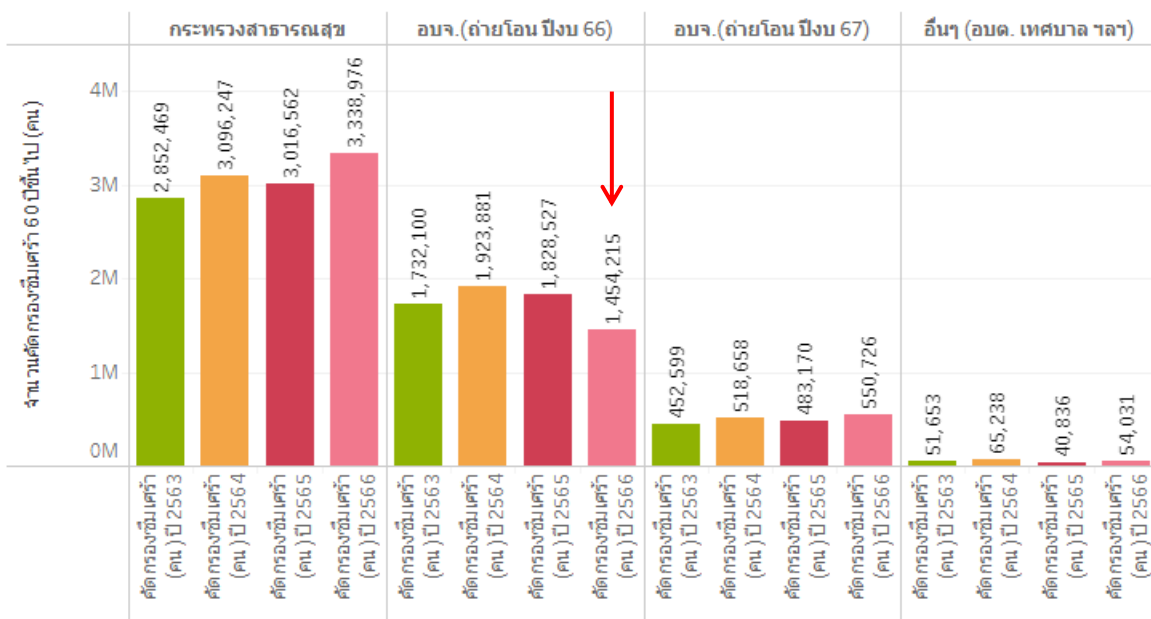
10) บริการคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (จำนวนคน และ % ความครอบคลุม)

ข้อมูลบริการคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2563-2566

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มี % ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ที่ลดลงในปี 2566 (54.1%) เทียบกับปี 2565 (71.1%) (ภาพที่ 158-159)

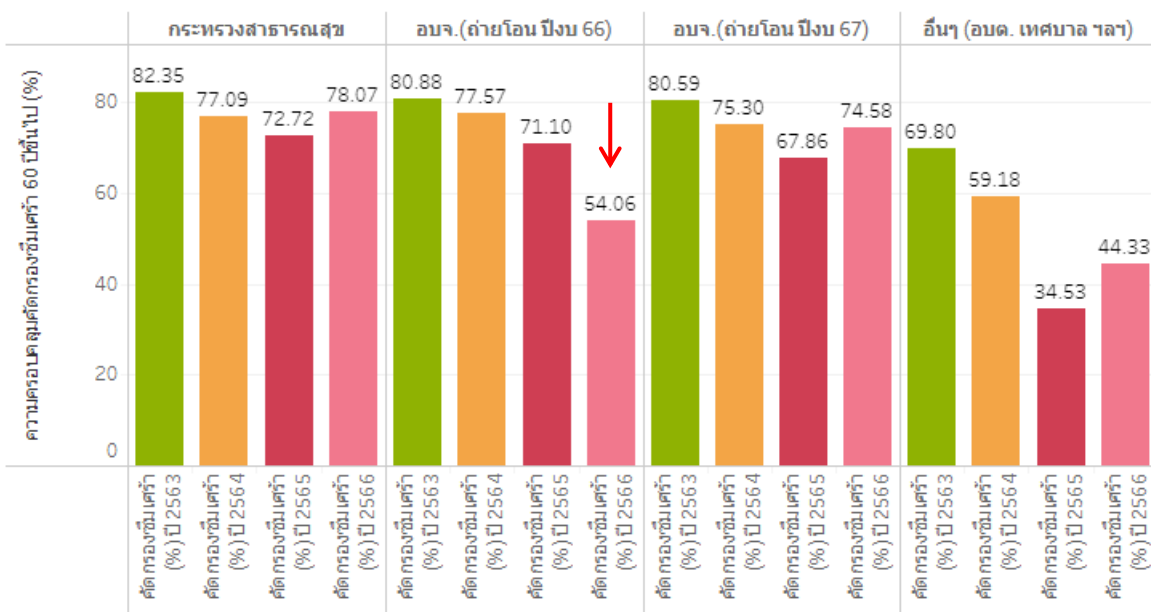
ภาพที่ 158 จำนวนคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

จำนวนคัดกรองซึมเศร้า (2Q) 60 ปีขึ้นไป (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)



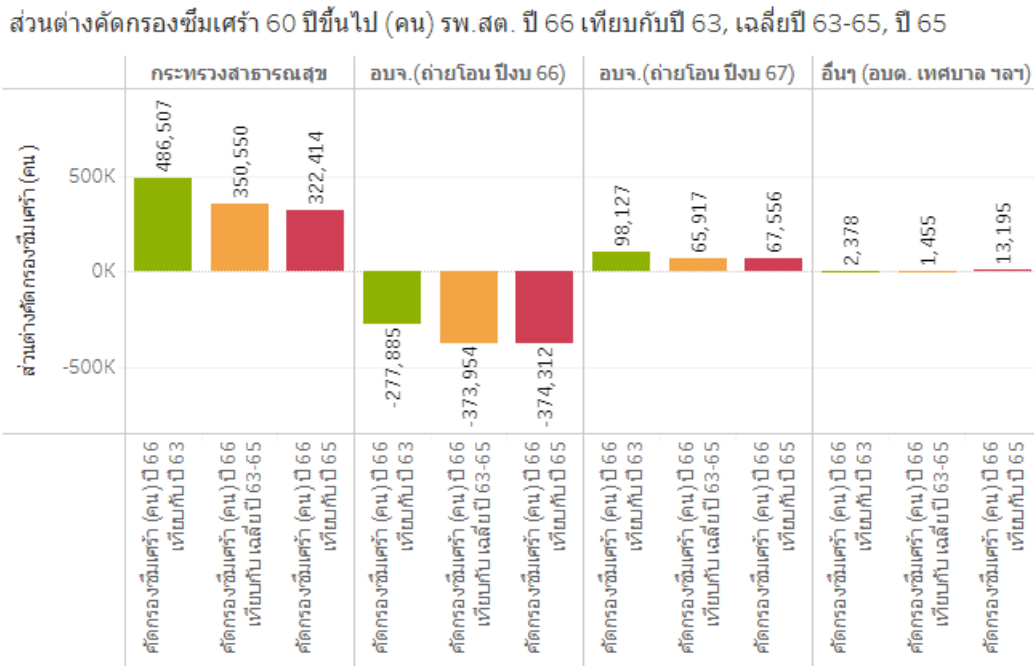
ภาพที่ 159 % ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า 60 ปีขึ้นไป (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2563-2566)

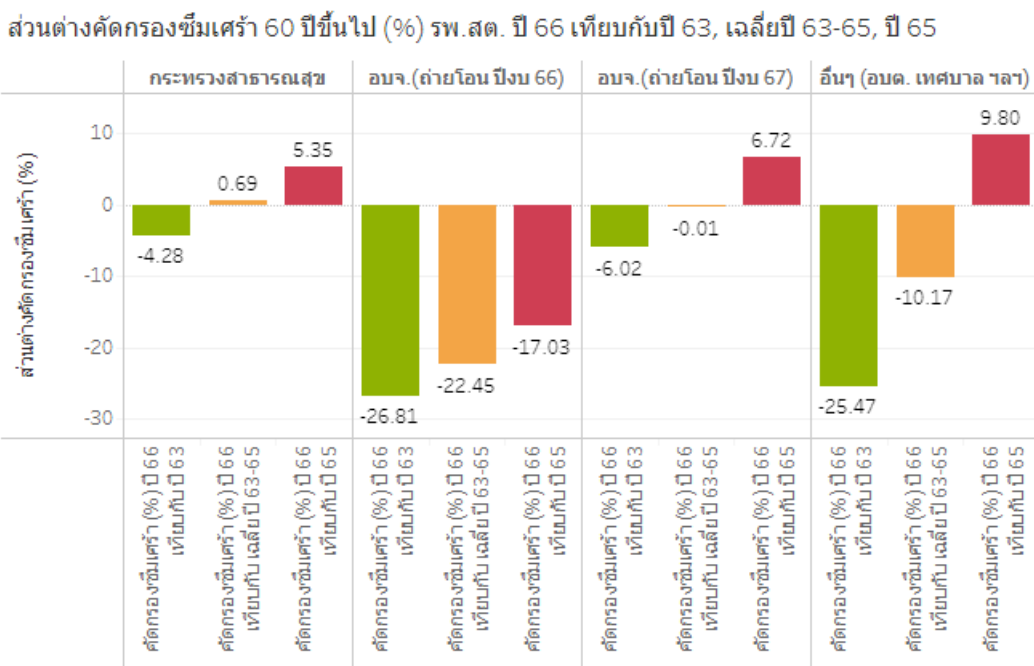


ความครอบคลุมคัดกรองซีแมสเร้า ผู้สูงอายุ ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มี สัดส่วนที่ลดลง 17% ในปี 2566 จากปี 2565 (ลดลง 3.7 แสนคน) และลดลง 26.8% จากปี 2563 (ภาพที่ 160-161)

ภาพที่ 160 ส่วนต่างจำนวนคัดกรองซีแมสเร้า ผู้สูงอายุ (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ย ปี 2563-2565 และปี 2565)

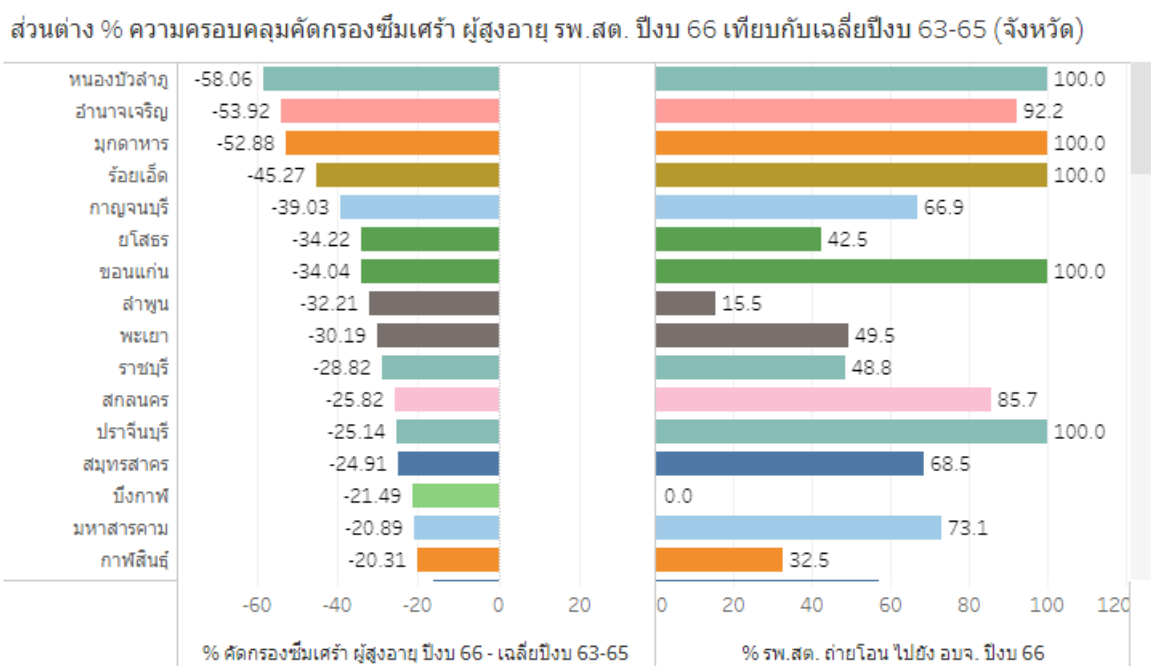


ภาพที่ 161 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีแมสเร้า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับปี 2563, เฉลี่ยปี 2563-2565 และปี 2565)

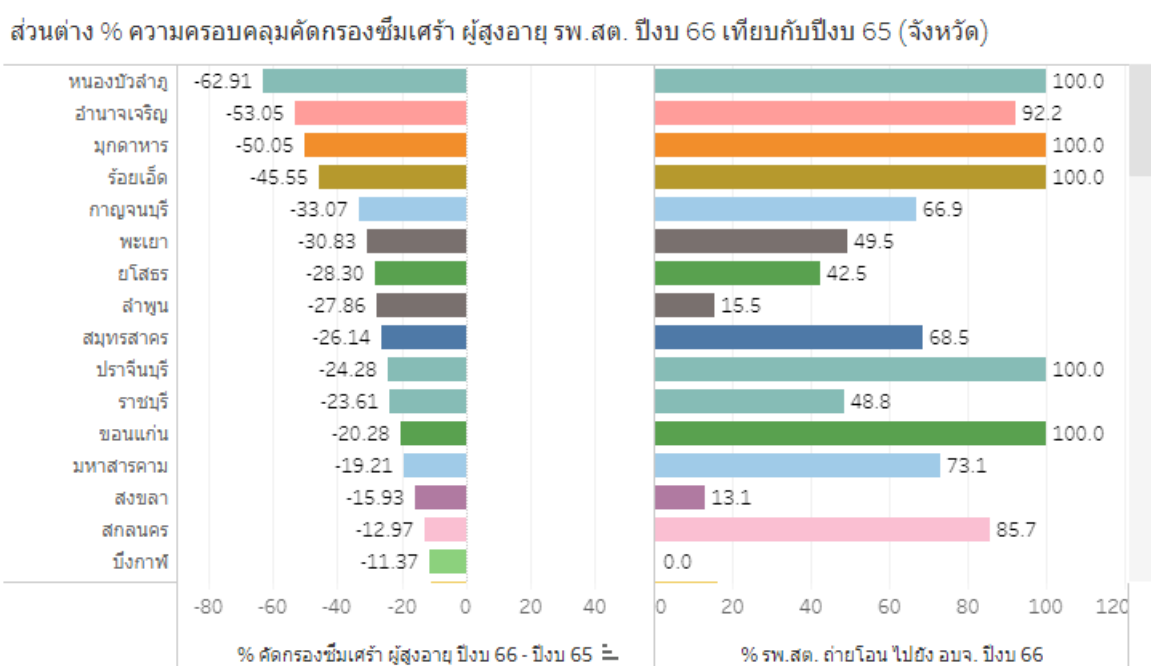


จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีเอ็มเซร่า ผู้สูงอายุ รพ.สต. ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 ตีตกมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ หนองบัวลำภู (-58.1%) อำนาจเจริญ (-53.9%) และมุกดาหาร (-52.9%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย หนองบัวลำภู (-62.9%) อำนาจเจริญ (-53.1%) และมุกดาหาร (-50.1%) (ภาพที่ 162-163)

ภาพที่ 162 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีเอ็มเซร่า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565) รายจังหวัด

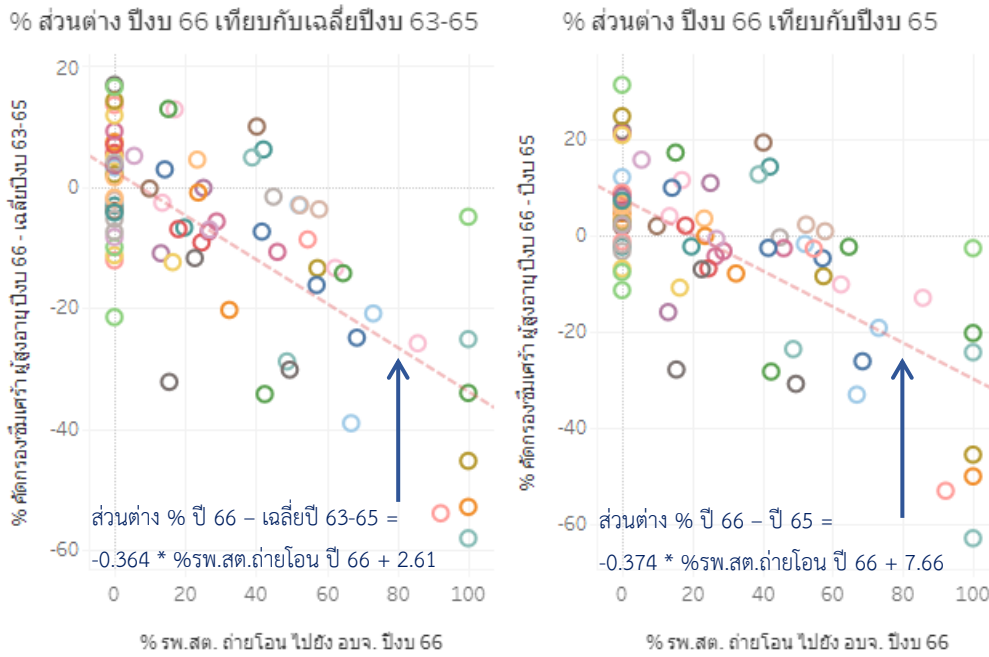


ภาพที่ 163 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีเอ็มเซร่า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ ปี 2565) ราย จังหวัด

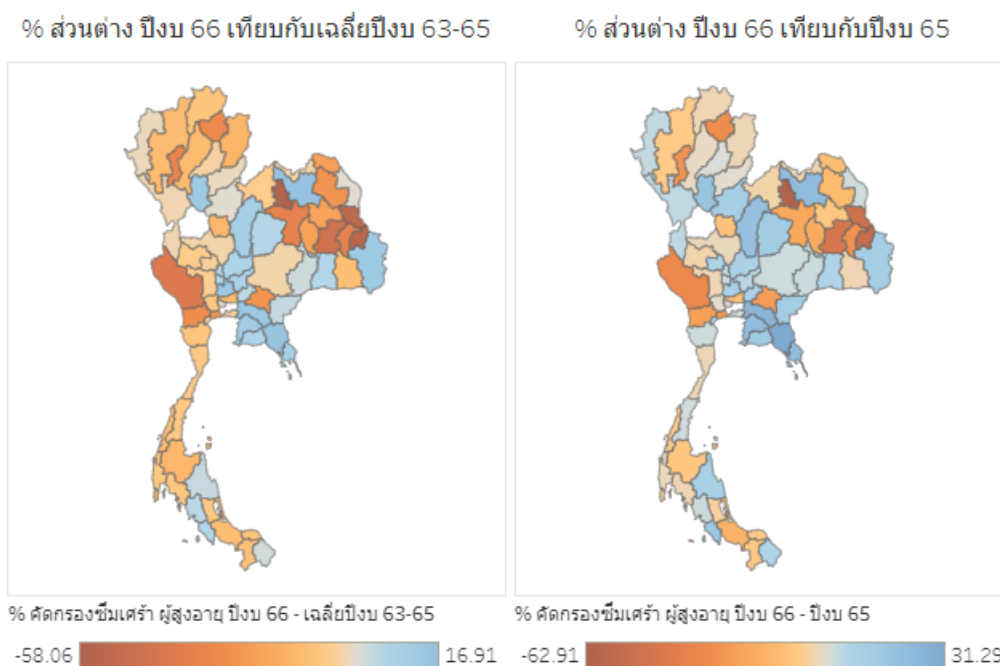


ภาพที่ 164 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ปี 2566 เทียบกับเฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบมากขึ้น และ ภาพที่ 165 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

ภาพที่ 164 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 165 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2566 เทียบกับ เฉลี่ยปี 2563-2565 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

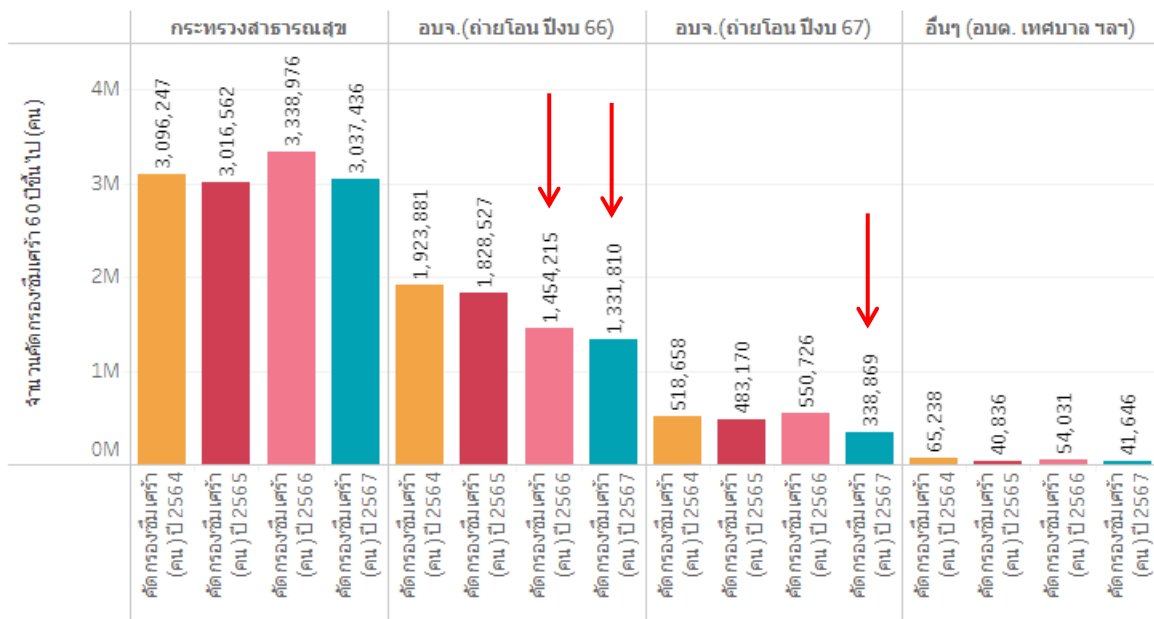


ข้อมูลบริการคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2564-2567

รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ที่ลดลง ในปี 2567 (43.4%) เทียบกับปี 2566 (74.6%) ในขณะที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ในปี 2567 ที่ลดลงเช่นกัน (47.5% เทียบกับ 54.1% ในปี 2566) (ภาพที่ 166-167)

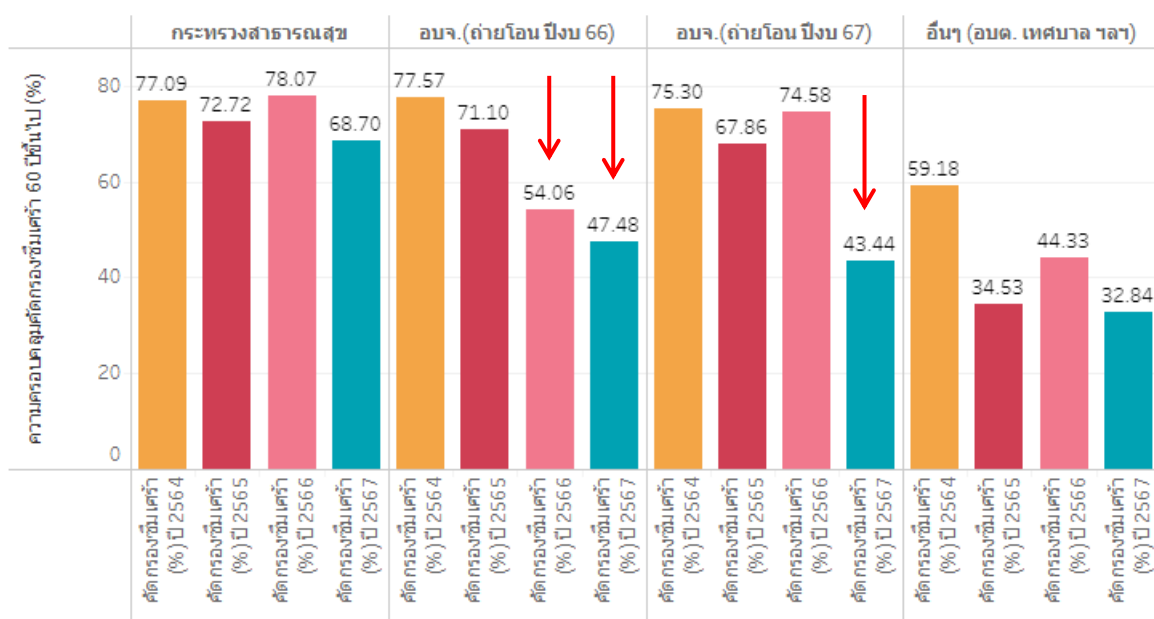
ภาพที่ 166 จำนวนคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ (คน) ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

จำนวนคัดกรองซึมเศร้า (2Q) 60 ปีขึ้นไป (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



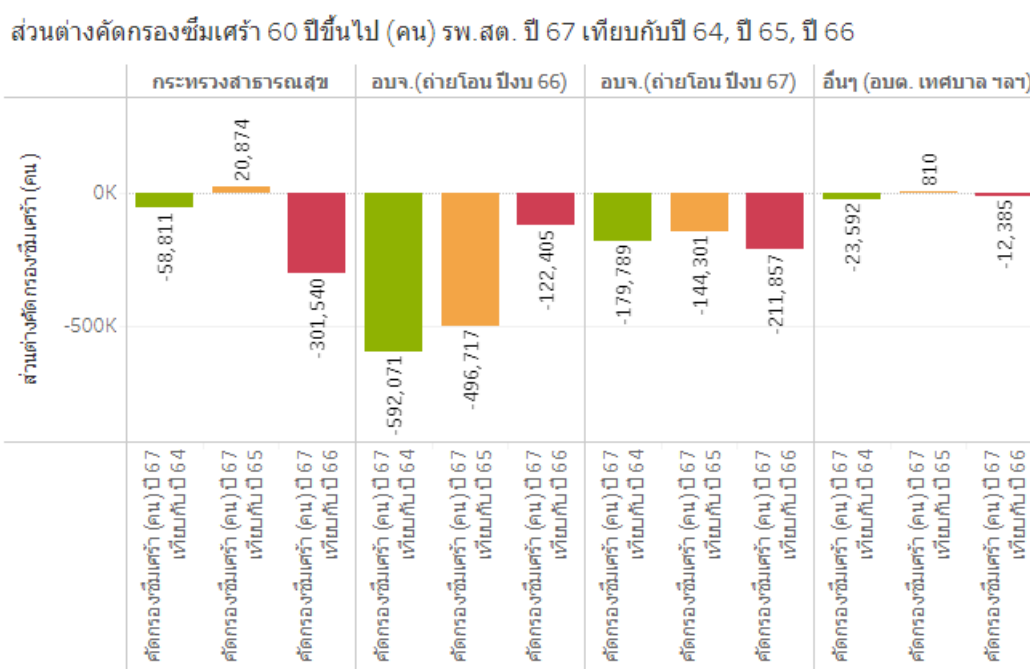
ภาพที่ 167 % ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า 60 ปีขึ้นไป (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

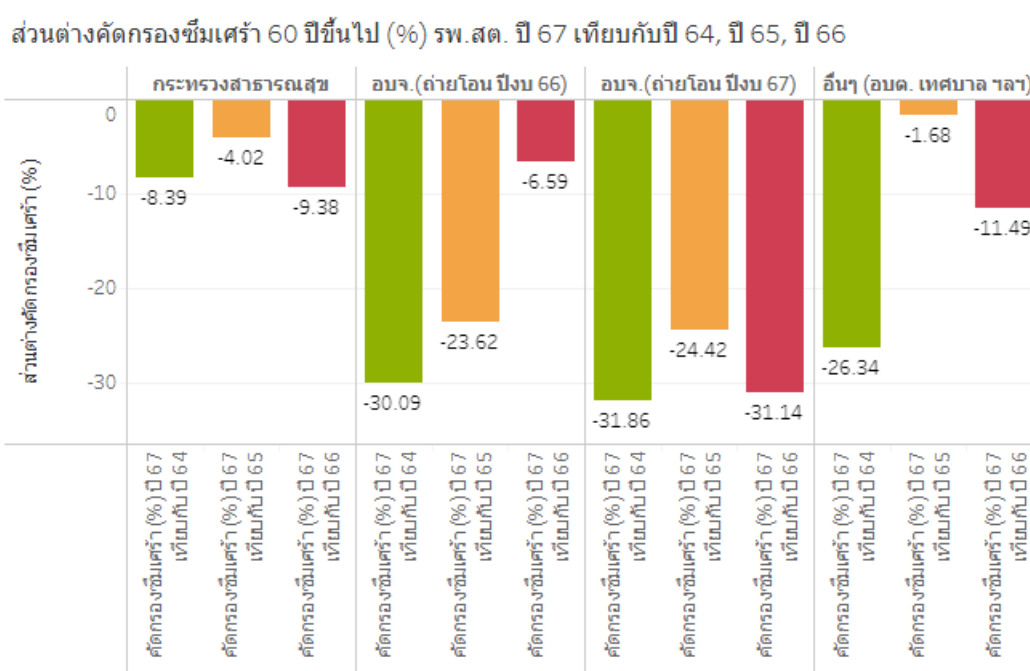


ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีสัดส่วนที่ลดลง 31.1% ในปี 2567 จากปี 2566 (ลดลง 2.1 แสนคน) และลดลง 24.4% จากปี 2565 (ภาพที่ 168-169)

ภาพที่ 168 ส่วนต่างจำนวนคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ (คน) ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

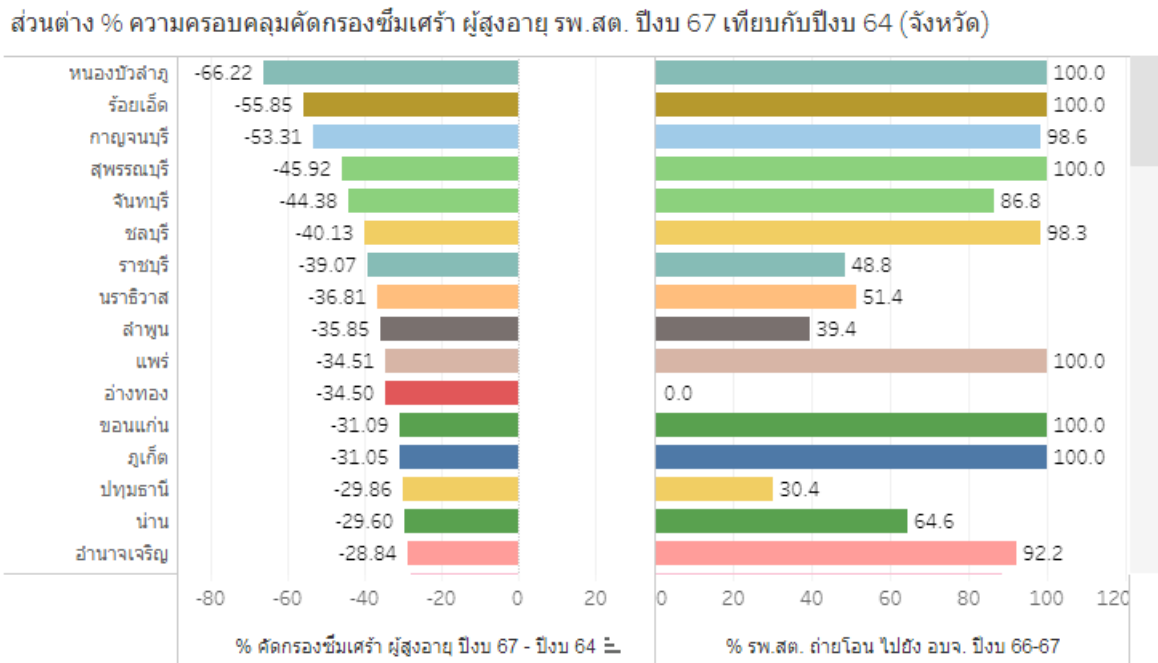


ภาพที่ 169 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับปี 2564, ปี 2565 และปี 2566)

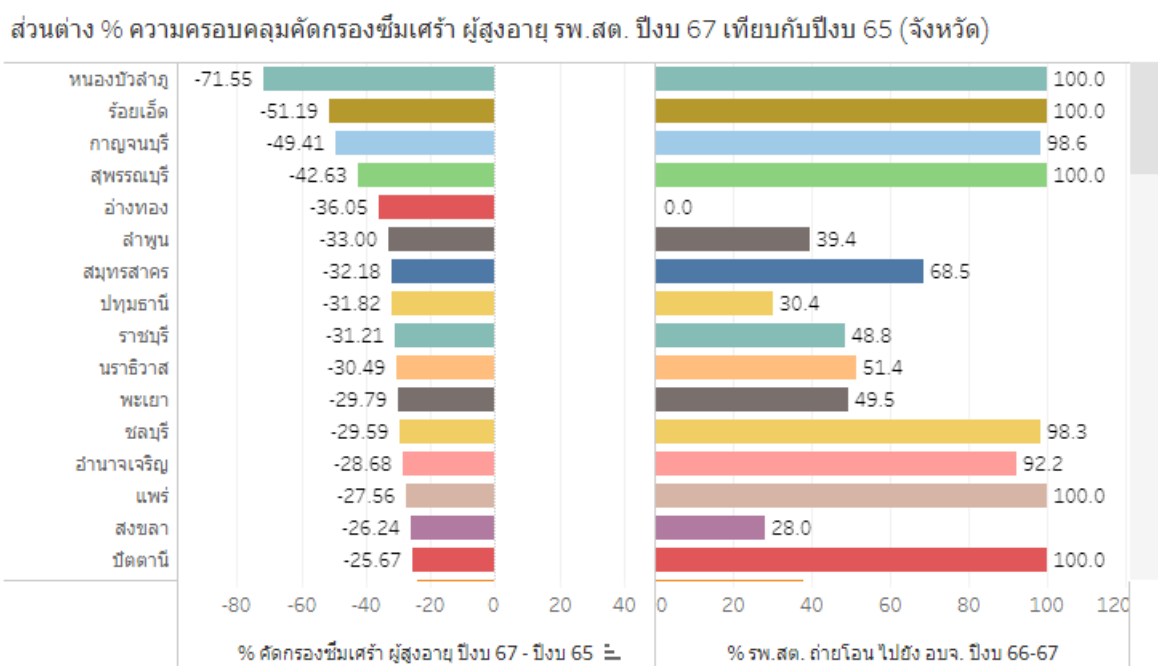


จังหวัด 3 อันดับแรก ที่มี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเข็มศร้าว ผู้สูงอายุ รพ.สต. ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 ตีตกมากที่สุด (คิดรวม รพ.สต.ทั้งหมด) ได้แก่ หนองบัวลำภู (-66.2%) ร้อยเอ็ด (-55.9%) และกาญจนบุรี (-53.3%) และหากเทียบกับปี 2565 จะประกอบด้วย หนองบัวลำภู (-71.6%) ร้อยเอ็ด (-51.2%) และกาญจนบุรี (-49.4%) โดยทั้ง 3 อันดับแรก มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ปี 66-67 เกิน 95% (ภาพที่ 170-171)

ภาพที่ 170 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเข็มศร้าว ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564) ราย จังหวัด

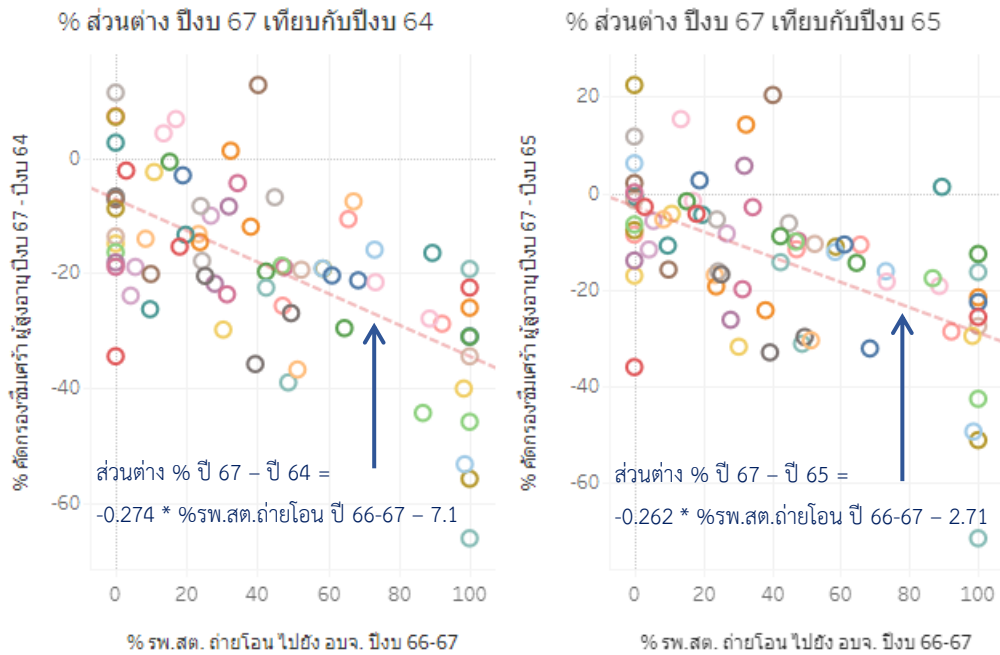


ภาพที่ 171 ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเข็มศร้าว ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2565) ราย จังหวัด

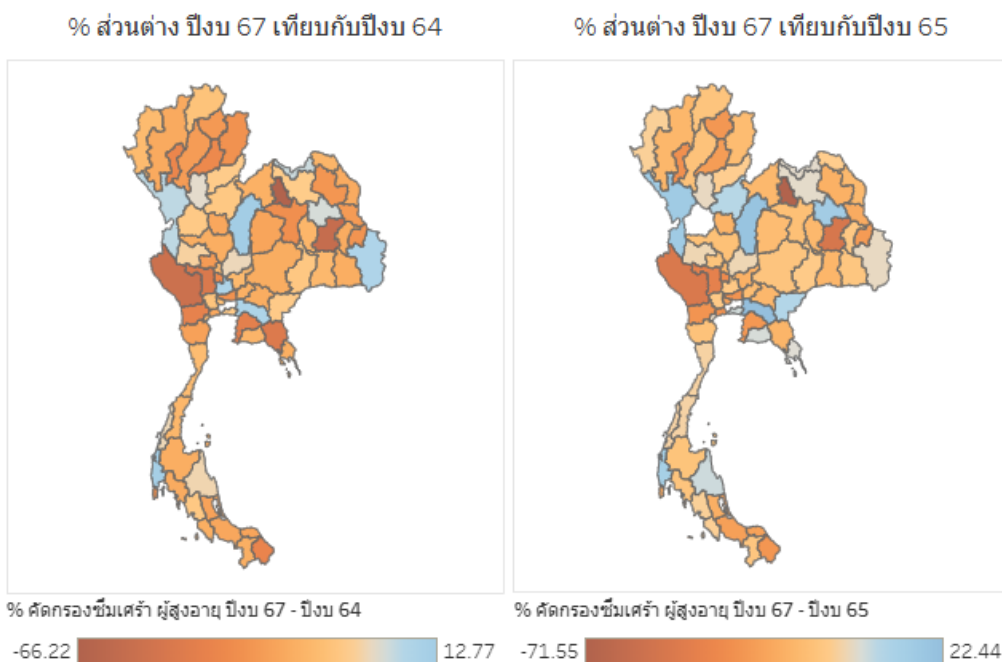


ภาพที่ 172 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มี % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 ที่มากขึ้น จะมี ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซร่า ผู้สูงอายุ ปี 2567 เทียบกับปี 2564 และเทียบกับ ปี 2565 ที่ติดลบ มากขึ้น และภาพที่ 173 แสดงแผนที่การกระจายของ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซร่า ผู้สูงอายุ

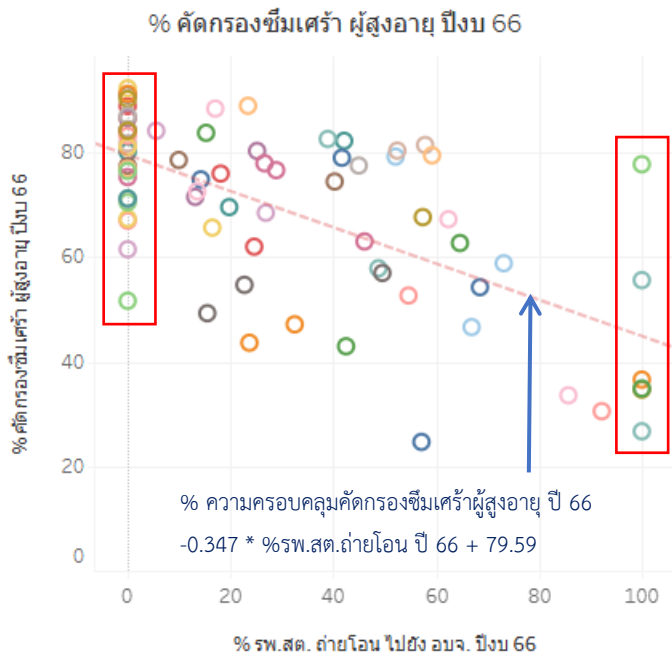
ภาพที่ 172 ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซร่า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ราย จังหวัด



ภาพที่ 173 แผนที่ ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซร่า ผู้สูงอายุ ของ รพ.สต. (ปี 2567 เทียบกับ ปี 2564 และเทียบกับปี 2565) รายจังหวัด

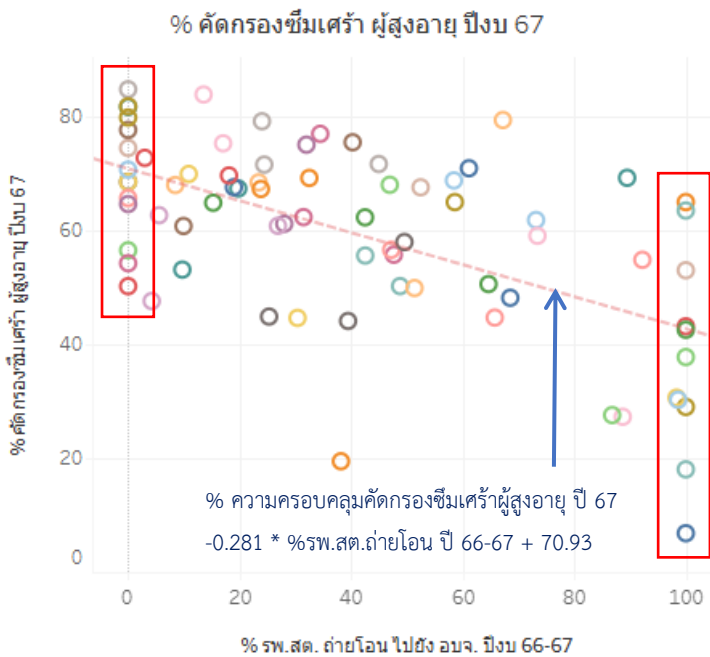


ภาพที่ 174 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองซึ่มเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2566 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด



ภาพที่ 174 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของการคัดกรองซึ่มเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 ลดลง ตาม % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างของ % ความครอบคลุมของการคัดกรองซึ่มเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ระหว่างจังหวัด ที่ค่อนข้างมาก สำหรับจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100% แต่ก็มีบางจังหวัดที่ถ่ายโอน รพ.สต. 100% ที่ยังมีความครอบคลุมอยู่ในระดับสูง

ภาพที่ 175 ความสัมพันธ์ระหว่าง % ความครอบคลุมการคัดกรองซึ่มเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ของ รพ.สต. ปี 2567 กับ % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 รายจังหวัด



ภาพที่ 175 แสดงให้เห็นว่า %ความครอบคลุมของการคัดกรองซึ่มเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ของจังหวัด ในปีงบประมาณ 2567 ลดลง ตาม %รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างของ %ความครอบคลุมของการคัดกรองซึ่มเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ระหว่างจังหวัด ที่ค่อนข้างมาก สำหรับจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. 100% แต่ก็มีบางจังหวัดที่ถ่ายโอน รพ.สต. 100% ที่ยังมีความครอบคลุมอยู่ในระดับสูง

4.2. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ

ตารางที่ 2 แสดงสรุปการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลบริการสุขภาพทั้ง 10 รายการ โดยเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2566 กับปีงบประมาณ 2565 และเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2567 กับปีงบประมาณ 2566 โดยแบ่งรพ.สต. ออกเป็น สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ณ ปีงบประมาณ 2567) สังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และสังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567

ตารางที่ 2 สรุปการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. 10 รายการ (ปีงบ 2566 เทียบกับปีงบ 2565 และปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2566)

ข้อมูลบริการสุขภาพ	ปีงบ 2566 เทียบกับ ปีงบ 2565			ปีงบ 2567 เทียบกับ ปีงบ 2566		
	สังกัด กระทรวง สาธารณสุข	สังกัด อบจ. ถ่ายโอนปี 2566	สังกัด อบจ. ถ่ายโอนปี 2567	สังกัด กระทรวง สาธารณสุข	สังกัด อบจ. ถ่ายโอนปี 2566	สังกัด อบจ. ถ่ายโอนปี 2567
1) % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก	+0.14%	-15.42%	-2.84%	+0.21%	+1.33%	-11.54%
2) % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการ เบาหวาน	+6.72%	-9.64%	+4.77%	-1.88%	-5.42%	-13.92%
3) % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการความ ดันโลหิตสูง	+3.50%	-8.91%	+1.68%	-1.81%	-4.35%	-13.64%
4) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝาก ครรภ์ครบตามเกณฑ์	-3.40%	-13.49%	-7.67%	-2.55%	-2.95%	-9.39%
5) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีน ครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี	+2.13%	-7.83%	-2.25%	-0.12%	+1.59%	-7.16%
6) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีน ครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี	+2.74	-5.20%	-0.61%	+2.32%	+0.43%	-1.30%
7) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีน ครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี	+6.94%	-2.83%	+0.98%	+1.07%	+0.65%	-4.11%
8) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรอง เบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป	-1.19%	-21.35%	-4.35%	-2.57%	-7.38%	-31.36%
9) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรอง ความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป	-1.38%	-22.56%	-4.61%	-2.46%	-7.45%	-30.54%
10) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัด กรองซิเมเสร์ อายุ 60 ปีขึ้นไป	+5.35%	-17.03%	+6.72%	-9.38%	-6.59%	-31.14%

หมายเหตุ

 = +5.00% ถึง +9.99%

 = -5.00% ถึง -9.99%

 = -10.00% ถึง -19.99%

 = -20.00% ถึง -39.99%

จากตารางที่ 2 จะพบว่าข้อมูลบริการสุขภาพ ที่ลดลงในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 จะอยู่ในกลุ่มของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 โดยใน รพ.สต.กลุ่มดังกล่าว มีการลดลงของผลงานบริการ จากมากไปน้อย เฉพาะที่ลดลงมากกว่า 5% ดังนี้

- ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ลดลง 22.56%
- ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ลดลง 21.35%
- ความครอบคลุมการคัดกรองซีมีเสร์้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ลดลง 17.03%
- จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอก ลดลง 15.42%
- ความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ลดลง 13.49%
- จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง 9.64%
- จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดลง 8.91%
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ลดลง 7.83%
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ลดลง 5.20%

สำหรับข้อมูลบริการสุขภาพ ที่ลดลงในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 จะอยู่ในกลุ่มของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 โดยใน รพ.สต.กลุ่มดังกล่าว มีการลดลงของผลงานบริการ จากมากไปน้อย เฉพาะที่ลดลงมากกว่า 5% ดังนี้

- ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ลดลง 31.36%
- ความครอบคลุมการคัดกรองซีมีเสร์้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ลดลง 31.14%
- ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ลดลง 30.54%
- จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง 13.92%
- จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดลง 13.64%
- จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอก ลดลง 11.54%
- ความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ลดลง 9.39%
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ลดลง 7.16%

จะเห็นได้ว่าความครอบคลุมบริการในกลุ่มของการคัดกรอง (เช่น คัดกรองโรคเรื้อรัง และคัดกรองซีมีเสร์้า ในผู้สูงอายุ) มีการลดลงมากที่สุด รองลงมาคือบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งความครอบคลุมของการฝากครรภ์ โดยความครอบคลุมของวัคซีน มีการลดลงที่น้อยกว่าบริการกลุ่มอื่นที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งนี้ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 ก็จะมีการลดลงของข้อมูลในปีงบประมาณ 2566 ในขณะที่ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 ก็จะมีการลดลงของข้อมูลในปีงบประมาณ 2567 โดยที่ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 จะมีผลงานบริการสุขภาพในปีงบประมาณ 2567 ที่ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2566 ยกเว้นบริการบางอย่างที่ลดลงเพิ่มเติม เช่น การคัดกรองโรคเรื้อรัง การคัดกรองซีมีเสร์้า ผู้สูงอายุ เป็นต้น (ลดลงประมาณ 6-7% จากปีงบประมาณ 2566)

4.3. ผลกระทบของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. ในภาพรวมระดับจังหวัด

ตารางที่ 3 แสดงสรุปผลกระทบของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. ในภาพรวมระดับจังหวัด โดยแสดงผลการวิเคราะห์ Regression analysis (Linear regression) ระหว่าง % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ของจังหวัด (ค่า X) กับ % การเปลี่ยนแปลงของผลงานบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 กับปีงบประมาณ 2565 (ค่า Y) ทั้ง 10 รายการ โดยแสดงข้อมูล ค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficient) ค่า R-squared ค่า p-value และความมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามสมการ $Y = aX + b$ โดย a คือค่า Coefficient และ b คือจุดตัดแกน Y (Intercept)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ Regression analysis (Linear regression) ระหว่าง % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ของจังหวัด (ค่า X) กับ % การเปลี่ยนแปลงของผลงานบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 กับปีงบประมาณ 2565 (ค่า Y)

ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 (ค่า Y)	ค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficient) (ค่า a)	จุดตัดแกน Y (Intercept) (ค่า b)	R-squared	p-value	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.01
1) % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก	-0.236	+2.82	0.458	<0.0001	Yes
2) % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการเบาหวาน	-0.231	+8.17	0.285	<0.0001	Yes
3) % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการความดันโลหิตสูง	-0.201	+4.35	0.260	<0.0001	Yes
4) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	-0.170	-3.34	0.390	<0.0001	Yes
5) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี	-0.136	+2.98	0.333	<0.0001	Yes
6) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี	-0.095	+3.75	0.252	<0.0001	Yes
7) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี	-0.130	+7.84	0.322	<0.0001	Yes
8) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป	-0.286	+0.23	0.563	<0.0001	Yes
9) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป	-0.271	+0.07	0.496	<0.0001	Yes
10) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีตรา อายุ 60 ปีขึ้นไป	-0.374	+7.66	0.463	<0.0001	Yes

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ Regression analysis (Linear regression) ระหว่าง % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ของจังหวัด (ค่า X) กับ % การเปลี่ยนแปลงของผลงานบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2567 กับปีงบประมาณ 2565 (ค่า Y) ทั้ง 10 รายการ โดยแสดงข้อมูล ค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficient) ค่า R-squared ค่า p-value และความมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามสมการ $Y = aX + b$ โดย a คือค่า Coefficient และ b คือจุดตัดแกน Y (Intercept)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Regression analysis (Linear regression) ระหว่าง % รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ของจังหวัด (ค่า X) กับ % การเปลี่ยนแปลงของผลงานบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2567 กับปีงบประมาณ 2565 (ค่า Y)

ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 (ค่า Y)	ค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficient) (ค่า a)	จุดตัดแกน Y (Intercept) (ค่า b)	R-squared	p-value	ความมีนัยสำคัญ ทางสถิติ p-value<0.01
1) % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก	-0.204	+4.41	0.273	<0.0001	Yes
2) % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการเบาหวาน	-0.165	+5.17	0.097	0.0064	Yes
3) % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการความดันโลหิตสูง	-0.138	+0.85	0.085	0.0113	No
4) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	-0.205	-3.61	0.382	<0.0001	Yes
5) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี	-0.121	+3.83	0.163	0.0004	Yes
6) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี	-0.105	+6.43	0.181	0.0002	Yes
7) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี	-0.130	+10.10	0.255	<0.0001	Yes
8) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป	-0.360	+0.27	0.499	<0.0001	Yes
9) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป	-0.348	+0.35	0.470	<0.0001	Yes
10) ส่วนต่าง % ความครอบคลุมคัดกรองซีมีตรา อายุ 60 ปีขึ้นไป	-0.262	-2.71	0.327	<0.0001	Yes

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า % ที่เพิ่มขึ้นของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริการของปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ในภาพรวมระดับจังหวัด ยกตัวอย่างเช่น % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เพิ่มขึ้น 10% ในปี 2566 สัมพันธ์กับ % ความครอบคลุมของการคัดกรองเบาหวาน ที่ลดลง 2.86% ในปีงบประมาณ 2566 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2565 เป็นต้น (โดยคิดจากค่าสัมประสิทธิ์ -0.286 คูณด้วย 10) โดยสมการดังกล่าว สามารถอธิบายข้อมูลได้ถูกต้อง 56.3% (R-squared) และหากพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ จะเห็นว่า การเพิ่มขึ้นของ % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 จะส่งผลต่อ การลดลงของความครอบคลุมการคัดกรองซีมีเซร่าในผู้สูงอายุ ในภาพรวมของรพ.สต.ในจังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 มากที่สุด (-0.374) รองลงมาคือความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน (-0.286) และความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง (-0.271) ตามลำดับ

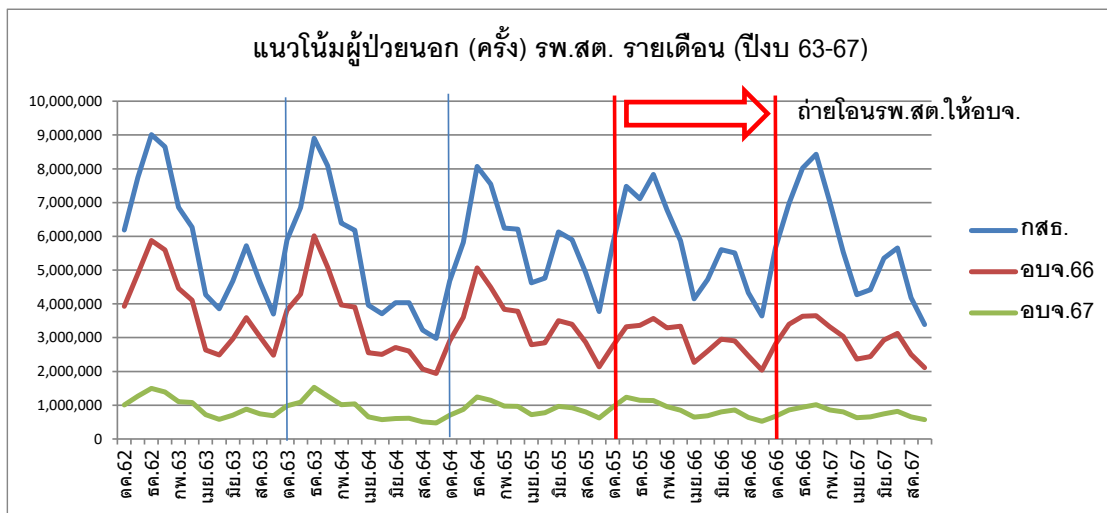
ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า % ที่เพิ่มขึ้นของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริการของปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ในภาพรวมระดับจังหวัด ยกตัวอย่างเช่น % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เพิ่มขึ้น 10% ในปี 2566-2567 สัมพันธ์กับ % ความครอบคลุมของการคัดกรองเบาหวาน ที่ลดลง 3.6% ในปีงบประมาณ 2567 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2565 เป็นต้น (โดยคิดจากค่าสัมประสิทธิ์ -0.360 คูณด้วย 10) โดยสมการดังกล่าว สามารถอธิบายข้อมูลได้ถูกต้อง 49.9% (R-squared) และหากพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ จะเห็นว่า การเพิ่มขึ้นของ % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566-2567 จะส่งผลต่อ การลดลงของความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน ในภาพรวมของรพ.สต.ในจังหวัด ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 มากที่สุด (-0.360) รองลงมาคือความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง (-0.348) และความครอบคลุมการคัดกรองซีมีเซร่าในผู้สูงอายุ (-0.262) ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า สมการ Linear regression ที่ได้ สามารถอธิบายข้อมูลได้ค่อนข้างน้อย ในกรณีของ บริการผู้ป่วยเบาหวาน บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และความครอบคลุมของวัคซีน อายุ 1 ปี และอายุ 2 ปี (R-squared ต่ำกว่า 0.200 หรือ 20%)

สำหรับค่าจุดตัดแกน Y (ค่า b) ในสมการถดถอย จะหมายถึง % การเปลี่ยนแปลง ในจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จากตารางที่ 3 พบว่า % ส่วนต่างจำนวนครั้งบริการเบาหวาน มีค่าจุดตัดแกน Y สูงสุด = 8.17 หมายถึงจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนครั้งบริการเบาหวานเพิ่มขึ้น 8.17% ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 โดยเฉลี่ย รองลงมาคือส่วนต่าง % ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี (เพิ่มขึ้น 7.84%) แต่มีส่วนต่าง % ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ที่มีค่าติดลบ (-3.34) แสดงว่าจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ที่ลดลง 3.34% ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2567 ที่ลดลง 3.61% เทียบกับปีงบประมาณ 2565 (ตารางที่ 4) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จะมีการให้บริการที่เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อยโดยเฉลี่ย ยกเว้น ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 และความครอบคลุมคัดกรองซีมีเซร่า ผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2567 ที่มีแนวโน้มลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2565 (ลดลง 2.71% ในปีงบประมาณ 2567)

4.4. ความครอบคลุมของการส่งข้อมูลบริการสุขภาพจาก รพ.สต. มายังคลังข้อมูลสุขภาพ

การวิเคราะห์ความครอบคลุมของการส่งข้อมูลบริการสุขภาพจาก รพ.สต. มายังคลังข้อมูลสุขภาพ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก รายเดือน ของ รพ.สต.แต่ละแห่ง โดยเริ่มต้นจากการเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนครั้ง ผู้ป่วยนอก รายเดือน จำแนกตามสังกัด ได้แก่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ณ ปีงบประมาณ 2567) สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566) และสังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567) โดย ภาพที่ 176 แสดงแนวโน้ม จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ของปีงบประมาณ 2563-2567 (เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2567)

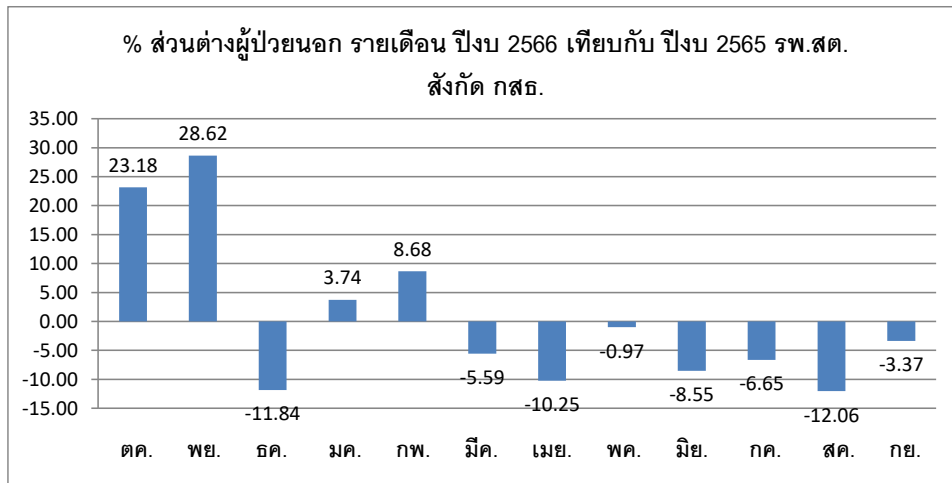
ภาพที่ 176 แนวโน้มจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รพ.สต. รายเดือน (ปีงบประมาณ 2563-2567) จำแนกตามสังกัด



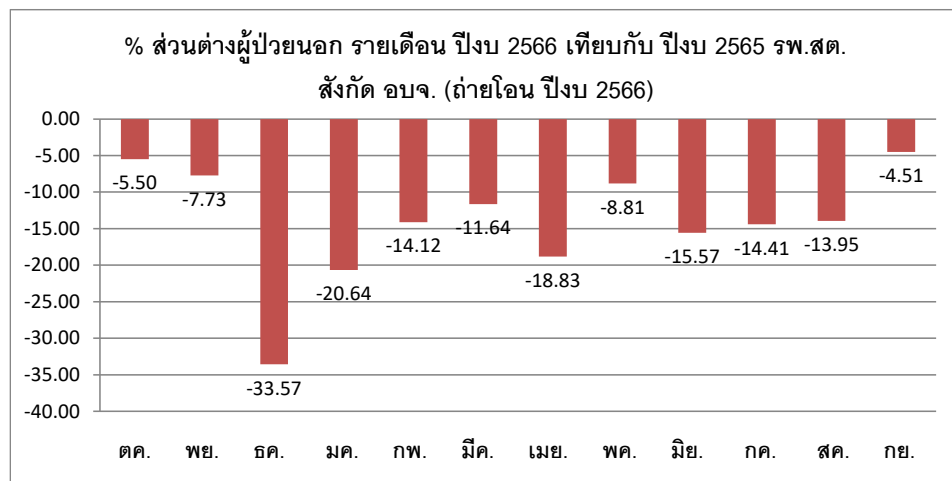
จากภาพที่ 176 แสดงให้เห็นว่า รพ.สต. สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ยังมีแนวโน้มที่คล้ายคลึงกันในแต่ละปี โดยมียอดจำนวนผู้ป่วยนอกสูงสุดในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ และยังคงอยู่ในระดับใกล้เคียงเดิม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2567 ในขณะที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 โดยเริ่มต้นตั้งแต่ไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2566 ทั้งนี้เดือนที่เคยมีจำนวนผู้ป่วยนอกสูงสุดในช่วงไตรมาสแรกของแต่ละปี มีจำนวนที่ลดลงอย่างชัดเจน

ภาพที่ 177-179 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอก ของแต่ละเดือนในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับเดือนเดียวกันของปีงบประมาณ 2565 ของ รพ.สต. แต่ละสังกัด จะเห็นว่า รพ.สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยนอกในบางเดือน (เพิ่มขึ้น 23-28% ในเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน) โดยเดือนอื่นๆ ลดลงหรือเพิ่มขึ้น 1-12% โดยรวมแล้วจำนวนผู้ป่วยนอก จะเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ในขณะที่รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลงในทุกเดือน ประมาณ 4.5-33.5% โดยเดือนธันวาคม และมกราคม มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลงสูงสุด (33.6% และ 20.6% ตามลำดับ) และสำหรับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีลักษณะของจำนวนผู้ป่วยนอก ที่คล้ายคลึงกับ รพ.สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากในปีงบประมาณ 2566 รพ.สต.กลุ่มนี้ ยังอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

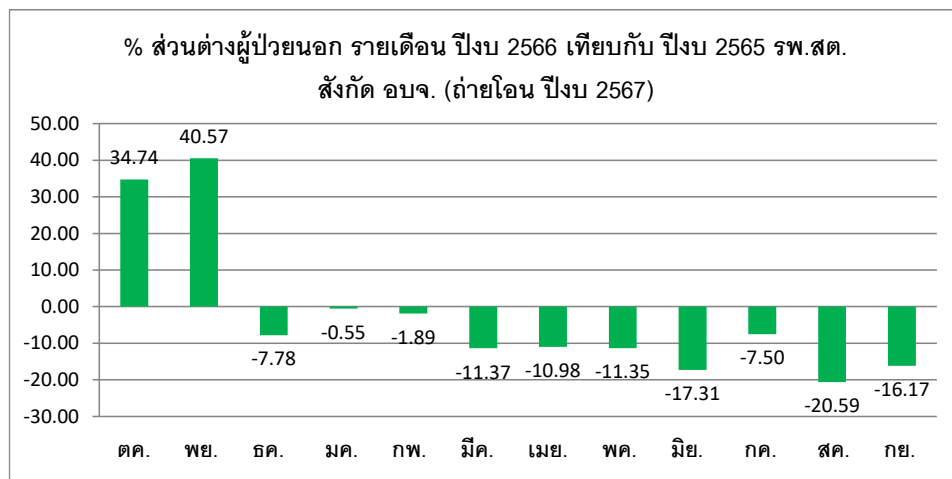
ภาพที่ 177 % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ของ รพ. สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 178 % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ของ รพ. สต.สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566)

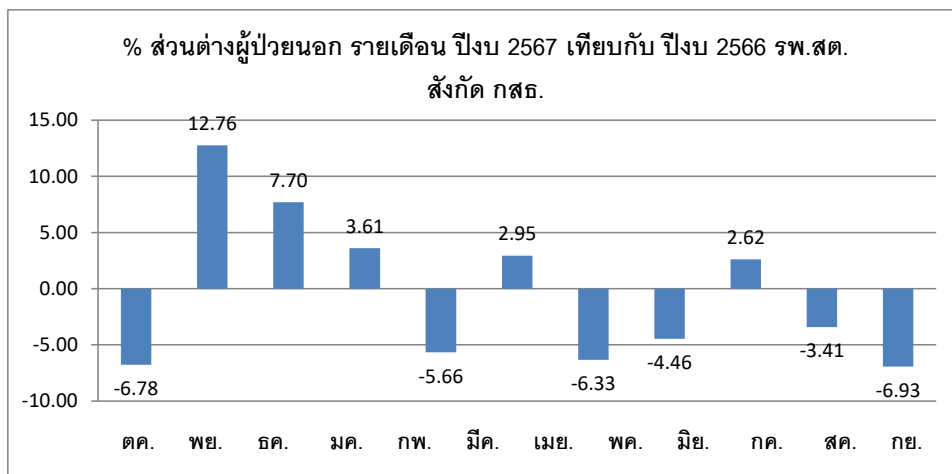


ภาพที่ 179 % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ของ รพ. สต.สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567)

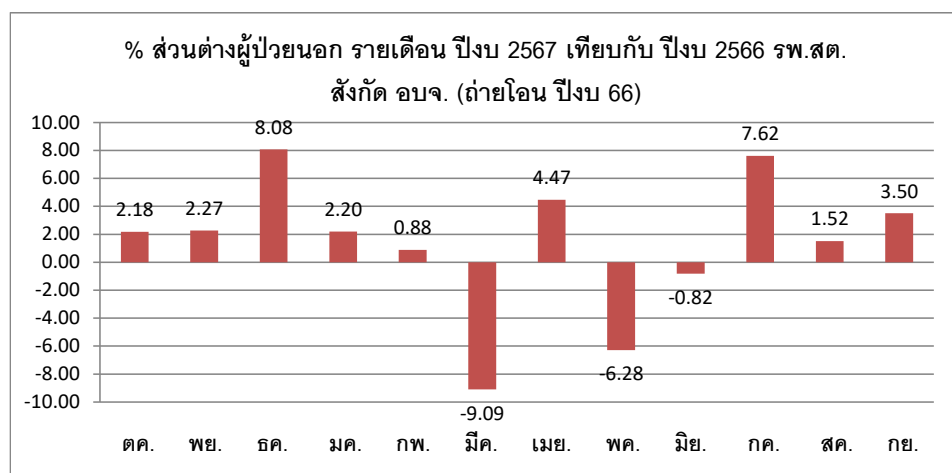


ภาพที่ 180-182 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอก ของแต่ละเดือนในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับเดือนเดียวกันของปีงบประมาณ 2566 ของ รพ.สต. แต่ละสังกัด จะเห็นว่า รพ.สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยนอกในบางเดือน (เพิ่มขึ้น 7-13% ในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม) โดยเดือนอื่นๆ ลดลงหรือเพิ่มขึ้น 2.6-7% โดยรวมแล้วจำนวนผู้ป่วยนอก จะเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ในขณะที่รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น 1-9% โดยรวมแล้วจำนวนผู้ป่วยนอก จะเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่สำหรับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลงในเกือบทุกเดือน ประมาณ 1.8-30% โดยเดือนพฤศจิกายน และตุลาคม มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลงสูงสุด (30% และ 29% ตามลำดับ) ลักษณะดังกล่าวคล้ายคลึงกับ จำนวนผู้ป่วยนอก รายเดือน ของปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566

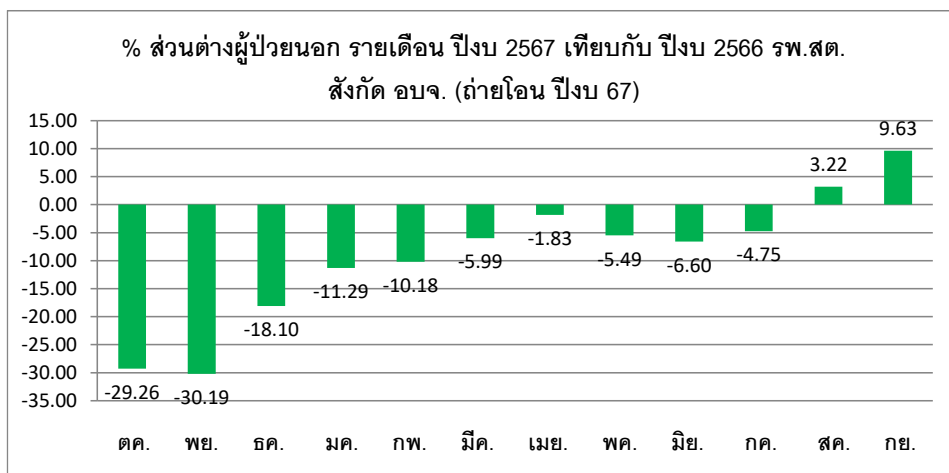
ภาพที่ 180 % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 ของ รพ.สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 181 % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 ของ รพ.สต.สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566)



ภาพที่ 182 % ส่วนต่างจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รายเดือน ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 ของ รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567)



ทั้งนี้หากวิเคราะห์จำนวน รพ.สต. ที่ส่งข้อมูลผู้ป่วยนอกครบทุกเดือน จะเห็นว่า รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการส่งข้อมูลครบทุกเดือน 97.7% ในปีงบประมาณ 2566 และ 96.9% ในปีงบประมาณ 2567 รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566) มีการส่งข้อมูลครบทุกเดือน 91.9% ในปีงบประมาณ 2566 และ 95.3% ในปีงบประมาณ 2567 และ รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567) มีการส่งข้อมูลครบทุกเดือน 94.5% ในปีงบประมาณ 2566 และ 97.4% ในปีงบประมาณ 2567 แสดงให้เห็นว่า รพ.สต. เกิน 90% ในทุกสังกัด มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก ครบทุกเดือน สะท้อนว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่น่าจะเกิดจากขาดส่งข้อมูลของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เนื่องจากส่วนใหญ่ยังส่งข้อมูลครบทุกเดือน และไม่ได้แตกต่างจาก รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างชัดเจน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวน รพ.สต. ที่ส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก ครบทุกเดือน ในแต่ละปีงบประมาณ (ปีงบประมาณ 2563-2567) จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัด รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	จำนวนแห่ง ทั้งหมด	จำนวนแห่งที่ส่งข้อมูลครบทุกเดือน (%)				
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
กระทรวงสาธารณสุข	5,596	5,573 (99.59%)	5,516 (98.57%)	5,496 (98.21%)	5,466 (97.68%)	5,423 (96.91%)
อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566)	3,263	3,252 (99.66%)	3,217 (98.59%)	3,093 (94.79%)	3,000 (91.94%)	3,111 (95.34%)
อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567)	933	932 (99.89%)	915 (98.07%)	914 (97.96%)	882 (94.53%)	909 (97.43%)
รวม	9,792	9,757 (99.64%)	9,648 (98.53%)	9,503 (97.05%)	9,348 (95.47%)	9,443 (96.44%)

ทั้งนี้หากวิเคราะห์จำนวนเดือนที่ขาดส่งรวมทั้งหมด ของ รพ.สต. จะเห็นว่า รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเดือนที่ขาดส่งรวมทั้งหมด 236 เดือน คิดเป็น 0.35% ของเดือนทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2566 และ 0.44% ในปีงบประมาณ 2567 รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566) มีจำนวนเดือนที่ขาดส่งรวมทั้งหมด 476 เดือน คิดเป็น 1.22% ของเดือนทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2566 และ 0.99% ในปีงบประมาณ 2567 และ รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567) มีจำนวนเดือนที่ขาดส่งรวมทั้งหมด 65 เดือน คิดเป็น 0.58% ของเดือนทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2566 และ 0.73% ในปีงบประมาณ 2567 แสดงให้เห็นว่า เดือนที่ขาดส่ง ของ รพ.สต. อยู่ในระดับไม่เกิน 2% ในทุกสังกัด สำหรับปีงบประมาณ 2566-2567 สะท้อนว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่น่าจะเกิดจากขาดส่งข้อมูลของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เนื่องจากจำนวนและสัดส่วนของเดือนที่ขาดส่ง ยังอยู่ในระดับต่ำ และไม่ได้แตกต่างจากรพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากนัก (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนเดือนที่ขาดส่งรวมทั้งหมด ของ รพ.สต. ในแต่ละปีงบประมาณ (ปีงบประมาณ 2563-2567) จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัด รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)	จำนวนแห่ง คูณ 12 เดือน	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
กระทรวงสาธารณสุข	67,152	89 (0.13%)	176 (0.26%)	434 (0.65%)	236 (0.35%)	296 (0.44%)
อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566)	39,156	40 (0.10%)	89 (0.23%)	808 (2.06%)	476 (1.22%)	389 (0.99%)
อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567)	11,196	1 (0.01%)	22 (0.20%)	100 (0.89%)	65 (0.58%)	82 (0.73%)
รวม	117,504	130 (0.11%)	287 (0.24%)	1,342 (1.14%)	780 (0.66%)	767 (0.65%)

4.5. การส่งข้อมูลบริการรักษาผู้ป่วยนอก (จำแนกตามวินิจฉัยโรคหลัก) เข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ

ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอก จำแนกตามวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) ซึ่งใน 1 ครั้ง (Visit) จะมี 1 วินิจฉัยโรคหลัก ทั้งนี้การวิเคราะห์แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยนอก ตามวินิจฉัยโรคหลัก ของ รพ.สต. เปรียบเทียบระหว่าง สังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567) จะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อรูปแบบของผู้ป่วยนอก ที่มาใช้บริการ หรือผลต่อข้อมูลผู้ป่วยนอก ที่ส่งเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ โดยในการวิเคราะห์จะเปรียบเทียบข้อมูลของปีงบประมาณ 2565-2567 จำแนกตามกลุ่มโรค 22 กลุ่มโรค ได้แก่

- 1) โรคติดเชื้อและปรสิต (รหัส A, B)
- 2) โรคมะเร็งและเนื้องอก (รหัส C, D0-D4)
- 3) โรคเลือดและภูมิคุ้มกัน (รหัส D5-D8)
- 4) โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม (รหัส E)
- 5) โรคทางจิตเวชและพฤติกรรม (รหัส F)
- 6) โรคระบบประสาท (รหัส G)
- 7) โรคตาและส่วนประกอบของตา (รหัส H0-H5)
- 8) โรคหูและปุ่มกกหู (รหัส H6-H9)
- 9) โรคระบบไหลเวียนโลหิต (รหัส I)
- 10) โรคระบบหายใจ (รหัส J)
- 11) โรคระบบย่อยอาหารและช่องปาก (รหัส K)
- 12) โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (รหัส L)
- 13) โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (รหัส M)
- 14) โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (รหัส N)
- 15) ภาวะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด (รหัส O)
- 16) ทารกระยะปริกำเนิด (รหัส P)
- 17) ความผิดปกติแต่กำเนิด (รหัส Q)
- 18) อาการ อาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (รหัส R)
- 19) การบาดเจ็บและได้รับสารพิษ (รหัส S, T)
- 20) สาเหตุภายนอก (รหัส V, W, X, Y)
- 21) โรคโควิด-19 (รหัส U)
- 22) รหัสการให้บริการ (รหัส Z)

ผลของการวิเคราะห์ข้อมูล จำแนกตามวินิจฉัยโรคหลัก 22 กลุ่มโรค ของปีงบประมาณ 2565-2567 สำหรับ รพ.สต. แต่ละสังกัด แสดงดัง ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วย 22 กลุ่มโรค ตามวินิจฉัยโรคหลัก ปีงบประมาณ 2565-2567 เปรียบเทียบตามสังกัดของ รพ.สต. และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565, % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566

กลุ่มโรค	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	%ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566
1) โรคติดเชื้อ และปรสิต	กระทรวง สธ.	468,970	475,825	446,577	1.46%	-4.77%	-6.15%
	อบจ. (ปี 66)	299,880	285,054	273,623	-4.94%	-8.76%	-4.01%
	อบจ. (ปี 67)	69,179	69,226	62,849	0.07%	-9.15%	-9.21%
	รวม	838,029	830,105	783,049	-0.95%	-6.56%	-5.67%
2) โรคมะเร็ง และเนื้องอก	กระทรวง สธ.	26,611	34,418	39,348	29.34%	47.86%	14.32%
	อบจ. (ปี 66)	17,012	20,000	24,721	17.56%	45.32%	23.61%
	อบจ. (ปี 67)	4,352	5,889	6,642	35.32%	52.62%	12.79%
	รวม	47,975	60,307	70,711	25.71%	47.39%	17.25%
3) โรคเลือดและ ภูมิคุ้มกัน	กระทรวง สธ.	26,583	30,323	34,514	14.07%	29.83%	13.82%
	อบจ. (ปี 66)	15,117	19,296	19,896	27.64%	31.61%	3.11%
	อบจ. (ปี 67)	5,654	7,077	7,547	25.17%	33.48%	6.64%
	รวม	47,354	56,696	61,957	19.73%	30.84%	9.28%
4) โรคต่อมไทรอยด์ และเมตาบอลิซึม	กระทรวง สธ.	2,824,348	3,057,735	3,021,243	8.26%	6.97%	-1.19%
	อบจ. (ปี 66)	1,692,892	1,530,535	1,466,562	-9.59%	-13.37%	-4.18%
	อบจ. (ปี 67)	423,878	446,718	393,546	5.39%	-7.16%	-11.90%
	รวม	4,941,118	5,034,988	4,881,351	1.90%	-1.21%	-3.05%
5) โรคทางจิต เวชและ พฤติกรรม	กระทรวง สธ.	265,412	284,053	306,053	7.02%	15.31%	7.75%
	อบจ. (ปี 66)	168,063	173,916	191,307	3.48%	13.83%	10.00%
	อบจ. (ปี 67)	39,918	36,840	35,478	-7.71%	-11.12%	-3.70%
	รวม	473,393	494,809	532,838	4.52%	12.56%	7.69%
6) โรคระบบ ประสาท	กระทรวง สธ.	121,884	117,598	109,812	-3.52%	-9.90%	-6.62%
	อบจ. (ปี 66)	85,139	74,322	72,916	-12.71%	-14.36%	-1.89%
	อบจ. (ปี 67)	17,742	17,193	14,463	-3.09%	-18.48%	-15.88%
	รวม	224,765	209,113	197,191	-6.96%	-12.27%	-5.70%
7) โรคตาและ ส่วนประกอบ ของตา	กระทรวง สธ.	475,084	561,546	566,725	18.20%	19.29%	0.92%
	อบจ. (ปี 66)	320,668	355,570	369,378	10.88%	15.19%	3.88%
	อบจ. (ปี 67)	59,672	81,495	72,116	36.57%	20.85%	-11.51%
	รวม	855,424	998,611	1,008,219	16.74%	17.86%	0.96%

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วย 22 กลุ่มโรค ตามวินิจฉัยโรคหลัก ปีงบประมาณ 2565-2567 เปรียบเทียบตามสังกัดของ รพ.สต. และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565, % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 (ต่อ)

กลุ่มโรค	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	%ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566
8) โรคหูดและปุ่ม กนกหู	กระทรวง สธ.	133,523	141,043	138,649	5.63%	3.84%	-1.70%
	อบจ. (ปี 66)	94,902	91,658	91,250	-3.42%	-3.85%	-0.45%
	อบจ. (ปี 67)	19,665	20,331	20,278	3.39%	3.12%	-0.26%
	รวม	248,090	253,032	250,177	1.99%	0.84%	-1.13%
9) โรคระบบ ไหลเวียนโลหิต	กระทรวง สธ.	4,773,919	4,740,736	4,598,089	-0.70%	-3.68%	-3.01%
	อบจ. (ปี 66)	2,808,405	2,398,240	2,275,928	-14.60%	-18.96%	-5.10%
	อบจ. (ปี 67)	785,785	767,786	657,770	-2.29%	-16.29%	-14.33%
	รวม	8,368,109	7,906,762	7,531,787	-5.51%	-9.99%	-4.74%
10) โรคระบบ หายใจ	กระทรวง สธ.	3,743,974	4,630,681	4,741,362	23.68%	26.64%	2.39%
	อบจ. (ปี 66)	2,276,346	2,675,901	2,747,535	17.55%	20.70%	2.68%
	อบจ. (ปี 67)	569,660	686,600	714,809	20.53%	25.48%	4.11%
	รวม	6,589,980	7,993,182	8,203,706	21.29%	24.49%	2.63%
11) โรคระบบ ย่อยอาหารและ ช่องปาก	กระทรวง สธ.	2,727,134	3,430,673	3,535,191	25.80%	29.63%	3.05%
	อบจ. (ปี 66)	1,604,007	1,625,997	1,751,151	1.37%	9.17%	7.70%
	อบจ. (ปี 67)	397,710	490,247	445,310	23.27%	11.97%	-9.17%
	รวม	4,728,851	5,546,917	5,731,652	17.30%	21.21%	3.33%
12) โรคผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ ผิวหนัง	กระทรวง สธ.	909,039	895,936	918,543	-1.44%	1.05%	2.52%
	อบจ. (ปี 66)	548,348	516,145	535,766	-5.87%	-2.29%	3.80%
	อบจ. (ปี 67)	129,435	135,321	141,783	4.55%	9.54%	4.78%
	รวม	1,586,822	1,547,402	1,596,092	-2.48%	0.58%	3.15%
13) โรคระบบ กล้ามเนื้อและ กระดูก	กระทรวง สธ.	2,798,435	2,749,304	2,886,406	-1.76%	3.14%	4.99%
	อบจ. (ปี 66)	1,987,769	1,751,325	1,828,274	-11.89%	-8.02%	4.39%
	อบจ. (ปี 67)	308,096	304,121	346,750	-1.29%	12.55%	14.02%
	รวม	5,094,300	4,804,750	5,061,430	-5.68%	-0.65%	5.34%
14) โรคระบบ สืบพันธุ์ร่วม ปัสสาวะ	กระทรวง สธ.	344,277	346,531	336,202	0.65%	-2.35%	-2.98%
	อบจ. (ปี 66)	263,770	259,533	244,616	-1.61%	-7.26%	-5.75%
	อบจ. (ปี 67)	44,590	42,055	38,093	-5.69%	-14.57%	-9.42%
	รวม	652,637	648,119	618,911	-0.69%	-5.17%	-4.51%

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วย 22 กลุ่มโรค ตามวินิจฉัยโรคหลัก ปีงบประมาณ 2565-2567 เปรียบเทียบตามสังกัดของ รพ.สต. และ % ส่วนต่างปีงบ 2566 เทียบกับปีงบ 2565, % ส่วนต่างปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2565 และ % ส่วนต่างปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2566 (ต่อ)

กลุ่มโรค	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบ 2567	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567	%ปีงบ 2566 เทียบกับปีงบ 2565	%ปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2565	%ปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2566
15) ภาวะ ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด	กระทรวง สธ.	8,865	9,410	7,171	6.15%	-19.11%	-23.79%
	อบจ. (ปี 66)	4,771	4,905	4,067	2.81%	-14.76%	-17.08%
	อบจ. (ปี 67)	1,515	1,328	946	-12.34%	-37.56%	-28.77%
	รวม	15,151	15,643	12,184	3.25%	-19.58%	-22.11%
16) ทารกระยะ ปรีกำเนิด	กระทรวง สธ.	770	897	831	16.49%	7.92%	-7.36%
	อบจ. (ปี 66)	416	541	525	30.05%	26.20%	-2.96%
	อบจ. (ปี 67)	108	125	184	15.74%	70.37%	47.20%
	รวม	1,294	1,563	1,540	20.79%	19.01%	-1.47%
17) ความ ผิดปกติแต่ กำเนิด	กระทรวง สธ.	5,951	5,613	6,000	-5.68%	0.82%	6.89%
	อบจ. (ปี 66)	3,529	2,816	3,084	-20.20%	-12.61%	9.52%
	อบจ. (ปี 67)	885	1,003	957	13.33%	8.14%	-4.59%
	รวม	10,365	9,432	10,041	-9.00%	-3.13%	6.46%
18) อาการ อาการแสดง ผล ตรวจ Lab	กระทรวง สธ.	2,360,605	2,410,825	2,482,540	2.13%	5.17%	2.97%
	อบจ. (ปี 66)	1,436,807	1,409,942	1,460,073	-1.87%	1.62%	3.56%
	อบจ. (ปี 67)	331,160	332,855	345,165	0.51%	4.23%	3.70%
	รวม	4,128,572	4,153,622	4,287,778	0.61%	3.86%	3.23%
19) การบาดเจ็บ และได้รับ สารพิษ	กระทรวง สธ.	483,786	527,196	540,176	8.97%	11.66%	2.46%
	อบจ. (ปี 66)	327,964	348,516	337,504	6.27%	2.91%	-3.16%
	อบจ. (ปี 67)	58,450	60,728	62,019	3.90%	6.11%	2.13%
	รวม	870,200	936,440	939,699	7.61%	7.99%	0.35%
20) สาเหตุ ภายนอก	กระทรวง สธ.	46,561	45,493	41,173	-2.29%	-11.57%	-9.50%
	อบจ. (ปี 66)	36,658	32,874	25,140	-10.32%	-31.42%	-23.53%
	อบจ. (ปี 67)	6,119	6,157	5,363	0.62%	-12.35%	-12.90%
	รวม	89,338	84,524	71,676	-5.39%	-19.77%	-15.20%
21) โรคโควิด-19	กระทรวง สธ.	4,884,401	1,245,669	932,054	-74.50%	-80.92%	-25.18%
	อบจ. (ปี 66)	2,352,801	582,932	616,230	-75.22%	-73.81%	5.71%
	อบจ. (ปี 67)	636,255	198,340	174,123	-68.83%	-72.63%	-12.21%
	รวม	7,873,457	2,026,941	1,722,407	-74.26%	-78.12%	-15.02%

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วย 22 กลุ่มโรค ตามวินิจฉัยโรคหลัก ปีงบประมาณ 2565-2567 เปรียบเทียบตามสังกัดของ รพ.สต. และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565, % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 (ต่อ)

กลุ่มโรค	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	%ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566
22) รหัสการให้บริการ	กระทรวง สธ.	39,265,486	41,446,910	41,651,622	5.56%	6.08%	0.49%
	อบจ. (ปี 66)	23,757,334	19,561,931	19,877,645	-17.66%	-16.33%	1.61%
	อบจ. (ปี 67)	6,438,854	6,234,496	5,270,211	-3.17%	-18.15%	-15.47%
	รวม	69,461,674	67,243,337	66,799,478	-3.19%	-3.83%	-0.66%
รวม 22 กลุ่มโรค	กระทรวง สธ.	67,226,442	67,756,521	67,952,387	0.79%	1.08%	0.29%
	อบจ. (ปี 66)	40,438,724	34,069,781	34,599,805	-15.75%	-14.44%	1.56%
	อบจ. (ปี 67)	10,428,518	10,019,611	8,887,358	-3.92%	-14.78%	-11.30%
	รวม	118,093,684	111,845,913	111,439,550	-5.29%	-5.63%	-0.36%

หมายเหตุ

% ส่วนต่างจำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 =




$(\text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2566} - \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2565}) * 100 / \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2565}$

% ส่วนต่างจำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 =

$(\text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567} - \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2565}) * 100 / \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2565}$

% ส่วนต่างจำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 =

$(\text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567} - \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2566}) * 100 / \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2566}$

 = -5.00% ถึง -9.99%  = -10.00% ถึง -19.99%  = -20.00% ขึ้นไป

ตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าในภาพรวม การเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วย ระหว่างปีงบประมาณ 2565-2567 มีความแตกต่างกัน ในแต่ละกลุ่มโรค โดยหากเปรียบเทียบระหว่างสังกัดของ รพ.สต. จะพบว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีจำนวนผู้ป่วยที่ลดลง ในบางกลุ่มโรค โดยกลุ่มโรคที่มีจำนวนผู้ป่วย ลดลง เกินร้อยละ 5 ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 หรือปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 หรือปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 สำหรับ รพ.สต. แต่ละสังกัด แสดงใน ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 กลุ่มโรค ที่มีการลดลงของผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 เกินร้อยละ 5 สำหรับ รพ.สต. แต่ละสังกัด

กลุ่มโรค	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	%ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2565 ลดลง >5%	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2565 ลดลง >5%	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2566 ลดลง >5%
โรคติดเชื้อและปรสิต	กระทรวง สธ.			/
	อบจ. (ปี 66)		/	
	อบจ. (ปี 67)		/	/
โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม	กระทรวง สธ.			
	อบจ. (ปี 66)	/	/	
	อบจ. (ปี 67)		/	/
โรคทางจิตเวชและพฤติกรรม	กระทรวง สธ.			
	อบจ. (ปี 66)			
	อบจ. (ปี 67)	/	/	
โรกระบบประสาท	กระทรวง สธ.		/	/
	อบจ. (ปี 66)	/	/	
	อบจ. (ปี 67)		/	/
โรคตาและส่วนประกอบของตา	กระทรวง สธ.			
	อบจ. (ปี 66)			
	อบจ. (ปี 67)			/
โรกระบบไหลเวียนโลหิต	กระทรวง สธ.			
	อบจ. (ปี 66)	/	/	/
	อบจ. (ปี 67)		/	/
โรกระบบย่อยอาหารและช่องปาก	กระทรวง สธ.			
	อบจ. (ปี 66)			
	อบจ. (ปี 67)			/
โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	กระทรวง สธ.			
	อบจ. (ปี 66)	/		
	อบจ. (ปี 67)			
โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	กระทรวง สธ.			
	อบจ. (ปี 66)	/	/	
	อบจ. (ปี 67)			
โรกระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	กระทรวง สธ.			
	อบจ. (ปี 66)		/	/
	อบจ. (ปี 67)	/	/	/
ภาวะตั้งครรภ์คลอดหลังคลอด	กระทรวง สธ.		/	/
	อบจ. (ปี 66)		/	/
	อบจ. (ปี 67)	/	/	/

ตารางที่ 8 กลุ่มโรค ที่มีการลดลงของผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 เกินร้อยละ 5 สำหรับ รพ.สต. แต่ละสังกัด (ต่อ)

กลุ่มโรค	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	%ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2565 ลดลง >5%	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2565 ลดลง >5%	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2566 ลดลง >5%
ทารกระยะปริกำเนิด	กระทรวง สธ.			/
	อบจ. (ปี 66)			
	อบจ. (ปี 67)			
ความผิดปกติแต่กำเนิด	กระทรวง สธ.	/		
	อบจ. (ปี 66)	/	/	
	อบจ. (ปี 67)			
สาเหตุภายนอก	กระทรวง สธ.		/	/
	อบจ. (ปี 66)	/	/	/
	อบจ. (ปี 67)		/	/
โรคโควิด-19	กระทรวง สธ.	/	/	/
	อบจ. (ปี 66)	/	/	
	อบจ. (ปี 67)	/	/	/
รหัสการให้บริการ	กระทรวง สธ.			
	อบจ. (ปี 66)	/	/	
	อบจ. (ปี 67)		/	/

จาก ตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มโรค ที่ลดลง เฉพาะ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ทั้งที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 ได้แก่ โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ลดลง สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. และมีกลุ่มโรคที่ลดลง สำหรับ รพ.สต. ทุกสังกัด ได้แก่ โรคติดเชื้อและปรสิต โรคระบบประสาทภาวะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด สาเหตุภายนอก และโรคโควิด-19 ซึ่งจะสัมพันธ์กับปัจจัยด้านระบาดวิทยาของโรค และภาวะการเจริญพันธุ์ที่ลดลง และส่วนที่เหลือ เป็นกลุ่มโรคที่ลดลงเฉพาะในบางสังกัด และในบางปีงบประมาณ เช่น โรคทางจิตเวชและพฤติกรรม โรคมตาและส่วนประกอบของตา โรคระบบย่อยอาหารและช่องปาก โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทารกระยะปริกำเนิด และความผิดปกติแต่กำเนิด เป็นต้น สำหรับรหัสการให้บริการ ได้แก่ การคัดกรองโรค บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ลดลงใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 โดยลดลงในปีงบประมาณ 2566 (ลดลงร้อยละ 17.66 เทียบกับปีงบประมาณ 2565) ในขณะที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 ลดลงในปีงบประมาณ 2567 (ลดลงร้อยละ 15.47 เทียบกับปีงบประมาณ 2566) ซึ่งข้อมูลที่เป็นรหัสการให้บริการ ส่วนหนึ่งอาจเป็นบริการคัดกรองโรค ที่แนวโน้มที่ลดลง ในลักษณะเดียวกัน

กล่าวโดยสรุป ลักษณะดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การลดลงของจำนวนผู้ป่วย เพียงบางกลุ่มโรค น่าจะเกิดจากการลดลงของจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในกลุ่มโรคนั้นๆ มากกว่าเกิดจากการส่งข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เนื่องจากหากเกิดจากการส่งข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนในปีงบประมาณ 2566 และปีงบประมาณ 2567 ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. การลดลงของจำนวนผู้ป่วย น่าจะลดลงในกลุ่มโรคต่างๆ โดยส่วนใหญ่ มิใช่ลดลงเพียงในบางกลุ่มโรค แบบเฉพาะเจาะจง ในขณะที่มีหลายกลุ่มโรค ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลในตารางที่ 7 จะพบว่ามียกเว้นโรคที่น่าสนใจอยู่ 2 กลุ่ม ที่กระทบต่อข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกรวมทุกกลุ่มโรค ได้แก่ โรคโควิด-19 (กลุ่มโรคที่ 21) ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากในปีงบประมาณ 2565 เทียบกับปีงบประมาณ 2566-2567 ที่มีจำนวนผู้ป่วยลดลงมาก (7.8 ล้านครั้ง ในปี 2565 ลดลงเหลือ 2 ล้านครั้ง ในปี 2566 และ 1.7 ล้านครั้ง ในปี 2567) และอีกกลุ่ม คือ รหัสการให้บริการ (รหัส Z) (กลุ่มโรคที่ 22) ที่มีจำนวนมากเกินร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยรวมทุกกลุ่มโรค (รหัสการให้บริการ 69 ล้านครั้ง เทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 118 ล้านครั้ง ในปี 2565) ทำให้การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลรหัสการให้บริการ มีผลต่อจำนวนผู้ป่วยนอกโดยรวมค่อนข้างมาก ซึ่งอาจจะทำให้การตีความคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากการลดลงของจำนวนผู้ป่วยนอก อาจเกิดจากการลดลงของข้อมูลที่เป็นลักษณะของรหัสการให้บริการ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ดังนั้นการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยนอกรวมทุกกลุ่มโรค โดยไม่รวมผู้ป่วยโรคโควิด-19 (กลุ่มโรคที่ 21) และผู้ป่วยที่เป็นรหัสการให้บริการ (กลุ่มโรคที่ 22) จะทำให้ได้ข้อมูลในส่วนที่เป็นผู้ป่วยนอก ที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอก ที่ไม่รวมผู้ป่วยโรคโควิด-19 และผู้ป่วยที่เป็นรหัสการให้บริการ จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2565-2567 และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565, % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 9 จำนวนผู้ป่วยตามวินิจฉัยโรคหลัก ไม่รวม โรคโควิด-19 และ รหัสการให้บริการ (รหัส Z) ปีงบประมาณ 2565-2567 เปรียบเทียบตามสังกัดของ รพ.สต. และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565, % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566

กลุ่มโรค	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	%ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	%ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566
รวมทุกกลุ่มโรค	กระทรวง สธ.	23,076,555	25,063,942	25,368,711	8.61%	9.93%	1.22%
ยกเว้นโรคโควิด-19 และรหัสการให้บริการ	อบจ. (ปี 66)	14,328,589	13,924,918	14,105,930	-2.82%	-1.55%	1.30%
	อบจ. (ปี 67)	3,353,409	3,586,775	3,443,024	6.96%	2.67%	-4.01%
	รวม	40,758,553	42,575,635	42,917,665	4.46%	5.30%	0.80%

ตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยที่ไม่รวมโรคโควิด-19 และรหัสการให้บริการ ในปีงบประมาณ 2566 และปีงบประมาณ 2567 ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2565 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. แสดงว่าจำนวนผู้ป่วยนอกรวมทุกกลุ่มโรคที่ลดลง (ตารางที่ 7) เกิดจากการลดลงของโรคโควิด-19 และรหัสการให้บริการ เป็นหลัก

4.6. การส่งข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ

การวิเคราะห์การส่งข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจาก รพ.สต. มายังคลังข้อมูลสุขภาพ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลด้านบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่ส่งเข้ามาสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 แฟ้ม ได้แก่ 1) แฟ้ม ANC (บริการฝากครรภ์) 2) แฟ้ม FP (บริการวางแผนครอบครัว) 3) แฟ้ม NCDscreen (บริการคัดกรองโรคเรื้อรัง) โดยการเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการมารับบริการ (Visit ที่ให้บริการโดย รพ.สต.เอง ไม่รวมที่เก็บความครอบคลุมที่ให้บริการโดยหน่วยบริการอื่น) ของข้อมูลที่ส่งเข้ามาในฐานข้อมูล Bigdata ของคลังข้อมูลสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 (หมายเหตุ ข้อมูลเดือน กรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566 ของแฟ้ม ANC, FP, NCDscreen ไม่สมบูรณ์ จึงไม่นำข้อมูลปีงบประมาณ 2566 มาเปรียบเทียบ) และ 4) แฟ้ม EPI (บริการวัคซีน) ที่เปรียบเทียบจำนวน Visit ของข้อมูลที่ส่งเข้ามาในฐานข้อมูล Bigdata ของคลังข้อมูลสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565, ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 โดยเปรียบเทียบข้อมูลของ รพ.สต. ตามสังกัด ณ ปีงบประมาณ 2567 ได้แก่ 1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2) สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566) และ 3) สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567) โดยผลของการวิเคราะห์แสดงดัง ตารางที่ 10-13

ตารางที่ 10 จำนวน Visit แฟ้ม ANC, FP, NCDscreen ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ตามสังกัดของ รพ.สต.

แฟ้มข้อมูล	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2565	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2567	ส่วนต่างจำนวน Visit ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	% ส่วนต่าง จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565
ANC	กระทรวง สธ.	355,975	356,655	680	0.19%
	อบจ. (ปี 66)	156,389	134,589	-21,800	-13.94%
	อบจ. (ปี 67)	97,763	94,001	-3,762	-3.85%
	รวม	610,127	585,245	-24,882	-4.08%
FP	กระทรวง สธ.	934,708	846,671	-88,037	-9.42%
	อบจ. (ปี 66)	497,011	455,632	-41,379	-8.33%
	อบจ. (ปี 67)	166,865	154,587	-12,278	-7.36%
	รวม	1,598,584	1,456,890	-141,694	-8.86%
NCDscreen	กระทรวง สธ.	11,179,450	11,259,856	80,406	0.72%
	อบจ. (ปี 66)	6,744,889	5,038,712	-1,706,177	-25.30%
	อบจ. (ปี 67)	1,941,855	1,327,998	-613,857	-31.61%
	รวม	19,866,194	17,626,566	-2,239,628	-11.27%

ตารางที่ 11 จำนวน Visit แพ้ EPI ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ตามสังกัดของ รพ.สต.

แฟ้มข้อมูล	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2565	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2567	ส่วนต่างจำนวน Visit ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	% ส่วนต่าง จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565
EPI	กระทรวง สธ.	8,305,482	3,584,861	-4,720,621	-56.84%
	อบจ. (ปี 66)	4,399,166	1,939,517	-2,459,649	-55.91%
	อบจ. (ปี 67)	1,130,492	587,300	-543,192	-48.05%
	รวม	13,835,140	6,111,678	-7,723,462	-55.82%

ตารางที่ 12 จำนวน Visit แพ้ EPI ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ตามสังกัดของ รพ.สต.

แฟ้มข้อมูล	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2565	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2566	ส่วนต่างจำนวน Visit ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565	% ส่วนต่าง จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565
EPI	กระทรวง สธ.	8,305,482	3,530,969	-4,774,513	-57.49%
	อบจ. (ปี 66)	4,399,166	1,818,736	-2,580,430	-58.66%
	อบจ. (ปี 67)	1,130,492	547,079	-583,413	-51.61%
	รวม	13,835,140	5,896,784	-7,938,356	-57.38%

ตารางที่ 13 จำนวน Visit แพ้ EPI ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 ตามสังกัดของ รพ.สต.

แฟ้มข้อมูล	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2566	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2567	ส่วนต่างจำนวน Visit ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566	% ส่วนต่าง จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566
EPI	กระทรวง สธ.	3,530,969	3,584,861	53,892	1.53%
	อบจ. (ปี 66)	1,818,736	1,939,517	120,781	6.64%
	อบจ. (ปี 67)	547,079	587,300	40,221	7.35%
	รวม	5,896,784	6,111,678	214,894	3.64%

หมายเหตุ

% ส่วนต่างจำนวน visit ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 =

$(\text{จำนวน visit ปีงบประมาณ 2567} - \text{จำนวน visit ปีงบประมาณ 2565}) * 100 / \text{จำนวน visit ปีงบประมาณ 2565}$


% ส่วนต่างจำนวน visit ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 =


$(\text{จำนวน visit ปีงบประมาณ 2566} - \text{จำนวน visit ปีงบประมาณ 2565}) * 100 / \text{จำนวน visit ปีงบประมาณ 2565}$

% ส่วนต่างจำนวน visit ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 =

$(\text{จำนวน visit ปีงบประมาณ 2567} - \text{จำนวน visit ปีงบประมาณ 2566}) * 100 / \text{จำนวน visit ปีงบประมาณ 2566}$

 = -5.00% ถึง -9.99%

 = -10.00% ถึง -19.99%

 = -20.00% ขึ้นไป

จาก ตารางที่ 10 จะเห็นว่า จำนวน Visit ของแฟ้ม ANC (บริการฝากครรภ์) ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ลดลง 13.94% ในส่วนของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 ส่วน รพ.สต. ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 ยังมีจำนวน Visit ของแฟ้ม ANC ในปีงบประมาณ 2567 ที่ต่างจากปีงบประมาณ 2565 เพียงเล็กน้อย (เพิ่มขึ้น 0.19% และ ลดลง 3.85% ตามลำดับ)

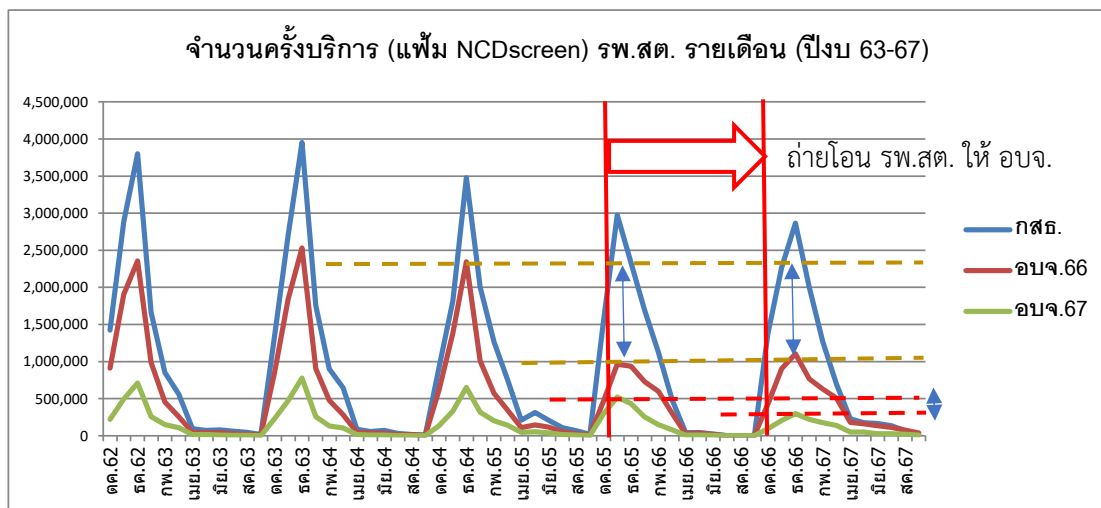
สำหรับจำนวน Visit ของแฟ้ม FP (บริการวางแผนครอบครัว) ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 มีค่าลดลงในทุกสังกัด โดย รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ลดลง 9.42% รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 ลดลง 8.33% และ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 ลดลง 7.36% ทำให้ในภาพรวม ลดลง 8.86% แสดงให้เห็นว่า การส่งข้อมูล FP ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสังกัด โดยการลดลงของจำนวน Visit ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ลดลง 7-9% ซึ่งอาจจะเป็นทิศทางของการใช้บริการวางแผนครอบครัวในภาพรวม ที่มีแนวโน้มลดลง

สำหรับจำนวน Visit ของแฟ้ม NCDscreen (บริการคัดกรองโรคเรื้อรัง) ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 มีค่าลดลงชัดเจนสำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ลดลง 25.30% และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 ลดลง 31.61% ทำให้ในภาพรวม ลดลง 11.21% โดย รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังมีจำนวน Visit เท่าเดิม (เพิ่มขึ้น 0.72%)

ตารางที่ 11-12 แสดงจำนวน Visit ของแฟ้ม EPI (บริการวัคซีน) ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 มีค่าลดลงอย่างชัดเจน (ลดลง 55.82% และ 57.38% ตามลำดับ) เนื่องจากในปีงบประมาณ 2565 มีการให้วัคซีนป้องกันโควิด-19 จำนวนมาก ทำให้จำนวน Visit ในปีงบประมาณ 2565 มีค่ามากกว่าปกติ โดย รพ.สต. ทุกสังกัดมีจำนวน Visit ในปีงบประมาณ 2567 และในปีงบประมาณ 2566 ที่ลดลงจากปีงบประมาณ 2565 ที่ใกล้เคียงกัน คือลดลงประมาณ 48-58% แต่หากเปรียบเทียบจำนวน Visit ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 (ตารางที่ 13) จะพบว่าจำนวน Visit เพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดย รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้น 1.53% รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้น 6.64% และ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้น 7.35% แสดงให้เห็นว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังมีการส่งข้อมูล Visit ของแฟ้ม EPI ในปีงบประมาณ 2567 ที่ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2566 หรืออีกนัยหนึ่งการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ไม่มีผลต่อการส่งข้อมูล EPI เข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ

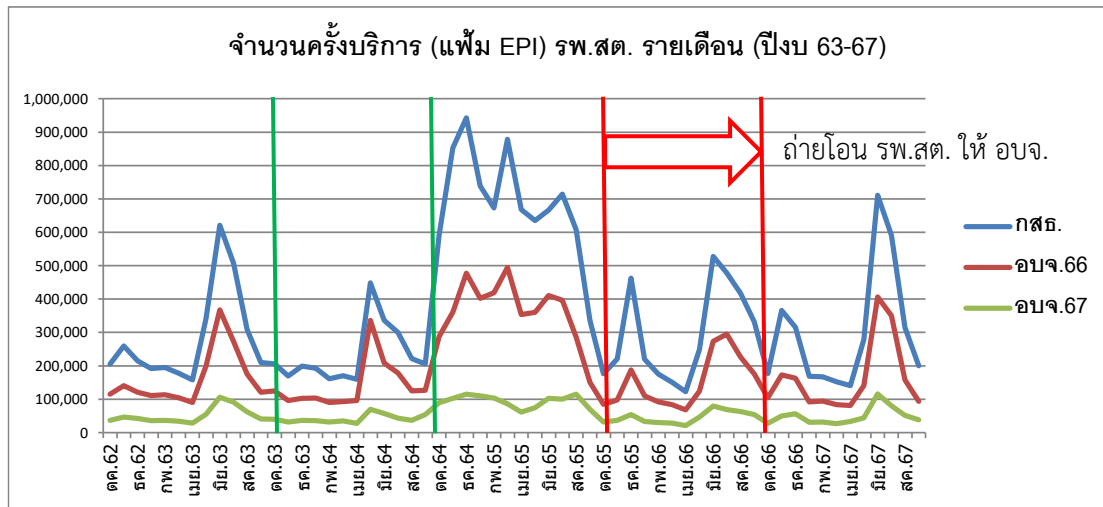
หากวิเคราะห์แนวโน้มการส่งข้อมูล รายเดือน ของแฟ้ม NCDscreen ที่มีการลดลงของจำนวน Visit ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ทั้งในส่วนของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 จะพบว่ารูปแบบการให้บริการคัดกรองโรคเรื้อรัง จะสูงมากในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ โดยเฉพาะในเดือนธันวาคม ซึ่งเกิดจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่เร่งรัดให้ รพ.สต. ดำเนินการคัดกรองโรคเรื้อรังในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ทั้งนี้สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังมีการดำเนินการคัดกรองโรคเรื้อรังในช่วงไตรมาสแรกเช่นเดิม แต่ด้วยความเข้มข้นที่ลดลง และมีการกระจายไปในช่วงเวลาอื่นของปีงบประมาณ โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน Visit ที่ลดลงในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2566 ต่อเนื่องไปยังปีงบประมาณ 2567 ในขณะที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวน Visit ที่ลดลงในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2567 (ภาพที่ 183)

ภาพที่ 183 จำนวน Visit รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 ของแฟ้ม NCDscreen เปรียบเทียบตามสังกัดของ รพ.สต. (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และสังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567)



สำหรับในกรณีของแฟ้ม EPI ที่มีจำนวน Visit ในปีงบประมาณ 2567 ที่ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2566 สำหรับ รพ.สต. ทุกสังกัด หากวิเคราะห์จำนวน Visit เป็นรายเดือน จากปีงบประมาณ 2563 ถึงปีงบประมาณ 2567 จะพบว่า จำนวน Visit ของแฟ้ม EPI ที่ส่งมาจาก รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2566 และปีงบประมาณ 2567 ไม่ได้ลดลงจากจำนวน Visit ในปีงบประมาณ 2563 และปีงบประมาณ 2564 (ภาพที่ 184) โดยหากเปรียบเทียบ จำนวน Visit ของแฟ้ม EPI ของปีงบประมาณ 2563-2564 และปีงบประมาณ 2566-2567 โดยไม่นำจำนวน Visit ของปีงบประมาณ 2565 มาพิจารณา เนื่องจากมีการให้วัคซีนป้องกันโควิด-19 จำนวนมาก จะพบว่า จำนวน Visit ของปีงบประมาณ 2566 และปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนที่ใกล้เคียงกับจำนวน Visit ของปีงบประมาณ 2563 สำหรับ รพ.สต. ทุกสังกัด และมีจำนวน Visit ที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2564 เล็กน้อย (ตารางที่ 14) แสดงให้เห็นว่าจำนวน Visit ของแฟ้ม EPI หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ไม่ได้แตกต่างไปจากเดิม ก่อนการระบาดของโควิด-19

ภาพที่ 184 จำนวน Visit รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 ของแฟ้ม EPI เปรียบเทียบตามสังกัดของ รพ.สต. (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และสังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567)



ตารางที่ 14 จำนวน Visit ของแฟ้ม EPI ปีงบประมาณ 2563, 2564, 2566, 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต.

แฟ้มข้อมูล	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2563	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2564	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2566	จำนวน Visit ปีงบประมาณ 2567
EPI	กระทรวง สธ.	3,391,204	2,771,926	3,530,969	3,584,861
	อบจ. (ปี 66)	1,932,446	1,681,219	1,818,736	1,939,517
	อบจ. (ปี 67)	615,415	498,349	547,079	587,300
	รวม	5,939,065	4,951,494	5,896,784	6,111,678

ในการวิเคราะห์จำนวน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลการให้บริการ หรือมีจำนวนครั้งของการให้บริการ (จำนวน Visit) = 0 ในแต่ละปีงบประมาณ (ปีงบประมาณ 2565-2567) สำหรับแต่ละแฟ้มข้อมูลของบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โดยเปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566) และ สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567) แสดงดัง ตารางที่ 15 โดยแฟ้ม ANC (บริการฝากครรภ์) มีสัดส่วนของ รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลการให้บริการ (Visit=0) ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.50 ในปีงบประมาณ 2565 เป็นร้อยละ 28.81 ในปีงบประมาณ 2566 และลดลงเหลือร้อยละ 8.67 ในปีงบประมาณ 2567 คือมีจำนวน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลการให้บริการ ANC ที่ลดลง ในปี 2567 โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีสัดส่วน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลการให้บริการ ANC มากที่สุด (ร้อยละ 34.14 ในปี 2566 และร้อยละ 13.42 ในปี 2567) แต่ก็มีสัดส่วนที่ลดลง อย่างไรก็ตาม สัดส่วน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลการให้บริการที่ลดลงในปี 2567 อาจจะมีประเด็นในเรื่องของการปรับเปลี่ยนข้อมูล กรณีที่เป็นการเก็บความครอบคลุม (ไม่ได้ให้บริการเอง) จากการลงข้อมูลที่บ่งบอกว่าเป็นการเก็บความครอบคลุม (SEQ = ค่าว่าง) เปลี่ยนเป็นมีค่าที่ตายตัว (เช่น "000000") ทำให้เข้าใจว่ามีการให้บริการ แต่ที่จริงเป็นการเก็บความครอบคลุม (ประเด็นนี้จะอธิบายเพิ่มเติมในบทต่อไป ว่าด้วยเรื่องการเก็บความครอบคลุม) ซึ่งจะทำให้ รพ.สต. ที่ไม่ได้ให้บริการ แต่มีการเก็บความครอบคลุม ถูกตีความว่ามีการส่งข้อมูลการให้บริการด้วย ทำให้จำนวน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลการให้บริการมีจำนวนลดลง

แต่อย่างไรก็ดี ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า สัดส่วน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูล ANC อยู่ที่ร้อยละ 8.67 โดย รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปี 2566) มีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 13.42) รองลงมาคือ รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปี 2567) (ร้อยละ 9.54) และ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 5.75) ตามลำดับ

สำหรับแฟ้ม FP (บริการวางแผนครอบครัว) สัดส่วนของ รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1.5-2.0 ในปีงบประมาณ 2565-2567 และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสังกัดของ รพ.สต. หรือต่างกันเพียงเล็กน้อย

สำหรับแฟ้ม NCDscreen (บริการคัดกรองโรคเรื้อรัง) สัดส่วนของ รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.2-1.8 ในปีงบประมาณ 2565-2567 โดยในปีงบประมาณ 2566 รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปี 2566) มีสัดส่วน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลมากที่สุด (ร้อยละ 4.69) ในขณะที่ปีงบประมาณ 2567 รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปี 2567) มีสัดส่วน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลมากที่สุด (ร้อยละ 2.79) รองลงมาคือ รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปี 2566) (ร้อยละ 2.39) ในขณะที่ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ส่งข้อมูลเพียงร้อยละ 0.11 แต่อย่างไรก็ดี สัดส่วน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูล NCDscreen ยังอยู่ในระดับต่ำ ในทุกสังกัด

สำหรับแฟ้ม EPI (บริการวัคซีน) สัดส่วน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูล EPI อยู่ในระดับต่ำมาก ในทุกปีงบประมาณ และในทุกสังกัด (ไม่เกินร้อยละ 0.5) แสดงว่า รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูล EPI เลย มีจำนวนน้อยมาก

ตารางที่ 15 จำนวน (%) รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลการให้บริการ (Visit=0) แต่ละแฟ้มข้อมูล ปีงบประมาณ 2565-2567

แฟ้มข้อมูล	สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	จำนวน รพ.สต.	จำนวน รพ.สต. (%) ที่มี Visit=0 ปีงบประมาณ 2565	จำนวน รพ.สต. (%) ที่มี Visit=0 ปีงบประมาณ 2566	จำนวน รพ.สต. (%) ที่มี Visit=0 ปีงบประมาณ 2567
ANC	กระทรวง สธ.	5,596	1,061 (18.96%)	1,480 (26.45%)	322 (5.75%)
	อบจ. (ปี 66)	3,263	598 (18.33%)	1,114 (34.14%)	438 (13.42%)
	อบจ. (ปี 67)	933	153 (16.40%)	227 (24.33%)	89 (9.54%)
	รวม	9,792	1,812 (18.50%)	2,821 (28.81%)	849 (8.67%)
FP	กระทรวง สธ.	5,596	74 (1.32%)	104 (1.86%)	102 (1.82%)
	อบจ. (ปี 66)	3,263	50 (1.53%)	75 (2.30%)	67 (2.05%)
	อบจ. (ปี 67)	933	22 (2.36%)	19 (2.04%)	26 (2.79%)
	รวม	9,792	146 (1.49%)	198 (2.02%)	195 (1.99%)
NCDscreen	กระทรวง สธ.	5,596	11 (0.20%)	27 (0.48%)	6 (0.11%)
	อบจ. (ปี 66)	3,263	9 (0.28%)	153 (4.69%)	78 (2.39%)
	อบจ. (ปี 67)	933	0 (0.00%)	2 (0.23%)	26 (2.79%)
	รวม	9,792	20 (0.20%)	182 (1.86%)	110 (1.12%)
EPI	กระทรวง สธ.	5,596	6 (0.11%)	9 (0.16%)	7 (0.13%)
	อบจ. (ปี 66)	3,263	3 (0.09%)	5 (0.15%)	12 (0.37%)
	อบจ. (ปี 67)	933	1 (0.11%)	1 (0.11%)	2 (0.21%)
	รวม	9,792	10 (0.10%)	15 (0.15%)	21 (0.21%)

4.7. การส่งข้อมูลการให้บริการโดยหน่วยบริการอื่น (การเก็บความครอบคลุม) สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ

ในการกระบวนการบันทึกข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของ รพ.สต. จะมีการบันทึกข้อมูลที่สำคัญส่วนหนึ่งคือ การบันทึกการให้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการจากหน่วยบริการอื่น เพื่อให้ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของประชาชนในเขตรับผิดชอบ มีความครบถ้วนมากยิ่งขึ้น (เรียกกระบวนการนี้ว่า การเก็บความครอบคลุม) ซึ่งจะมีส่วนสำคัญในการประเมินความครอบคลุมของบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการโดยหน่วยบริการที่ไม่ได้ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ เช่น หน่วยบริการรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยบริการเอกชน เป็นต้น แต่สำหรับหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพอยู่แล้ว (เช่น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) อาจจะไม่มากนัก เนื่องจากสามารถนำข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการเหล่านั้น มาเติมให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ช่วยในการประเมินความครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ของ รพ.สต. ได้

ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของการส่งข้อมูลการเก็บความครอบคลุม จะนับจำนวน Record ของแฟ้ม ANC (บริการฝากครรภ์), แฟ้ม FP (บริการวางแผนครอบครัว), แฟ้ม NCDscreen (บริการคัดกรองโรคเรื้อรัง), แฟ้ม EPI (บริการวัคซีน) โดยนับจำนวน Record ทั้งหมด และจำนวน Record ที่เป็นการเก็บความครอบคลุม ที่ให้บริการโดยหน่วยบริการอื่น (SEQ = ค่าว่าง) แล้วนำมาคำนวณเป็นสัดส่วน โดยเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2565 กับปีงบประมาณ 2567 และจำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. ทั้งนี้ผลของการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงดัง ตารางที่ 16-19 (หมายเหตุ 1 Visit อาจจะมีมากกว่า 1 Record เช่น แฟ้ม EPI การรับบริการ 1 ครั้ง หรือ 1 Visit อาจจะได้รับวัคซีนมากกว่า 1 ชนิด โดยการได้รับวัคซีนแต่ละชนิด จะนับเป็น 1 Record)

ตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าข้อมูล ANC ที่ส่งเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนรวม 978,143 records โดยเป็น Record ที่เกิดจากการเก็บความครอบคลุม 360,238 records คิดเป็นร้อยละ 36.83 โดย รพ.สต. แต่ละสังกัด มีการส่งข้อมูลที่เป็นการเก็บความครอบคลุมอยู่ที่ร้อยละ 29-44 แต่ในปีงบประมาณ 2567 มี Record ที่เป็นการเก็บความครอบคลุมเพียง 3 records

ตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่าข้อมูล FP ที่ส่งเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนรวม 1,613,486 records โดยเป็น Record ที่เกิดจากการเก็บความครอบคลุม เพียงร้อยละ 0.29 แสดงให้เห็นว่าข้อมูล FP เป็นข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต. เอง โดยส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด และในปีงบประมาณ 2567 ข้อมูลในลักษณะการเก็บความครอบคลุม ลดลงเหลือเพียง 242 records เช่นเดียวกับ แฟ้ม NCDscreen ที่ในปีงบประมาณ 2565 มี Record ที่เกิดจากการเก็บความครอบคลุม เพียงร้อยละ 0.51 และในปีงบประมาณ 2567 ลดลงเหลือ 0 (ตารางที่ 18) โดยสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากลักษณะของข้อมูลในแฟ้ม FP และ NCDscreen ที่มีจะเป็นการให้บริการโดย รพ.สต. เอง เป็นหลัก

ตารางที่ 16 จำนวน Record ทั้งหมด จำนวน Record เก็บความครอบคลุม และ % Record เก็บความครอบคลุม ของแฟ้ม ANC ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2567		
	Record ทั้งหมด	Record เก็บ ความครอบคลุม	% Record เก็บ ความครอบคลุม	Record ทั้งหมด	Record เก็บ ความครอบคลุม	% Record เก็บ ความครอบคลุม
กระทรวง สธ.	556,558	195,163	35.07%	578,359	3	0.00%
อบจ. (ปี 66)	283,118	124,716	44.05%	251,388	0	0.00%
อบจ. (ปี 67)	138,467	40,359	29.15%	134,481	0	0.00%
รวม	978,143	360,238	36.83%	964,228	3	0.00%

ตารางที่ 17 จำนวน Record ทั้งหมด จำนวน Record เก็บความครอบคลุม และ % Record เก็บความครอบคลุม ของแฟ้ม FP ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2567		
	Record ทั้งหมด	Record เก็บ ความครอบคลุม	% Record เก็บ ความครอบคลุม	Record ทั้งหมด	Record เก็บ ความครอบคลุม	% Record เก็บ ความครอบคลุม
กระทรวง สธ.	944,816	2,716	0.29%	857,277	0	0.00%
อบจ. (ปี 66)	501,086	1,631	0.33%	459,931	242	0.05%
อบจ. (ปี 67)	167,584	288	0.17%	155,763	0	0.00%
รวม	1,613,486	4,635	0.29%	1,472,971	242	0.02%

ตารางที่ 18 จำนวน Record ทั้งหมด จำนวน Record เก็บความครอบคลุม และ % Record เก็บความครอบคลุม ของแฟ้ม NCDscreen ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2567		
	Record ทั้งหมด	Record เก็บ ความครอบคลุม	% Record เก็บ ความครอบคลุม	Record ทั้งหมด	Record เก็บ ความครอบคลุม	% Record เก็บ ความครอบคลุม
กระทรวง สธ.	11,325,396	70,823	0.63%	11,492,234	0	0.00%
อบจ. (ปี 66)	6,807,759	22,460	0.33%	5,106,247	0	0.00%
อบจ. (ปี 67)	1,954,677	8,791	0.45%	1,335,019	0	0.00%
รวม	20,087,832	102,074	0.51%	17,933,500	0	0.00%

สำหรับในกรณีของข้อมูลในแฟ้ม EPI ในปีงบประมาณ 2565 ซึ่งมีการให้วัคซีนป้องกันโควิด-19 จำนวนมาก พบว่ามีจำนวน record จาก รพ.สต. 41 ล้าน records โดยเป็นข้อมูลในลักษณะการเก็บความครอบคลุมประมาณ 23 ล้าน records คิดเป็นร้อยละ 58.23 โดย รพ.สต. แต่ละสังกัด ส่งข้อมูลเก็บความครอบคลุม อยู่ที่ร้อยละ 56-65 แต่ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน record อยู่ที่ 9.6 ล้าน records โดยเป็นข้อมูลเก็บความครอบคลุม ร้อยละ 12.19 ทั้งนี้ รพ.สต. แต่ละสังกัด ส่งข้อมูลเก็บความครอบคลุม อยู่ที่ร้อยละ 11-14 ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณ 2565 (ตารางที่ 19) และในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวน record อยู่ที่ 9.4 ล้าน records โดยเป็นข้อมูลเก็บความครอบคลุม ร้อยละ 3.65 ทั้งนี้ รพ.สต. แต่ละสังกัด ส่งข้อมูลเก็บความครอบคลุม อยู่ที่ร้อยละ 2.5-4 (ตารางที่ 20) ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 19 จำนวน Record ทั้งหมด จำนวน Record เก็บความครอบคลุม และ % Record เก็บความครอบคลุม ของแฟ้ม EPI ปีงบประมาณ 2565 และ 2566 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	Record ทั้งหมด	Record เก็บความครอบคลุม	% Record เก็บความครอบคลุม	Record ทั้งหมด	Record เก็บความครอบคลุม	% Record เก็บความครอบคลุม
กระทรวง สธ.	23,343,022	13,075,123	56.01%	5,815,310	713,377	12.27%
อบจ. (ปี 66)	13,605,302	8,146,047	59.87%	2,93,6971	336,438	11.46%
อบจ. (ปี 67)	4,051,977	2,65,4476	65.51%	919,808	129,143	14.04%
รวม	41,000,301	23,875,646	58.23%	9,672,089	1,178,958	12.19%

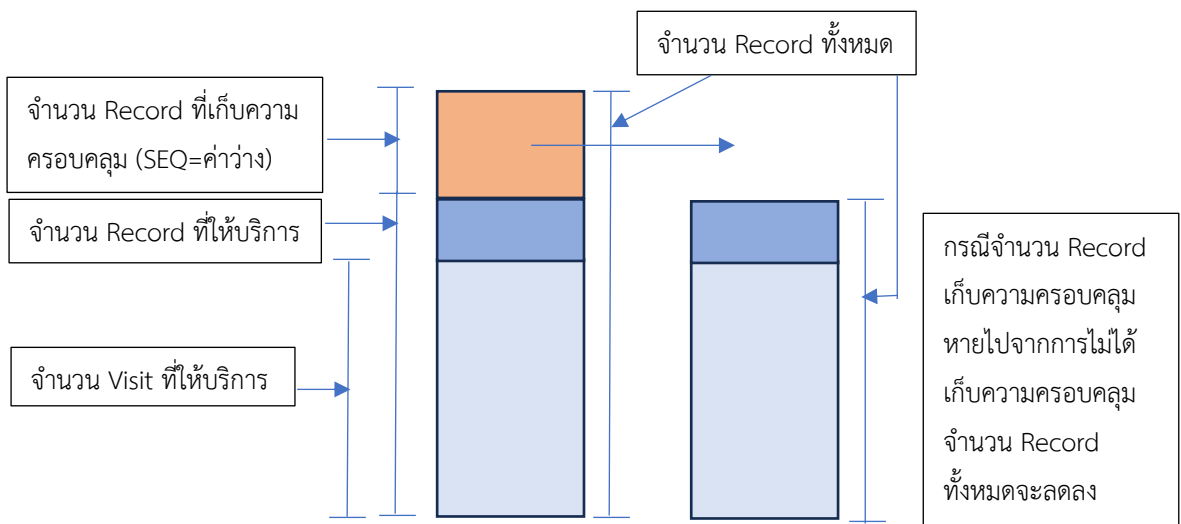
ตารางที่ 20 จำนวน Record ทั้งหมด จำนวน Record เก็บความครอบคลุม และ % Record เก็บความครอบคลุม ของแฟ้ม EPI ปีงบประมาณ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2567		
	Record ทั้งหมด	Record เก็บความครอบคลุม	% Record เก็บความครอบคลุม
กระทรวง สธ.	5,583,573	205,972	3.69%
อบจ. (ปี 66)	2,917,967	114,942	3.94%
อบจ. (ปี 67)	903,353	22,567	2.50%
รวม	9,404,893	343,481	3.65%

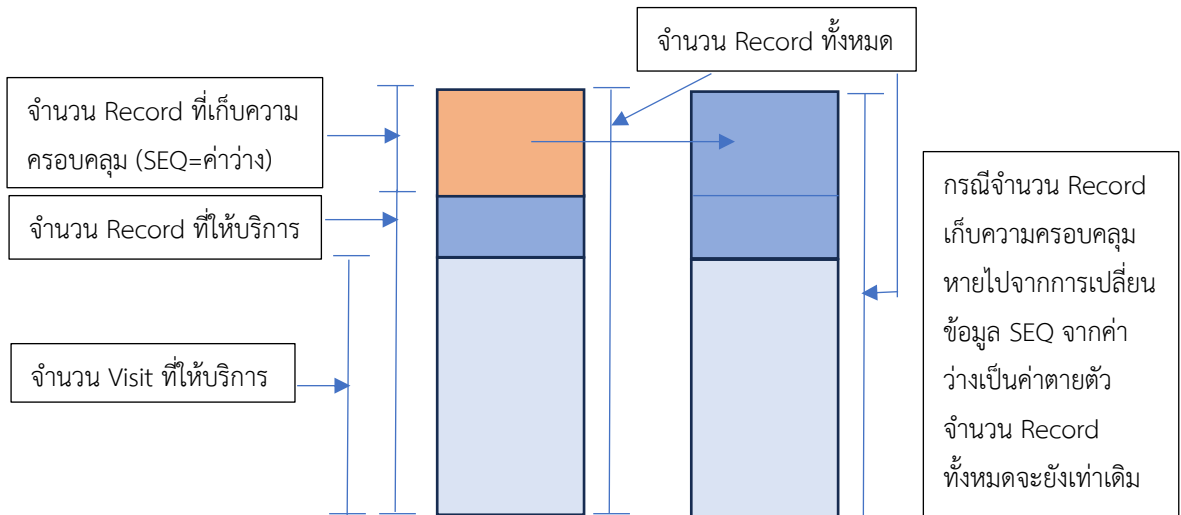
โดยปกติในการลงข้อมูลที่ไม่ได้ให้บริการเอง (เก็บความครอบคลุม) จะมีการลงข้อมูล SEQ ซึ่งเป็นข้อมูลที่บ่งบอกว่าเป็นการให้บริการเอง ให้เป็นค่าว่าง หมายถึงไม่ได้บริการเอง หรือเป็นการเก็บความครอบคลุม

ทั้งนี้ในประเด็นที่จำนวน Record ที่เป็นการเก็บความครอบคลุม ลดลงเหลือ 0 หรือเกือบ 0 ในแฟ้ม ANC, FP, NCDscreen ในปีงบประมาณ 2567 และลดลงเหลือร้อยละ 3.6 ในแฟ้ม EPI ในขณะที่จำนวน Record ทั้งหมดยังไม่เปลี่ยนแปลงนั้น มีสมมติฐานเกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นไปได้มาก คือ อาจเกิดจากการบันทึกค่า SEQ ให้มีค่าที่ตายตัว เช่น “000000” แทนที่ค่าว่าง ซึ่งลักษณะดังกล่าว จะทำให้จำนวน Record ที่เป็นค่าว่างหายไป โดยที่จำนวน Record ทั้งหมดไม่ลดลง แสดงให้เห็นว่าการเก็บข้อมูลความครอบคลุม อาจจะยังคงอยู่ แต่เปลี่ยนจาก SEQ ที่เป็นค่าว่าง เป็นค่าตายตัวแทน เนื่องจากหากการเก็บความครอบคลุมลดลงเหลือ 0 จริง จำนวน Record ทั้งหมดจะต้องลดลงด้วย ดังการอธิบายใน ภาพที่ 185-186

ภาพที่ 185 แสดงจำนวน Record เก็บความครอบคลุม ที่หายไป จากการไม่เก็บความครอบคลุม



ภาพที่ 186 แสดงจำนวน Record เก็บความครอบคลุม ที่หายไป จากการเปลี่ยนค่า SEQ จากค่าว่าง เป็นค่าตายตัว



ดังนั้นในสถานการณ์ของการเปลี่ยนการบันทึกข้อมูล SEQ จากค่าว่าง เป็นค่าตายตัว การประเมินสถานการณ์ของการเก็บความครอบคลุม หรือเปรียบเทียบการเก็บความครอบคลุม ระหว่างสังกัดของ รพ.สต. จึงสามารถทำได้โดยใช้ สัดส่วนของ จำนวน Visit ที่ให้บริการ เทียบกับ จำนวน Record ทั้งหมด ซึ่งมี Record การเก็บความครอบคลุมรวมอยู่ในนั้น ไม่สามารถแยกข้อมูลออกมาได้ ในปีงบประมาณ 2567 เนื่องจากค่าของ SEQ ถูกเปลี่ยนจากค่าว่าง เป็นค่าตายตัว ซึ่งแยกไม่ออกจาก Record ของการให้บริการเอง โดยหากไม่มีการเก็บความครอบคลุม สัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากจำนวน Record ทั้งหมดลดลง แต่หากเกิดจากการปรับข้อมูล SEQ จากค่าว่าง เป็นค่าตายตัว โดยการเก็บความครอบคลุมนยังคงอยู่ สัดส่วนดังกล่าวจะไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ตารางที่ 21-24 แสดงจำนวน Visit จำนวน Record ทั้งหมด และสัดส่วนของ จำนวน Visit ต่อจำนวน Record ทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2567 เปรียบเทียบระหว่างสังกัดของ รพ.สต. ของแฟ้ม ANC, FP, NCDscreen และ EPI

ตารางที่ 21 แสดงสัดส่วนจำนวน Visit ต่อจำนวน Record ทั้งหมด ของแฟ้ม ANC ในปีงบประมาณ 2565 อยู่ที่ร้อยละ 62.38 และในปีงบประมาณ 2567 อยู่ที่ร้อยละ 60.70 ซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่มาก แสดงว่าการเก็บความครอบคลุมในปีงบประมาณ 2567 เปลี่ยนแปลงไม่มากนักจากปีงบประมาณ 2565 สำหรับ รพ.สต. แต่ละสังกัด เช่น รพ.สต. สังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปี 2566) มีสัดส่วนในปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 53.54 เทียบกับร้อยละ 55.24 ในปีงบประมาณ 2565 แสดงถึงการเก็บความครอบคลุมที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ในปีงบประมาณ 2567 หลังการถ่ายโอน เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2565 ก่อนการถ่ายโอน

ตารางที่ 21 จำนวน Visit ที่ให้บริการ จำนวน Record ทั้งหมด และ % จำนวน Visit ต่อ จำนวน Record ทั้งหมด ของแฟ้ม ANC ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2567		
	จำนวน Visit	จำนวน Record ทั้งหมด	% Visit ต่อ Record ทั้งหมด	จำนวน Visit	จำนวน Record ทั้งหมด	% Visit ต่อ Record ทั้งหมด
กระทรวง สธ.	355,975	556,558	63.96%	356,655	578,359	61.67%
อบจ. (ปี 66)	156,389	283,118	55.24%	134,589	251,388	53.54%
อบจ. (ปี 67)	97,763	138,467	70.60%	94,001	134,481	69.90%
รวม	610,127	978,143	62.38%	585,245	964,228	60.70%

ตารางที่ 22 แสดงสัดส่วนจำนวน Visit ต่อจำนวน Record ทั้งหมด ของแฟ้ม FP ในปีงบประมาณ 2565 อยู่ที่ร้อยละ 99.08 และในปีงบประมาณ 2567 อยู่ที่ร้อยละ 98.91 แสดงว่าการเก็บความครอบคลุม น้อยมาก โดยส่วนใหญ่เป็นการให้บริการเอง โดยไม่แตกต่างกันระหว่างสังกัดของ รพ.สต. ลักษณะดังกล่าวคล้ายคลึงกับข้อมูล NCDscreen ที่ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการเอง สัดส่วนดังกล่าวจึงอยู่ที่มากกว่าร้อยละ 98 สำหรับรพ.สต.ทุกสังกัด (ตารางที่ 23)

ตารางที่ 22 จำนวน Visit ที่ให้บริการ จำนวน Record ทั้งหมด และ % จำนวน Visit ต่อ จำนวน Record ทั้งหมด ของแฟ้ม FP ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2567		
	จำนวน Visit	จำนวน Record ทั้งหมด	% Visit ต่อ Record ทั้งหมด	จำนวน Visit	จำนวน Record ทั้งหมด	% Visit ต่อ Record ทั้งหมด
กระทรวง สธ.	934,708	944,816	98.93%	846,671	857,277	98.76%
อบจ. (ปี 66)	497,011	501,086	99.19%	455,632	459,931	99.07%
อบจ. (ปี 67)	166,865	167,584	99.57%	154,587	155,763	99.25%
รวม	1,598,584	1,613,486	99.08%	1,456,890	1,472,971	98.91%

ตารางที่ 23 จำนวน Visit ที่ให้บริการ จำนวน Record ทั้งหมด และ % จำนวน Visit ต่อ จำนวน Record ทั้งหมด ของแฟ้ม NCDscreen ปีงบประมาณ 2565 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2567		
	จำนวน Visit	จำนวน Record ทั้งหมด	% Visit ต่อ Record ทั้งหมด	จำนวน Visit	จำนวน Record ทั้งหมด	% Visit ต่อ Record ทั้งหมด
กระทรวง สธ.	11,179,450	11,325,396	98.71%	11,259,856	11,492,234	97.98%
อบจ. (ปี 66)	6,744,889	6,807,759	99.08%	5,038,712	5,106,247	98.68%
อบจ. (ปี 67)	1,941,855	1,954,677	99.34%	1,327,998	1,335,019	99.47%
รวม	19,866,194	20,087,832	98.90%	17,626,566	17,933,500	98.29%

ตารางที่ 24 แสดงสัดส่วนจำนวน Visit ต่อจำนวน Record ทั้งหมด ของแฟ้ม EPI ในปีงบประมาณ 2566 อยู่ที่ร้อยละ 60.97 และเพิ่มเป็นร้อยละ 64.98 ในปีงบประมาณ 2567 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการเก็บความครอบคลุม ที่อาจจะลดลงเล็กน้อย โดยแนวโน้มดังกล่าวคล้ายคลึงกันสำหรับ รพ.สต. แต่ละสังกัด คือมีสัดส่วนจำนวน Visit ต่อจำนวน Record ทั้งหมด ที่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 3.5-5.5 และไม่มีความแตกต่างกันมากนักระหว่างสังกัดของ รพ.สต. แสดงว่าการเก็บความครอบคลุมของ EPI ไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างสังกัดของ รพ.สต.

ตารางที่ 24 จำนวน Visit ที่ให้บริการ จำนวน Record ทั้งหมด และ % จำนวน Visit ต่อ จำนวน Record ทั้งหมด ของแฟ้ม EPI ปีงบประมาณ 2566 และ 2567 จำแนกตามสังกัดของ รพ.สต. (ณ ปีงบประมาณ 2567)

สังกัดของ รพ.สต. ณ ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	จำนวน Visit	จำนวน Record ทั้งหมด	% Visit ต่อ Record ทั้งหมด	จำนวน Visit	จำนวน Record ทั้งหมด	% Visit ต่อ Record ทั้งหมด
กระทรวง สธ.	3,530,969	5,815,310	60.72%	3,584,861	5,583,573	64.20%
อบจ. (ปี 66)	1,818,736	2,936,971	61.93%	1,939,517	2,917,967	66.47%
อบจ. (ปี 67)	547,079	919,808	59.48%	587,300	903,353	65.01%
รวม	5,896,784	9,672,089	60.97%	6,111,678	9,404,893	64.98%

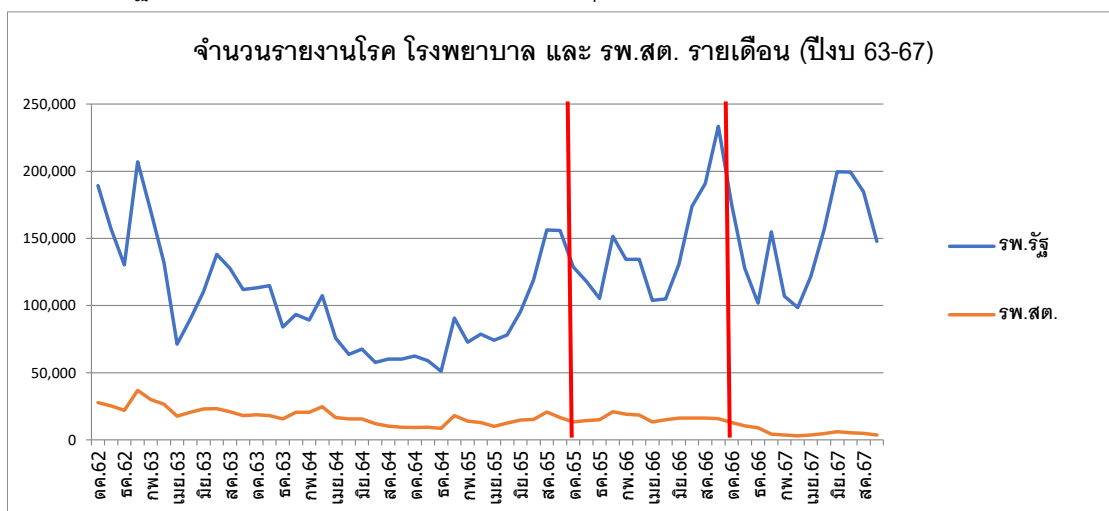
4.8. การส่งข้อมูลเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา

การวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา ที่ถูกส่งมายังกองระบาดวิทยา จะเป็นการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยรายโรคทางระบาดวิทยา ของปีงบประมาณ 2563-2567 โดยการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วย รายเดือน และจำแนกตามประเภทของหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) โรงพยาบาลของรัฐ 2) รพ.สต. หรือ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นๆ ของรัฐ นอกจากนี้ยังมีการจัดกลุ่มจังหวัด โดยแบ่งตาม % ของรพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) จังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 0 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 20
- 2) จังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 20 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 50
- 3) จังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 50 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80
- 4) จังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 80 ถึงร้อยละ 100

ภาพที่ 187 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ที่ส่งจากโรงพยาบาลของรัฐ และ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ของรัฐ รายเดือน ในปีงบประมาณ 2563-2567 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ส่วนใหญ่ถูกส่งมาจากโรงพยาบาลของรัฐ โดยที่แนวโน้มรายเดือนของข้อมูลที่ส่งจากโรงพยาบาลของรัฐ ลดลงในปีงบประมาณ 2564 แล้วกลับเพิ่มขึ้นในช่วงปลายของปีงบประมาณ 2565 และต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2566-2567 ทั้งนี้สำหรับข้อมูลที่ส่งมาจาก รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ของรัฐ ก็มีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2564 เช่นกัน แล้วกลับมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปลายปีงบประมาณ 2565 และในปีงบประมาณ 2566 แต่ในปีงบประมาณ 2567 จำนวนผู้ป่วยที่รายงานมาจาก รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ของรัฐ กลับมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน

ภาพที่ 187 จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ที่ส่งจากโรงพยาบาลของรัฐ และ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ของรัฐ รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 (ตุลาคม 2562 - กันยายน 2567)

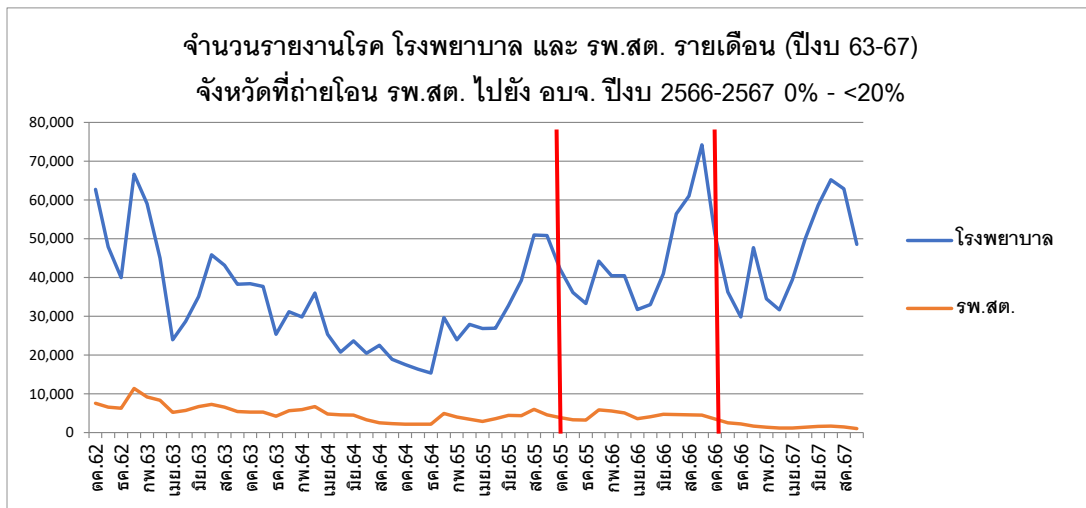


หมายเหตุ ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

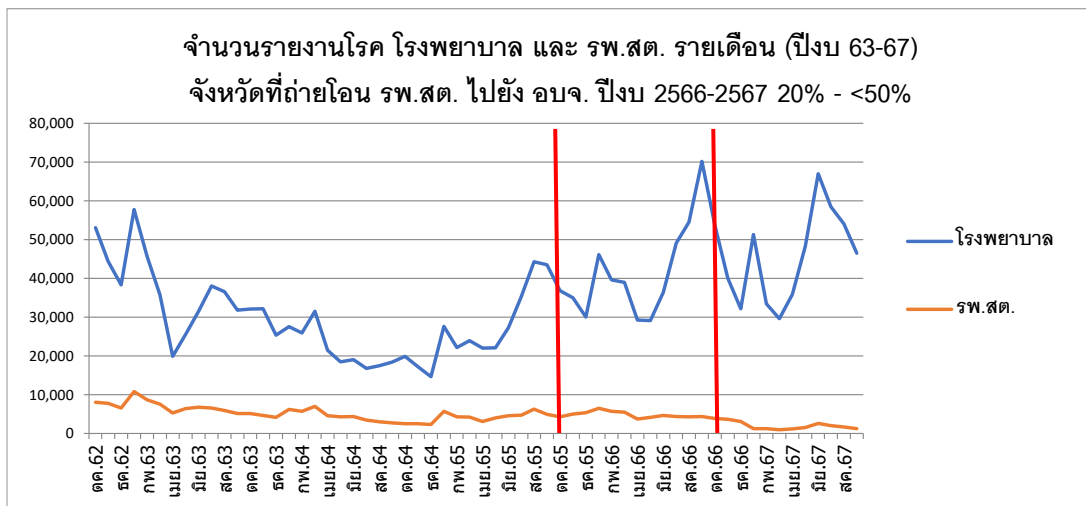
สถานการณ์ดังกล่าว เกิดขึ้นเนื่องจากในปีงบประมาณ 2567 กองระบาดวิทยา มีการปรับเปลี่ยนระบบการส่งข้อมูลจากระบบ R506 เป็น D506 ซึ่งเป็นระบบบันทึกข้อมูลหรือเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยงานแบบออนไลน์ ที่ส่งข้อมูลโดยตรงจากหน่วยบริการ โดยในปีงบประมาณ 2567 กองระบาดวิทยา เน้นการปรับระบบในส่วน of โรงพยาบาลเป็นหลัก แต่ในส่วน of รพ.สต. มีการดำเนินงานเพียงบางส่วนในบางจังหวัดเท่านั้น ข้อมูลที่ได้รับจาก รพ.สต. จึงลดลงอย่างชัดเจน

ภาพที่ 188-191 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ที่ส่งจากโรงพยาบาลของรัฐ และ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ของรัฐ รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจังหวัด ที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 (รวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567) ที่แตกต่างกัน

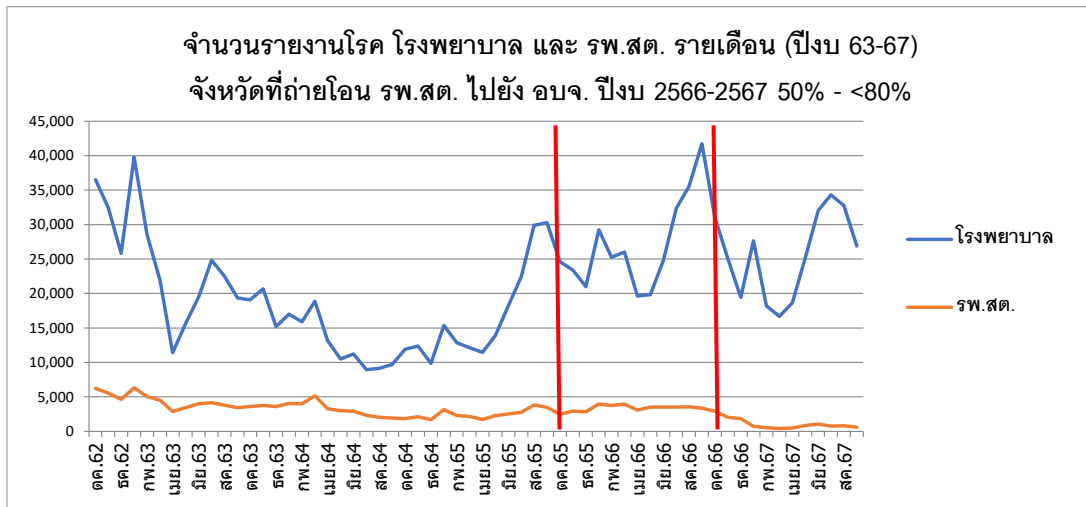
ภาพที่ 188 จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 สำหรับจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 0 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 20



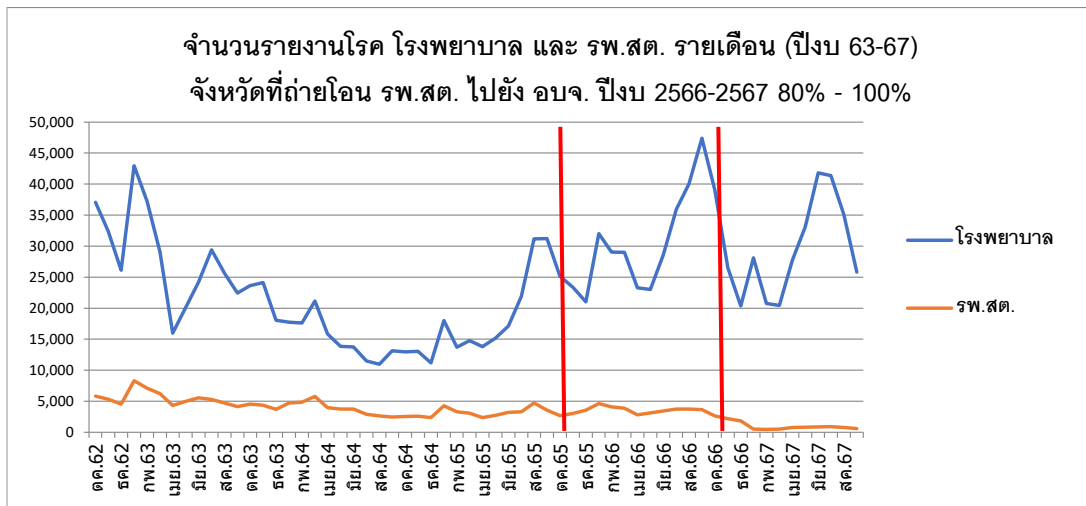
ภาพที่ 189 จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 สำหรับจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 20 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 50



ภาพที่ 190 จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 สำหรับจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ร้อยละ 50 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80



ภาพที่ 191 จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. รายเดือน ปีงบประมาณ 2563-2567 สำหรับจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ร้อยละ 80 ถึงร้อยละ 100



หมายเหตุ ภาพที่ 188-191 ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่แตกต่างกัน มีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รายเดือน ที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ลดลงในปีงบประมาณ 2564 แล้วกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในปลายปีงบประมาณ 2565 ถึงปีงบประมาณ 2566 แล้วลดลงอย่างชัดเจนในปีงบประมาณ 2567 ซึ่งต่างจากข้อมูลที่ส่งมาจากโรงพยาบาลของรัฐ ที่มีจำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2567 ที่ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2566 ลักษณะดังกล่าว จึงน่าจะเกิดจากปัจจัยด้านการปรับเปลี่ยนระบบบันทึกและส่งข้อมูลของกองระบาดวิทยา ที่กระทบต่อข้อมูลที่ส่งจาก รพ.สต. มากกว่าปัจจัยด้านการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. เนื่องจากจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. หรือถ่ายโอนน้อยกว่าร้อยละ 20 (ภาพที่ 188) ก็มีแนวโน้มที่คล้ายกับ จังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ภาพที่ 191)

ตารางที่ 25 จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2565-2567 เปรียบเทียบระหว่างจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่แตกต่างกัน

	ประเภทของ หน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังที่รายงาน			% ส่วนต่างจำนวนผู้ป่วยที่รายงาน		
		ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567	%ปีงบ 2566 เทียบกับปีงบ 2565	%ปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2565	%ปีงบ 2567 เทียบกับปีงบ 2566
จังหวัดที่มี รพ.สต. ที่ถ่าย โอนไปยัง อบจ. ในปีงบ 66-67 <20%	โรงพยาบาล ของรัฐ	358,041	533,985	555,764	49.14%	55.22%	4.08%
	รพ.สต. หรือ หน่วยบริการ ปฐมภูมิอื่นๆ	44,479	52,742	20,620	18.58%	-53.64%	-60.90%
	รวม	402,520	586,727	576,384	45.76%	43.19%	-1.76%
จังหวัดที่มี รพ.สต. ที่ถ่าย โอนไปยัง อบจ. ในปีงบ 66-67 20% - <50%	โรงพยาบาล ของรัฐ	319,794	494,965	550,203	54.78%	72.05%	11.16%
	รพ.สต. หรือ หน่วยบริการ ปฐมภูมิอื่นๆ	49,012	57,650	24,264	17.62%	-50.49%	-57.91%
	รวม	368,806	552,615	574,467	49.84%	55.76%	3.95%
จังหวัดที่มี รพ.สต. ที่ถ่าย โอนไปยัง อบจ. ในปีงบ 66-67 50% - <80%	โรงพยาบาล ของรัฐ	200,751	323,355	307,991	61.07%	53.42%	-4.75%
	รพ.สต. หรือ หน่วยบริการ ปฐมภูมิอื่นๆ	29,910	40,489	13,040	35.37%	-56.40%	-67.79%
	รวม	230,661	363,844	321,031	57.74%	39.18%	-11.77%
จังหวัดที่มี รพ.สต. ที่ถ่าย โอนไปยัง อบจ. ในปีงบ 66-67 >=80%	โรงพยาบาล ของรัฐ	214,077	357,771	360,121	67.12%	68.22%	0.66%
	รพ.สต. หรือ หน่วยบริการ ปฐมภูมิอื่นๆ	37,945	42,316	12,835	11.52%	-66.17%	-69.67%
	รวม	252,022	400,087	372,956	58.75%	47.99%	-6.78%
รวมทุกจังหวัด	โรงพยาบาล ของรัฐ	1,092,663	1,710,076	1,774,079	56.51%	62.36%	3.74%
	รพ.สต. หรือ หน่วยบริการ ปฐมภูมิอื่นๆ	161,346	193,197	70,759	19.74%	-56.14%	-63.37%
	รวม	1,254,009	1,903,273	1,844,838	51.78%	47.12%	-3.07%

หมายเหตุ

% ส่วนต่างจำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 =


$(\text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2566} - \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2565}) * 100 / \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2565}$

% ส่วนต่างจำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 =


$(\text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567} - \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2565}) * 100 / \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2565}$

% ส่วนต่างจำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 =

$(\text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567} - \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2566}) * 100 / \text{จำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2566}$

 = -5.00% ถึง -9.99%

 = -10.00% ถึง -19.99%

 = -20.00% ขึ้นไป

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลรัฐ และ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2565-2567 รวมทั้ง % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 จะพบว่า % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ในส่วนของ รพ.สต. อยู่ที่ร้อยละ -56.14 และ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 ในส่วนของ รพ.สต. อยู่ที่ร้อยละ -63.37 และหากเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่แตกต่างกัน จะพบว่า % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 ของ รพ.สต. ตีลบสูงสุดในจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ร้อยละ 80-100 (ร้อยละ -66.17) เช่นเดียวกับ % ส่วนต่างปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 ของ รพ.สต. ตีลบสูงสุดในจังหวัดที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ร้อยละ 80-100 (ร้อยละ -69.67)

โดยสรุป ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในสัดส่วนร้อยละ 80 ขึ้นไป มีการรายงานโรคในปีงบประมาณ 2567 ของ รพ.สต. ที่ลดลงมากกว่าจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในสัดส่วนที่น้อยกว่า แต่ความแตกต่างไม่มากนัก ดังนั้นปัจจัยหลักที่ทำให้การรายงานโรคจาก รพ.สต. ลดลงอย่างชัดเจนในปีงบประมาณ 2567 ก็คือการปรับระบบการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูลไปยัง กองระบาดวิทยา เป็นแบบออนไลน์ ที่ส่งข้อมูลโดยตรงจากหน่วยบริการ ซึ่งยังไม่ได้ดำเนินงานในส่วนของ รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2567 ทำให้กระทบต่อข้อมูลรายงานโรคจาก รพ.สต. ในทุกกลุ่มจังหวัด

4.9. การศึกษาสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ ในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด

ในการศึกษาสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการสุขภาพ ในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู กาญจนบุรี นครราชสีมา นนทบุรี เชียงใหม่ ประจวบคีรีขันธ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ ในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ 10 รายการ โดยวิเคราะห์แนวโน้มปีงบประมาณ 2564-2567 และการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มกับบุคลากรในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) รพ.สต.ที่ไม่ได้ถ่ายโอนไปยัง อบจ. และรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เพื่อศึกษาบริบท การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องด้านระบบข้อมูลสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบข้อมูลสุขภาพ ในบริบทของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้งนี้สถานการณ์ด้านข้อมูลบริการสุขภาพ มีการสรุปในเบื้องต้น ดังนี้

1) การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ของพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด

จังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด มีสัดส่วนของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. รวมปีงบประมาณ 2566-2567 ตั้งแต่ 19.75% (จังหวัดประจวบคีรีขันธ์) ถึง 100% (จังหวัดหนองบัวลำภู) โดยมีจังหวัด ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนไปยัง อบจ. 90-100% 2 จังหวัด (หนองบัวลำภู กาญจนบุรี) จังหวัด ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนไปยัง อบจ. 40-60% 2 จังหวัด (นครราชสีมา นนทบุรี) จังหวัด ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนไปยัง อบจ. 15-30% 2 จังหวัด (เชียงใหม่ ประจวบคีรีขันธ์) (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 จำนวน รพ.สต. รวมทั้งหมด (เฉพาะสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ อบจ.) รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567

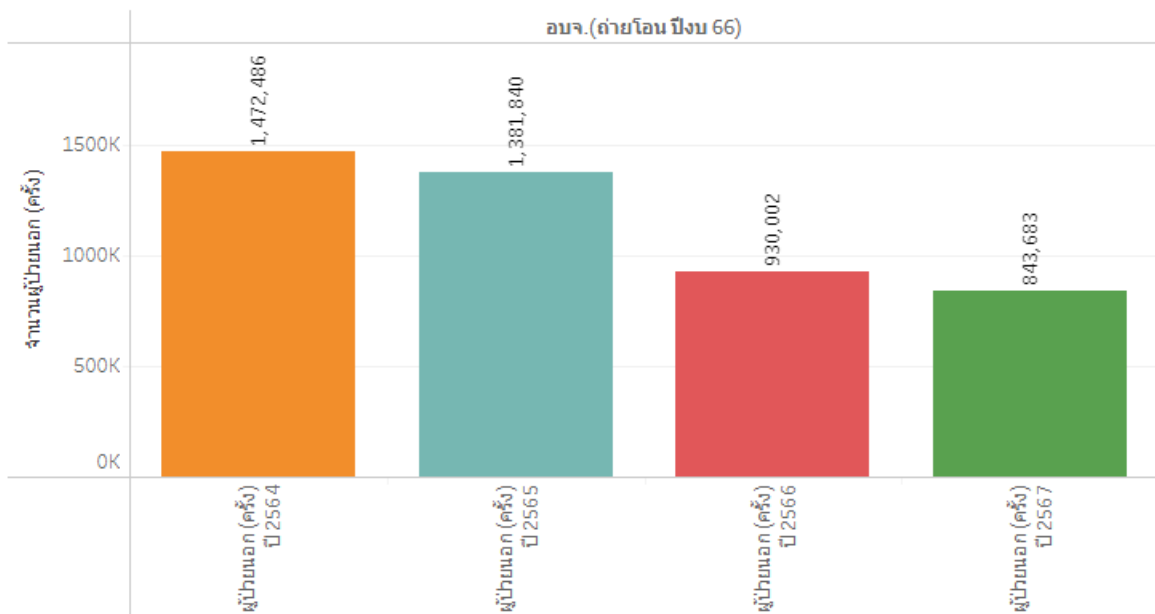
จังหวัด	จำนวนรพ.สต.ทั้งหมด (เฉพาะสังกัดกระทรวง สาธารณสุข และ อบจ.)	จำนวนรพ.สต.ที่ถ่าย โอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 (%)	จำนวนรพ.สต.ที่ถ่าย โอนไปยัง อบจ. ในปี 2567 (%)	รวมจำนวนรพ.สต.ที่ ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ใน ปีงบประมาณ 2566-2567 (%)
หนองบัวลำภู	83	83 (100%)	-	83 (100%)
กาญจนบุรี	144	97 (67.36%)	46 (31.94%)	143 (99.31%)
นครราชสีมา	347	182 (52.45%)	-	182 (52.45%)
นนทบุรี	71	18 (25.35%)	11 (15.49%)	29 (40.85%)
เชียงใหม่	268	62 (23.13%)	7 (2.61%)	69 (25.75%)
ประจวบคีรีขันธ์	81	16 (19.75%)	-	16 (19.75%)

2) สถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด

จังหวัดหนองบัวลำภู

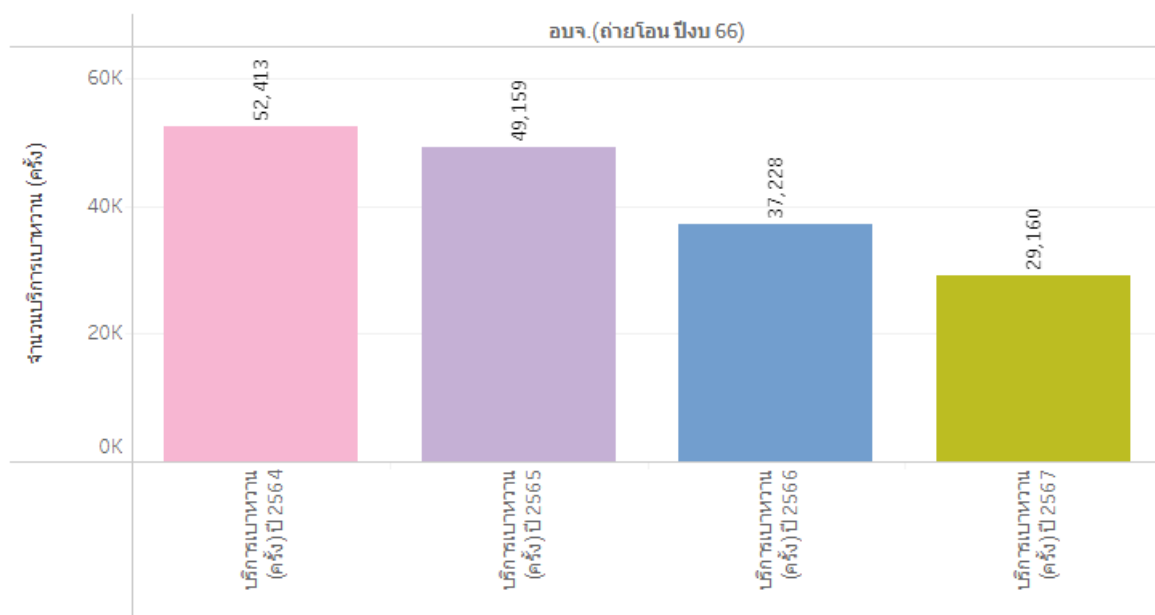
ภาพที่ 192-201 แสดงแนวโน้มบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564-2567 รพ.สต. จังหวัดหนองบัวลำภู

ภาพที่ 192 จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู
จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



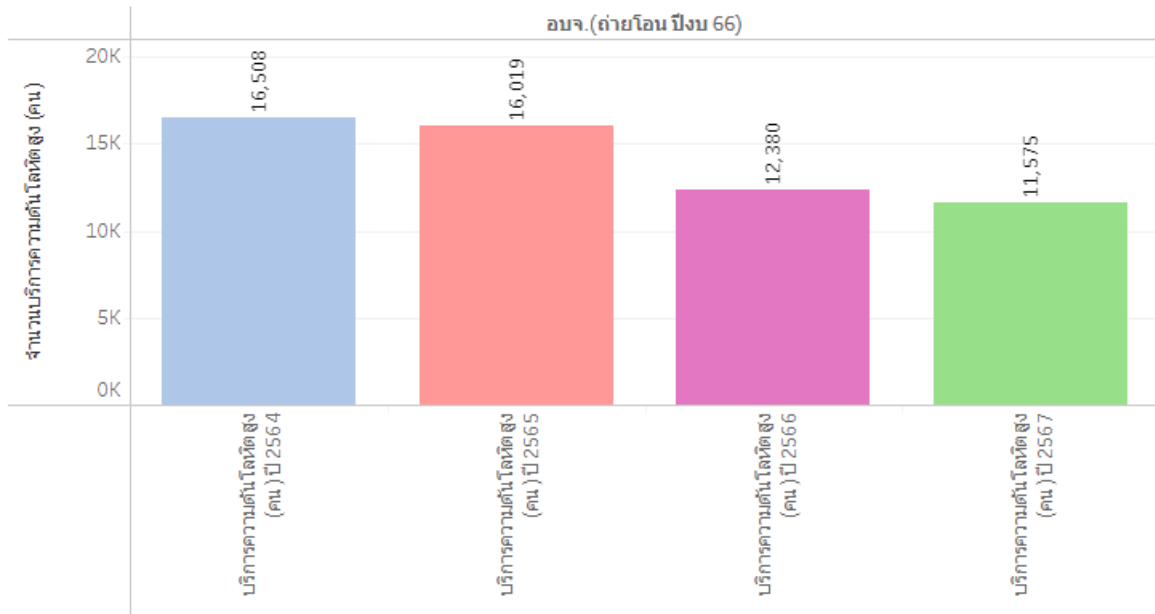
ภาพที่ 193 จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู

จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



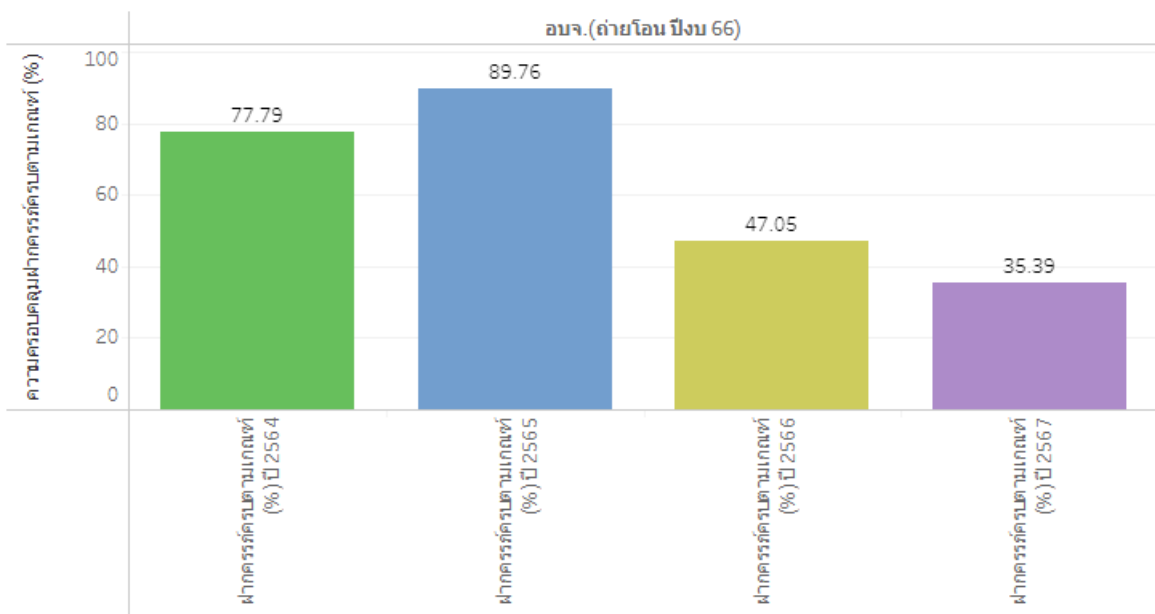
ภาพที่ 194 จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู

จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (คน) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

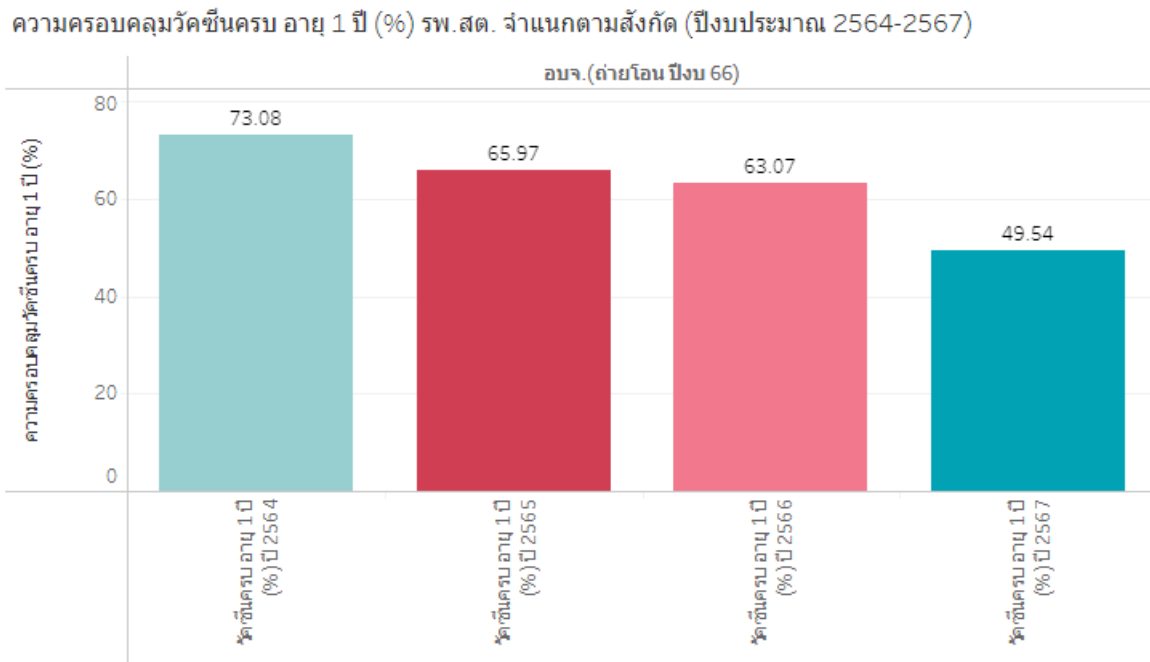


ภาพที่ 195 ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู

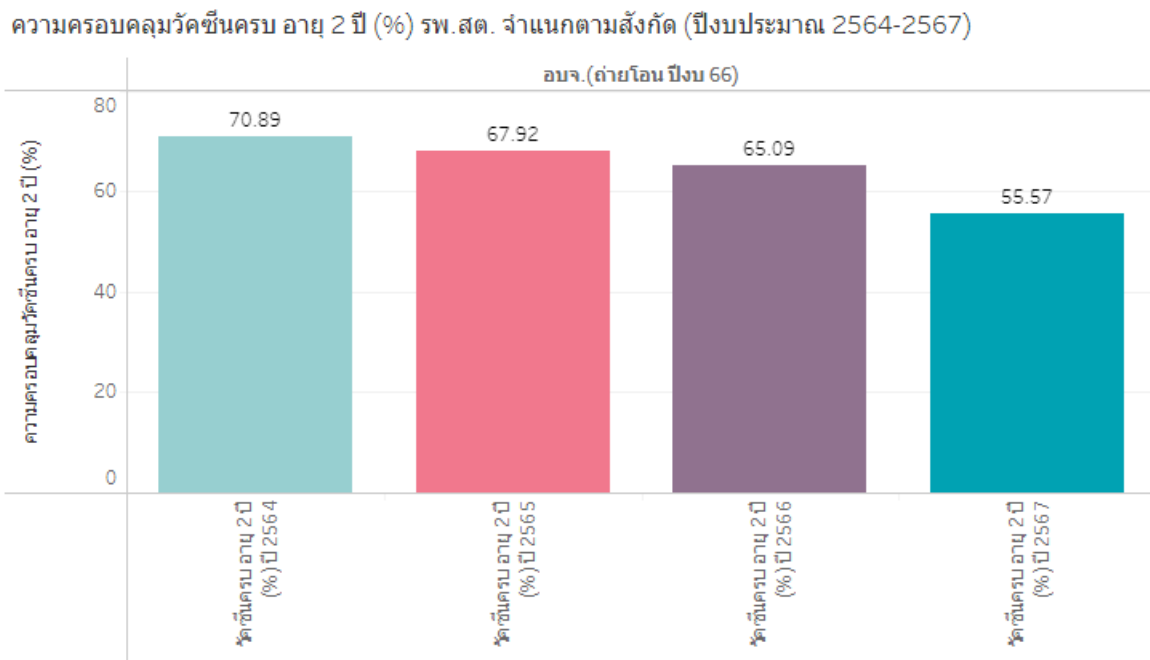
ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 196 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู

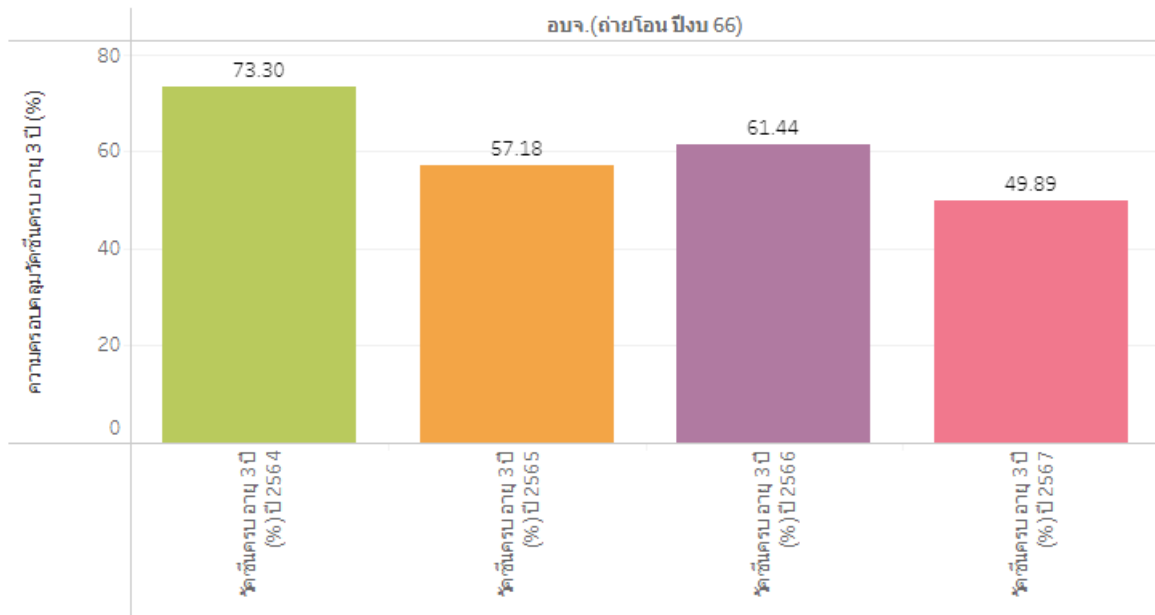


ภาพที่ 197 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู



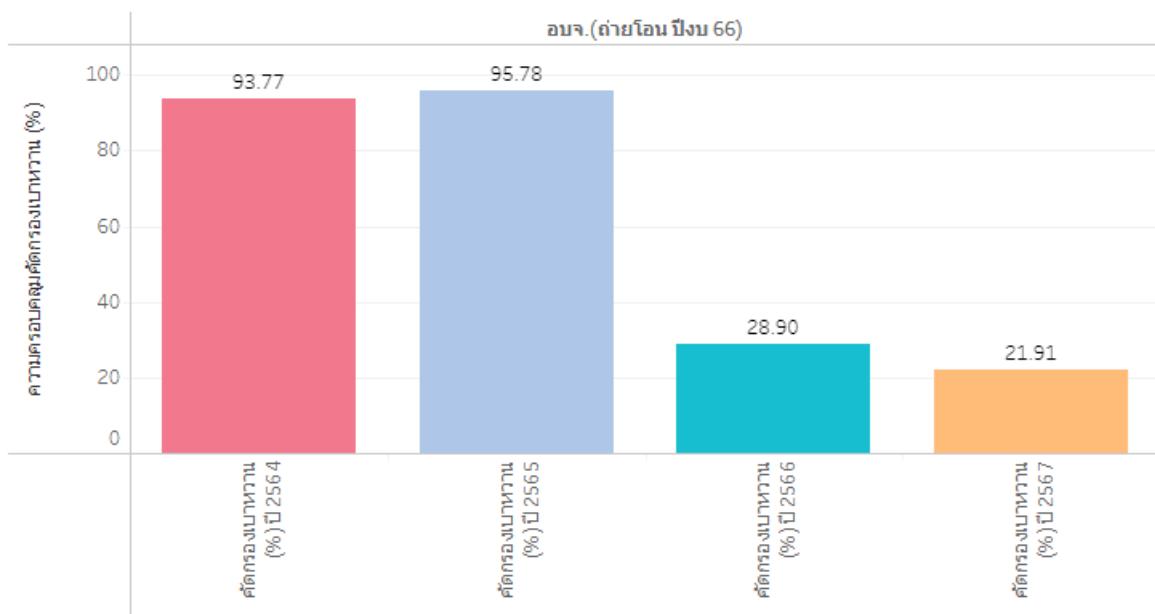
ภาพที่ 198 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



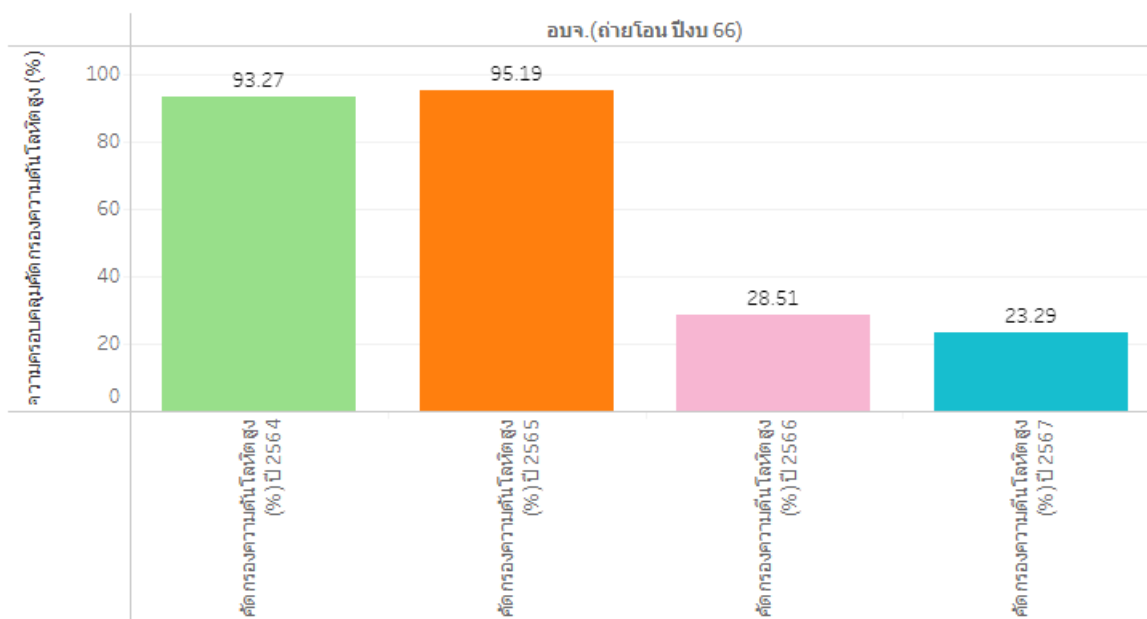
ภาพที่ 199 ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู

ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



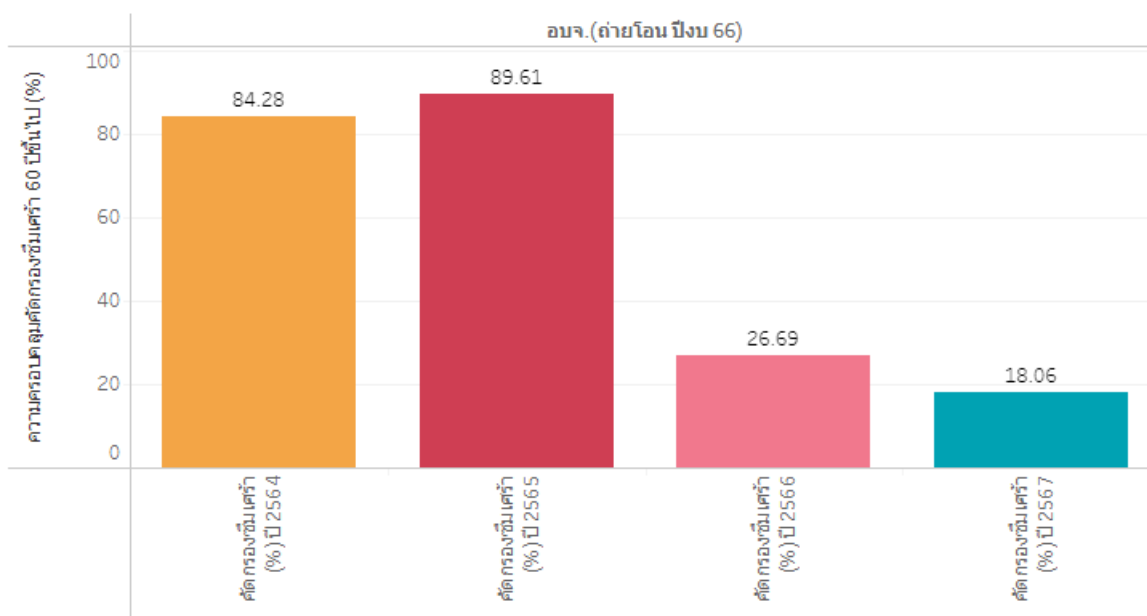
ภาพที่ 200 ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู

ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 201 ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเสร์้า อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดหนองบัวลำภู

ความครอบคลุมคัดกรองซีมีเสร์้า 60 ปีขึ้นไป (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



สรุปสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดหนองบัวลำภู

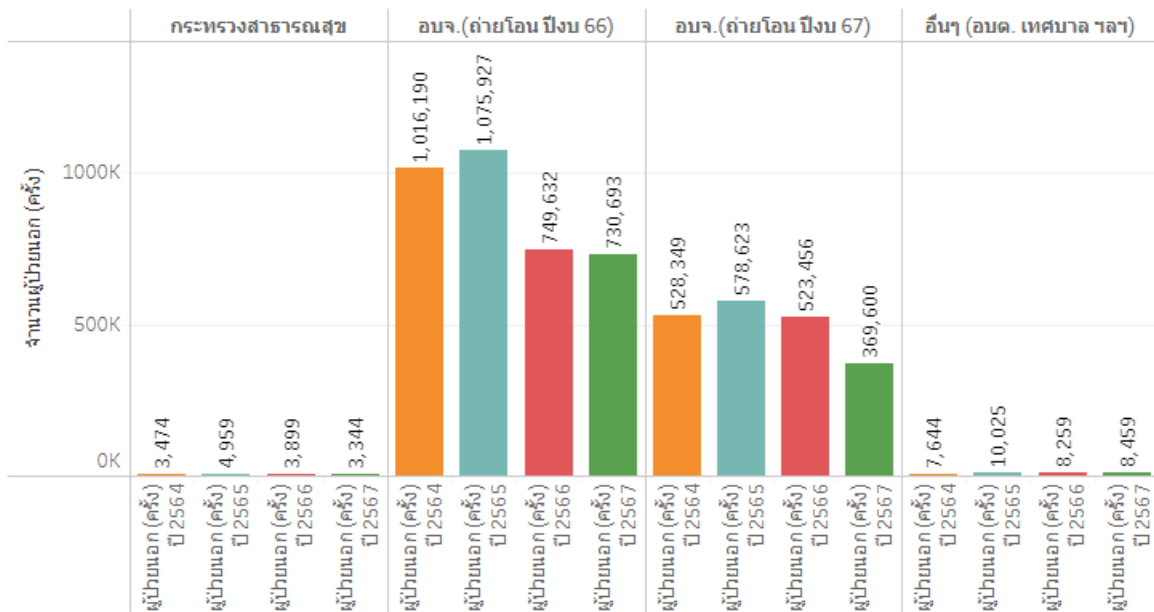
- รพ.สต. ของจังหวัดหนองบัวลำภูทั้งหมด อยู่ในสังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566) โดยมีแนวโน้มจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ที่ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 โดยลดจาก 1.38 ล้านครั้งในปี 2565 เหลือ 9.3 แสนครั้งในปี 2566 และ 8.4 แสนครั้งในปี 2567
- จำนวนครั้งบริการเบาหวาน ของ รพ.สต. ลดลงจาก 49,000 ครั้ง ในปี 2565 เหลือ 37,000 ครั้ง ในปี 2566 และ 29,000 ครั้งในปี 2567 เช่นเดียวกับบริการความดันโลหิตสูง มีจำนวนครั้ง ลดลงจาก 16,000 ครั้ง ในปี 2565 เหลือ 12,000 ครั้ง ในปี 2566 และ 11,000 ครั้งในปี 2567
- ความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ลดลงจาก 89% ในปี 2565 เหลือ 47% ในปี 2566 และ 35% ในปี 2567
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ลดลงในปี 2567 เหลือ 49.5% เทียบกับ 66% ในปี 2565 และ 63% ในปี 2566
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ลดลงในปี 2567 เหลือ 55.5% เทียบกับ 68% ในปี 2565 และ 65% ในปี 2566
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ลดลงในปี 2567 เหลือ 50% เทียบกับ 57% ในปี 2565 และ 61% ในปี 2566
- ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ลดลงตั้งแต่ปี 2566 โดยลดลงจาก 95.8% ในปี 2565 เหลือเพียง 28.9% ในปี 2566 และ 21.9% ในปี 2567
- ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ลดลงตั้งแต่ปี 2566 โดยลดลงจาก 95.2% ในปี 2565 เหลือเพียง 28.5% ในปี 2566 และ 23.3% ในปี 2567
- ความครอบคลุมการคัดกรองซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ลดลงตั้งแต่ปี 2566 โดยลดลงจาก 89.6% ในปี 2565 เหลือเพียง 26.7% ในปี 2566 และ 18.1% ในปี 2567

จังหวัดกาญจนบุรี

ภาพที่ 202-211 แสดงแนวโน้มบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564-2567 รพ.สต. จังหวัดกาญจนบุรี

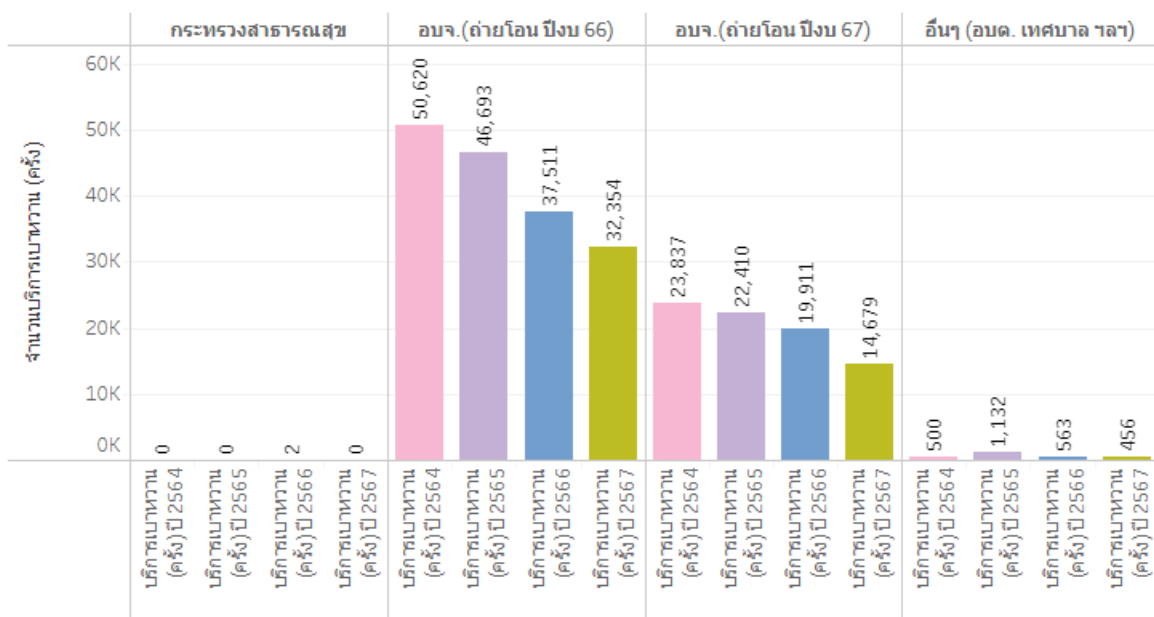
ภาพที่ 202 จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี

จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



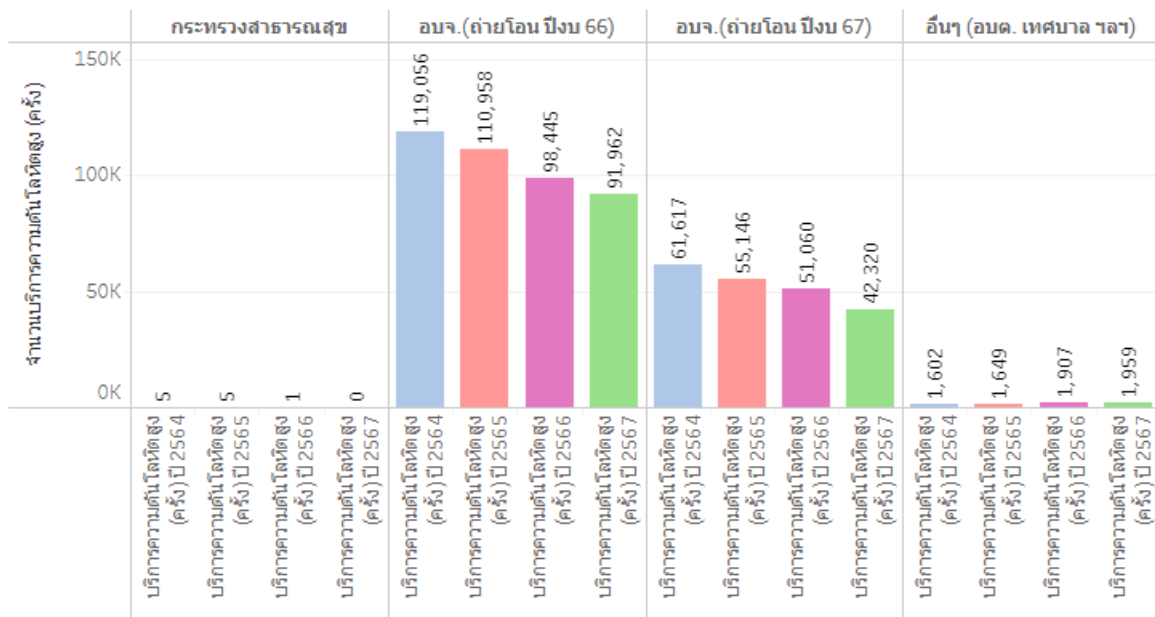
ภาพที่ 203 จำนวนบริการเบหเวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี

จำนวนบริการเบหเวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



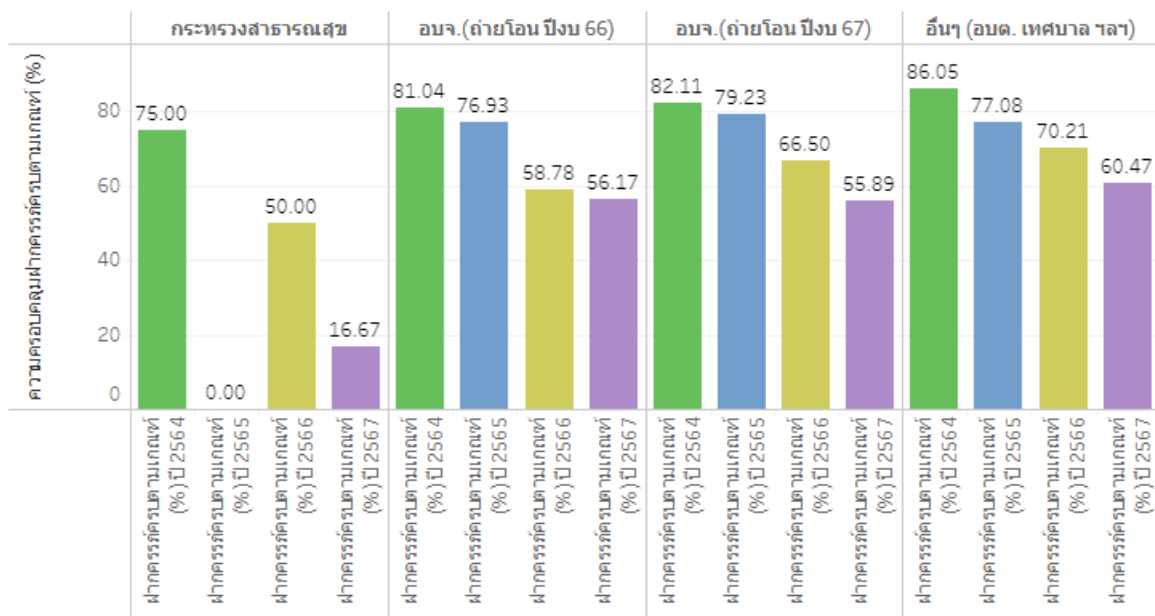
ภาพที่ 204 จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี

จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



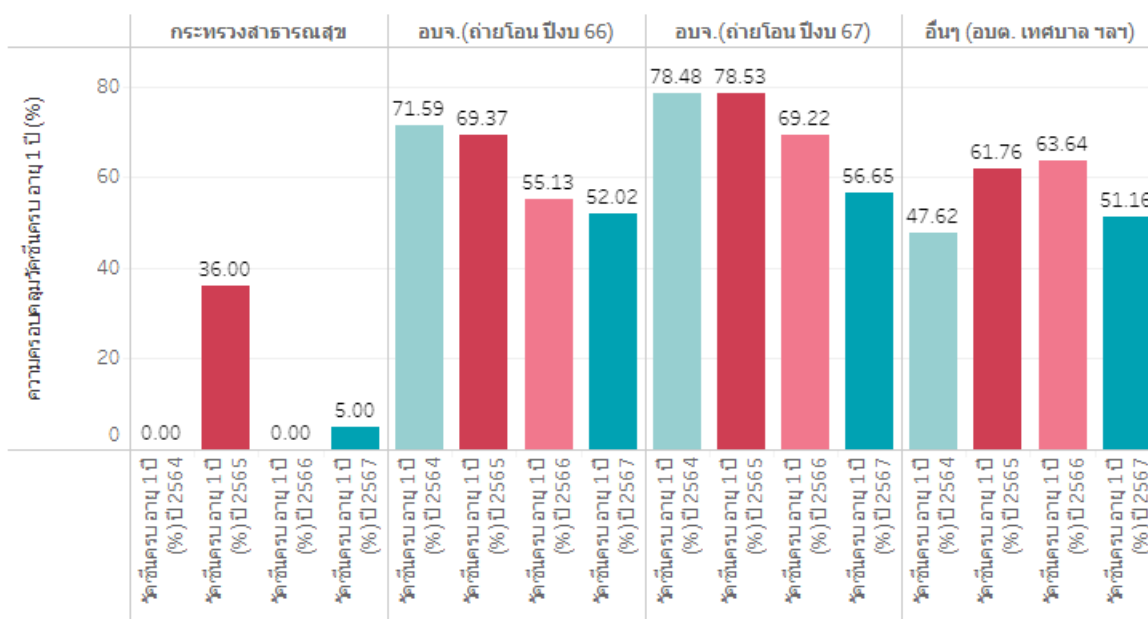
ภาพที่ 205 ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี

ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



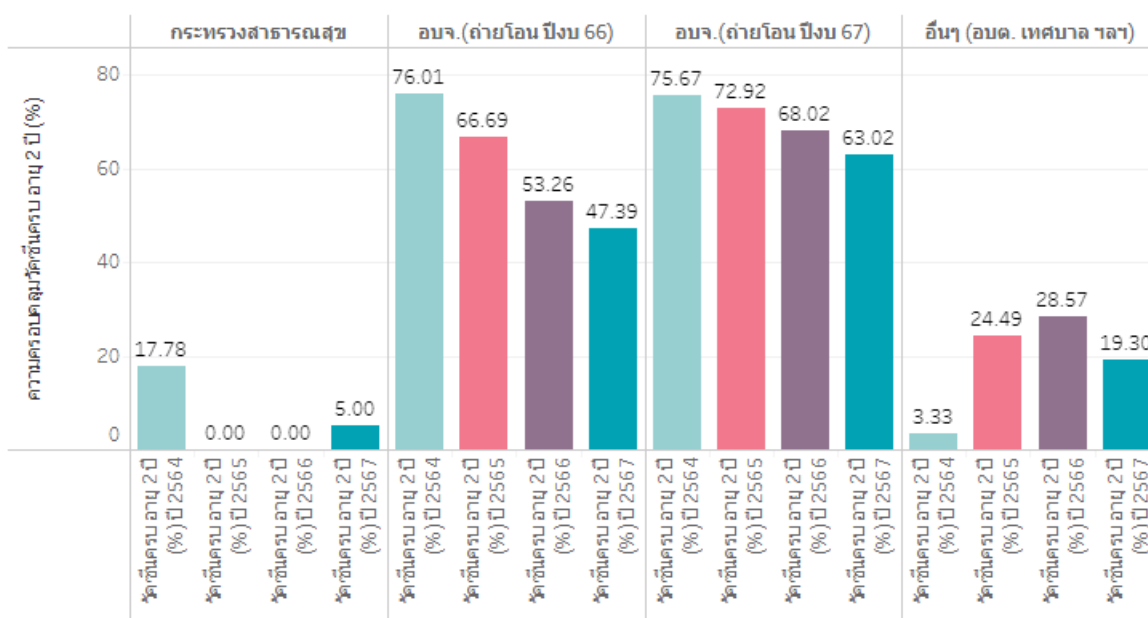
ภาพที่ 206 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



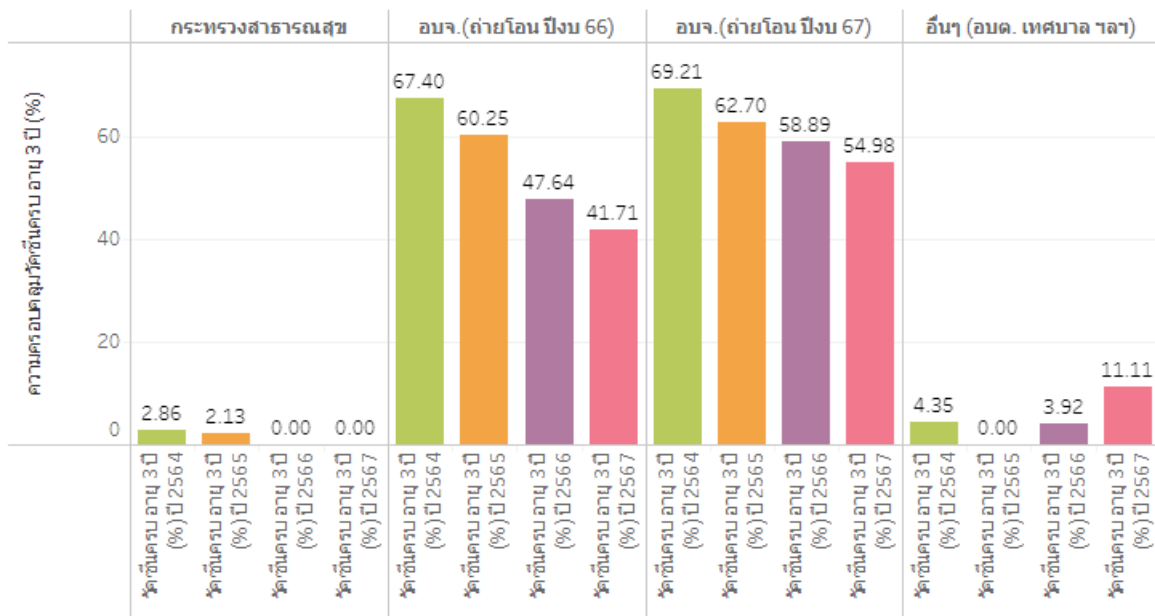
ภาพที่ 207 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



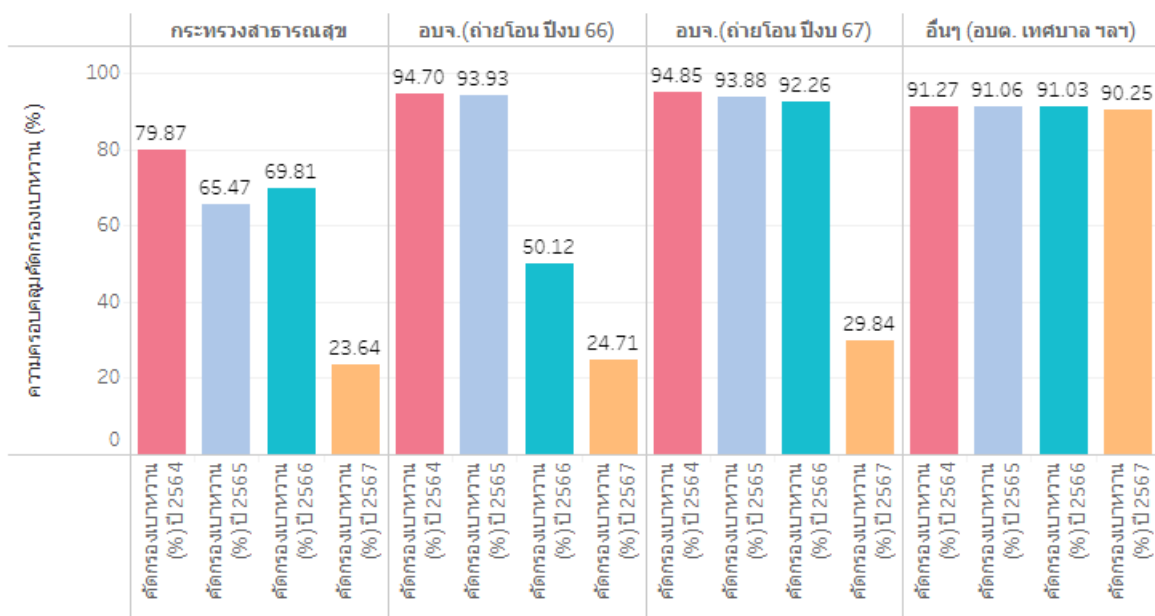
ภาพที่ 208 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



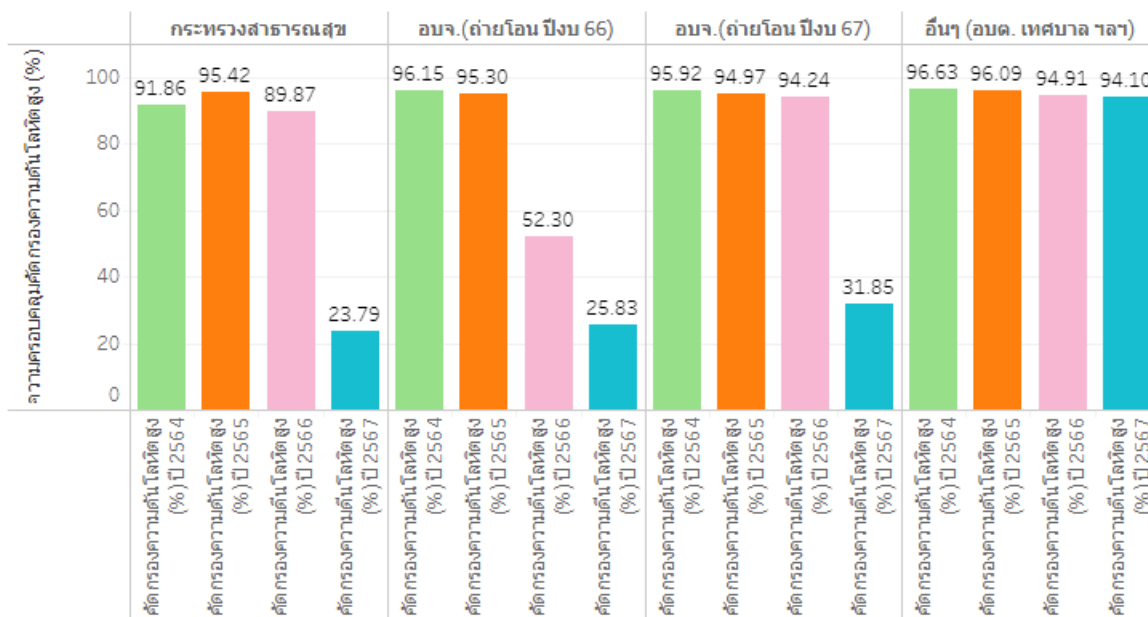
ภาพที่ 209 ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี

ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



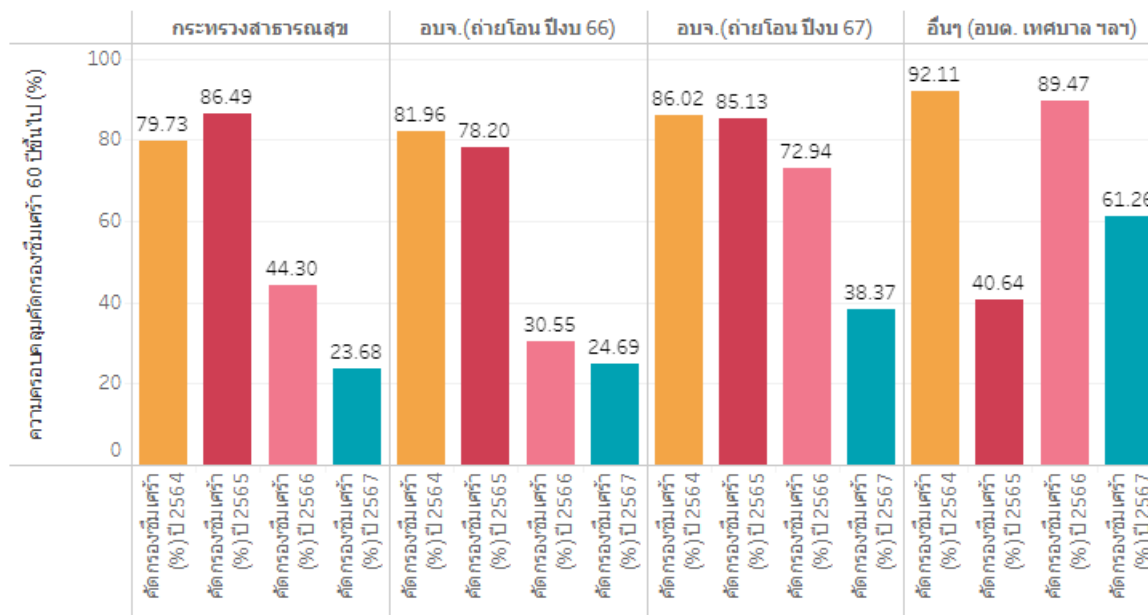
ภาพที่ 210 ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี

ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 211 ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดกาญจนบุรี

ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า 60 ปีขึ้นไป (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



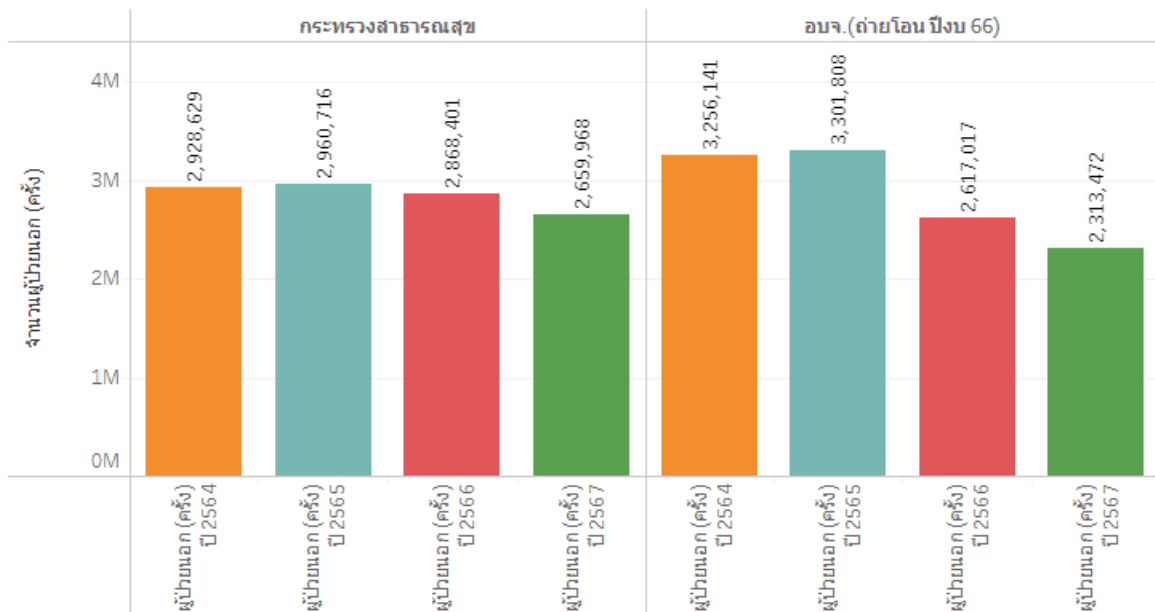
สรุปสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดกาญจนบุรี

- รพ.สต. ของจังหวัดกาญจนบุรีเกือบทั้งหมด อยู่ในสังกัด อบจ. (ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 97 แห่ง และถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 46 แห่ง) (เหลือ 1 แห่ง ที่เป็น สสข. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีแนวโน้มจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ที่ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 โดยลดจาก 1.1 ล้านครั้งในปี 2565 เหลือ 7.5 แสนครั้งในปี 2566 และ 7.3 แสนครั้งในปี 2567 และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 มีแนวโน้มจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ที่ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 โดยลดจาก 5.2 แสนครั้งในปี 2566 เหลือ 3.7 แสนครั้งในปี 2567
- จำนวนครั้งบริการเบาหวาน ของ รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอนในปี 2566 และที่ถ่ายโอนในปี 2567 มีแนวโน้มที่ลดลงต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2564 โดยลดจาก 50,000 ครั้งในปี 2564 เหลือ 32,000 ครั้ง ในปี 2567 (รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566) และลดจาก 23,000 ครั้งในปี 2564 เหลือ 14,000 ครั้ง ในปี 2567 (รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567) โดยลักษณะนี้ เหมือนกับแนวโน้มจำนวนครั้งบริการความดันโลหิตสูง
- ความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ลดลงจาก 76.9% ในปี 2565 เหลือ 58.8% ในปี 2566 และ 56.2% ในปี 2567 (รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566) และลดจาก 79.2% ในปี 2565 เหลือ 66.5% ในปี 2566 และ 55.9% ในปี 2567 (รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567)
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ลดลงตั้งแต่ปี 2566 เหลือ 55.1% เทียบกับ 69.4% ในปี 2565 (รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566) และลดลงตั้งแต่ปี 2566 เหลือ 69.2% และเหลือ 56.7% ในปี 2567 เทียบกับ 78.5% ในปี 2565 (รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567)
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ลดลงเหลือ 47.4% ในปี 2567 สำหรับรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และเหลือ 63% ในปี 2567 สำหรับรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ลดลงเหลือ 41.7% ในปี 2567 สำหรับรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และเหลือ 55% ในปี 2567 สำหรับรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567
- ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ลดลงตั้งแต่ปี 2566 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 โดยเหลือ 50% ในปี 2566 และ 24.7% ในปี 2567 (จาก 93.9% ในปี 2565) และลดลงตั้งแต่ปี 2567 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 โดยเหลือ 29.8% ในปี 2567 (จาก 92.3% ในปี 2566) ลักษณะดังกล่าว เหมือนกับ ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง
- ความครอบคลุมการคัดกรองซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ลดลงตั้งแต่ปี 2566 โดยลดจาก 78.2% ในปี 2565 เหลือ 30.6% ในปี 2566 และ 24.7% ในปี 2567 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดจาก 85.1% ในปี 2565 เหลือ 72.9% ในปี 2566 และ 38.4% ในปี 2567 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2567

จังหวัดนครราชสีมา

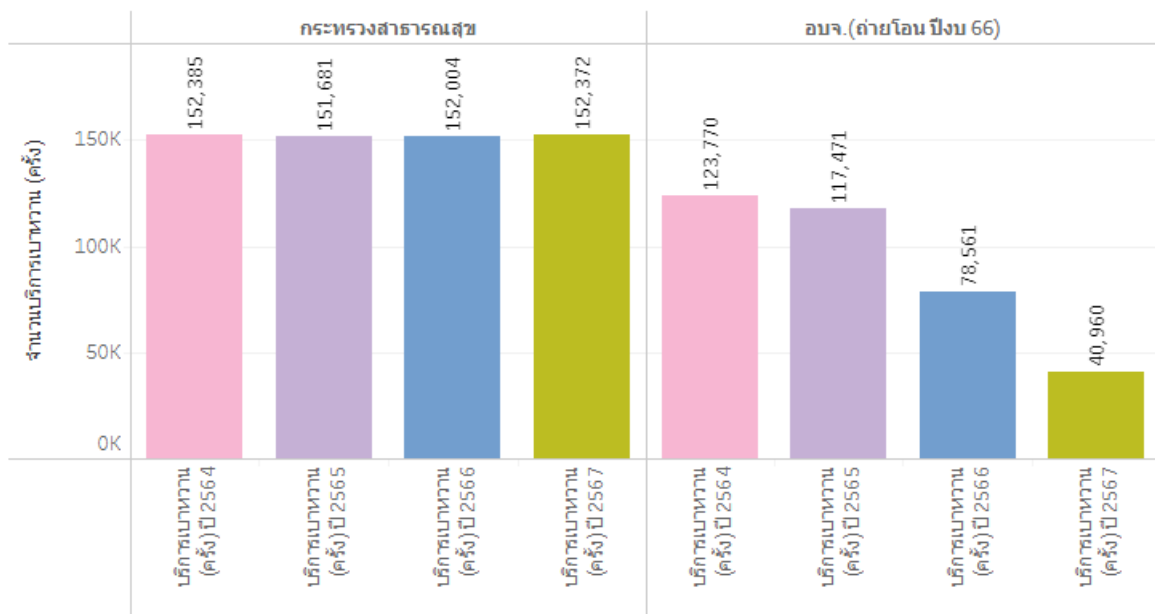
ภาพที่ 212-221 แสดงแนวโน้มบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564-2567 รพ.สต. จังหวัดนครราชสีมา

ภาพที่ 212 จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา
จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



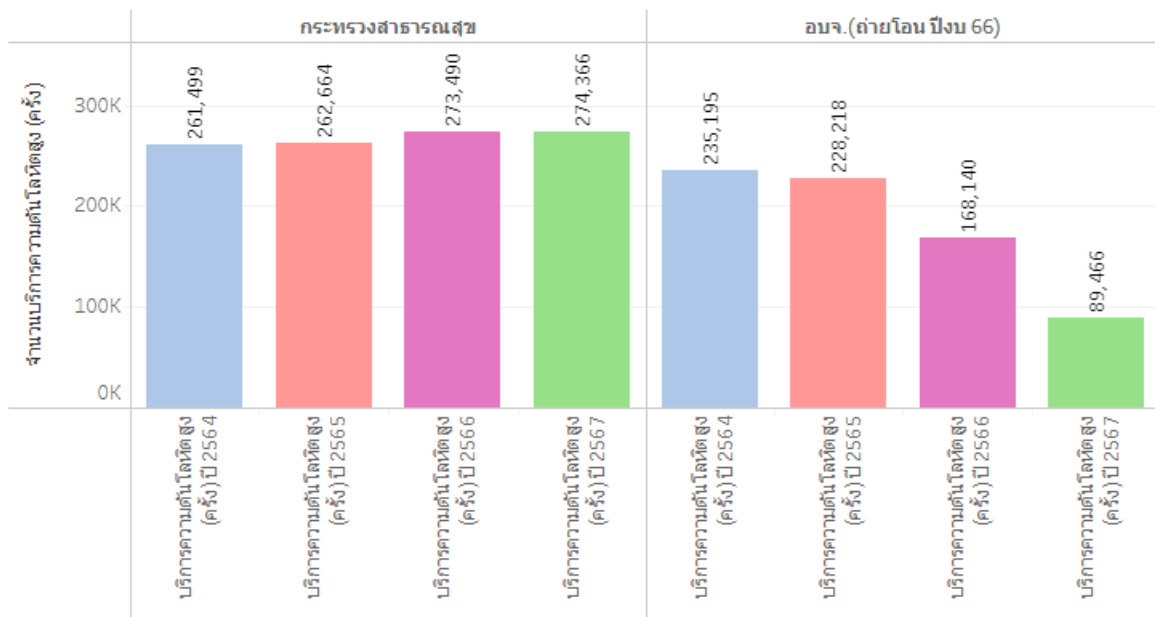
ภาพที่ 213 จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา

จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



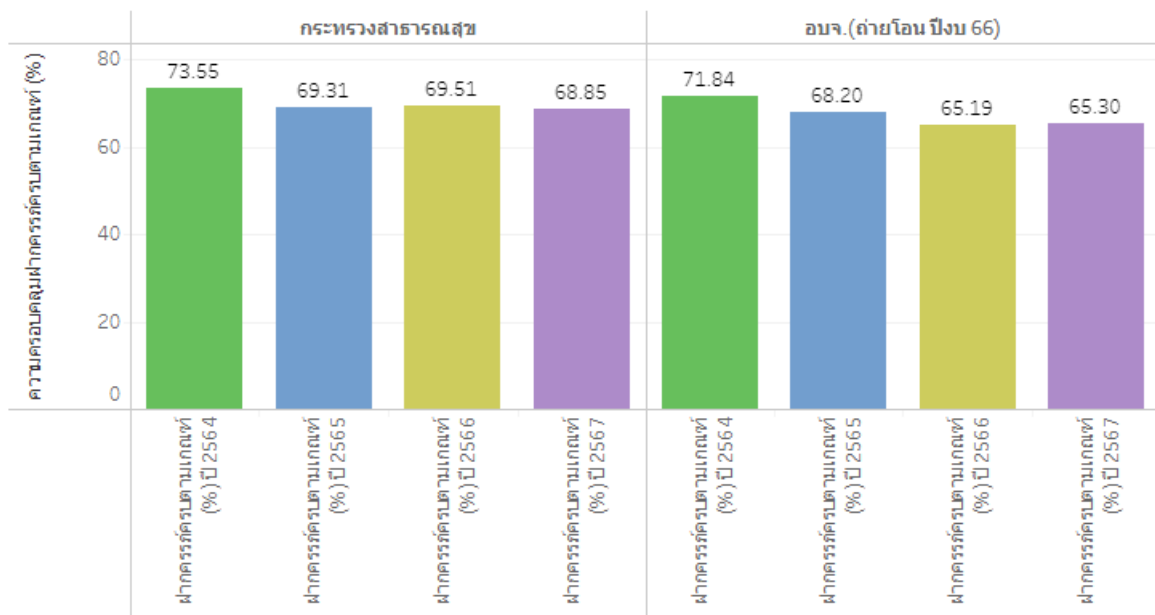
ภาพที่ 214 จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัด นครราชสีมา

จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

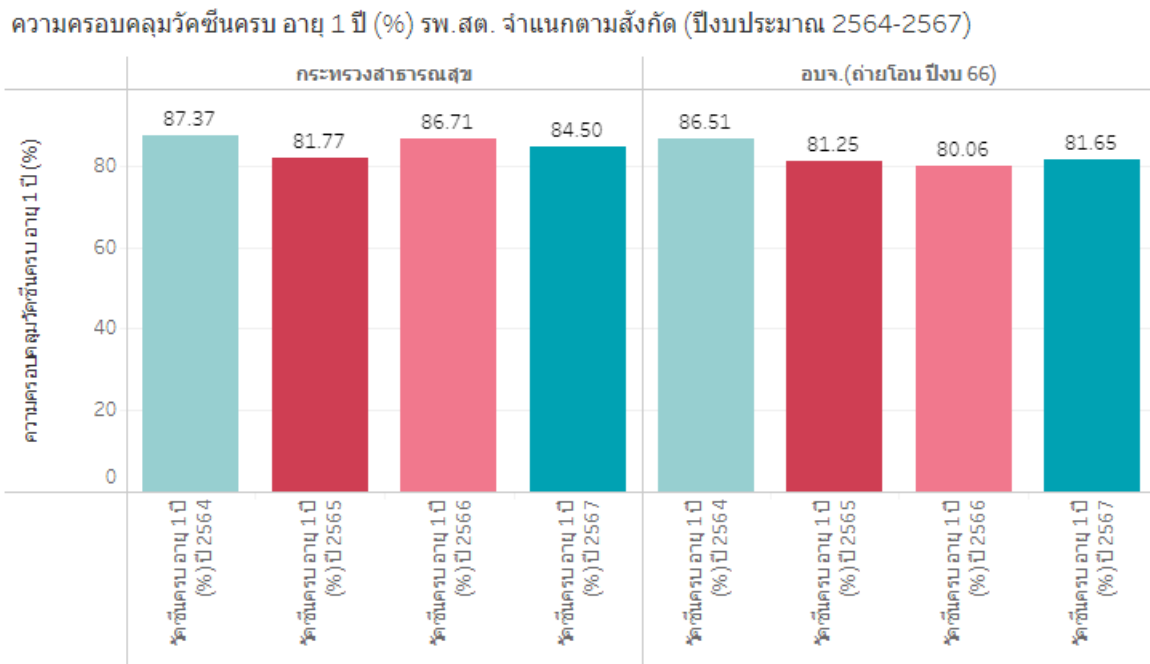


ภาพที่ 215 ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา

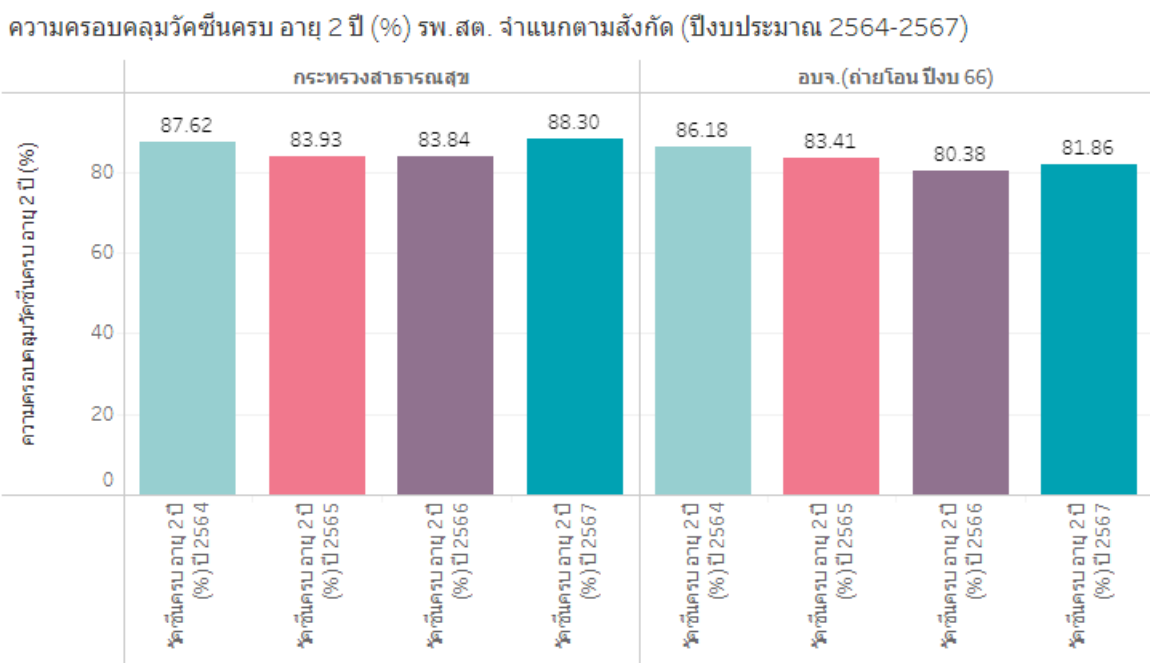
ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 216 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา

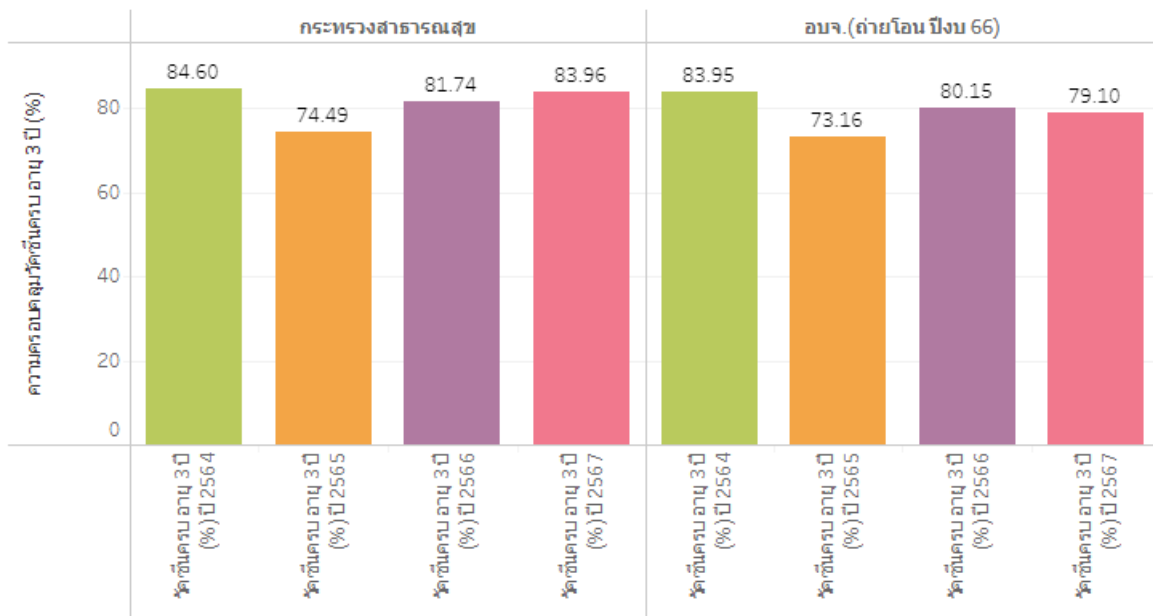


ภาพที่ 217 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา



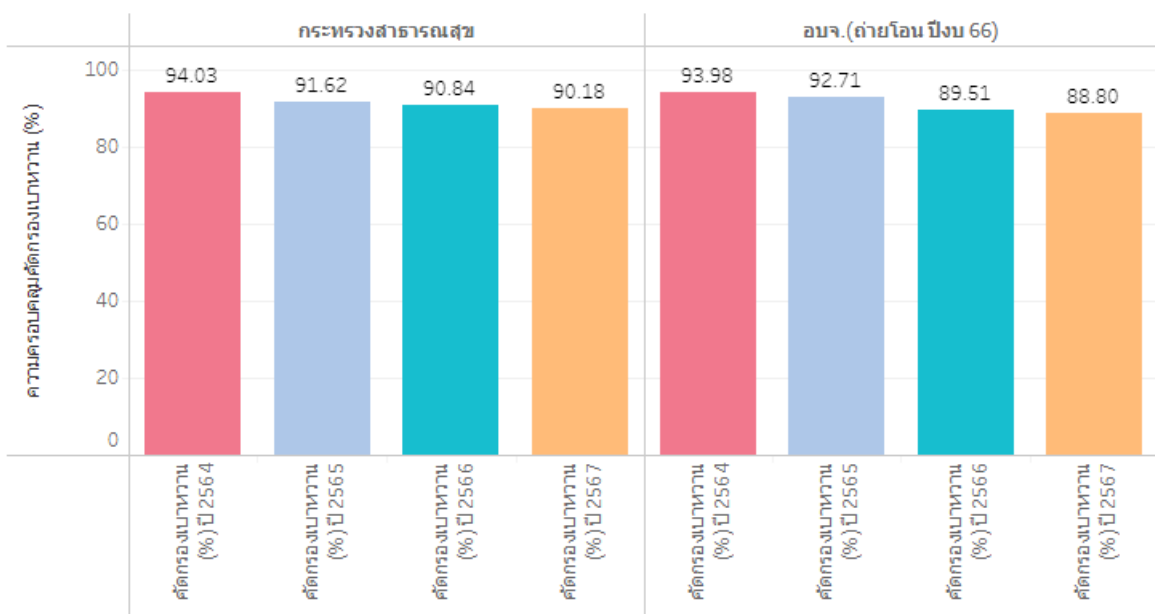
ภาพที่ 218 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



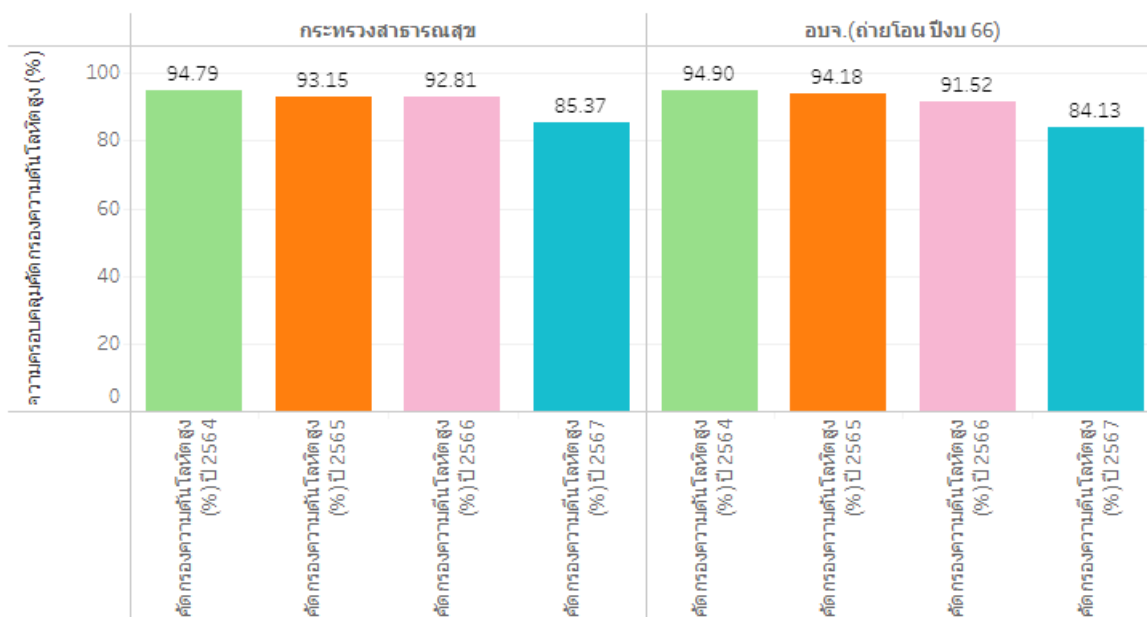
ภาพที่ 219 ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา

ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



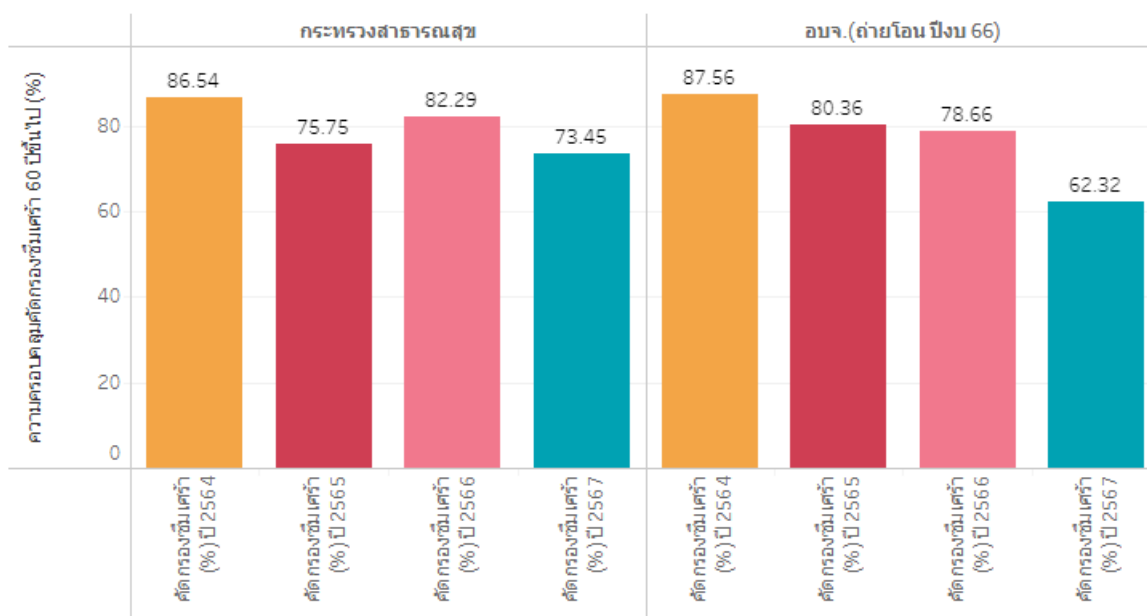
ภาพที่ 220 ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา

ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 221 ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนครราชสีมา

ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า 60 ปีขึ้นไป (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



สรุปสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดนครราชสีมา

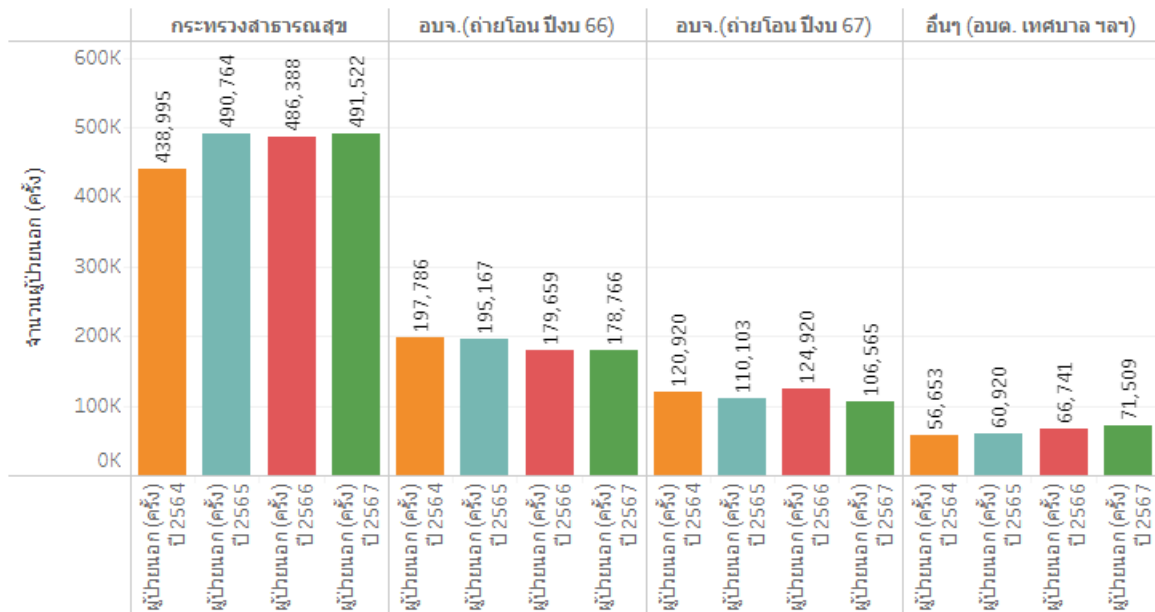
- รพ.สต. ของจังหวัดนครราชสีมา อยู่ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข 165 แห่ง และสังกัด อบจ. (ถ่ายโอน ในปีงบประมาณ 2566) 182 แห่ง โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีแนวโน้มจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 โดยลดจาก 3.3 ล้านครั้งในปี 2565 เหลือ 2.6 ล้านครั้งในปี 2566 และ 2.3 ล้านครั้งในปี 2567
- จำนวนครั้งบริการเบาหวาน ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีแนวโน้มที่ลดลงตั้งแต่ปี 2566 โดยลดจาก 117,000 ครั้งในปี 2565 เหลือ 78,000 ครั้ง ในปี 2566 และเหลือ 40,000 ครั้ง ในปี 2567 โดยลักษณะนี้ เหมือนกับแนวโน้มจำนวนครั้งบริการความดันโลหิตสูง
- ความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ อยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่ ระหว่างปี 2565-2567 โดย รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 68.2%, 65.2% และ 65.3% ในปี 2565, ปี 2566 และปี 2567 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี อยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่ ระหว่างปี 2565-2567 โดย รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี 81.3%, 80.1% และ 81.7% ในปี 2565, ปี 2566 และปี 2567 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะดังกล่าวนี้ คล้ายคลึงกับ ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี และ ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี
- ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป อยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่ ระหว่างปี 2565-2567 โดย รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน 92.7%, 89.8% และ 88.8% ในปี 2565, ปี 2566 และปี 2567 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะดังกล่าว เหมือนกับ ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง
- ความครอบคลุมการคัดกรองซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ลดลงในปี 2567 โดยลดลงจาก 78.7% ในปี 2566 เหลือ 62.3% ในปี 2567 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 ในขณะที่ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุม 73.5% ในปี 2567

จังหวัดนนทบุรี

ภาพที่ 222-231 แสดงแนวโน้มบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564-2567 รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี

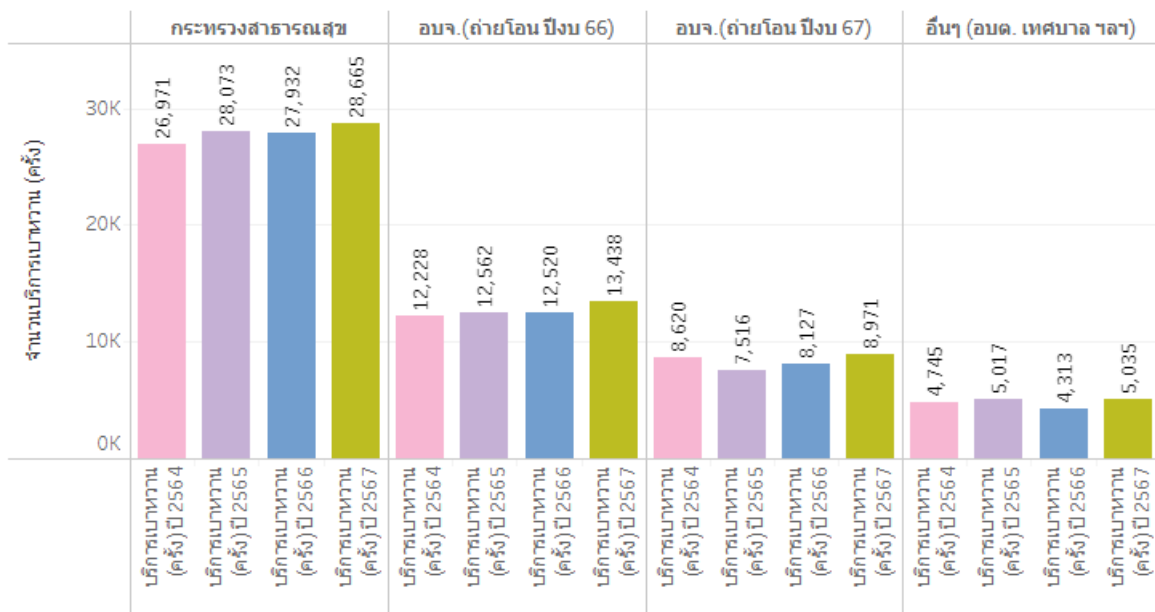
ภาพที่ 222 จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี

จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



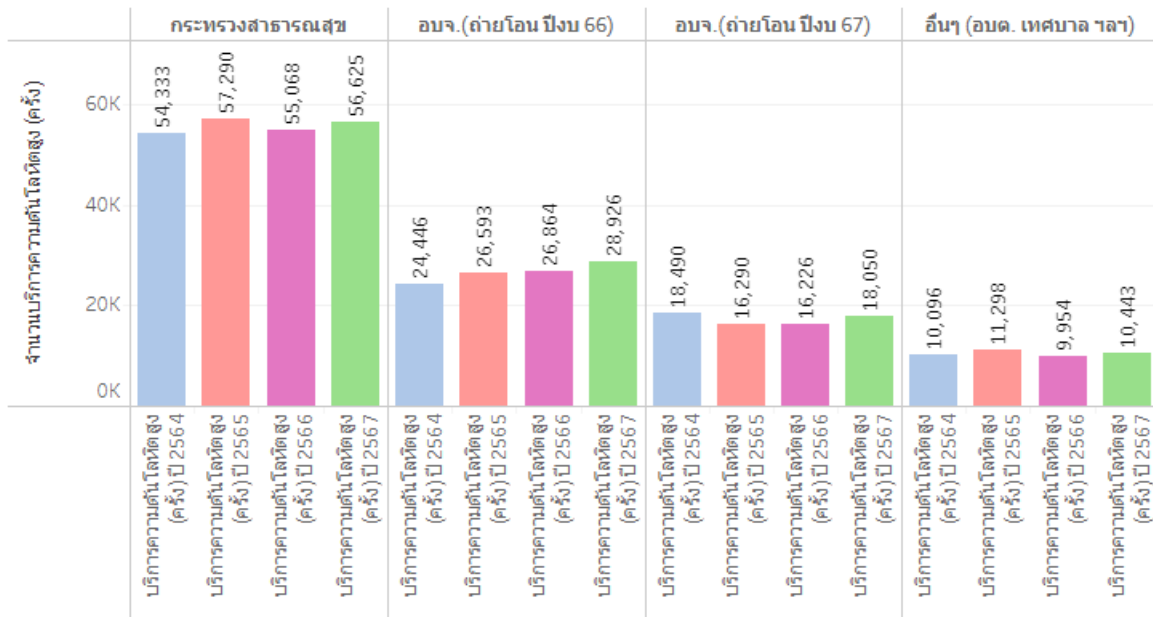
ภาพที่ 223 จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี

จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



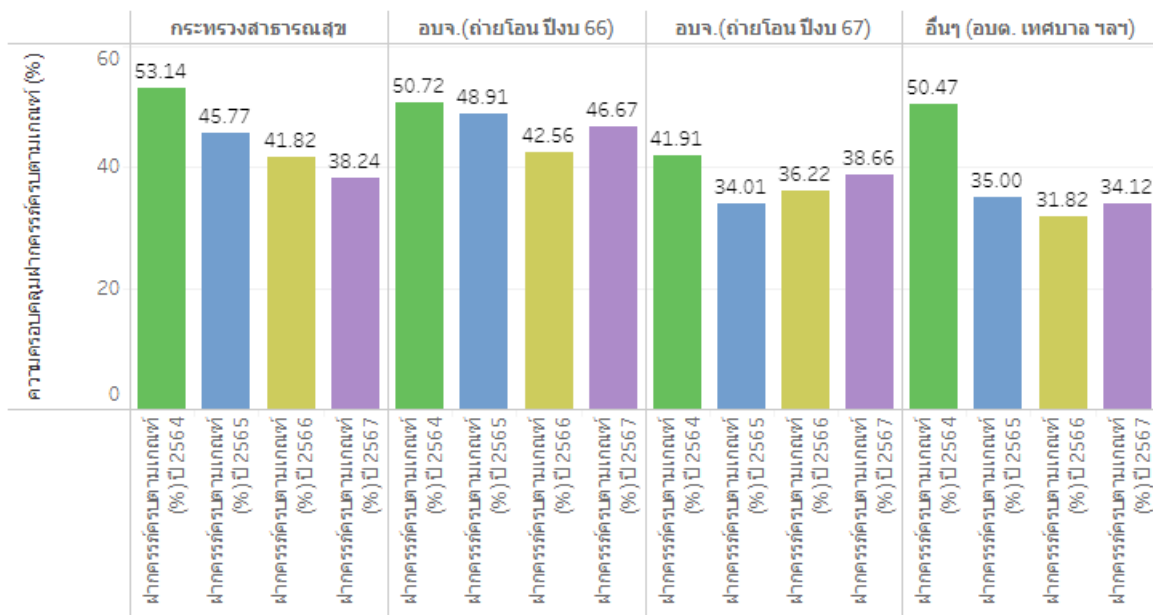
ภาพที่ 224 จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี

จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



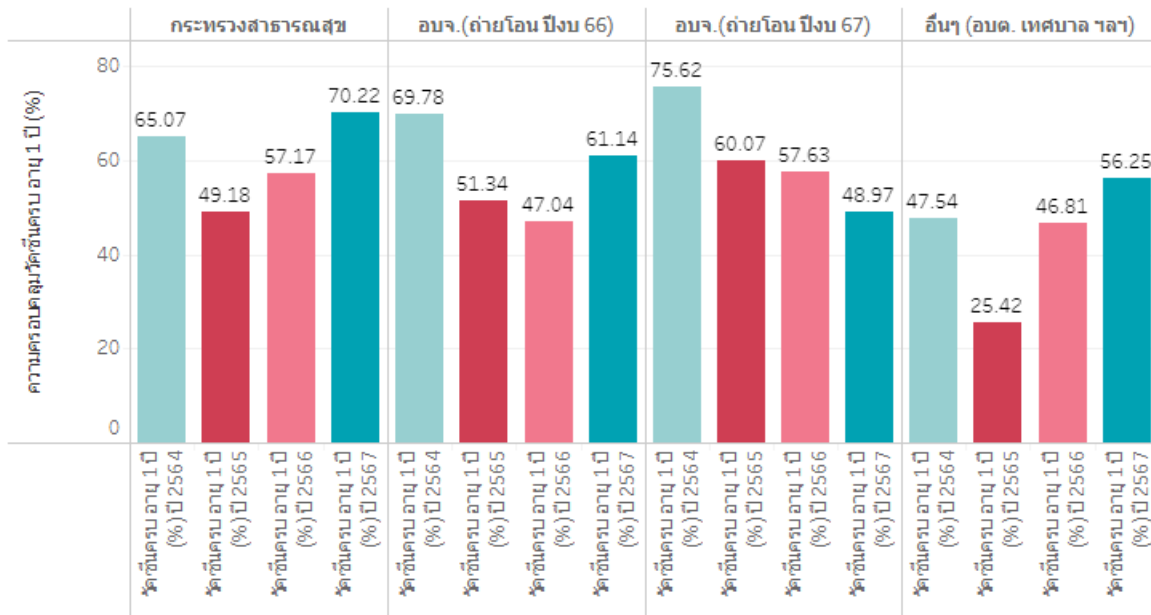
ภาพที่ 225 ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี

ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



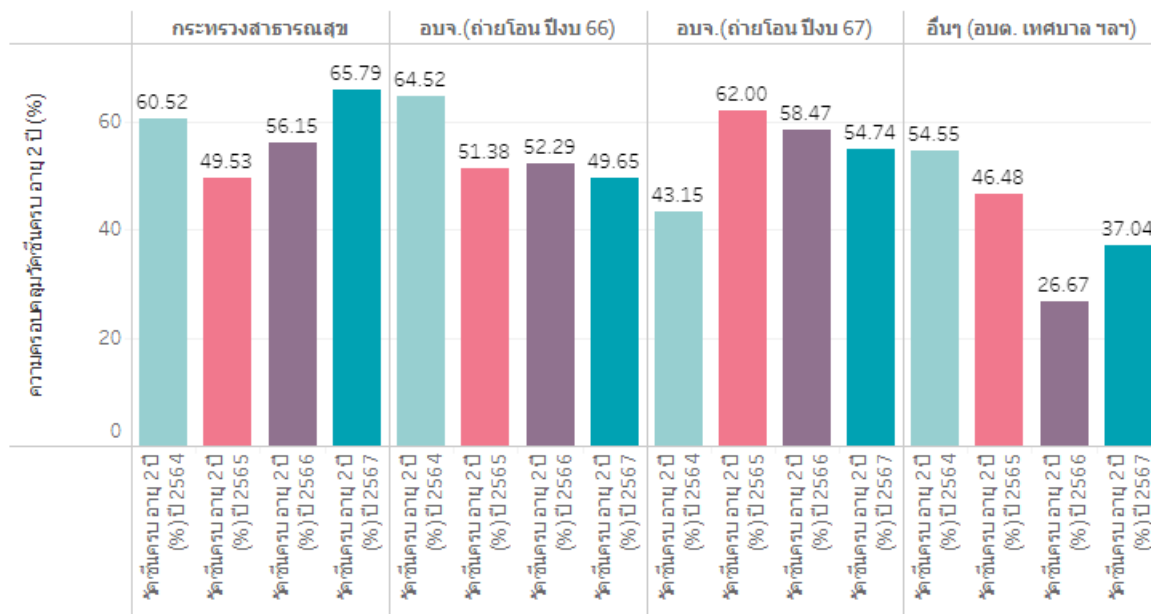
ภาพที่ 226 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



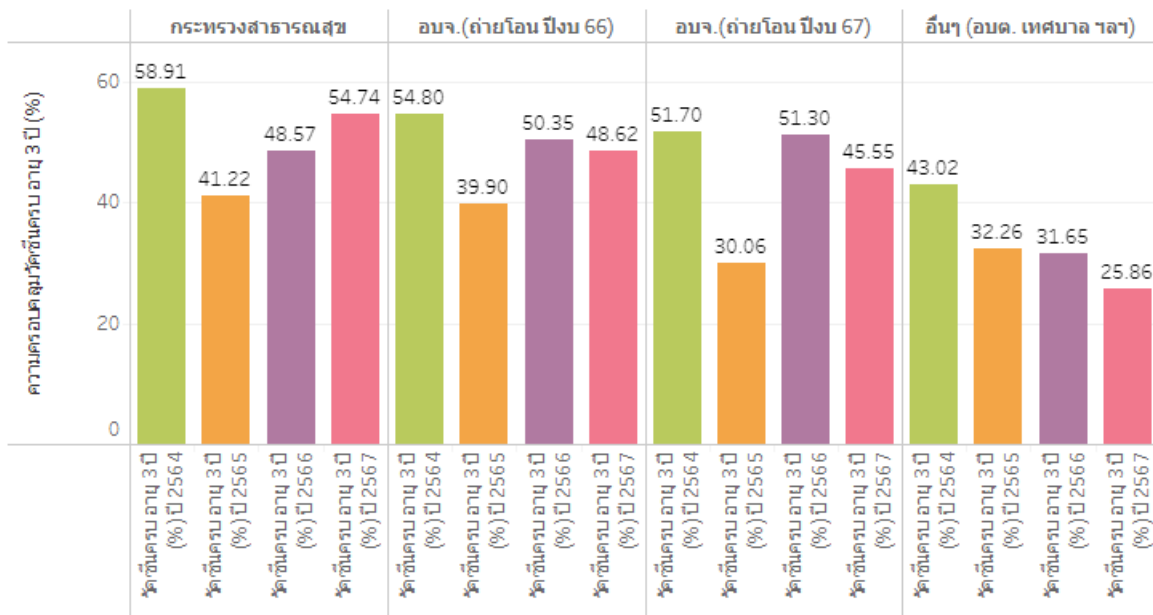
ภาพที่ 227 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



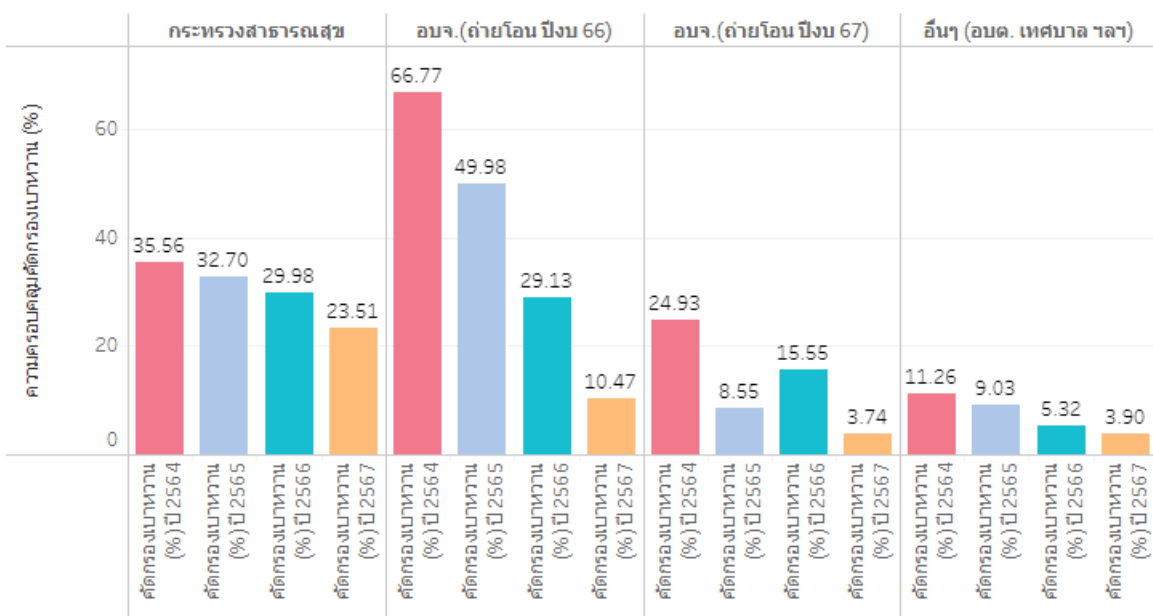
ภาพที่ 228 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



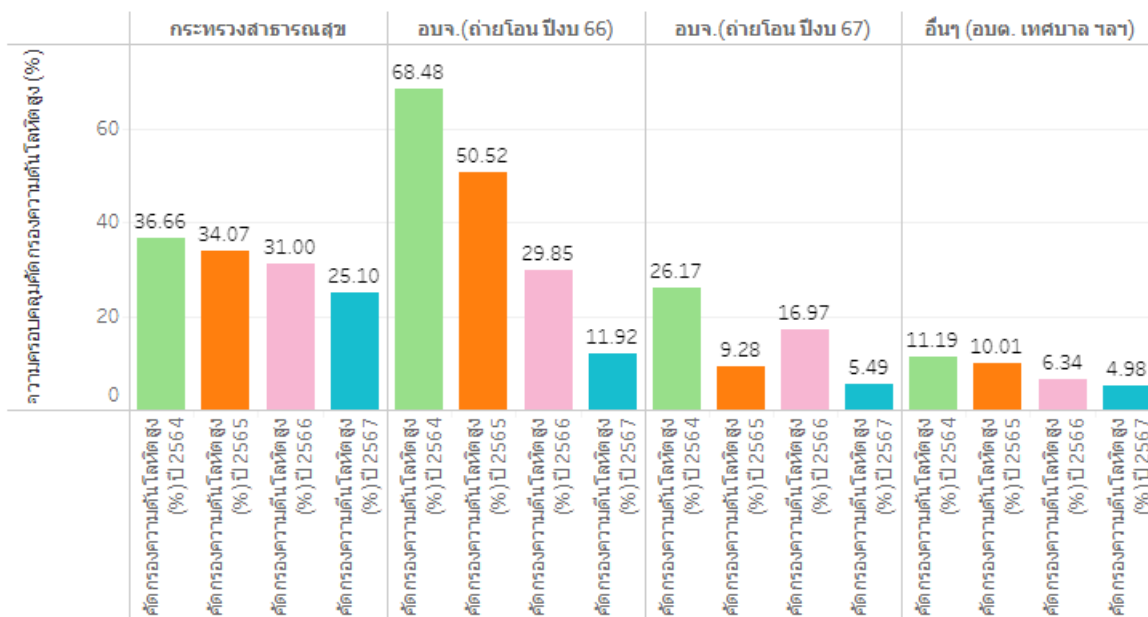
ภาพที่ 229 ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี

ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



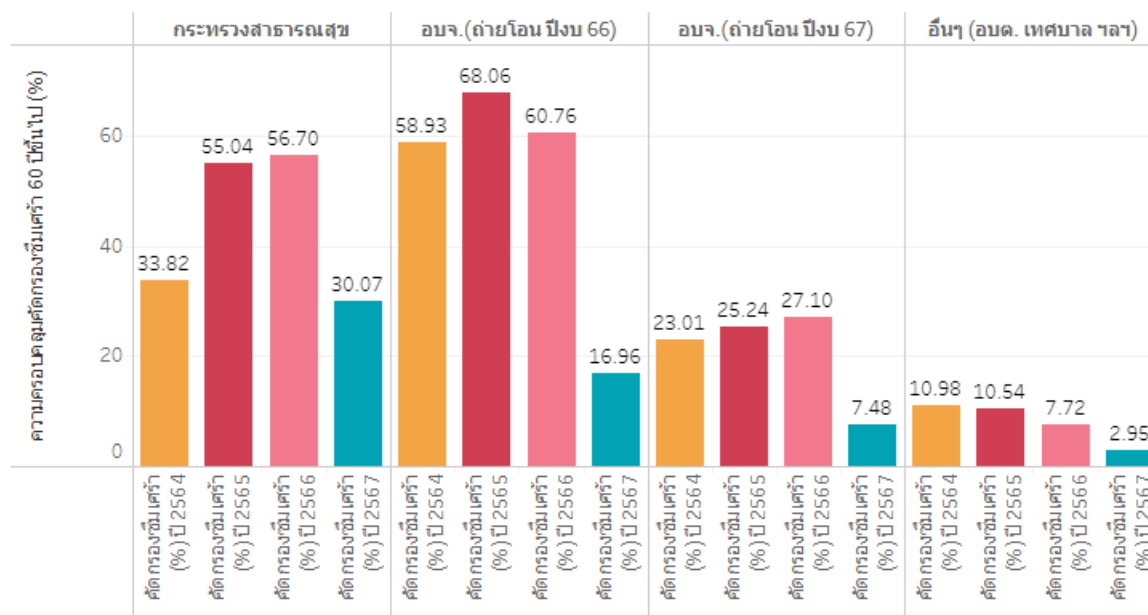
ภาพที่ 230 ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี

ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 231 ความครอบคลุมคัดกรองซีมีตรา อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดนนทบุรี

ความครอบคลุมคัดกรองซีมีตรา 60 ปีขึ้นไป (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



สรุปสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี

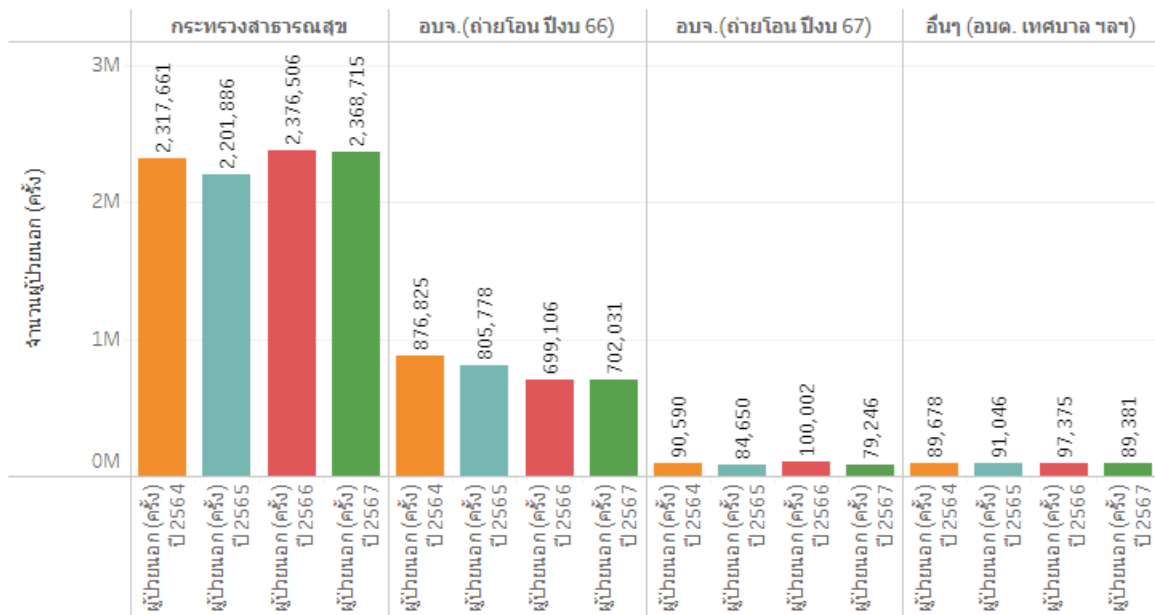
- รพ.สต. ของจังหวัดนนทบุรี อยู่ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข 42 แห่ง และสังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 18 แห่ง และถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 11 แห่ง โดย รพ.สต. สังกัด อบจ. ทั้งที่ถ่ายโอนในปี 2566 และในปี 2567 มีแนวโน้มจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ที่เปลี่ยนแปลงไม่มากนัก
- จำนวนครั้งบริการเบาหวาน ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และที่ถ่ายโอนในปี 2567 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในปี 2567 เช่นเดียวกับ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยลักษณะเช่นนี้ คล้ายคลึงกับแนวโน้มจำนวนครั้งบริการความดันโลหิตสูง
- ความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ อยู่ในระดับที่เปลี่ยนแปลงขึ้นลงเล็กน้อย ระหว่างปี 2565-2567 โดยรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 46.7% ในปี 2567 รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567 มีความครอบคลุม 38.6% ในปี 2567 และรพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุม 38.2% ในปี 2567 แสดงถึงความครอบคลุมที่ค่อนข้างต่ำ เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ส่วนใหญ่อาศัยในเขตเมืองทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี อายุ 2 ปี และอายุ 3 ปี ก็มีลักษณะคล้ายกับความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ กล่าวคือมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในช่วง 40-60% และใกล้เคียงกันระหว่าง รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัด อบจ. ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากบริบทของพื้นที่ มากกว่าปัจจัยด้านการถ่ายโอน
- ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยความครอบคลุมการคัดกรองของ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุม 23.5% ในปี 2567 รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีความครอบคลุม 10.5% ในปี 2567 และรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567 มีความครอบคลุมเหลือ 3.7% ในปี 2567 ลักษณะดังกล่าว เหมือนกับ ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลมาจากบริบทของพื้นที่เป็นหลัก เสริมด้วยปัจจัยด้านการถ่ายโอน ที่ทำให้ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีผลงานที่ต่ำกว่า รพ.สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ความครอบคลุมการคัดกรองซีมีเซร่า อายุ 60 ปีขึ้นไป ลดลงในปี 2567 โดยลดลงจาก 60.8% ในปี 2566 เหลือ 17% ในปี 2567 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงจาก 27% ในปี 2566 เหลือ 7.5% ในปี 2567 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 โดย รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ลดลงจาก 56.7% ในปี 2566 เหลือ 30% ในปี 2567 ด้วยเช่นกัน

จังหวัดเชียงใหม่

ภาพที่ 232-241 แสดงแนวโน้มบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564-2567 รพ.สต. จังหวัดเชียงใหม่

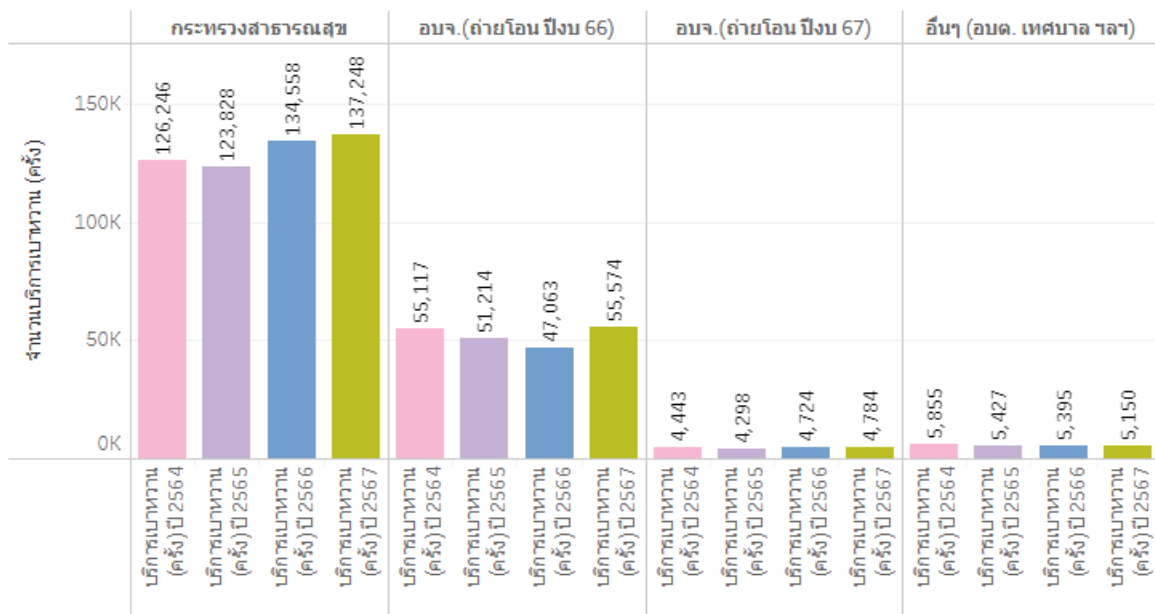
ภาพที่ 232 จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่

จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



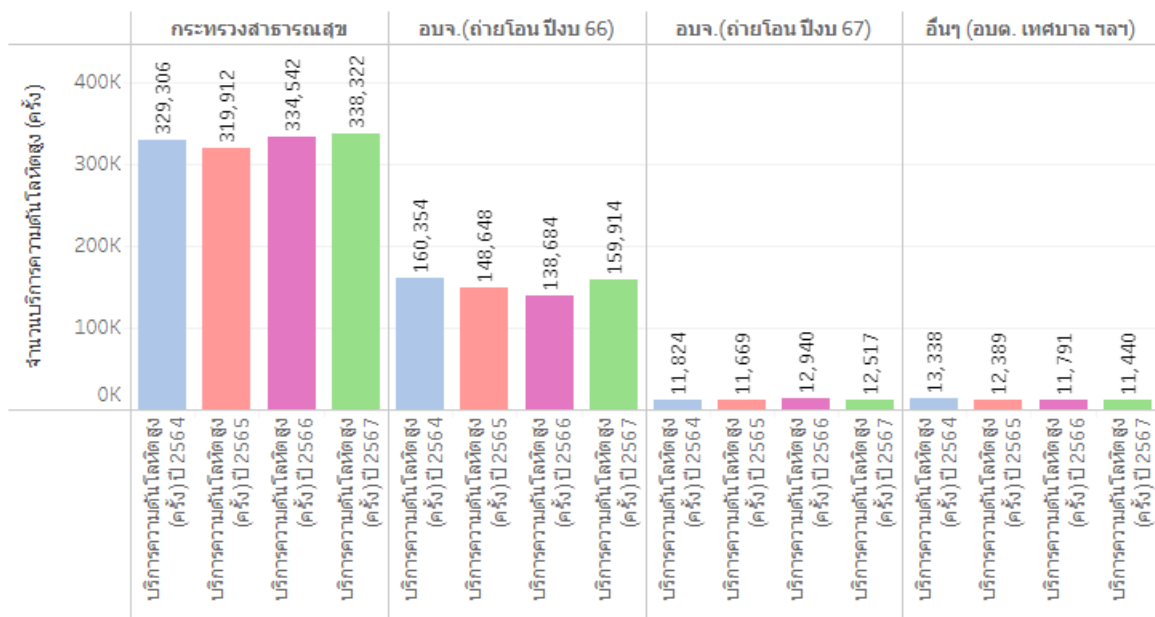
ภาพที่ 233 จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่

จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



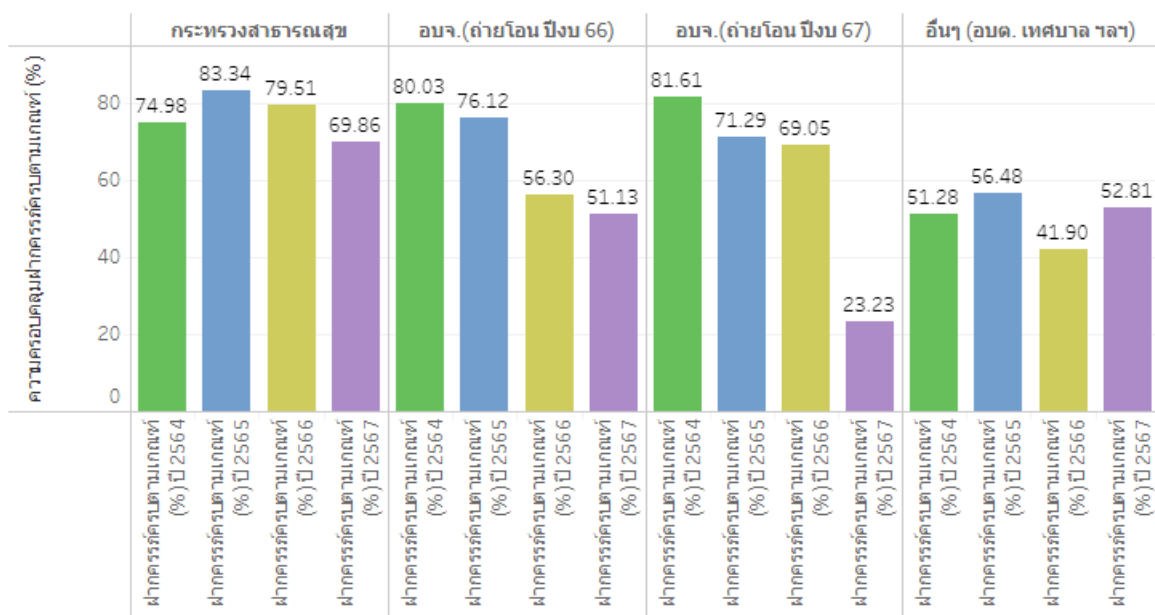
ภาพที่ 234 จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัด เชียงใหม่

จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครึ่ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



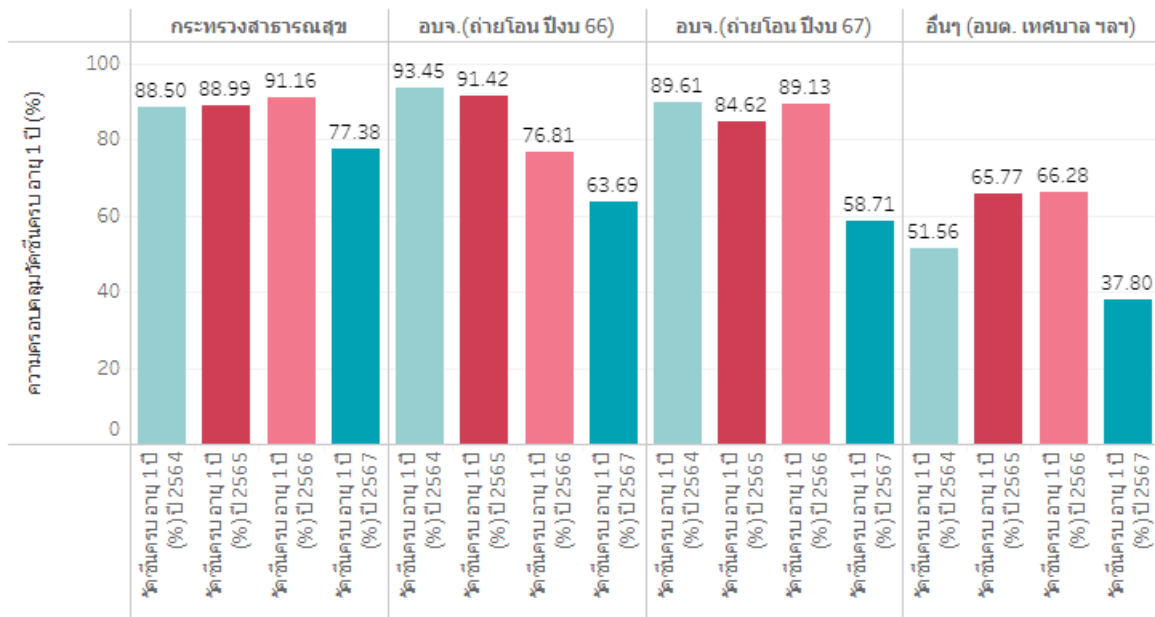
ภาพที่ 235 ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัด เชียงใหม่

ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



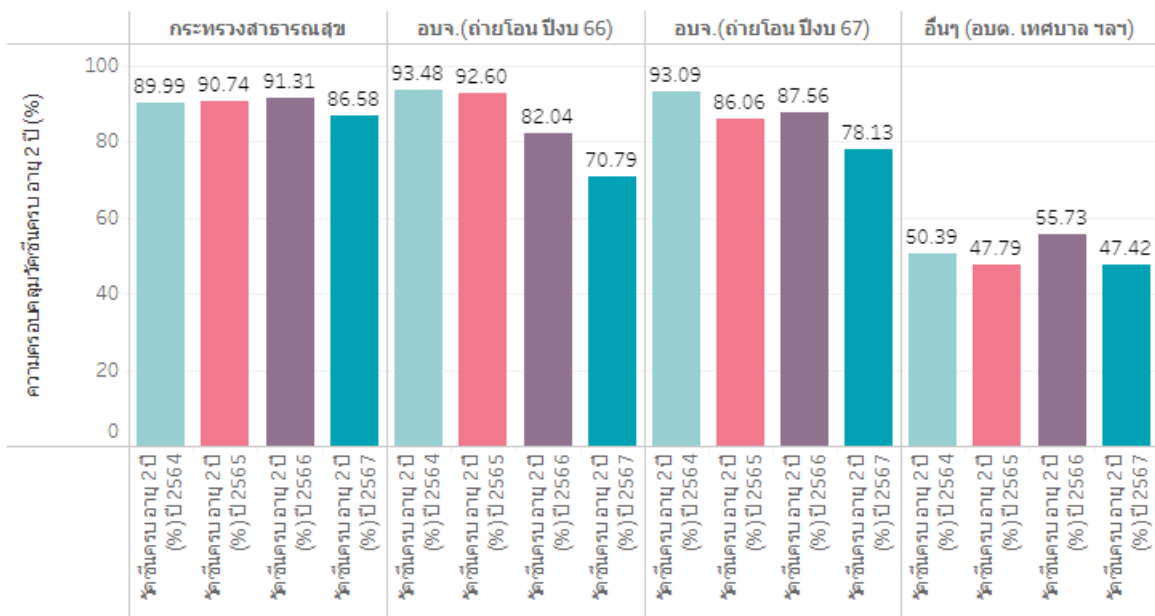
ภาพที่ 236 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



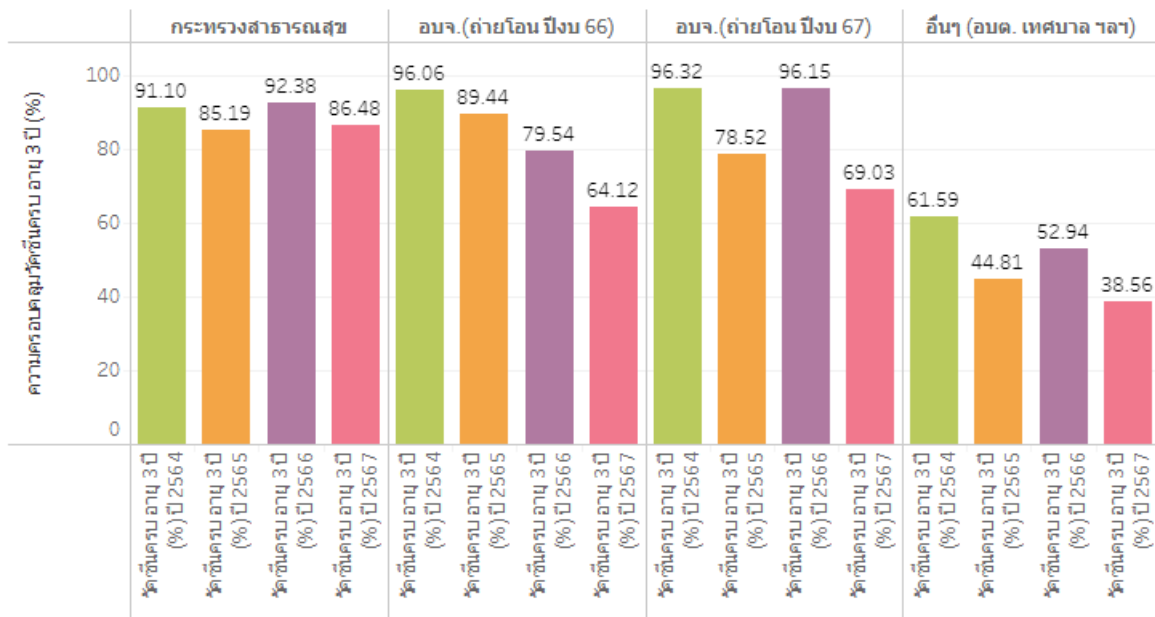
ภาพที่ 237 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



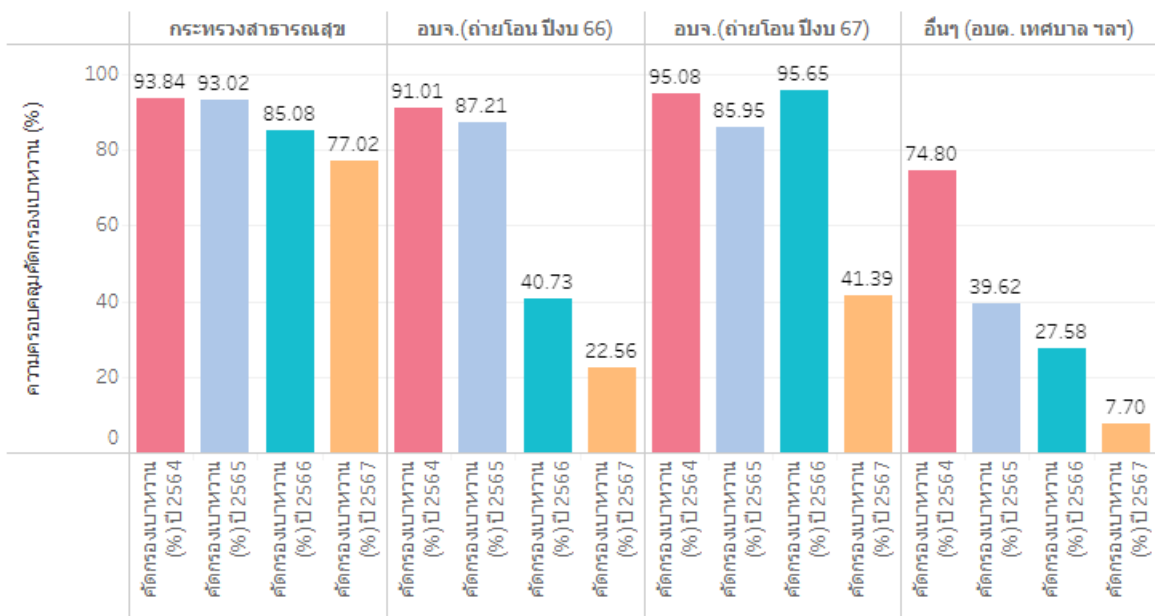
ภาพที่ 238 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



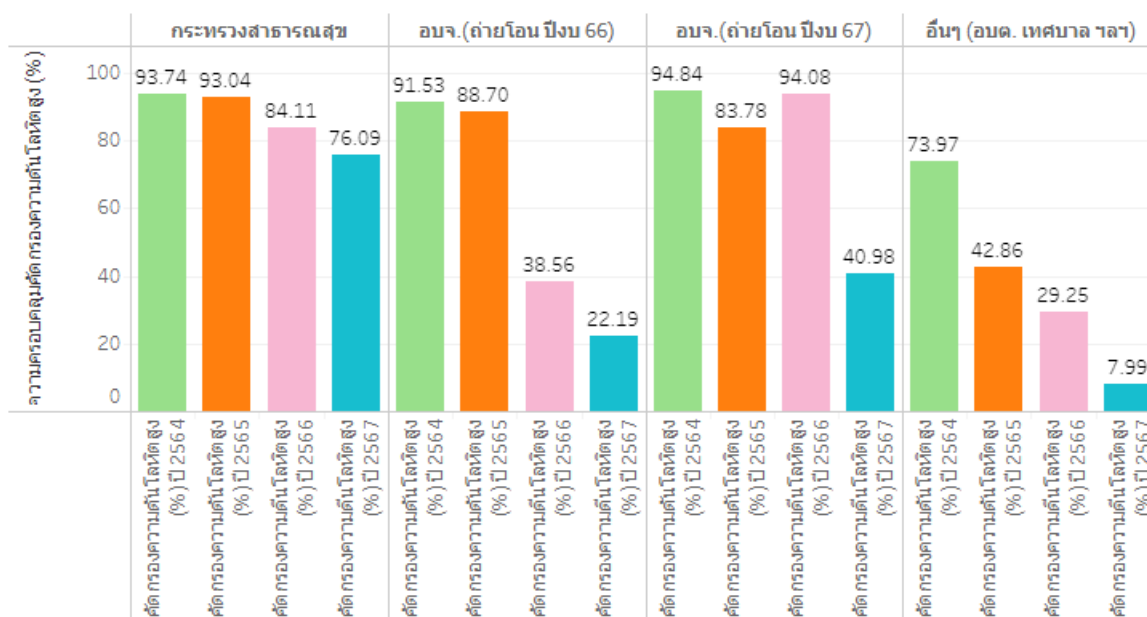
ภาพที่ 239 ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่

ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



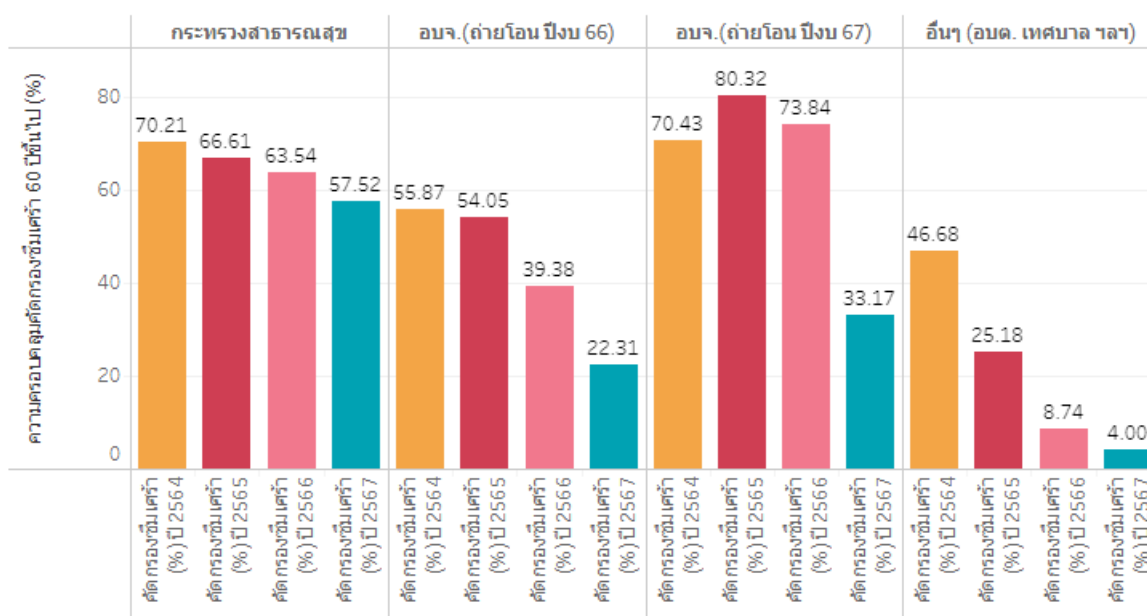
ภาพที่ 240 ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่

ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 241 ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดเชียงใหม่

ความครอบคลุมคัดกรองซึมเศร้า 60 ปีขึ้นไป (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



สรุปสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดเชียงใหม่

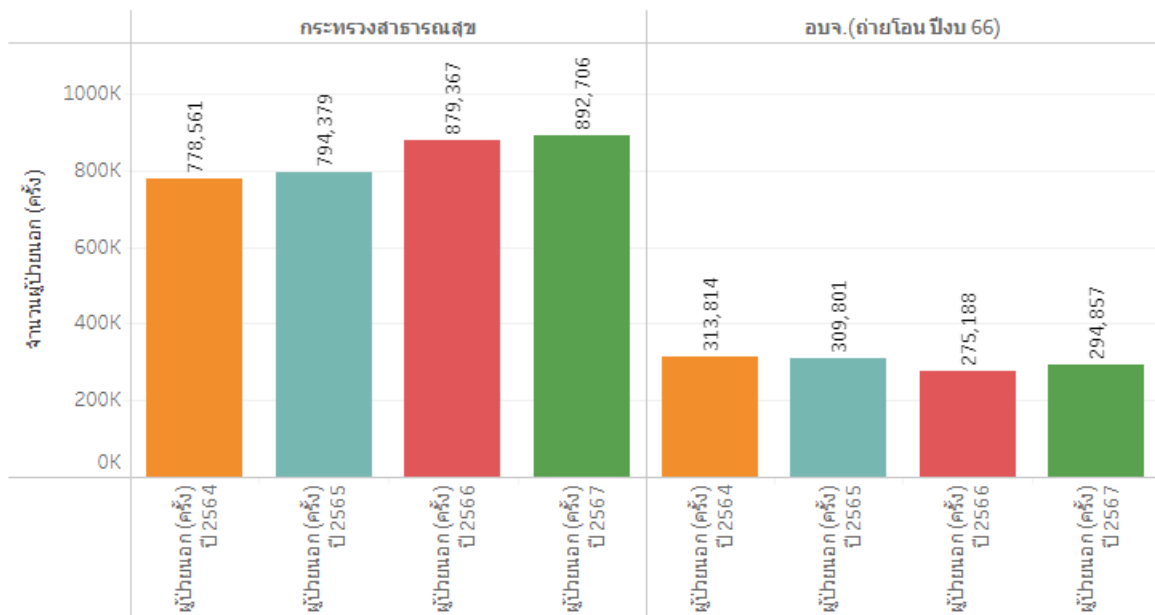
- รพ.สต. ของจังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข 199 แห่ง และสังกัด อบจ. ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 62 แห่ง และถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 7 แห่ง โดยจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 เริ่มลดลงในปี 2566 (ลดจาก 8 แสนครั้งในปี 2565 เป็น 7 แสนครั้งในปี 2566) และ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 เริ่มลดลงในปี 2567 (ลดจาก 1 แสนครั้งในปี 2566 เป็น 8 หมื่นครั้งในปี 2567)
- จำนวนครั้งบริการเบาหวาน ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีแนวโน้มที่ลดลงในปี 2566 แต่กลับเพิ่มขึ้นในปี 2567 ในขณะที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 ยังมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ในขณะที่ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยลักษณะเช่นนี้ คล้ายคลึงกับแนวโน้มจำนวนครั้งบริการความดันโลหิตสูง
- ความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีความครอบคลุมที่ลดลงในปี 2566 (56.3% เทียบกับ 76% ในปี 2565) และสำหรับรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567 มีความครอบคลุมที่ลดลงในปี 2567 (23.2% เทียบกับ 69% ในปี 2566) ในขณะที่รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุม 69.9% ในปี 2567
- ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีความครอบคลุมที่ลดลงในปี 2566 (76.8% เทียบกับ 91.4% ในปี 2565) และลดลงเหลือ 63.7% ในปี 2567 รพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567 มีความครอบคลุมที่ลดลงในปี 2567 (58.7% เทียบกับ 89% ในปี 2566) ในขณะที่ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุม 77.4% ในปี 2567
- ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่ลดลง ตั้งแต่ปี 2566 สำหรับรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 โดยลดลงเหลือ 40.7% ในปี 2566 และ 22.6% ในปี 2567 (จาก 87.2% ในปี 2565) สำหรับรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567 มีความครอบคลุมลดลง ในปี 2567 เหลือ 41.4% จาก 95.7% ในปี 2566 ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง
- ความครอบคลุมการคัดกรองซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่ลดลง ตั้งแต่ปี 2566 สำหรับรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 โดยลดลงเหลือ 39.4% ในปี 2566 และ 22.3% ในปี 2567 (จาก 54% ในปี 2565) สำหรับรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2567 มีความครอบคลุมลดลง ในปี 2567 เหลือ 33.2% จาก 73.8% ในปี 2566

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ภาพที่ 242-251 แสดงแนวโน้มบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564-2567 รพ.สต. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

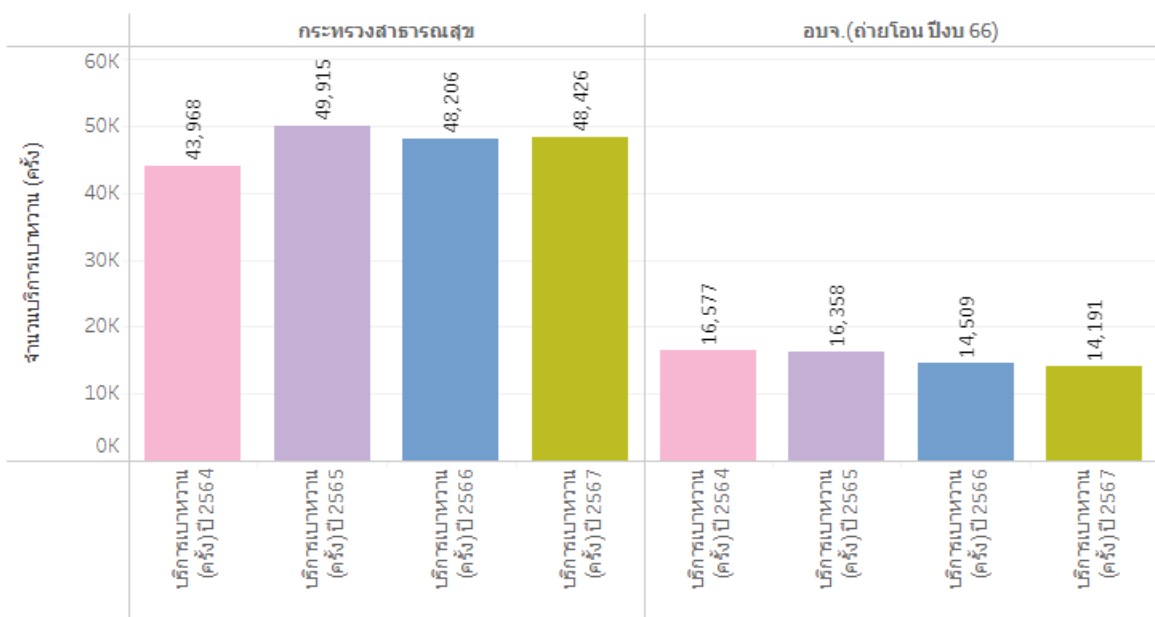
ภาพที่ 242 จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



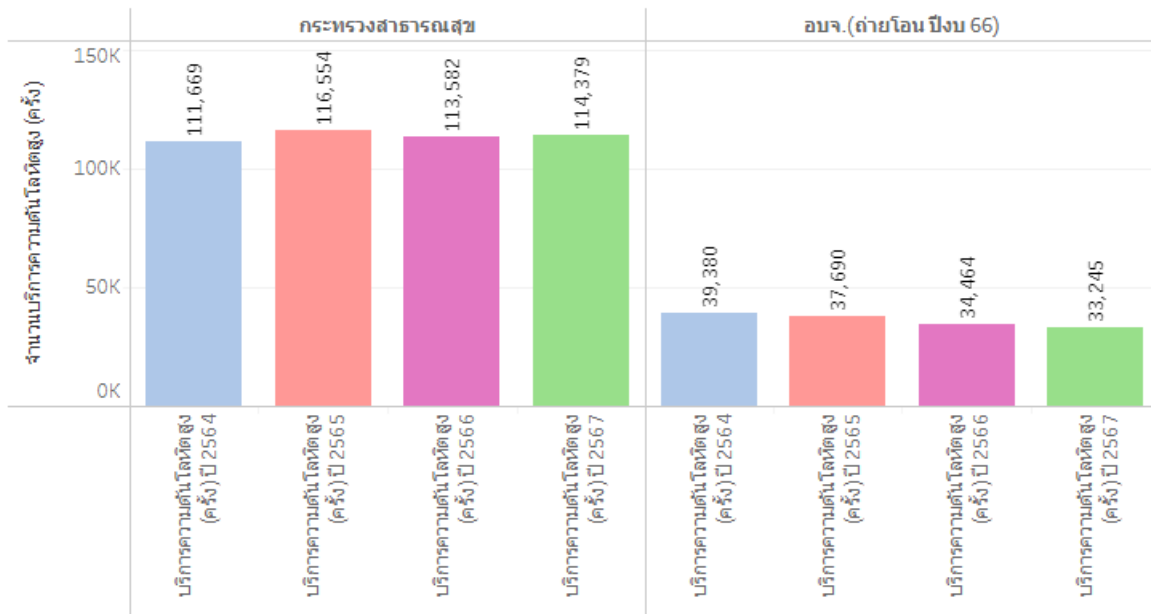
ภาพที่ 243 จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



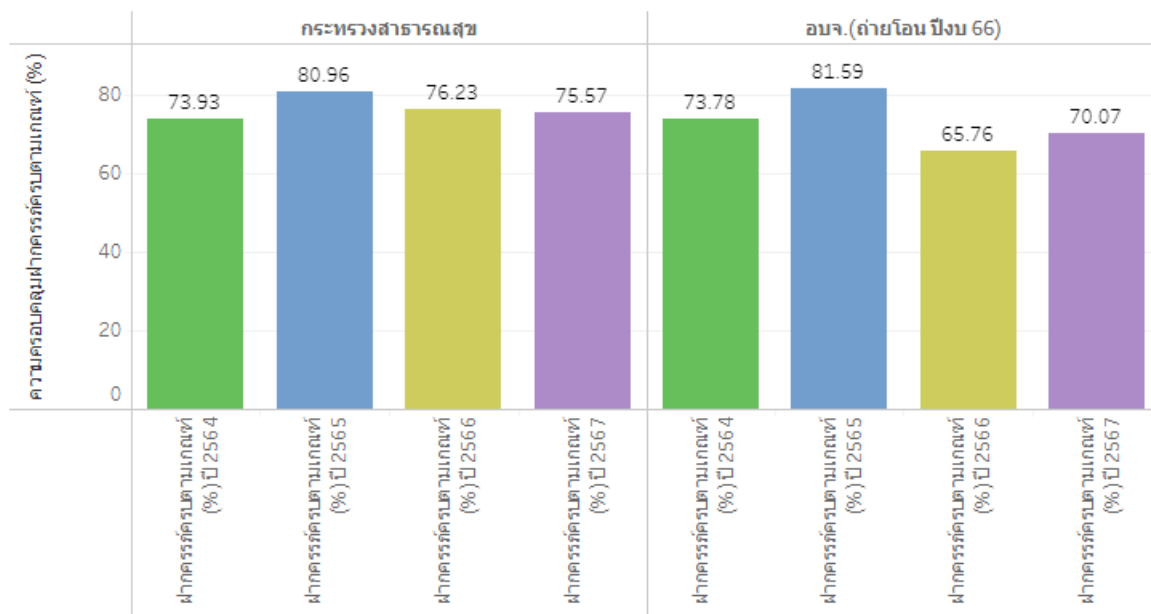
ภาพที่ 244 จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์

จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



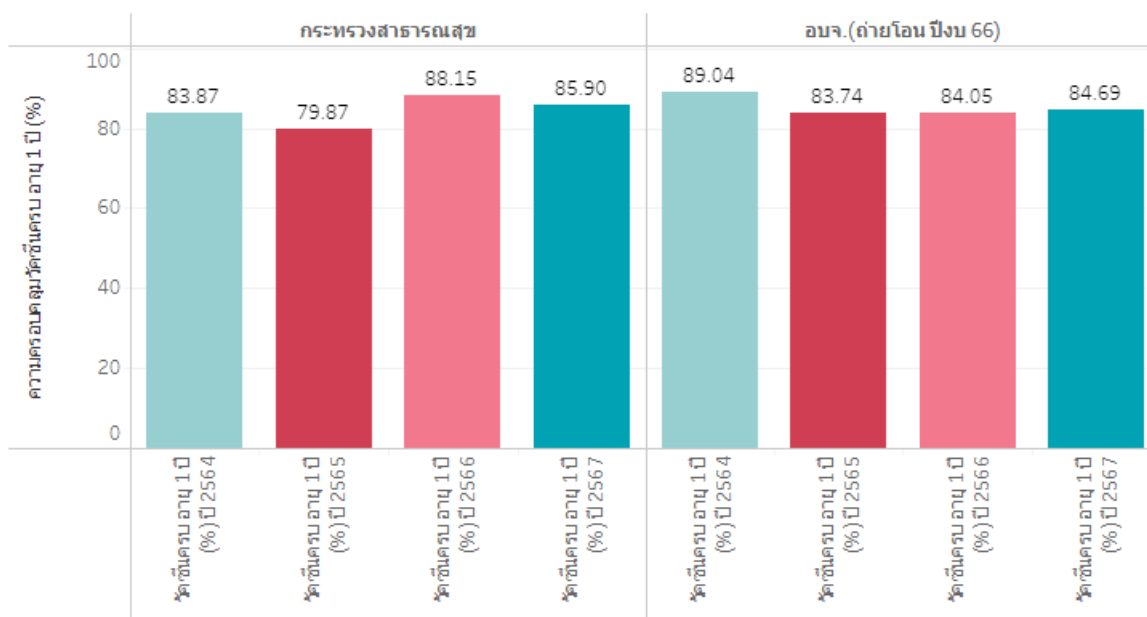
ภาพที่ 245 ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ความครอบคลุมฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



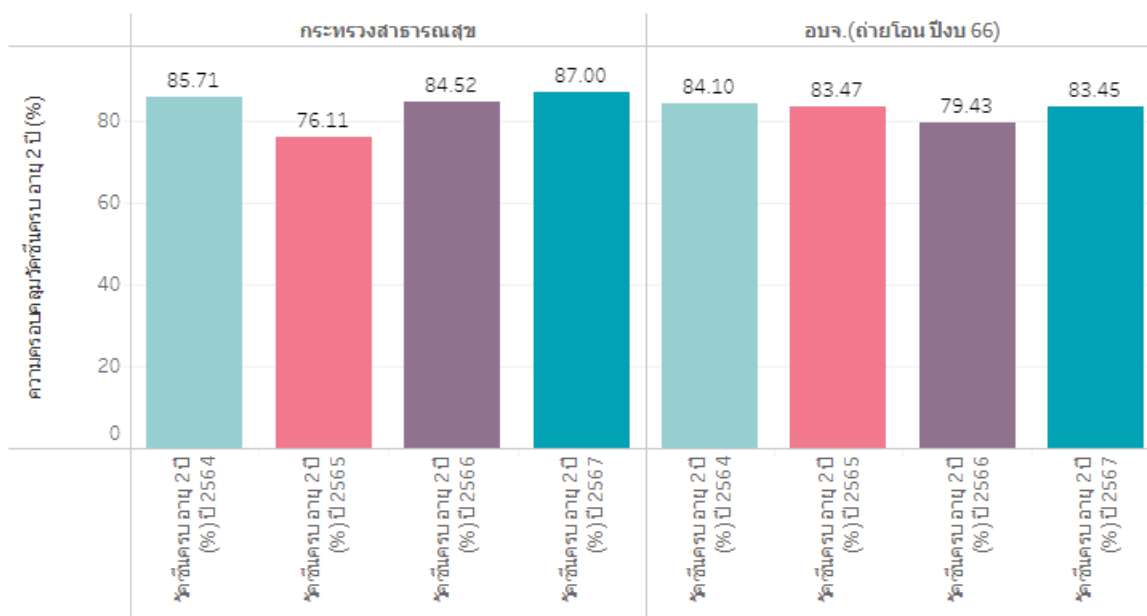
ภาพที่ 246 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



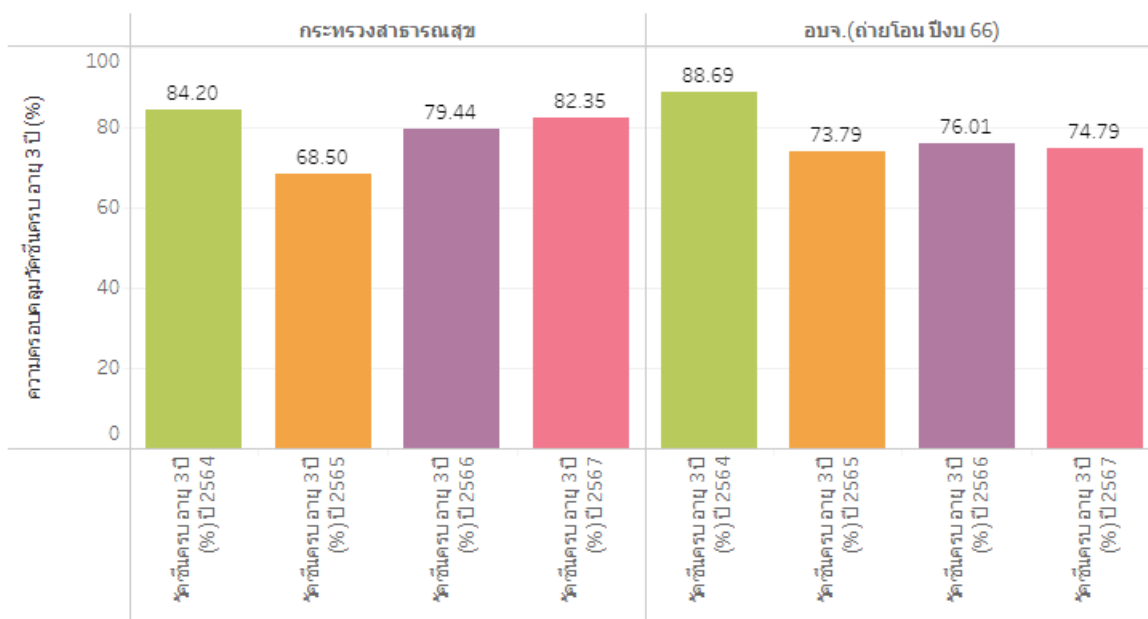
ภาพที่ 247 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 2 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



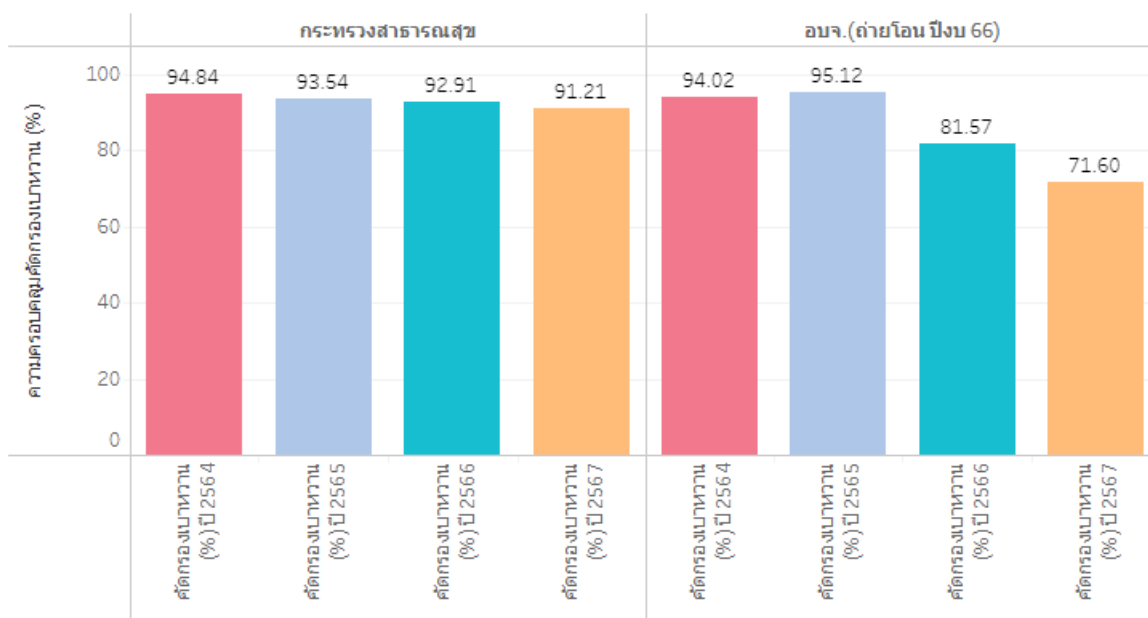
ภาพที่ 248 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



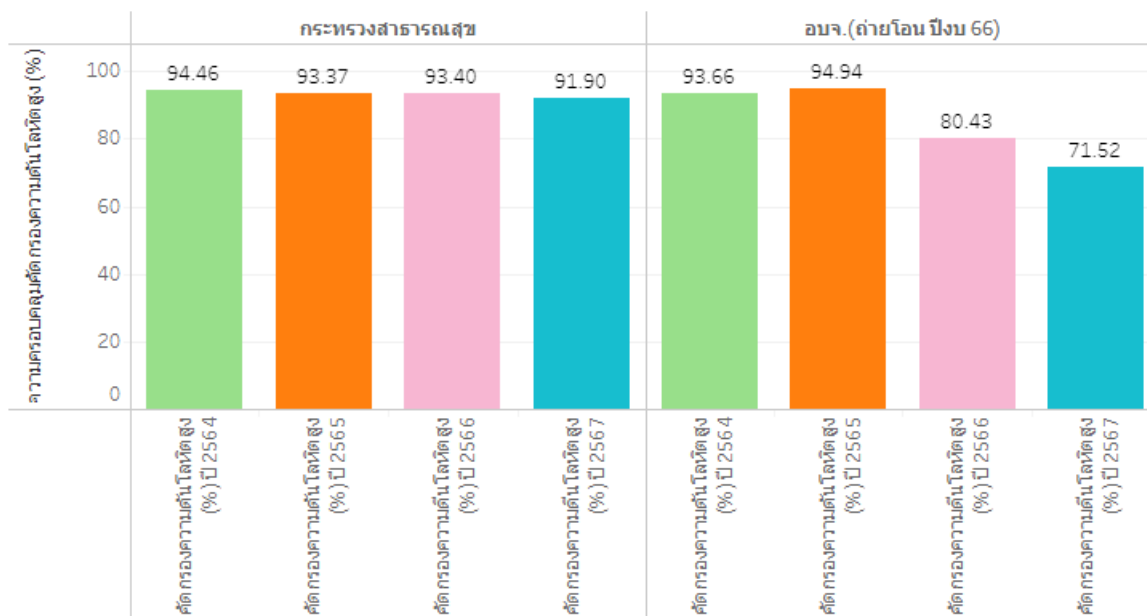
ภาพที่ 249 ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



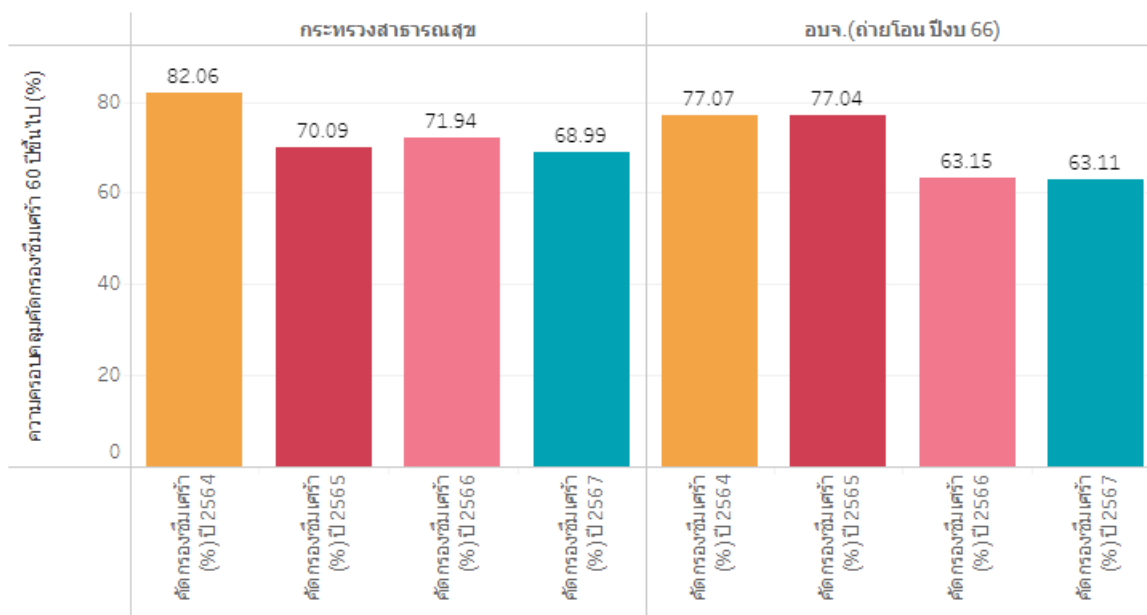
ภาพที่ 250 ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ความครอบคลุมคัดกรองความดันโลหิตสูง (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



ภาพที่ 251 ความครอบคลุมคัดกรองซีมีตรา อายุ 60 ปีขึ้นไป รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ความครอบคลุมคัดกรองซีมีตรา 60 ปีขึ้นไป (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



สรุปสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

- รพ.สต. ของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อยู่ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข 65 แห่ง และสังกัด อบจ. (ถ่ายโอน ในปีงบประมาณ 2566) 16 แห่ง โดย รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีแนวโน้มจำนวนครั้ง ผู้ป่วยนอกที่ลดลงในปี 2566 แล้วกลับเพิ่มขึ้นในปี 2567 ในขณะที่ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้น
- จำนวนครั้งบริการเบาหวาน ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีแนวโน้มที่ลดลงในปี 2566 (ลดจาก 1.6 หมื่นครั้ง ในปี 2565 เหลือ 1.4 หมื่นครั้ง ในปี 2566) โดยลักษณะเช่นนี้ คล้ายคลึงกับแนวโน้ม จำนวนครั้งบริการความดันโลหิตสูง (ลดจาก 3.7 หมื่นครั้ง ในปี 2565 เหลือ 3.4 หมื่นครั้ง ในปี 2566)
- ความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีความครอบคลุมที่ลดลงในปี 2566 (65.8% เทียบกับ 81.6% ในปี 2565) แต่ในปี 2567 เพิ่มขึ้นเป็น 70% ในขณะที่ รพ. สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุม 75.6% ในปี 2567
- ความครอบคลุมการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีความครอบคลุม ที่ค่อนข้างคงที่ ระหว่างปี 2565-2567 และอยู่ในระดับสูง (84.7% ในปี 2567) ในขณะที่รพ.สต. สังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุม 85.9% ในปี 2567
- ความครอบคลุมการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 มีความครอบคลุม อยู่ที่ 83.5% ในปี 2567 และความครอบคลุมการวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี อยู่ที่ 74.8% ในปี 2567 ซึ่งยังมีความใกล้เคียงกับ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่ลดลง ในปี 2566 และปี 2567 สำหรับรพ.สต.ที่ถ่ายโอนในปี 2566 โดยลดลงเหลือ 81.6% ในปี 2566 และ 71.6% ในปี 2567 (จาก 95.1% ในปี 2565) ทั้งนี้ความครอบคลุมของ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ที่ 91% ในปี 2567 ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง
- ความครอบคลุมการคัดกรองซิมีเคร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่ลดลง ตั้งแต่ปี 2566 สำหรับรพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 โดยลดลงเหลือ 63.2% ในปี 2566 และ 63.1% ในปี 2567 (จาก 77% ในปี 2565) สำหรับรพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ที่ 69% ในปี 2567 ซึ่งนับว่าแตกต่างกันไม่มาก

สรุปประเด็นสำคัญของสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ ในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด

- ข้อมูลจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีแนวโน้มที่ลดลง โดยส่วนใหญ่ โดยมี 3 จังหวัด จาก 6 จังหวัด ที่มีแนวโน้มลดลง และมักจะลดลงในปีงบประมาณที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. แต่มี 2 จังหวัด ที่มีแนวโน้มคงที่ และ 1 จังหวัดที่มีแนวโน้มลดลงแต่ไม่มาก แต่อย่างไรก็ดี เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยนอก มีส่วนของผู้ป่วยโรคโควิด-19 และข้อมูลที่เป็นรหัสการให้บริการรวมอยู่ด้วย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เช่น การคัดกรองโรค ซึ่งการลดลงของบริการคัดกรองโรค จะส่งผลต่อข้อมูลผู้ป่วยนอกพอสมควร ดังนั้นการลดลงของผู้ป่วยนอก ส่วนหนึ่งจึงอาจจะเกิดจากการลดลงของบริการคัดกรองโรคเรื้อรัง ดังที่ได้อธิบายในส่วนของภาวะวิเคราะห์กลุ่มโรคผู้ป่วยนอก (ข้อ 4.5)
- ข้อมูลจำนวนครั้งบริการเบาหวานและบริการความดันโลหิตสูง ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีแนวโน้มที่ลดลง 3 จังหวัด จาก 6 จังหวัด โดย 1 จังหวัดที่ลดลง มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างมาก หลังการถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในขณะที่ 1 จังหวัด มีแนวโน้มคงที่ อีก 1 จังหวัดมีแนวโน้มลดลงในปี 2566 แล้วกลับเพิ่มขึ้นในปี 2567 และ 1 จังหวัด ลดลงเล็กน้อย
- ข้อมูลความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีแนวโน้มที่ลดลง 3 จังหวัด จาก 6 จังหวัด ในขณะที่อีก 3 จังหวัดมีแนวโน้มคงที่ โดยมี 2 จังหวัด ที่มีความครอบคลุมอยู่ในระดับ 65-70%
- ข้อมูลความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีแนวโน้มที่ลดลง 3 จังหวัด จาก 6 จังหวัด ในขณะที่อีก 3 จังหวัดมีแนวโน้มคงที่ โดยมี 2 จังหวัด ที่มีความครอบคลุมอยู่ในระดับ 75-85%
- ข้อมูลความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างมากใน 4 จังหวัด จาก 6 จังหวัด จนเหลือความครอบคลุมต่ำกว่า 50% ในขณะที่มี 1 จังหวัดที่มีแนวโน้มคงที่ และอยู่ในระดับที่สูงกว่า 80% และอีก 1 จังหวัด ที่มีความครอบคลุมลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับ 70%
- ข้อมูลความครอบคลุมการคัดกรองซีแมสเร้า ในผู้สูงอายุ ของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างมากใน 4 จังหวัด จาก 6 จังหวัด จนเหลือความครอบคลุมต่ำกว่า 50% ในขณะที่มี 2 จังหวัดที่มีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงมีความครอบคลุมอยู่ในระดับ 60%
- ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในภาพรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีแนวโน้มของบริการหลายรายการที่ลดลง รวมทั้งความครอบคลุมของบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค แต่ก็ยังมีบางจังหวัด ที่รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังมีแนวโน้มของบริการที่ค่อนข้างคงที่หลังการถ่ายโอน และยังสามารถรักษาระดับของข้อมูลการให้บริการให้คงอยู่ในระดับสูงได้
- นอกจากนี้ในส่วนของความครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค มีประเด็นเรื่องจำนวนประชากรที่ใช้เป็นตัวหาร ซึ่งจะเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ หากประชากรไม่อยู่ในพื้นที่แล้ว แต่ยังไม่ได้ถูกนำออกจากระบบหรือเปลี่ยนประเภทของประชากร ประชากรดังกล่าวก็วยังถูกนับเป็นประชากรตัวหาร การคำนวณความครอบคลุมก็จะน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

4.10. การดำเนินงานด้านข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ระดับ รพ.สต. อำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง

ในกระบวนการทำงานด้านข้อมูล ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูล การส่งข้อมูล การบริหารจัดการข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล การใช้ข้อมูล การป้อนกลับข้อมูล และการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยในบริบทของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) การบันทึกข้อมูล

- ในการบันทึกข้อมูล ส่วนใหญ่ รพ.สต. ยังคงมีการบันทึกข้อมูลในลักษณะเดิมก่อนการถ่ายโอน โดยบางจังหวัดมีการใช้โปรแกรมในการบันทึกข้อมูลตามเดิมก่อนการถ่ายโอน ในขณะที่บางจังหวัดมีการเปลี่ยนโปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล ทั้งที่มีการเปลี่ยนโปรแกรมในการบันทึกข้อมูลทั้งจังหวัด โดย อบจ. ให้การสนับสนุนในด้านค่าใช้จ่าย หรือมีการเปลี่ยนโปรแกรมในการบันทึกข้อมูลเป็นบาง รพ.สต. และรพ.สต. รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง โดยบางจังหวัด มีการเปลี่ยนโปรแกรมในการบันทึกข้อมูลกลับไปเป็นโปรแกรมเดิม ทั้งนี้ในช่วงที่มีการเปลี่ยนโปรแกรมบันทึกข้อมูล อาจมีช่วงเวลาที่ต้องถ่ายโอนข้อมูล และอาจเกิดการขาดตอนของการบันทึกข้อมูลในช่วงเวลาสั้นๆ
- จากการนิเทศงานของบางจังหวัด พบว่า รพ.สต. บางแห่งมีการให้บริการ แต่บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น กรณีการฉีดวัคซีน มีการบันทึกในประวัติการให้บริการที่เป็นเอกสาร แต่ไม่ได้บันทึกลงในโปรแกรม รวมทั้งปัจจัยเรื่องของเงื่อนไขของการยืนยันตัวตนในการให้บริการ อาจส่งผลกระทบต่อการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ประเด็นนี้จะสัมพันธ์กับความเข้าใจในเรื่องการบันทึกข้อมูลที่ รพ.สต. ไม่ได้ให้บริการเอง (การเก็บความครอบคลุม) ซึ่ง รพ.สต. บางแห่งเข้าใจว่าไม่สามารถบันทึกได้
- ในการบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย สามารถทำได้ในหลายรูปแบบ ได้แก่ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมของ รพ.สต. แล้วส่งออกข้อมูล เข้าสู่ระบบเบิกจ่าย (ยกเว้นบางกรณีที่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบเบิกจ่ายโดยตรงเท่านั้น) โดยบาง รพ.สต. เลือกที่จะบันทึกข้อมูลทั้ง 2 ระบบ ในขณะที่บาง รพ.สต. อาจจะไม่บันทึกข้อมูลในระบบเบิกจ่าย โดยไม่บันทึกในโปรแกรมของ รพ.สต. ซึ่งในกรณีหลัง จะทำให้ในเครื่องของ รพ.สต. ไม่มีข้อมูล และไม่มีข้อมูลที่จะส่งเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ

2) การส่งข้อมูล

- การส่งข้อมูลบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังดำเนินการตามเดิม จากข้อมูลพบว่าจำนวนเดือนที่ขาดส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ต่ำกว่าร้อยละ 2 ต่อจำนวนเดือนทั้งหมด และจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงนั้น เฉพาะเจาะจงกับบางกลุ่มโรคเท่านั้น จึงไม่น่าจะเกิดจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ลดลง ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการตกลงร่วมกันในจังหวัดว่าจะให้ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบตามเดิม
- การส่งข้อมูลเฝ้าระวังโรค ของ รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2566 ยังคงมีแนวโน้มที่ไม่ต่างไปจากเดิมก่อนการถ่ายโอน แต่บางจังหวัดให้ข้อมูลว่าข้อมูลที่ส่งมาจาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอน อาจจะมีความล่าช้าจากเดิมไปบ้าง แต่ในปีงบประมาณ 2567 รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังไม่ได้เข้าใช้งานระบบ D506 ที่เป็นระบบ Online ข้อมูลจึงไม่สามารถส่งได้จาก รพ.สต. โดยส่วนใหญ่ ในทุกสังกัด

3) การบริหารจัดการข้อมูล

- การบริหารจัดการข้อมูลบริการสุขภาพ ยังอยู่ในระดับจังหวัดและส่วนกลาง ในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center, HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมข้อมูลจากหน่วยบริการทุกสังกัดของรัฐ โดยเฉพาะจาก รพ.สต. โดยระบบคลังข้อมูลสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนระบบในบางช่วง อาจจะมีช่วงเวลาที่มีปัญหาในการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบบ้าง
- อบจ. ส่วนใหญ่ ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลบริการสุขภาพของ รพ.สต. มาไว้เป็นระบบกลางของ อบจ. แต่บางจังหวัดมีแนวคิดที่จะจัดทำ data center ของตนเอง โดยรวบรวมข้อมูลจาก รพ.สต. มาไว้ที่ระดับจังหวัด (on cloud) ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าว จะต้องจ้างเอกชนเข้ามาดำเนินการ เนื่องจากใน อบจ. อาจมีบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศไม่เพียงพอ หรือขาดประสบการณ์ด้านข้อมูลสุขภาพ

4) การเข้าถึงข้อมูล

- การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังสามารถเข้าถึงข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพได้ตามเดิม รวมทั้งในระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Data exchange) แต่บาง รพ.สต. อาจจะเข้าใจผิดว่าไปสามารถเข้าถึงข้อมูลได้แล้ว เนื่องจากระบบอาจมีการตั้งค่าในการยกเลิกการใช้งานผู้ใช้ชั่วคราว หากไม่ได้เข้าใช้งานตามเวลาที่กำหนด แต่สามารถแจ้งให้ผู้ดูแลระบบ เปิดให้ผู้ใช้สามารถใช้งานใหม่ได้ นอกจากนี้ในบางจังหวัด ในช่วงแรกของการถ่ายโอน อาจมีการระงับการใช้งานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เป็นการชั่วคราว แล้วกลับมาเปิดให้ใช้งานได้ปกติ ในเวลาต่อมา
- สำหรับการเข้าถึงข้อมูลของ อบจ. ยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพได้เหมือน รพ.สต. เนื่องจากเป็นหน่วยบริหาร แต่สามารถใช้งานระบบคลังข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่สู่สาธารณะได้เหมือนผู้ใช้ทั่วไป ผ่าน URL: hdcservice.moph.go.th ปัจจุบันเปลี่ยนเป็น hdc.moph.go.th แต่ อบจ. ส่วนใหญ่ ยังไม่ได้ใช้งานในระบบดังกล่าว เนื่องจากอาจจะไม่ทราบ หรือไม่ทราบวิธีการใช้งาน หรือยังไม่เห็นประโยชน์ของการใช้งานระบบดังกล่าว โดยข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลสรุปตามรายการข้อมูลและตัวชี้วัดที่ประมวลผลไว้ล่วงหน้าเป็นราย รพ.สต. แต่อาจจะมีข้อจำกัดในการเลือกสังกัด อบจ. เนื่องจากตัวเลือกสังกัด กำหนดเป็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งรวม อบต. และเทศบาล ไว้ด้วย

5) การใช้ข้อมูล

- การใช้ข้อมูลบริการสุขภาพของ รพ.สต. ส่วนใหญ่ จะถูกใช้โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นหลัก โดยใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แต่การใช้ข้อมูลโดยฝั่งของ อบจ. ยังมีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากในช่วงแรกของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีการเน้นไปที่การถ่ายโอน คน เงิน ของ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการถ่ายโอน รพ.สต. ในช่วงแรก ตามมาด้วยการจัดบริการ ของ รพ.สต. โดยประเด็นด้านผลงานบริการ หรือตัวชี้วัด รวมทั้งระบบข้อมูล ยังไม่ได้รับการให้ความสำคัญมากนัก ทำให้การใช้ข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงานในช่วงแรกยังไม่ชัดเจน แต่ในบางจังหวัด ก็มีการกำหนดตัวชี้วัดและวัดผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ทำให้ยังมีการใช้ข้อมูลในการกำกับติดตามงานของ รพ.สต. ประเด็นดังกล่าวจึงมีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด

6) การป้อนกลับข้อมูล

- การป้อนกลับข้อมูล มีส่วนหนึ่งที่เป็นกรป้อนข้อมูลจาก สสจ. กลับไปยัง อบจ. ในรูปแบบของการแจ้งเป็นหนังสือ โดยเฉพาะการแจ้งข้อมูลในส่วนของผลการดำเนินงาน ซึ่ง สสจ. ได้มีการติดตามผลการดำเนินงานของ รพ.สต. ในตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ เช่น การดำเนินงานด้านวัคซีน หรือ การคัดกรองโรคเรื้อรัง โดย สสจ. จะทำหนังสือพร้อมกับข้อมูล แจ้งไปยัง อบจ. ทั้งนี้เนื่องจาก อบจ. อาจไม่ทราบสถานการณ์ของข้อมูลดังกล่าว โดยการตอบสนองต่อข้อมูลดังกล่าว ของ อบจ. อาจจะเป็นการแจ้งต่อไปยัง รพ.สต. พร้อมกับการกำชับในการดำเนินงาน หรืออาจจะมีการออกนิเทศร่วมกับ สสจ. เพื่อตรวจสอบการให้บริการและการบันทึกข้อมูลของ รพ.สต.
- การป้อนกลับข้อมูลการรายงานโรค ไปยัง อบจ. เพื่อการควบคุมโรค มีการดำเนินงานตามปกติ ในกรณีมีการระบาดของโรค ทั้งในส่วนของการสอบสวนโรค และการควบคุมโรค รวมทั้งแจ้งไปยัง อบจ. และเทศบาล ที่มีบทบาทร่วมกันในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ภายใต้กลไก คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) โดยการป้อนข้อมูลกลับไปยัง SRRT และการดำเนินงานของ SRRT ยังเป็นไปตามเดิม

7) การแลกเปลี่ยนข้อมูล

- การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ในส่วนของข้อมูลการรักษาพยาบาล เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น ผ่านระบบหมอพร้อม โดยข้อมูลการให้บริการจะถูกส่งไปยังระบบหมอพร้อม ทั้งนี้ประชาชนที่ลงทะเบียนในระบบ จะสามารถเข้าถึงข้อมูลของตนเองได้ โดยใช้ Smart phone และสามารถแจ้งข้อมูลประวัติการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาของตนเอง (Personal Health record, PHR) ให้กับหน่วยบริการอื่นที่ตนเองไปรักษาได้ หรือหน่วยบริการที่ให้การรักษา และต้องการทราบประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่ไปรักษาที่หน่วยบริการอื่น จะทำการขออนุญาตเข้าถึงข้อมูล โดยแจ้งรหัส OTP ไปที่โทรศัพท์มือถือของผู้ป่วย แล้วผู้ป่วยแจ้งรหัส OTP ให้หน่วยบริการ กรอกลงในระบบ เพื่อดูประวัติการรักษาของผู้ป่วย (PHR viewer) แต่ระบบดังกล่าว ในระดับพื้นที่ยังมีการใช้งานอย่างจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการใช้งาน Smart phone หรือโทรศัพท์มือถือ ที่ส่งรหัส OTP ไปนั้น อยู่ที่ญาติของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เป็นต้น
- บางจังหวัดมีการออกแบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาในจังหวัด โดยใช้การยืนยันตัวตนของผู้ป่วย โดยใช้บัตรประชาชน ในการอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยที่รักษาในหน่วยบริการอื่นในจังหวัดได้ โดยระบบจะร้องขอไปยังระบบข้อมูลของหน่วยบริการที่ให้บริการ เพื่อดูประวัติการรักษาเมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการแต่ละครั้ง โดยไม่ได้ทำการบันทึกข้อมูลเก็บไว้
- การแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ส่วนหนึ่งเข้าถึงได้ผ่านระบบ Data exchange ที่มีข้อมูลบางส่วนที่แลกเปลี่ยนกันระหว่างหน่วยบริการ เพื่อสนับสนุนการให้บริการของ รพ.สต. เช่น การแสดงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เมื่อไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล มาให้ รพ.สต. ที่รับผิดชอบทราบ เพื่อการติดตามการให้บริการให้ครบถ้วน เป็นต้น โดยระบบดังกล่าว ยังสามารถใช้งานได้ตามเดิม

4.11. บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.

บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ และอาจจะแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ดังนี้

1) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และกลไกภายใต้ กสพ.

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นกลไกที่มีการแต่งตั้งขึ้นภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในทุกจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้งนี้บทบาทหน้าที่หลักในทางปฏิบัติก็คือ การตัดสินใจในประเด็นการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยจะมีการประชุมทุกปี ด้วยความถี่ที่แตกต่างกันระหว่างจังหวัด แต่ส่วนใหญ่ระบุว่ามีการประชุมเมื่อมีประเด็นสำคัญที่จะต้องตกลงร่วมกัน โดยในบางจังหวัด มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานภายใต้ กสพ. อาทิเช่น คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านบุคลากร ด้านการเงิน ด้านอาคารสถานที่ ด้านแผนยุทธศาสตร์ ของจังหวัดนครราชสีมา หรือกลไก 9x9 ด้านพัฒนาบริการ และด้านการเงินการคลัง ของจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นต้น รวมทั้งคณะทำงานในประเด็นเฉพาะ เช่น ด้านยาและเวชภัณฑ์ (นครราชสีมา) และด้านทันตกรรม เป็นต้น

2) รูปแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ

รูปแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพของแต่ละจังหวัด มีความแตกต่างกัน โดยรูปแบบหลักๆ ประกอบด้วย

รูปแบบที่ 1 การจัดสรรงบประมาณจ่าย ด้านผู้ป่วยนอกและด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (OPPP) ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย แล้วมีการจัดสรรงบประมาณบางส่วนไปยัง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ตามที่ตกลงกัน เช่น จ่ายในรูปแบบ Fixed cost (อัตราคงที่) หรือแบ่งตามสัดส่วน โดยข้อตกลงในการจัดสรรเงิน เป็นไปตามมติของ กสพ. โดยแจ้งไปยัง สปสช. เพื่อโอนเงินไปยัง รพ.สต. สังกัด อบจ. และโรงพยาบาลแม่ข่ายยังจัดสรรยาให้ รพ.สต. รวมทั้งส่งแพทย์ไปให้บริการ (แตกต่างกันในแต่ละจังหวัดและหน่วยบริการประจำ หรือ CUP) ทั้งนี้บางจังหวัดจัดสรรงบประมาณรวมยาและเวชภัณฑ์พื้นฐาน (ไม่รวมยารักษาโรคเรื้อรัง) ไปยัง รพ.สต. สังกัด อบจ. เพื่อจัดซื้อยาในการให้บริการ (ในช่วงแรกโรงพยาบาลจัดสรรยาให้ รพ.สต. ในลักษณะยืมยา) เช่น จังหวัดนครราชสีมา

รูปแบบที่ 2 การจัดสรรงบประมาณจ่าย ด้านผู้ป่วยนอกและด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (OPPP) ในรูปแบบ CUP split โดย รพ.สต. สังกัด อบจ. มีการรวมตัวกันในรูปแบบ CUP หรือหน่วยบริการประจำ เช่น จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2567 จัดทำ CUP ในแต่ละอำเภอ หรืออาจรวม รพ.สต. มาจากต่างอำเภอ ตามหลักเกณฑ์ของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถรับงบเหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการ OPPP ได้ โดยงบเหมาจ่ายที่ได้ จะนำไปจัดซื้อยาหรือจ้างแพทย์มาให้บริการ รวมทั้งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ในกรณีของจังหวัดเชียงใหม่ แบ่งงบประมาณเป็น 2 ส่วนคือ งบผู้ป่วยนอก (งบ OP) จ่ายตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน โดยประชาชนในพื้นที่สามารถเลือก CUP รพ.สต. หรือ CUP โรงพยาบาล เป็นหน่วยบริการประจำก็ได้ แต่สำหรับงบส่งเสริมป้องกัน (งบ PP) จัดสรรให้ รพ.สต. ตามประชากรในพื้นที่รวมทุกสิทธิ แต่หากมีการใช้บริการที่หน่วยบริการที่ไม่ใช่ CUP ที่ขึ้นทะเบียน จะมีการตามจ่ายระหว่างกันตามอัตราค่าบริการ

รูปแบบที่ 3 การจัดสรรงบประมาณจ่าย ด้านผู้ป่วยนอกและด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (OPPP) ไปยัง รพ. สต. สังกัด อบจ. ในรูปแบบพิเศษ ซึ่งไม่ใช่รูปแบบ CUP split โดย รพ.สต. รับงบประมาณจ่าย แล้วนำมาใช้ในการจัดซื้อ ยาและเวชภัณฑ์ จ้างแพทย์ และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการตามจ่ายค่าบริการให้กับ โรงพยาบาล เมื่อมีการใช้บริการที่โรงพยาบาล เช่น จังหวัดกาญจนบุรี โดยจังหวัดกาญจนบุรีมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้ง จังหวัด โดยในกรณีของจังหวัดกาญจนบุรี มีการปรับรูปแบบการบริหารงบประมาณจ่ายในแต่ละปี ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการ ปรับตามสถานการณ์การตามจ่าย นอกจากนี้ยังมีรูปแบบพิเศษ ในกรณีจังหวัดนนทบุรี ในปีงบประมาณ 2567 ที่ จัดสรรงบประมาณจ่ายผู้ป่วยนอก (งบ OP) ไปยัง รพ.สต. สังกัด อบจ. แล้วตามจ่ายกรณีผู้ป่วยไปใช้บริการที่โรงพยาบาล โดย อบจ.นนทบุรี มีการจัดซื้อยาให้กับ รพ.สต. ในสังกัด ในขณะที่งบประมาณจ่ายบริการส่งเสริมป้องกัน (งบ PP) ที่ เป็นบริการพื้นฐาน มีการจัดสรรระหว่างโรงพยาบาล กับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอน ตามสัดส่วนที่ตกลง

ทั้งนี้ในรูปแบบที่ 1 ที่ยังจัดสรรงบประมาณไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย อาจจะมีรายละเอียดการสนับสนุน งบประมาณ และทรัพยากร จากโรงพยาบาลไปยัง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ที่แตกต่างกันระหว่างจังหวัดและ ระหว่าง CUP ในจังหวัด

นอกจากนี้ยังมีประเด็น อัตราเหมาจ่ายที่แต่ละอำเภอได้รับ โดยมีการสะท้อนว่ามีอัตราที่แตกต่างกัน ซึ่งต่าง จากอัตราเหมาจ่ายที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งนี้อาจเกิดจากการหักเงินเดือนของบุคลากรจากงบเหมาจ่าย ซึ่งมีความสับสน ในประเด็นการหักเงินเดือน ระหว่างเงินเดือนของบุคลากรหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และของสังกัด อบจ. จากงบเหมาจ่ายที่ได้รับในแต่ละรูปแบบของการจัดสรรเงิน

สำหรับงบประมาณที่จ่ายตามบริการ (PP Fee schedule) ที่จ่ายให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการตามอัตราที่กำหนด โดยเบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (E-claim) จะเป็นการจ่ายให้กับ หน่วยบริการที่ให้บริการโดยตรง ทั้งนี้ รพ.สต. สังกัด อบจ. ก็จะได้รับงบประมาณโดยตรงจาก สปสช. แต่อาจจะมี การคิดเป็นสัดส่วนกับ โรงพยาบาล ในบางบริการ ตามการตกลงร่วมกัน

3) การจัดบริการสุขภาพและรูปแบบความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

การจัดบริการสุขภาพและรูปแบบความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลแม่ข่าย จะแปรผันตามรูปแบบของการ จัดสรรเงิน โดยรูปแบบที่มีการจัดสรรเงินแบบ CUP split ก็จะมีการพัฒนาศักยภาพการให้บริการของ รพ.สต. ที่ พัฒนาขึ้นมาเป็น CUP (เชียงใหม่ มี 11 CUP นครราชสีมา มี 1 CUP) โดยมีการจัดหาแพทย์มาให้บริการ โดย รพ. สต. ที่เป็นแม่ข่าย จะมีแพทย์มาให้บริการประจำ และมีแพทย์หมุนเวียนไปยัง รพ.สต. อื่นๆ ที่ไม่ใช่แม่ข่าย และมีการ จัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งควรจะมีเภสัชกรในการจัดทำรายการยาและบริหารจัดการด้านยา รวมทั้งการใช้ งบประมาณในการจ่ายค่าส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยอาจจะส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการของเอกชน หรือของ โรงพยาบาล ทั้งนี้รูปแบบความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลแม่ข่ายเดิม ก็จะเปลี่ยนแปลงไป โดยมีการพึ่งพาโรงพยาบาลที่ ลดลง และมีความพยายามพัฒนาศักยภาพให้มีความทัดเทียมกับโรงพยาบาลมากขึ้น ในส่วนของบริการระดับปฐม ภูมิ แต่อย่างไรก็ดี ประเด็นดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับความนิยมของประชาชนในการเลือกใช้บริการ หรือเลือกขึ้นทะเบียน ซึ่งต่างไปจากเดิมที่นับว่า รพ.สต.และโรงพยาบาล เป็นเครือข่ายเดียวกัน แต่ในรูปแบบนี้ อาจจะไม่ได้อยู่ใน เครือข่ายเดียวกัน รวมทั้งความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล ในฐานะบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ในรูปแบบของ ระบบส่งต่อ ก็ยังมีความสำคัญ และอาจได้รับผลกระทบจากรูปแบบบริการและเครือข่ายที่เปลี่ยนแปลงไป

สำหรับการจัดบริการที่โรงพยาบาลยังเป็นแม่ข่าย นับเป็นรูปแบบที่ต่างจากเดิมไม่มาก โดยโรงพยาบาลยังนับเป็นหน่วยบริการประจำ และรพ.สต. ยังเป็นหน่วยบริการในเครือข่าย แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงสังกัดของ รพ.สต. ไปยัง อบจ. อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาล ไปยัง รพ.สต. ที่ต่างไปจากเดิม ทั้งการสนับสนุนแพทย์ การสนับสนุนยา และการสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละ CUP ตามปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น สถานการณ์แพทย์และงบประมาณของโรงพยาบาล เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลการให้บริการที่ รพ.สต. และปริมาณการให้บริการที่โรงพยาบาล หากศักยภาพในการให้บริการที่ รพ.สต. เปลี่ยนแปลงไป

4) ทรัพยากรสุขภาพภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.

ทรัพยากรสุขภาพของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีทรัพยากรหลักๆ ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านยาและเวชภัณฑ์ และด้านงบประมาณ ดังนี้

ด้านบุคลากร ในช่วงแรกของการถ่ายโอน มีบาง รพ.สต. ที่บุคลากรไม่ได้ถ่ายโอนไปทั้งหมด ทำให้บุคลากรที่ทำงานที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน มีจำนวนที่ลดลงในบางแห่ง โดยเฉพาะในกรณีของพยาบาล ที่จะส่งผลกระทบต่อบริการค่อนข้างมาก จึงต้องมีการปรับเกลี่ยบุคลากร ส่วนใหญ่เป็นการหมุนเวียนบุคลากรจาก รพ.สต. แห่งอื่นมาช่วยให้บริการ และสำหรับในกรณีของแพทย์ หากยังอยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาล ยังมีการส่งแพทย์มาให้บริการที่ รพ.สต. แต่อาจจะมีกรณีที่ลดลงในบางพื้นที่ แต่สำหรับกรณีที่มีจัดสรรงบประมาณจ่ายไปยัง รพ.สต. ในรูปแบบ CUP split จะมีการจ้างแพทย์มาให้บริการ เช่น จังหวัดเชียงใหม่ มีการจ้างแพทย์มาให้บริการประจำที่ รพ.สต. ที่เป็นแม่ข่ายของ CUP และจัดสรรแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการที่ รพ.สต. ที่ไม่ใช่แม่ข่าย ตามช่วงเวลาที่กำหนด ปัจจุบันมีแพทย์ที่ถูกจ้างประมาณ 40 คน (แพทย์เกษียณ และแพทย์เอกชน) และมีแพทย์บรรจุเป็นข้าราชการ 2 คน (รพ.สต. ที่ถ่ายโอนถึงปีงบประมาณ 2568 จำนวน 82 แห่ง จาก 268 แห่ง) สำหรับจังหวัดกาญจนบุรี ได้รับงบประมาณจ่ายในรูปแบบพิเศษ (ไม่ใช่ CUP) มีการจ้างแพทย์ จำนวน 9 คน ในการให้บริการที่ รพ.สต. (ถ่ายโอน 143 แห่ง) จังหวัดนนทบุรี เริ่มมีการจ้างแพทย์มาให้บริการที่ รพ.สต. โดยใช้เงินบำรุงของ รพ.สต. สำหรับทันตแพทย์ และเภสัชกร มีในบางจังหวัด โดยทำงานที่กองสาธารณสุข ของ อบจ. และมีนักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ทำงานที่บาง รพ.สต. ทั้งนี้ตามกรอบระบุว่ามี นักกายภาพบำบัด/แพทย์แผนไทย 1 ตำแหน่ง จึงเข้าใจว่ามีบุคลากรในตำแหน่งดังกล่าวได้เพียงตำแหน่งเดียว แต่มีการให้ข้อมูลว่าทาง อบจ. สามารถปรับเปลี่ยนตำแหน่งได้ หากมีความจำเป็น และสำหรับบุคลากรด้านสารสนเทศ (IT) ยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยกองสาธารณสุขส่วนใหญ่ ยังไม่มีบุคลากรด้าน IT แต่ใช้บุคลากรของ รพ.สต. ที่มีความสามารถ มาช่วยสนับสนุน

ด้านยาและเวชภัณฑ์ หาก รพ.สต. ยังอยู่กับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยทั่วไปจะมีการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ในบางกรณี มีการรวมงบประมาณด้านยา ไว้กับงบประมาณที่จัดสรรให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน เช่น จังหวัดนครราชสีมา โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ไปยัง อบจ. มีการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์พื้นฐาน (ยกเว้นยารักษาโรคเรื้อรัง) โดยในช่วงแรกโรงพยาบาลจัดสรรยาให้ในลักษณะยืมยา แล้ว อบจ. ซื้อยาคืน โดยประเด็นการจัดสรรยาจากโรงพยาบาลไปยัง รพ.สต. ที่ถ่ายโอน เป็นประเด็นการตีความเรื่องการสนับสนุนทรัพยากรข้ามสังกัด ที่มีความเข้าใจไม่ตรงกันในแต่ละ CUP และแต่ละจังหวัด แต่สำหรับ อบจ. ที่รับงบประมาณจ่ายในรูปแบบ CUP split หรือรูปแบบพิเศษ จะมีการจัดซื้อยาเอง โดยอาจจะจัดซื้อโดย รพ.สต. แต่ละแห่ง (กาญจนบุรี) หรือจัดซื้อโดย รพ.สต. ที่เป็นแม่ข่าย CUP (เชียงใหม่) หรือจัดซื้อโดย อบจ. (นนทบุรี)

ด้านงบประมาณ โดยงบประมาณหรือรายได้ที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ได้รับ หลังถ่ายโอนไปยัง อบจ. ประกอบด้วย 1) งบประมาณตามขนาดของ รพ.สต. (ได้รับเฉพาะ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ในแต่ละปี) โดยขนาด S ได้รับ 400,000 บาท ขนาด M ได้รับ 650,000 บาท และขนาด L ได้รับ 1,000,000 บาท (หลักเกณฑ์เดิม จะได้รับ 1,000,000 บาท, 1,500,000 บาท และ 2,000,000 บาท ตามลำดับ) 2) งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากงบเหมาจ่ายผู้ป่วยนอกและบริการส่งเสริมป้องกัน (OPPP) ขึ้นอยู่กับรูปแบบการจัดสรรเงินของแต่ละจังหวัด อาจอยู่ในรูปแบบ Fixed cost หรือวิธีการอื่น หรือได้รับตามประชาชนที่ขึ้นทะเบียน (CUP split) หรือได้รับจัดสรรทั้งหมดในรูปแบบพิเศษ 3) งบประมาณที่ได้จากการให้บริการที่เบิกได้ เช่น PP fee schedule บริการแพทย์แผนไทย 4) รายได้จากแหล่งอื่น เช่น ประกันสังคม และ 5) งบประมาณสนับสนุนจาก อบจ. ในบางจังหวัด โดยรายจ่ายประจำประกอบด้วย ค่าจ้างบุคลากร ค่าตอบแทน ค่ายาและเวชภัณฑ์ (กรณีจัดซื้อยาเอง) ค่าตามจ่าย (กรณีที่ต้องตามจ่าย) และค่าใช้จ่ายอื่น ในประเด็นค่าจ้างบุคลากร ที่ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีการจ้างหลังการถ่ายโอน ได้แก่ เจ้าหน้าที่การเงิน ซึ่งจะต้องมีการทำรายละเอียดเอกสารที่เพิ่มจากเดิม ตามระเบียบของ อบจ. โดยก่อนการถ่ายโอน ดำเนินงานโดยผู้อำนวยการ รพ.สต. และมีเจ้าหน้าที่การเงินของ สสอ. ให้การสนับสนุน และสำหรับค่าจ้างบุคลากรการแพทย์ ขึ้นกับรูปแบบการจัดสรรเงิน และการสนับสนุนจากโรงพยาบาล และ อบจ. โดยความเพียงพอของงบประมาณจะขึ้นกับหลายปัจจัย ทั้งด้านรายได้และรายจ่าย

5) รูปแบบการบริหารจัดการ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.

การบริหารจัดการ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. จะอยู่ภายใต้กองสาธารณสุข ของ อบจ. โดยส่วนใหญ่มีการแบ่งเป็นฝ่ายต่างๆ เช่น ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข ฝ่ายบริการสาธารณสุข หรืออาจจะมีฝ่ายส่งเสริมสาธารณสุข ฝ่ายป้องกันควบคุมโรค โดย รพ.สต. จะอยู่ในฝ่ายของกองสาธารณสุข และมีบางจังหวัดที่แบ่งกลุ่มงาน รพ.สต. ออกมาอย่างชัดเจน โดยอยู่ในกองสาธารณสุข (นครราชสีมา) โดยจำนวนบุคลากรของกองสาธารณสุขในแต่ละ อบจ. มีความแตกต่างกัน และมีอัตราส่วนจำนวนบุคลากรกองสาธารณสุข ต่อ จำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ที่แตกต่างกัน โดย อบจ.ส่วนใหญ่ มีการแบ่งพื้นที่ในการบริหารจัดการและการประสานงาน เป็นกลุ่มพื้นที่ โดยอาจแบ่งตามอำเภอหรือแบ่งในรูปแบบของเขตพื้นที่ (โซน) โดยตั้งให้ผู้อำนวยการ รพ.สต. ในอำเภอหรือเขตพื้นที่ เป็นประธาน ทำหน้าที่ประสานงานระหว่าง อบจ. กับ รพ.สต. ในอำเภอหรือเขตพื้นที่ และประสานงานกับ สสอ. ช่วยให้การดำเนินงานมีความคล่องตัวมากขึ้น เนื่องจาก อบจ. ไม่มีกลไกการทำงานในระดับอำเภอ โดยรพ.สต. ในอำเภอหรือเขตพื้นที่ จะมีการประชุมเป็นประจำ และมีการนำเสนอผลงานกับ อบจ. ทั้งนี้ อบจ. อาจมอบหมายให้บุคลากรของ รพ.สต. ช่วยในการดำเนินงานบางอย่างในภาพรวมของจังหวัด

6) บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในบางจังหวัด มีบทบาทในลักษณะของพี่เลี้ยง ให้การสนับสนุนช่วยเหลือกับ อบจ. โดยเฉพาะสำหรับ อบจ. ที่ยังใหม่สำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข หรือยังไม่มีความพร้อมของบุคลากรในกองสาธารณสุข ในขณะที่บางจังหวัด มีการดำเนินงานร่วมกับ อบจ. ในรูปแบบของคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน และดำเนินงานร่วมกันในการนิเทศติดตามงาน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ทั้งนี้ สสจ. ส่วนใหญ่มีการแจ้งข้อมูลกลับไปยัง อบจ. ในรูปแบบของหนังสือ ในส่วนของผลการดำเนินงานของ รพ.สต.

บทบาทของ สสอ. มีการเปลี่ยนแปลงจากการติดตามกำกับโดยตรง เป็นการประสานขอความร่วมมือกับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอน โดยยังสามารถเชื่อมโยงกันได้ผ่านกลไกคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่มีโรงพยาบาลอยู่ในคณะกรรมการ และการประชุมประจำเดือนของ สสอ. ที่มีบางอำเภอ ยังเชิญให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เข้าร่วมประชุมด้วย แต่การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ อาจจะไม่ต่อเนื่องเหมือนเดิม และเป็นเฉพาะในอำเภอที่ถ่ายโอนไปบางส่วน นอกจากนี้ยังมีความเชื่อมโยงกันผ่านกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีนายอำเภอเป็นประธาน ทำการกำหนดประเด็นปัญหาและขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาในอำเภอรวมทั้งในกรณีของการสอบสวนโรคและควบคุมโรคในพื้นที่ ที่ยังประสานความร่วมมือในการดำเนินงานตามเดิม และนอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงกันผ่านการดำเนินงานของ อสม. ที่ยังอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แต่ในทางปฏิบัติ อสม. ยังมีการทำงานที่ใกล้ชิดกับ รพ.สต. ในลักษณะคล้ายเดิม ถึงแม้ว่า รพ.สต. จะถ่ายโอนไปยัง อบจ. แล้ว โดย สสอ.เอง ก็มีข้อจำกัดในการดูแล อสม. ให้ทั่วถึงทั้งอำเภอ ทำให้ สสอ. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ยังต้องมีการประสานงานกันในส่วนของการดำเนินงานของ อสม.

7) กลไกการกำกับติดตามการดำเนินงาน รพ.สต.

การกำกับติดตามการดำเนินงาน รพ.สต. มีความเข้มข้นในการติดตามกำกับ ที่ต่างไปจากเดิม โดยเดิมที่ รพ.สต. อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะมีตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้ในการติดตามงานของ รพ.สต. ทั้งประเทศ และมีการติดตามกำกับโดย สสจ. และ สสอ. อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง รวมทั้งเชื่อมโยงกับการประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งนี้ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในช่วงแรก ตัวชี้วัดในการติดตามกำกับผลการดำเนินงานของ รพ.สต. อาจจะไม่ชัดเจน แต่ต่อมา อบจ. เริ่มมีการกำหนดตัวชี้วัดในการติดตามกำกับที่ชัดเจนมากขึ้น เช่น จังหวัดหนองบัวลำภู มีการกำหนดตัวชี้วัดประมาณ 20 ตัว จังหวัดนครราชสีมา มีการกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันระหว่าง สสจ. และ อบจ. ในปีแรกที่ถ่ายโอน จำนวนประมาณ 40 ตัว และในปีต่อมา อบจ. เป็นผู้พิจารณาตัวชี้วัด และมีการประเมินผลงาน รพ.สต. ตามตัวชี้วัด และมีการประเมินไขว้ตามกลุ่มโซน เป็นการประเมินเชิงคุณภาพแล้วแบ่งเป็นเกรด รวมทั้งมีการนำมาใช้ในการประเมินความพึงพอใจ ทั้งนี้ในบางจังหวัด อบจ. มีการนิเทศติดตามงานร่วมกับ สสจ. ในส่วนของผลการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล เช่น จังหวัดหนองบัวลำภู โดยจังหวัดส่วนใหญ่ กำหนดให้ สสจ. ร่วมในการนิเทศติดตามกำกับงาน รพ.สต. ได้ แต่ในทางปฏิบัติมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด โดย อบจ. จะนิเทศงาน รพ.สต. ในด้านการปฏิบัติตามระเบียบและด้านบริหารจัดการเป็นหลัก

8) แนวทางการบริหารจัดการด้านข้อมูลบริการสุขภาพของ อบจ.

แนวทางในการบริหารจัดการด้านข้อมูลบริการสุขภาพ ของ อบจ. ในส่วนของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในบางจังหวัด มีการให้นโยบายในการปรับโปรแกรมการใช้งานของ รพ.สต. ให้เป็นโปรแกรมเดียวกันทั้งจังหวัด เช่น จังหวัดหนองบัวลำภู แต่ส่วนใหญ่การใช้โปรแกรมของ รพ.สต. ยังเป็นโปรแกรมเดิม ตั้งแต่ก่อนการถ่ายโอน แต่อาจจะมีการเปลี่ยนโปรแกรมเป็นการชั่วคราวในบางจังหวัด รวมทั้งบางจังหวัดมีแนวคิดในการพัฒนาให้เป็นศูนย์ข้อมูลกลางของ รพ.สต. สังกัด อบจ. (Data center) โดยรวมข้อมูลจาก รพ.สต. มาที่ อบจ. แต่ยังคงอยู่ในระหว่างการศึกษา ซึ่งจะต้องใช้งบประมาณในการพัฒนา จึงขึ้นอยู่กับความพร้อมด้านงบประมาณของ อบจ. ทั้งนี้ อบจ. ส่วนหนึ่ง ยังต้องการใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ (HDC) ร่วมกับ สสจ. ในการติดตามกำกับงาน

4.12. สรุปปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อข้อมูลบริการสุขภาพ ภายใต้บริบทการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.

จากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม กับบุคลากรในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด ได้ข้อมูลเบื้องต้น มาประกอบการสังเคราะห์ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อข้อมูลบริการสุขภาพ ในภาพรวม โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการ 2) ปัจจัยด้านการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล และ 3) ปัจจัยด้านความร่วมมือและความสัมพันธ์ ดังนี้

1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการ

ปัจจัยด้านความพร้อมและศักยภาพการให้บริการ

- ความพร้อมและศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกรณีของแพทย์ สำหรับบริการรักษาพยาบาล ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. จะได้รับผลกระทบจาก การสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมีความหลากหลาย หลังการถ่ายโอน ทั้งการส่งแพทย์ในลักษณะเดิม การส่งแพทย์ด้วยความถี่ที่ลดลง ไปจนถึงการระงับการส่งแพทย์จากโรงพยาบาล ไปยัง รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับผลกระทบจากรูปแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพด้วย โดยบางจังหวัด มีการสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์จาก อบจ. หรือมีการจ้างแพทย์ โดยใช้เงินบำรุงของ รพ.สต. แต่การสนับสนุนแพทย์จาก อบจ. หรือการจ้างแพทย์โดย รพ.สต. เอง ยังมีข้อจำกัด อาทิ การบรรจุแพทย์เป็นบุคลากรของ อบจ. และการจ้างแพทย์โดย อบจ. เพื่อสนับสนุน รพ.สต. ยังมีข้อจำกัด หากจะสนับสนุนแพทย์ให้มีความทั่วถึง โดยเฉพาะในกรณีที่มี รพ.สต. ถ่ายโอน จำนวนมาก หรือการจ้างแพทย์ โดย รพ.สต. เอง ก็จะขึ้นอยู่กับความพร้อมด้านงบประมาณของ รพ.สต.
- การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับรูปแบบการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว ด้านการรักษา หากยังจัดสรรไปที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลก็จะยังสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ให้ รพ.สต. แต่มีบางจังหวัด ที่มีเงื่อนไขในการสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลเป็นการเฉพาะ เช่น ยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ไม่จัดสรรไปเก็บไว้ที่ รพ.สต. แต่จะมีการจ่ายยาจากโรงพยาบาลเมื่อมีการให้บริการ โดยยึดหลักที่ว่ายาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะต้องสั่งโดยแพทย์เท่านั้น แต่หากการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว ไปยัง รพ.สต. สั่งกั อบจ. เช่น ในรูปแบบ CUP split หรือในรูปแบบพิเศษ ที่จัดสรรไปยัง รพ.สต. (ไม่ได้เป็น CUP) หรือในกรณีที่มีการแบ่งงบประมาณด้านยาและเวชภัณฑ์ ไปยัง รพ.สต. รพ.สต.ที่ได้รับงบประมาณ ก็จะดำเนินการซื้อยาและเวชภัณฑ์เอง อย่างไรก็ตามพบว่า ในบางจังหวัด ประสบปัญหาขาดแคลนยา ในช่วงเปลี่ยนผ่าน หรือในช่วงที่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการสนับสนุนด้านยาและเวชภัณฑ์
- การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังการถ่ายโอน รพ.สต. เริ่มมีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งนี้ ขึ้นกับรูปแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น หากงบประมาณจ่ายรายหัว ยังถูกจัดสรรไปที่โรงพยาบาล การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก็ยังส่งไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่หากงบประมาณถูกจัดสรรไปยัง รพ.สต. ทาง รพ.สต. ก็อาจจะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังเอกชน หรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการตามจ่าย เป็นต้น

- ในกรณีของการรักษาพยาบาล ที่ให้บริการโดยแพทย์ของโรงพยาบาล ที่มีการส่งแพทย์จากโรงพยาบาล ไปให้บริการที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในบางจังหวัด มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการโดยแพทย์ ของโรงพยาบาล ณ รพ.สต. เป็นผลงานของโรงพยาบาล โดยอาจจะใช้วิธีการบันทึกข้อมูลแบบออนไลน์ เข้ามาในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล หรืออาจจะใช้วิธีการนำเอกสารบันทึกการให้บริการ กลับมา บันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลในภายหลัง รวมทั้งการให้บริการแบบ Telemedicine ที่ แพทย์ไม่ได้ลงไปให้บริการ ณ รพ.สต. ด้วย ลักษณะดังกล่าว อาจทำให้บริการ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ลดลง จากเดิม ที่เดิมก่อนการถ่ายโอน บริการในลักษณะดังกล่าว จะบันทึกเป็นผลงานบริการของ รพ.สต.

ปัจจัยด้านรูปแบบการจัดสรรเงินและความเพียงพอของงบประมาณ

- การจัดสรรเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ มีผลต่อรูปแบบการจัดบริการ โดยมีความหลากหลายในแต่ละ จังหวัด เนื่องจากใช้มติของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยมีนายกองค์การบริหารส่วน จังหวัด เป็นประธาน ซึ่งการตัดสินใจของคณะกรรมการ กสพ. มีความแตกต่างกัน อาทิเช่น การจัดสรร งบประมาณไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดสรรงบประมาณไปยัง รพ.สต. ในรูปแบบ CUP split การ จัดสรรงบประมาณไปยัง รพ.สต. ในรูปแบบพิเศษ (ไม่ได้เป็น CUP) การจัดสรรงบประมาณ โดยแบ่งงบ ด้านยา ให้กับ รพ.สต. เป็นต้น รวมทั้งรูปแบบการจัดสรรเงินจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ไปยัง รพ.สต. เช่น การจ่ายเงิน Fixed cost เป็นต้น โดยความแตกต่างของรูปแบบการจัดสรรเงินดังกล่าว จะส่งผลต่อการ สนับสนุนแพทย์จากโรงพยาบาล การสนับสนุนแพทย์จาก อบจ. การจ้างแพทย์ของ รพ.สต. การ สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาล การซื้อยาและเวชภัณฑ์ของ อบจ. หรือ รพ.สต. การส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในบางจังหวัด การตกลงในประเด็นรูปแบบการจัดสรรเงิน อาจ ประสบปัญหาความเห็นที่แตกต่างกัน และอาจมีการปรับเปลี่ยนไปในแต่ละปีงบประมาณ
- ความเพียงพอของงบประมาณ ทั้งนี้ความเสี่ยงด้านงบประมาณ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ รายได้ที่ ได้รับ เช่น รายได้จากขนาดของ รพ.สต. (S, M, L) รายได้จากงบ Fixed cost จากโรงพยาบาล รายได้ จากการสนับสนุนของ อบจ. รายได้จากการเบิกจ่ายบริการส่งเสริมป้องกัน (PP fee schedule) เป็น ต้น และ รายจ่ายที่ต้องจ่าย เช่น รายจ่ายประจำในการจ้างบุคลากร รายจ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณี ที่ซื้อยาและเวชภัณฑ์เอง รายจ่ายการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายจ่ายจากการตามจ่ายให้กับ โรงพยาบาล กรณีที่ได้รับงบประมาณ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับรูปแบบการจัดสรรเงินตามมติของ กสพ.
- รูปแบบการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลยังจัดสรรงบ Fixed cost ให้กับ รพ. สต. และสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ให้กับ รพ.สต. รวมทั้งยังส่งแพทย์ ไปให้บริการที่ รพ.สต. เป็น รูปแบบที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม น้อยที่สุด และมีความเสี่ยงน้อย สำหรับ รพ.สต. เนื่องจาก งบประมาณจากโรงพยาบาลและการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ยังคงคล้ายเดิม แต่ได้รับงบประมาณ เพิ่มเติมจากขนาดของ รพ.สต. (S, M, L) และอาจจะได้รับงบประมาณเพิ่มเติมจาก อบจ. ซึ่งสามารถ นำมาใช้ในการจ่ายค่าใช้จ่ายประจำที่เพิ่มขึ้นได้ เช่น ค่าจ้างบุคลากร แต่รูปแบบนี้ โรงพยาบาลบางแห่ง อาจจะมีปัญหา เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับอาจไม่เพียงพอ ทั้งนี้ การจ่าย Fixed cost การสนับสนุน ยาและเวชภัณฑ์ การสนับสนุนแพทย์ อาจแตกต่างกันระหว่างจังหวัดและระหว่าง CUP

- รูปแบบการจัดสรรงบประมาณจ่ายให้กับ รพ.สต. ในรูปแบบพิเศษ (ไม่ได้เป็น CUP) แล้วนำงบประมาณที่ได้รับมาจ่ายค่าจ้างบุคลากร ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งค่าบริการที่ต้องตามจ่ายให้กับโรงพยาบาล (เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้รับงบประมาณจ่าย และผู้ป่วยสามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลได้ตามต้องการ) เป็นรูปแบบที่อาจจะมีความเสี่ยง หากค่าใช้จ่ายจากการตามจ่ายให้กับโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่างบประมาณจ่ายที่ได้รับ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายแบบปลายเปิด และควบคุมได้ยาก หากงบประมาณไม่เพียงพอ จะประสบปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการของ รพ.สต. เอง ทั้งในส่วนของค่าจ้างบุคลากร ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดย อบจ. อาจจะต้องเข้ามาช่วยเหลือประเด็นสำคัญที่ได้รับการสะท้อนมาจากพื้นที่ คือ อัตราเหมาจ่าย ที่ต่ำกว่าที่คาดว่าจะได้รับ และอัตราเหมาจ่ายมีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอ โดยไม่ทราบถึงรายละเอียดของวิธีการคำนวณของอัตราเหมาจ่ายดังกล่าว
- รูปแบบการจัดสรรงบประมาณจ่ายให้กับ รพ.สต. ในรูปแบบ CUP split ที่มีการแบ่งงบประมาณจ่ายกับโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ (CUP) ของประชาชนในพื้นที่ หากประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล งบประมาณจะจัดสรรให้กับโรงพยาบาล และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการที่ให้กับประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล หากประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนกับ รพ.สต. ที่เป็น CUP งบประมาณจะจัดสรรให้กับ รพ.สต. ที่เป็น CUP และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการที่ให้กับประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับ รพ.สต. ที่เป็น CUP เช่น ค่าจ้างบุคลากร ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้รูปแบบนี้ การตามจ่ายระหว่างกันยังคงมีอยู่ แต่อาจจะน้อยกว่ากรณีจ่ายงบประมาณทั้งหมด เนื่องจากประชาชนที่เลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำใด ก็จะไปใช้บริการที่หน่วยบริการประจำนั้นเป็นหลัก

ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการให้บริการ

- ประเด็นด้านแรงจูงใจในการให้บริการ ประกอบด้วย แรงจูงใจทางการเงิน ซึ่งสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ หากเป็นบริการที่สามารถส่งเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายได้ บุคลากรก็จะให้ความสำคัญในการบันทึกข้อมูลมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ข้อมูลครอบคลุมมากขึ้น หากบันทึกลงในระบบสารสนเทศของ รพ.สต. แล้วส่งออกข้อมูลเข้าสู่คลังข้อมูล ก็สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อได้
- ประเด็นแรงจูงใจทางการเงินในการให้บริการ ก็อาจจะส่งผลกระทบต่อข้อมูลบริการบางอย่างที่ไม่มีการสนับสนุนทางการเงิน หรือไม่สามารส่งเบิกได้ อาจจะทำให้ข้อมูลบริการที่สำคัญบางอย่างถูกละเลยในการให้บริการ และส่งผลกระทบต่อการบันทึกข้อมูลได้เช่นกัน
- แรงจูงใจที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การกำหนดให้เป็นตัวชี้วัด (KPI) ในการประเมินผลการดำเนินงานทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคคล โดยหากถูกกำหนดเป็น KPI บุคลากรก็จะให้ความสำคัญในการให้บริการและบันทึกข้อมูล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประเมินผลงาน และการพิจารณาความดีความชอบของบุคลากร ดังจะเห็นได้ว่า จังหวัดที่มีการกำหนด KPI ที่ชัดเจน และมีการใช้ในการประเมินผลจริง ผลงานบริการก็จะยังคงอยู่ในระดับสูงได้ตามเดิม

ปัจจัยด้านกลไกการติดตามกำกับ

- กลไกการติดตามกำกับ เป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นกัน โดย รพ.สต. ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะได้รับการกำกับติดตามจากหน่วยงานในหลายระดับ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์วิชาการระดับเขต เป็นต้น ซึ่งนอกจากกลไกการกำกับติดตาม จะช่วยเร่งกระบวนการทำงานและทำให้การขับเคลื่อนงานบรรลุเป้าหมายแล้ว ยังช่วยแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติได้ด้วย แต่อย่างไรก็ดี การกำกับติดตามที่เข้มข้น ในบางครั้งก็จะเป็นแรงกดดันต่อผู้ปฏิบัติ อาทิ เช่น การเร่งรัดการทำงานให้เสร็จสิ้นในไตรมาสแรก ซึ่งหากสามารถยืดหยุ่นให้บุคลากรปรับเปลี่ยเวลาในการทำงานไปในช่วงเวลาอื่นของปีงบประมาณได้ ก็จะช่วยลดแรงกดดันต่อบุคลากรได้ในระดับหนึ่ง ดังนั้น กลไกการกำกับติดตาม ควรจะได้รับการออกแบบและวางแผนอย่างเหมาะสม โดยมีความเข้มข้นและความยืดหยุ่นในเวลาเดียวกัน และอาจคำนึงถึงข้อจำกัดในระดับของผู้ปฏิบัติด้วย
- สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยส่วนใหญ่ จะมีการกำกับนิเทศ ทางด้านการปฏิบัติตามระเบียบเป็นหลัก แต่การกำกับติดตามในส่วนองงานสาธารณสุข ยังขาดความเข้มข้น และบางจังหวัด กำหนดให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถช่วยกำกับติดตามงานสาธารณสุข กับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ได้ แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดบางประการ ที่ทำให้กลไกดังกล่าวยังไม่ได้มีการดำเนินการอย่างจริงจัง
- ในช่วงแรกของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จะเป็นช่วงที่ อบจ. เน้นไปที่การถ่ายโอน คน เงิน ของเป็นหลัก ซึ่งมีรายละเอียดในการปฏิบัติพอสมควร ดังนั้นการถ่ายโอนในด้านงานสาธารณสุข ก็อาจจะยังไม่สามารถถ่ายโอนไปได้ทั้งหมด อีกทั้งทาง อบจ. ก็อาจจะไม่ได้เน้นงานทั้งหมดที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานอยู่ ในช่วงแรก อบจ. ส่วนใหญ่จึงยังไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน สำหรับการกำกับติดตาม แต่ในระยะต่อมา อบจ. แต่ละแห่งเริ่มมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตามกำกับงาน โดยบางแห่ง ตั้งต้นจากตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข แล้วนำมาเลือก โดยความมีส่วนร่วมของ รพ.สต. ในขณะที่ อบจ. บางแห่ง ก็อาจจะเน้นไปที่ตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหลัก เป็นต้น การกำหนดตัวชี้วัดของ อบจ. จึงยังมีความหลากหลาย

ปัจจัยด้านนโยบายองค์กร

- นโยบายของผู้บริหาร ย่อมมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการทำงานของบุคลากร โดยนโยบายที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ ย่อมส่งผลต่อการทำงานและการบันทึกข้อมูล ในช่วงแรกที่ทาง อบจ. อาจจะยังไม่พร้อมในรายละเอียดของงานสาธารณสุข บทบาทการสนับสนุนองค์ความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข อาจจะช่วยให้ อบจ. มองเห็นภาพกว้างของงานสาธารณสุขได้ชัดเจนขึ้น แล้วสามารถนำไปกำหนดเป็นนโยบายของตนเองได้ โดยมีบางจังหวัดที่มีการประชุมร่วมกันระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กับทาง อบจ. ในการพัฒนายุทธศาสตร์ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนายุทธศาสตร์ เป็นต้น

ปัจจัยด้านทัศนคติและการให้ความสำคัญต่อการให้บริการบางรายการ

- บุคลากรที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ส่วนหนึ่ง อาจจะมีทัศนคติต่อบริการบางอย่าง โดยในครั้งที่ยังอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข มีความเห็นว่าบริการเหล่านั้น เป็นภาระต่อการทำงานค่อนข้างมาก เนื่องจากปริมาณของงานที่ต้องทำ อีกทั้งยังถูกกดดันด้วยการเร่งรัดด้านระยะเวลาการทำงาน และการกำหนดเป้าหมายที่สูง เช่น การคัดกรองโรคเรื้อรัง ที่เร่งรัดให้แล้วเสร็จในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ และอาจมีการกำหนดเป้าหมายที่สูงถึง 90-95% ทำให้เมื่อมีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. โดยที่ อบจ. ยังไม่มีความชัดเจนด้านตัวชี้วัด หรืออาจจะมีตัวชี้วัด แต่ไม่ได้เน้นเป้าหมายเหมือนกับกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรจึงลดความเข้มข้นในการให้บริการด้านนั้นลง แต่อย่างไรก็ดียังมี รพ.สต. ส่วนหนึ่ง ที่ยังคงให้ความสำคัญกับการให้บริการเหล่านั้นตามเดิม ถึงแม้ว่าจะขาดความชัดเจนในเรื่องของตัวชี้วัด และการกำกับติดตาม โดย รพ.สต. เหล่านั้น ยังคงดำเนินการให้บริการอยู่ในระดับเดิม เหมือนก่อนการถ่ายโอน ปัจจัยนี้จึงขึ้นอยู่กับมุมมองและการให้ความสำคัญของบุคลากร รพ.สต. ต่อบริการดังกล่าว โดยเฉพาะต่อบริการเชิงรุก

2) ปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกและส่งข้อมูล

ปัจจัยด้านความเข้าใจในกระบวนการบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล

- ในขั้นตอนบันทึกข้อมูล มีการระบุว่าในบางกรณี อาจจะได้บันทึกข้อมูล ถึงแม้ว่าจะมีการให้บริการ เนื่องจากบันทึกข้อมูลไม่ทัน
- ในการบันทึกข้อมูลที่สามารถเบิกได้จากระบบหลักประกันสุขภาพ (เช่น PP fee schedule) และสามารถบันทึกข้อมูลในระบบ e-claim ได้โดยตรง บุคลากรบางรายอาจเลือกที่จะบันทึกในระบบ e-claim แทนที่จะบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ ของ รพ.สต. แล้วส่งออกข้อมูลเข้าสู่ระบบ e-claim ทำให้ข้อมูลในระบบสารสนเทศ ของ รพ.สต. ไม่ครบถ้วน
- ในการเก็บข้อมูลความครอบคลุมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่ให้บริการโดยหน่วยบริการอื่น โดยให้ อสม. ช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งในขั้นตอนนี้ อาจจะได้ดำเนินการอย่างครอบคลุม และไม่ได้บันทึกข้อมูล รวมทั้งในขั้นตอนการส่งข้อมูล อาจไม่ได้เลือกข้อมูลย้อนหลังให้ครอบคลุมข้อมูลย้อนหลังที่เก็บข้อมูลมา ทำให้ข้อมูลไม่ได้ถูกส่ง รวมทั้งความเข้าใจว่าไม่สามารถบันทึกข้อมูลที่เก็บความครอบคลุมมาได้ เนื่องจากไม่ได้ให้บริการเอง โดยตั้งแต่ปี 2567 จะต้องมีการยืนยันตัวตน ถึงจะสามารถส่งข้อมูลเพื่อเบิกได้ จึงเข้าใจว่าไม่สามารถบันทึกข้อมูลความครอบคลุมได้ เป็นต้น
- การเปลี่ยนแปลงบุคลากร ที่ดำเนินการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล โดยบุคลากรใหม่ อาจจะยังไม่เข้าใจวิธีการบันทึกข้อมูลหรือส่งข้อมูลทั้งหมด ทำให้มีการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ที่ไม่ครบถ้วน
- การให้ความสำคัญกับการส่งข้อมูล เข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากการส่งข้อมูลเข้าสู่คลังข้อมูลสุขภาพ ไม่ได้ส่งผลต่องบประมาณที่จะได้รับ ทำให้อาจจะส่งข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน หรือล่าช้า

ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร บุคลากรและภาระงาน

- ปัญหาด้านบุคลากรไม่เพียงพอหรือมีภาระงานมาก สามารถเกิดขึ้นได้ ทั้งกับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอน และที่ไม่ได้ถ่ายโอน ไปยัง อบจ. ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร อาจส่งผลต่อการให้บริการ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อข้อมูลผลงานการให้บริการด้วยเช่นกัน รวมทั้งอาจส่งผลต่อการบันทึกข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนในระบบได้อีกทั้งในช่วงแรก เป็นช่วงที่ต้องปรับตัวกับระเบียบใหม่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเวลาการทำงานของบุคลากร
- ประเด็นโครงสร้างองค์กรและจำนวนบุคลากรของกองสาธารณสุข อบจ. รวมทั้งการขาดโครงสร้างและบุคลากรในระดับอำเภอ ทำให้การติดตามกำกับ และให้การสนับสนุน รพ.สต. รวมทั้งด้านข้อมูล มีความจำกัด โดยเฉพาะใน อบจ. ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนจำนวนมาก แต่จำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอ
- การปรับตัวโดยกำหนดให้มีประธานอำเภอหรือเขตพื้นที่ โดยใช้ตัวแทนผู้อำนวยการ รพ.สต. ทำหน้าที่ดังกล่าว เป็นการช่วยเหลือกันเองในพื้นที่ เพื่อเชื่อมโยงงานของ อบจ. กับ รพ.สต. ซึ่งอาจช่วยในการประสานได้ แต่การสั่งการยังต้องมาจาก อบจ.

ปัจจัยด้านเครื่องมือในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล

- ศักยภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล มีทั้งที่พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข และที่พัฒนาโดยเอกชน ทั้งนี้โปรแกรมที่ใช้ใน รพ.สต. โดยทั่วไปจะสามารถส่งออกข้อมูลเข้าสู่ระบบ e-claim ของ สปสช. ได้ รวมทั้งสามารถส่งออกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุขได้เช่นกัน
- ปัจจัยในการใช้งานโปรแกรมต่างๆ อาจส่งผลต่อการบันทึกข้อมูลและการส่งออกข้อมูลได้ อาทิเช่น การบำรุงรักษา การให้คำปรึกษาในการใช้งาน ระบบการสำรองข้อมูล รวมทั้งทีมที่ให้การสนับสนุนการใช้งานในจังหวัด ที่จะมีส่วนช่วยให้การใช้งานมีความต่อเนื่อง และข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์
- ในกรณีที่มีการเปลี่ยนโปรแกรมในการบันทึกข้อมูล ก็อาจจะมีช่วงเวลาของการย้ายฐานข้อมูลจากโปรแกรมหนึ่ง ไปยังอีกโปรแกรมหนึ่ง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของข้อมูลได้
- ปัจจัยด้านระบบในการรับข้อมูลจากหน่วยบริการ ของส่วนกลาง โดยระบบคลังข้อมูลสุขภาพ อาจจะมีบางช่วงเวลา ที่มีการปรับเปลี่ยนระบบ ทำให้การนำเข้าข้อมูลและการแสดงผลข้อมูลมีปัญหา ข้อมูลจึงอาจจะมีปัญหาขาดช่วงหรือไม่ครบถ้วนได้ โดยปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงปลายปี พ.ศ. 2567 และล่าสุด อยู่ในช่วงการปรับระบบให้รองรับรหัสหน่วยบริการ 9 หลักใหม่ จึงอยู่ในช่วงปรับปรุงระบบ

ปัจจัยด้านการจัดการข้อมูลและการสนับสนุนการใช้ข้อมูล

- การจัดการข้อมูลในรูปแบบของคลังข้อมูลสุขภาพ ในระดับจังหวัด ในปัจจุบัน มีการรวมศูนย์ข้อมูลไว้ที่ส่วนกลาง ด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัยของข้อมูล แต่อย่างไรก็ดี การเข้าถึงข้อมูลยังสามารถทำได้ในระดับจังหวัด โดยสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังสามารถเข้าถึงได้ แต่ความเข้าใจ อาจแตกต่างกันในบาง รพ.สต. ที่เข้าใจว่าถูกตัดสิทธิแล้ว แต่ในความจริงเป็นเพียงการ Lock user ที่ไม่ได้ใช้งานในเวลาที่กำหนด แต่สามารถแจ้ง admin เพื่อขอใช้งานได้ ปัญหานี้อาจทำให้การใช้งานข้อมูลจาก รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ลดลง และอาจส่งผลทางอ้อมต่อความตระหนักในการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ

- การใช้งานคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) โดย อบจ. ยังมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่ง อบจ. สามารถใช้งานในฐานะผู้ใช้ทั่วไปได้ แต่ยังใช้งานน้อย หาก อบจ. ได้ใช้ข้อมูล ก็จะช่วยทำให้ รพ.สต. ให้ความสำคัญในการส่งข้อมูลที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นได้ โดยอาจจะพัฒนาระบบเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการใช้ข้อมูลของ อบจ. โดยการออกแบบระบบแสดงผลข้อมูลที่สอดคล้องกับการติดตามกำกับโดย อบจ. ร่วมกับ สสจ. โดยเป็นระบบติดตามกำกับผลการดำเนินงาน ในระดับ รพ.สต. อำเภอ และจังหวัด ทั้งในส่วนของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. และที่ไม่ได้ถ่ายโอน ไปยัง อบจ. รวมถึง รพ.สต. สังกัดอื่น (เทศบาล อบต.) โดยอาจจะอยู่ในรูปแบบของตัวชี้วัด (KPI) ที่ตกลงร่วมกันระหว่าง อบจ. และ สสจ.
- การใช้งานคลังข้อมูลสุขภาพ โดย รพ.สต. โดยระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ควรจะได้รับการออกแบบให้สามารถสนับสนุนการใช้งานโดย รพ.สต. ด้วย เช่น การแสดงผลข้อมูลแบบ Real-time ที่แสดงผลทันทีที่มีการ Upload ข้อมูลเข้าสู่ระบบ ทำให้ รพ.สต. สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ทันที และการออกแบบระบบให้สามารถเห็นข้อมูลการให้บริการโดยหน่วยบริการอื่น ที่ให้บริการกับประชาชนในความรับผิดชอบของ รพ.สต. โดยกำหนดเงื่อนไขในการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว ที่มีความเหมาะสมเฉพาะที่จำเป็นต่อการให้บริการ และมีความอ่อนไหวน้อย เช่น การรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เป็นต้น หาก รพ.สต. ได้รับประโยชน์จากคลังข้อมูลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น จะช่วยเพิ่มการให้ความสำคัญในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ ของ รพ.สต.

ปัจจัยด้านกลไกสนับสนุน

- การสนับสนุนการทำงานด้านระบบข้อมูล อาจจะประกอบด้วย ความพร้อมของบุคลากรด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่ง อบจ. โดยส่วนใหญ่ จะยังขาดบุคลากรทางด้านนี้ ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ในปัจจุบันจึงมีการอาศัยบุคลากรของ รพ.สต. ที่มีความรู้มาช่วยสนับสนุน แต่ในระยะยาว จำเป็นต้องมีบุคลากรทางด้านนี้ หาก อบจ. มีแนวคิดที่จะทำ Data center ของตนเอง แต่อย่างไรก็ดี การสนับสนุนบุคลากรระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กับทาง อบจ. ก็ยังเป็นแนวทางที่ดีในการสร้างความร่วมมือระหว่างกัน ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดี ซึ่งอาจจะส่งผลต่อความร่วมมือในด้านอื่นๆ รวมทั้งความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลและการใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านข้อมูล ส่วนใหญ่ยังมีไม่มากนัก การทำความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ยังมีอยู่อย่างจำกัดและไม่ต่อเนื่อง ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล รวมถึงระบบการประเมินคุณภาพของข้อมูล และแจ้งกลับข้อมูล
- การสนับสนุน นอกเหนือจากด้านบุคลากรแล้ว การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ และเทคโนโลยี ก็มีความสำคัญเช่นกัน อาทิเช่น อุปกรณ์ในการให้บริการ Telemedicine และอุปกรณ์ในการบันทึกข้อมูล การให้บริการในชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้ อบจ. บางแห่งมีการสนับสนุนการติดตั้งระบบ Telemedicine ที่ รพ.สต. ในการให้บริการร่วมกับโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ดี ในการสนับสนุนด้านครุภัณฑ์ ของ อบจ. จะต้องอยู่ในแผน และผ่านการพิจารณาของสภา การจัดซื้อครุภัณฑ์ จึงอาจจะไม่สามารถดำเนินการได้แบบทันทีทันใด

ปัจจัยด้านนโยบายและข้อตกลงในการส่งข้อมูล

- สถานการณ์การส่งข้อมูลบริการสุขภาพ อาจเป็นผลมาจากการมีนโยบายและการตกลงร่วมกัน เกี่ยวกับการส่งข้อมูลเข้าสู่คลังข้อมูลสุขภาพ โดยบางจังหวัด มีการทำข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน เกี่ยวกับการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ บางจังหวัดมีข้อตกลงในลักษณะของการกำกับติดตามงานร่วมกัน โดยในภาพรวมยังมีการส่งข้อมูลจาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ แต่อาจจะมี ความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด ในด้านความครบถ้วน และ ความทันเวลาของการส่งข้อมูล

3) ปัจจัยด้านความร่วมมือและความสัมพันธ์

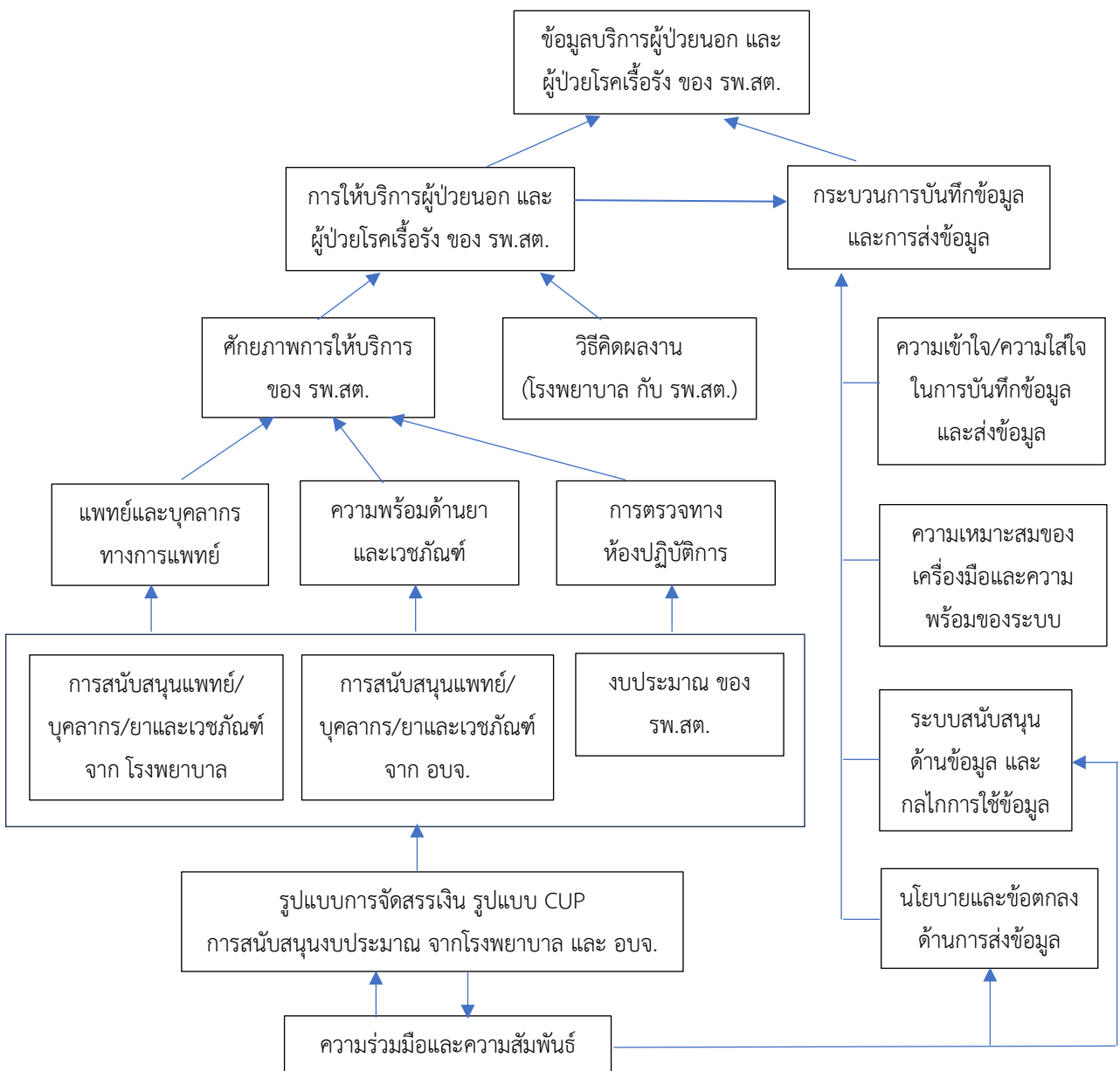
ปัจจัยด้านความร่วมมือและความสัมพันธ์

- ปัจจัยด้านความร่วมมือและความสัมพันธ์ ส่งผลต่อความราบรื่นในการทำงานร่วมกันในหลายกรณี เช่น การทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การเชื่อมโยงการให้บริการระหว่างกัน การสนับสนุนทรัพยากรในการให้บริการร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนทางด้านวิชาการ เป็นต้น โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือและความสัมพันธ์ ประกอบด้วย ความสัมพันธ์เดิมก่อนการถ่ายโอน ความร่วมมือในระดับผู้บริหาร การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การสนับสนุนงานระหว่างกันในรูปแบบต่างๆ และความลงตัวในด้านการจัดสรรเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยปัจจัยหลังสุด มีอิทธิพลค่อนข้างมาก ต่อทัศนคติและความสัมพันธ์ระหว่างกัน และเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ในหลายจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับของหน่วยบริการ
- ความมีส่วนร่วมของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในกลไกระดับอำเภอ เช่น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะช่วยในการรักษาความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่างสังกัดได้ในระดับหนึ่ง
- ความร่วมมือในระดับจังหวัด ที่อยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) จะช่วยในการเชื่อมโยงงานระหว่าง สสจ. กับ อบจ. ได้ เช่น การกำหนดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด (KPI) ร่วม โดยบางจังหวัดมีการดำเนินงานร่วมกันในลักษณะดังกล่าว แต่อาจจะไม่ต่อเนื่อง

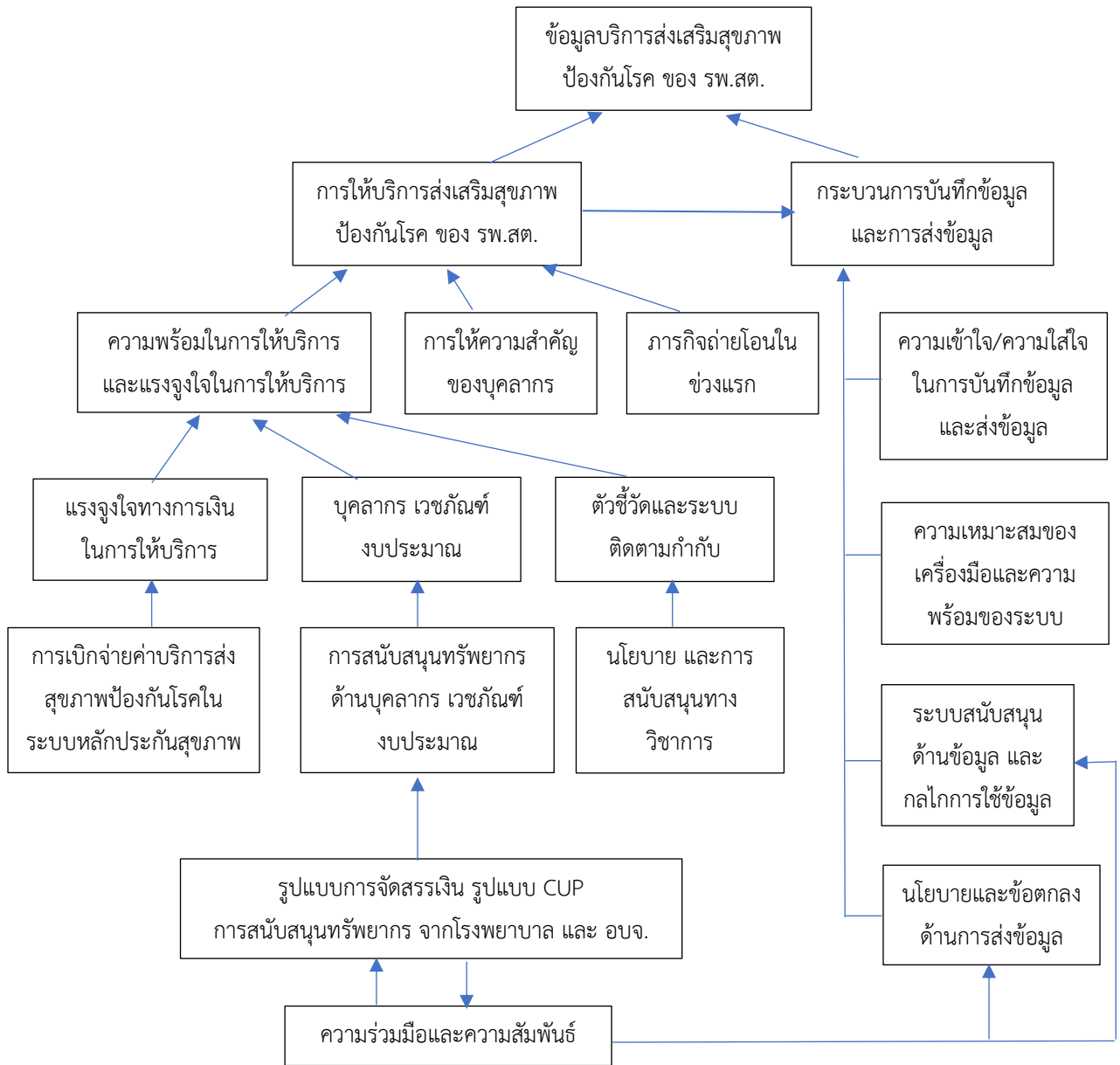
4.13. การเชื่อมโยงปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีความแตกต่างกัน โดยความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการผู้ป่วย และข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แสดงดัง ภาพที่ 252-253

ภาพที่ 252 ความเชื่อมโยงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ รพ.สต.



ภาพที่ 253 ความเชื่อมโยงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ของ รพ.สต.



ภาพที่ 252 แสดงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ กับข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยปัจจัยหลักจะประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านการให้บริการ และปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกและส่งข้อมูล โดยปัจจัยด้านการให้บริการ ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จะส่งผลต่อรูปแบบการจัดสรรเงิน ที่อาจจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. รวมทั้งรูปแบบของ CUP ได้แก่ CUP ที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และ CUP split ที่มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เปลี่ยนสถานะเป็น CUP รวมทั้งรูปแบบพิเศษ ที่มีการจัดสรรเงินเหมาจ่าย ไปยัง รพ.สต. สังกัด อบจ. ทั้งจังหวัด แต่ไม่ได้เป็นรูปแบบ CUP split โดยการจัดสรรรูปแบบต่างๆ จะส่งผลต่อการสนับสนุนแพทย์/บุคลากร และการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเดิม โดยบางส่วนที่มีการสนับสนุนเท่าเดิม บางส่วนสนับสนุนลดลง และบางส่วนยกเลิกการสนับสนุน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบการจัดสรรเงิน ตามมติคณะกรรมการ กสพ. และอาจจะมีส่วนที่แตกต่างกันระหว่าง CUP ด้วย

ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อ ศักยภาพในการให้บริการ ได้แก่ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยหากไม่ได้การสนับสนุนจากโรงพยาบาล หรือได้รับการสนับสนุนลดลง ก็อาจจะมีการสนับสนุนจาก อบจ. หรือมีการจัดหาทรัพยากรโดย รพ.สต. ด้วยเงินบำรุงของ รพ.สต. เอง เช่น การจ้างแพทย์ การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังเอกชน เป็นต้น ทั้งนี้บางรูปแบบ จะมีการตามจ่ายค่ารักษา ไปยังโรงพยาบาล ที่มีการให้บริการกับผู้ป่วยในพื้นที่ของ รพ.สต. ด้วย เช่น กรณีที่จัดสรรงบประมาณจ่ายทั้งหมด ไปยัง รพ.สต. หรือรูปแบบ CUP split ที่แบ่งงบเหมาจ่ายตามประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับ CUP หากมีการใช้บริการกับ CUP ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน เป็นต้น ซึ่งในกรณีดังกล่าว จะมีความเสี่ยงต่องบประมาณของ รพ.สต. หากค่าใช้จ่ายในการตามจ่ายสูงกว่าบที่ได้รับ หรืองบประมาณคงเหลือน้อยกว่ารายจ่ายที่ต้องจ่ายในการจัดบริการ ประเด็นเหล่านี้ จะส่งผลการให้บริการไม่มากนัก

นอกจากนี้ยังมีกรณีที่โรงพยาบาลตีความเรื่องการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ว่าต้องให้บริการโดยแพทย์และสั่งยาโดยแพทย์ จึงไม่ได้สนับสนุนยารักษาโรคเรื้อรังไปยัง รพ.สต. แต่ยงนับเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาล โดยส่งแพทย์พร้อมยารักษา ไปให้บริการที่ รพ.สต. แล้วเก็บเป็นผลงานของโรงพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งกรณีการให้บริการ Telemedicine โดยแพทย์ แล้วส่งยารักษาตรงไปยังบ้านของผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลการบริการเป็นผลงานของโรงพยาบาล ดังนั้นวิธีคิดผลงานในการให้บริการ ในบางจังหวัด จากเดิมก่อนการถ่ายโอน ที่นับเป็นผลงานของ รพ.สต. แต่หลังการถ่ายโอน มีการนับเป็นผลงานของโรงพยาบาล ในกรณีที่มีการส่งแพทย์ไปให้บริการที่ รพ.สต. ก็ จะส่งผลกระทบต่อผลงานบริการผู้ป่วยนอกของ รพ.สต. ไม่มากนัก แต่ในกรณีที่มีการแบ่งการให้บริการระหว่างโรงพยาบาล กับ รพ.สต. ที่ชัดเจน เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณจ่าย ไปยัง รพ.สต. การให้บริการที่ รพ.สต. ก็จะไม่ได้รับการสนับสนุนแพทย์และยาจากโรงพยาบาล การให้บริการก็จะขึ้นอยู่กับศักยภาพความพร้อมของ รพ.สต. รวมถึงความนิยมในการใช้บริการของประชาชน

สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ในกรณีของข้อมูลผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่จะมีการบันทึกข้อมูลที่ค่อนข้างครบถ้วน เนื่องจากเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญ เป็นการเก็บประวัติการป่วยและการรักษา และจากข้อมูลจำนวน รพ.สต. ที่ส่งข้อมูลครบทุกเดือน ก็พบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่เกินร้อยละ 90 มีการส่งข้อมูลครบทุกเดือน และจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงนั้น ลดลงเฉพาะในบางกลุ่มโรค เช่น โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม (ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน) โรคระบบไหลเวียนโลหิต (ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง) และโรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ โดยกลุ่มโรคอื่น ๆ มีแนวโน้มเท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้น แสดงว่าการลดลงของจำนวนผู้ป่วยนอกนั้น น่าจะเกิดการลดลงของผู้ป่วยในบางกลุ่มโรค มากกว่าเกิดจากการส่งข้อมูลลดลง เนื่องจากหากเกิดจากการส่งข้อมูลลดลง ก็ควรจะลดลงในทุกกลุ่มโรค ด้วยสัดส่วนการลดลงที่ใกล้เคียงกันในแต่ละกลุ่มโรค ไม่น่าจะลดลงในบางกลุ่มโรค เนื่องจากการกระจายของกลุ่มโรคต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา น่าจะไม่แตกต่างกัน อีกทั้งหากไม่รวมผู้ป่วยโรคโควิด-19 และรหัสการให้บริการ จำนวนผู้ป่วยนอกที่เหลือ ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. จะมีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย เมื่อเทียบกับก่อนการถ่ายโอน แสดงว่าข้อมูลผู้ป่วยนอกยังมีการส่งจาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ที่ไม่ต่างไปจากเดิมก่อนการถ่ายโอนมากนัก

ทั้งนี้ปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ยังเป็นผลมาจากความเข้าใจของบุคลากร ความใส่ใจของบุคลากรในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ระบบสนับสนุนด้านข้อมูล กลไกการใช้ข้อมูลของฝ่ายบริหาร รวมทั้งนโยบายและข้อตกลงในการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ โดยมีบางจังหวัดที่มีการระบุไว้ชัดเจนในข้อตกลงร่วมกัน ในการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ แต่บางจังหวัดอาจจะไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติยังมีการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบอยู่

ภาพที่ 253 แสดงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ กับข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยปัจจัยหลักจะประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านการให้บริการ และปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกและส่งข้อมูล โดยปัจจัยด้านการให้บริการ จะมีความแตกต่างจากบริการผู้ป่วยนอก เนื่องจากบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนใหญ่ ไม่ต้องใช้แพทย์ในการให้บริการ ยกเว้น กรณีของการฝากครรภ์ ดังนั้นบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จึงไม่ขึ้นอยู่กับภาระสนับสนุนแพทย์ในการให้บริการ แต่บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ส่วนหนึ่งเป็นการให้บริการเชิงรุก ที่ต้องออกให้บริการในชุมชน เช่น การคัดกรองโรค และการเยี่ยมแม่และเด็กหลังคลอด และอีกส่วนหนึ่งต้องมีการติดตามประชากรกลุ่มเป้าหมาย มารับบริการ เช่น การให้วัคซีน

ทั้งนี้บริการที่ต้องมีการให้บริการเชิงรุก จะได้รับผลกระทบมาจากปัจจัยด้านแรงจูงใจ ซึ่งจะมาจากการเบิกจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ (PP fee schedule) ในขณะที่อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ การกำหนดเป็นตัวชี้วัด (KPI) และระบบติดตามกำกับของหน่วยบริหาร ซึ่งเดิมก่อนการถ่ายโอน กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดตัวชี้วัดด้านบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่ชัดเจน และหลากหลาย รวมทั้งมีการติดตามกำกับที่เข้มข้น ซึ่งมีการติดตามกำกับจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จนบางครั้ง รพ.สต. อาจมองว่าเป็นภาระในการทำงาน แต่ผลจากระบบติดตามกำกับที่เข้มข้น ทำให้ผลงานด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคโดยส่วนใหญ่ของ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังอยู่ในระดับที่สูง อีกทั้งยังมีการเชื่อมโยงกับการประเมินผลงานของ รพ.สต. และบุคลากร แต่สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในระยะแรก อาจจะยังไม่ได้กำหนดให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นตัวชี้วัด (KPI) ที่ใช้ในการกำกับติดตามที่ชัดเจน อีกทั้งยังขาดระบบข้อมูลที่จะใช้ติดตามกำกับ เนื่องจากเข้าไม่ถึงข้อมูลในคลังข้อมูลสุขภาพ หรือไม่ทราบวิธีการใช้ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ทำให้ผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เป็นผลมาจากแรงจูงใจจากระบบเบิกจ่ายเงินในระบบหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ดี มีบาง อบจ. ที่มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่ชัดเจน และมีการกำกับติดตามและใช้ประโยชน์ในการประเมินผลงานของ รพ.สต. ทำให้ผลงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ยังอยู่ในระดับที่สูง ลักษณะดังกล่าวทำให้ข้อมูลผลงานบริการคัดกรองโรคเรื้อรัง และการคัดกรองอื่นๆ มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด ค่อนข้างมาก สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. และมีความแตกต่างกันระหว่าง รพ.สต. ภายในจังหวัดด้วย ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการให้ความสำคัญในการให้บริการ ของบุคลากร รพ.สต. บางแห่ง ที่ยังให้ความสำคัญกับบริการเชิงรุกอยู่ ถึงแม้ว่าอาจจะยังไม่ได้มีการกำหนดให้เป็นตัวชี้วัด ก็ตาม

ปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อผลงานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ก็คือ ปัจจัยเรื่องภารกิจการถ่ายโอน รพ.สต. ในช่วงแรก ที่เน้นการถ่ายโอน คน เงิน ของ และต้องมีการปรับตัวเรื่องระเบียบใหม่ ทำให้บุคลากรใช้เวลาไปกับภารกิจการถ่ายโอน เวลาที่จะใช้ในการให้บริการเชิงรุกก็อาจจะได้รับผลกระทบไปด้วย ประกอบกับในช่วงแรก อบจ. อาจจะยังไม่ได้นับผลงานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยอาจเน้นไปที่ความพึงพอใจของการรับบริการที่ รพ.สต. เป็นประเด็นที่ได้รับความสำคัญมากกว่า นอกจากนี้ยังมีประเด็น บุคลากร เวชภัณฑ์ และงบประมาณ ที่จำเป็นต่อการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการเชิงรุก เช่น การคัดกรองโรคเรื้อรัง ที่ต้องมีเวชภัณฑ์และงบประมาณ ซึ่งจะได้รับผลกระทบมาจากรูปแบบการจัดสรรเงิน และการสนับสนุนจากโรงพยาบาล และ อบจ. ในการสนับสนุนการให้บริการ

สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ในกรณีของข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค อาจมีประเด็นเรื่องจากบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน โดยมี รพ.สต. บางแห่งที่ไม่ส่งข้อมูล หรือส่งข้อมูลที่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น แต่ยังคงถือว่าเป็นส่วนน้อย โดยส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการบันทึกข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนเนื่องจากบันทึกข้อมูลไม่ทัน เช่น ในกรณีบริการวัคซีน จากการลงไปตรวจสอบของ สสจ. และ อบจ. ในบางจังหวัด ในขณะที่บริการบางอย่างที่เบิกจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพได้ ก็อาจจะมีวิธีปฏิบัติในการบันทึกข้อมูลที่ต่างกัน เช่น บันทึกข้อมูลในระบบเบิกจ่าย (E-claim) แต่ไม่บันทึกในระบบสารสนเทศของ รพ.สต. หรือบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของ รพ.สต. แล้วส่งออกไปยังระบบเบิกจ่าย หรือบันทึกข้อมูลทั้งในระบบสารสนเทศของ รพ.สต. และในระบบเบิกจ่าย ดังนั้น หากเลือกบันทึกข้อมูลในระบบเบิกจ่ายอย่างเดียว โดยไม่บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของ รพ.สต. ข้อมูลก็จะตกหล่น เนื่องจากข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ จะเป็นการส่งข้อมูลมาจากระบบสารสนเทศของ รพ.สต. แต่หากเป็นในกรณีดังกล่าว ข้อมูลก็จะไม่ปรากฏในคลังข้อมูลสุขภาพเลย สำหรับ รพ.สต. แห่งนั้นๆ โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าจำนวน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเลย หรือจำนวนครั้งบริการ = 0 ยังมีไม่มาก

ทั้งนี้ปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ยังเป็นผลมาจากความเข้าใจของบุคลากร ความใส่ใจของบุคลากรในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ระบบสนับสนุนด้านข้อมูล กลไกการใช้ข้อมูลของฝ่ายบริหาร รวมทั้งนโยบายและข้อตกลงในการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ โดยมีบางจังหวัดที่มีการระบุไว้ชัดเจนในข้อตกลงร่วมกัน ในการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ แต่บางจังหวัดอาจจะไม่มีการระบุที่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติยังมีการส่งข้อมูลสู่ระบบอยู่

ภาพที่ 252-253 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการดำเนินงานในบริบทของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับ อบจ. ก็คือปัจจัยด้านความร่วมมือและความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัด อบจ. โดยความสัมพันธ์และความร่วมมือที่ดี จะช่วยในการสนับสนุนการทำงานระหว่างกัน ทั้งในด้านการสนับสนุนทางวิชาการ การให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน ความร่วมมือในการกำกับติดตามงาน การสนับสนุนด้านทรัพยากร การประสานความร่วมมือในการทำงานในพื้นที่ และการเชื่อมโยงข้อมูลในภาพรวมระดับจังหวัด แต่ประเด็นดังกล่าว มีปัจจัยย่อยที่ส่งผลต่อความร่วมมือและความสัมพันธ์ ได้แก่ ความสัมพันธ์เดิมก่อนการถ่ายโอน ความลงตัวในการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ การพึ่งพาอาศัยในเชิงวิชาการ ความสัมพันธ์ในระดับผู้บริหารระดับจังหวัด ความสัมพันธ์ในระดับปฏิบัติการในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ บทบาทการสนับสนุนของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาท และการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ที่ต่างไปจากเดิม โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่เดิมสามารถสั่งการ รพ.สต. ได้ เปลี่ยนเป็นการขอความร่วมมือ และอาจจะต้องขอความร่วมมือโดยผ่านไปยัง อบจ. แต่อย่างไรก็ดี อบจ. ได้มีการพัฒนากลไกประสานงานระดับอำเภอ หรือเขตพื้นที่ขึ้นมา โดยแต่งตั้งให้ผู้อำนวยการ รพ.สต. บางแห่งเป็นตัวแทนในอำเภอหรือเขตพื้นที่ ทำหน้าที่เป็นประธาน รพ.สต. ระดับอำเภอหรือเขตพื้นที่ ซึ่งถึงแม้ว่าจะไม่มีอำนาจในการสั่งการ แต่ก็ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการดำเนินการบางอย่างเป็นการเฉพาะได้ และเป็นกลไกในการประสานงานเบื้องต้น ก่อนพิจารณาแจ้งให้กับ อบจ. รับทราบ โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในบางอำเภอ หรือบางจังหวัด ยังมีส่วนร่วมในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) รวมทั้งในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) แต่ความร่วมมือดังกล่าว มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด และระหว่างอำเภอ

4.14. กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่น่าสนใจ ในกรณีของข้อมูลผู้ป่วยนอก และข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค มีความเกี่ยวข้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งในส่วนของปัจจัยด้านระบบบริการ และด้านการกำกับติดตาม ดังนี้

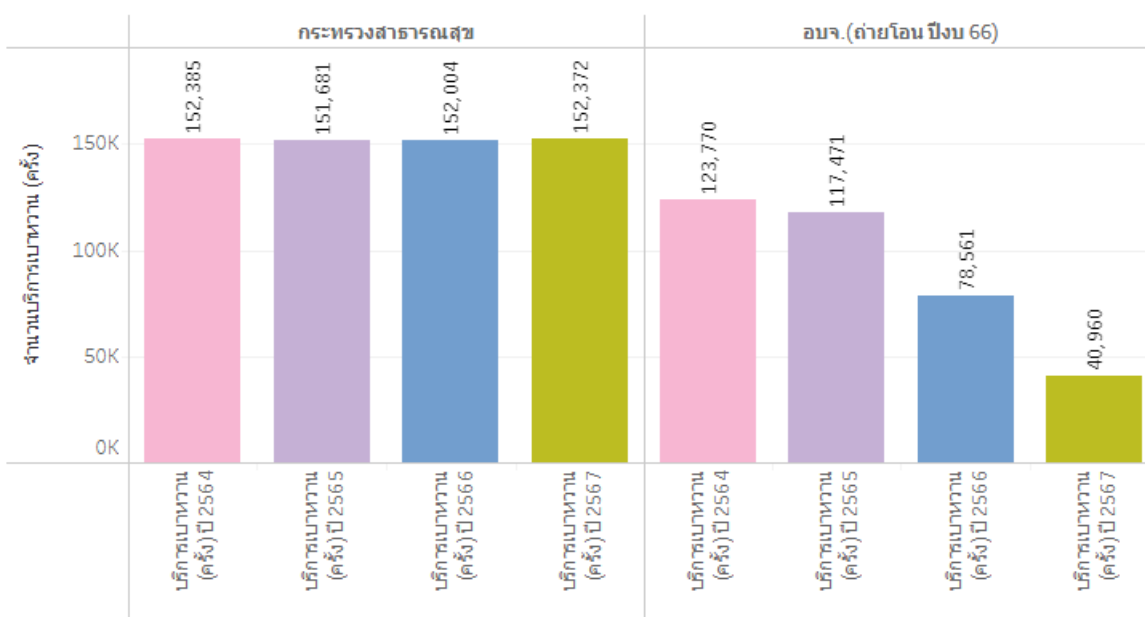
กรณีศึกษาที่ 1

การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ รพ.สต. และโรงพยาบาล จังหวัดนครราชสีมา

กรณีของจังหวัดนครราชสีมา มีการปรับวิธีการจัดบริการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยพิจารณาเห็นว่าการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรจะอยู่ภายใต้การรักษาของแพทย์ โดยโรงพยาบาลเป็นผู้จัดบริการ ทั้งการใช้แพทย์และยา รักษาของโรงพยาบาล สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ทางโรงพยาบาลอาจจะส่งแพทย์ลงไปตรวจรักษาที่ รพ.สต. และนำยาไปจ่ายให้กับผู้ป่วยที่ รพ.สต. โดยไม่ได้เป็นการจัดสรรยาลงไปเก็บไว้ที่ รพ.สต. แต่จะจัดยาไปพร้อมกับทีมแพทย์ โดยใช้ รพ.สต. เป็นสถานที่จัดบริการ แต่ผลงานการให้บริการรักษาโรคเรื้อรัง จะเป็นผลงานของโรงพยาบาล โดยอาจจะใช้วิธีบันทึกข้อมูลแบบออนไลน์มายังระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล หรือในบางอำเภอใช้วิธีการนัดผู้ป่วยมาที่ รพ.สต. แต่ให้บริการแบบ Telemedicine โดยแพทย์ให้บริการแบบออนไลน์ และส่งยาไปยังบ้านของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลกลับมาบันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เป็นต้น ผลของการจัดบริการและบันทึกข้อมูลดังกล่าว ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ลดลงอย่างต่อเนื่อง หลังถ่ายโอน ในปีงบประมาณ 2566-2567 (ภาพที่ 254) ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ของโรงพยาบาล กลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2566-2567 (ภาพที่ 255)

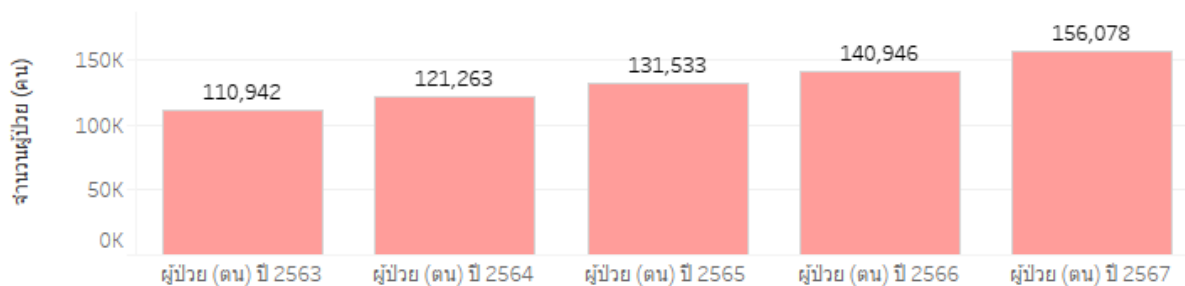
ภาพที่ 254 จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2564-2567

จำนวนบริการเบาหวาน (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

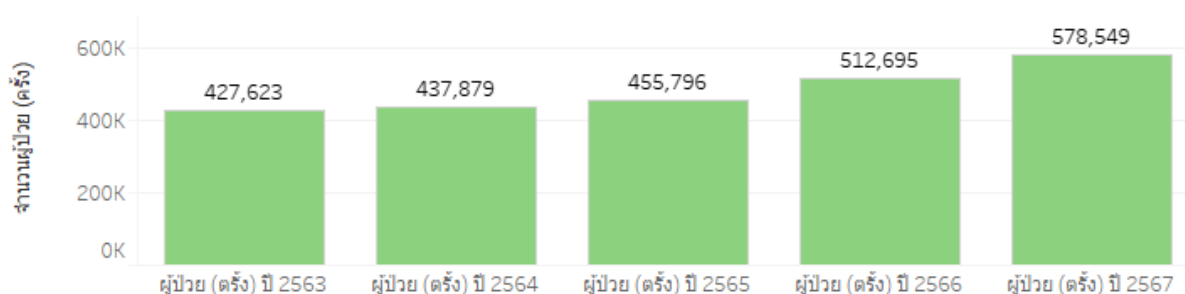


ภาพที่ 255 จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (คน/ครั้ง) ของโรงพยาบาล จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2563-2567

ผู้ป่วยเบาหวาน แนวโน้มจำนวนผู้ป่วย (คน) โรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563-2567



ผู้ป่วยเบาหวาน แนวโน้มจำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) โรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563-2567



จาก ภาพที่ 254 แสดงให้เห็นว่าผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (ครั้ง) ที่ลดลง ของ รพ.สต. เกิดขึ้นเฉพาะในกรณีของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 โดย รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (ครั้ง) ที่ค่อนข้างคงที่ ในปีงบประมาณ 2564-2567 แสดงถึงรูปแบบบริการที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดขึ้นเฉพาะในกรณีของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (ครั้ง) ที่รักษาที่ รพ.สต. สังกัด อบจ. ลดลงประมาณ 80,000 ครั้งในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 โดยจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (ครั้ง) ที่รักษาที่ โรงพยาบาล เพิ่มขึ้นประมาณ 120,000 ครั้งในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 (ภาพที่ 255) แสดงว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (ครั้ง) ที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาล มีทั้งส่วนที่เคยเป็นผลงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในช่วงก่อนถ่ายโอน (80,000 ครั้ง) และส่วนที่เพิ่มขึ้นไปจากจำนวนผู้ป่วยเดิมของโรงพยาบาลเอง (40,000 ครั้ง) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การจัดบริการ และการคิดผลงานบริการว่าเป็นของโรงพยาบาล หรือของ รพ.สต. ส่งผลต่อข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนไปยัง อบจ.

กรณีศึกษาที่ 2

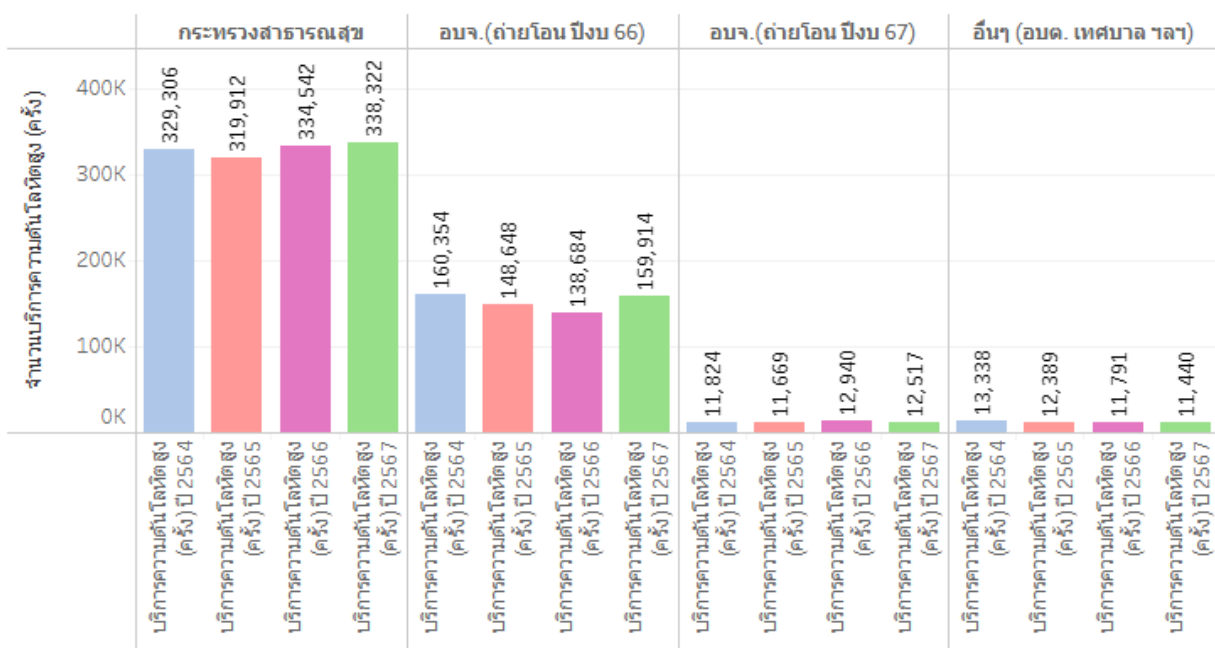
การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ รพ.สต. และโรงพยาบาล จังหวัดเชียงใหม่

กรณีศึกษาของจังหวัดเชียงใหม่ มีการจัดระบบบริการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในรูปแบบของ CUP split โดยเริ่มในปีงบประมาณ 2567 ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2566 รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังอยู่กับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยหลังจากปรับเป็นระบบ รพ.สต.แม่ข่าย (CUP split) ในแต่ละอำเภอ (11 CUP โดยยังมี รพ.สต. 5 แห่ง ที่ยังขึ้นกับ CUP โรงพยาบาล) ก็จะมีการจัดบริการที่ รพ.สต. ให้มีศักยภาพในการให้บริการมากขึ้น โดยการจ้างแพทย์ (ทำงานประจำที่ รพ.สต. ที่เป็นหน่วยบริการประจำ และหมุนเวียนใน รพ.สต. ที่เป็นลูกข่าย) การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มากขึ้น ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2566 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) ที่ลดลง จากปีงบประมาณ 2565 แต่ในปีงบประมาณ 2567 กลับมีจำนวนบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ที่เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2566 ประมาณ 20,000 ครั้ง (ภาพที่ 256)

สำหรับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้นประมาณ 90,000 ครั้ง จากปีงบประมาณ 2565 แต่ในปีงบประมาณ 2567 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ครั้ง) ของโรงพยาบาล กลับมีจำนวนที่ลดลง เกือบ 30,000 ครั้ง จากปีงบประมาณ 2566 (ภาพที่ 257) ซึ่งการลดลงของจำนวนครั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2567 มีความสอดคล้องกับจำนวนครั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ที่เพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2567

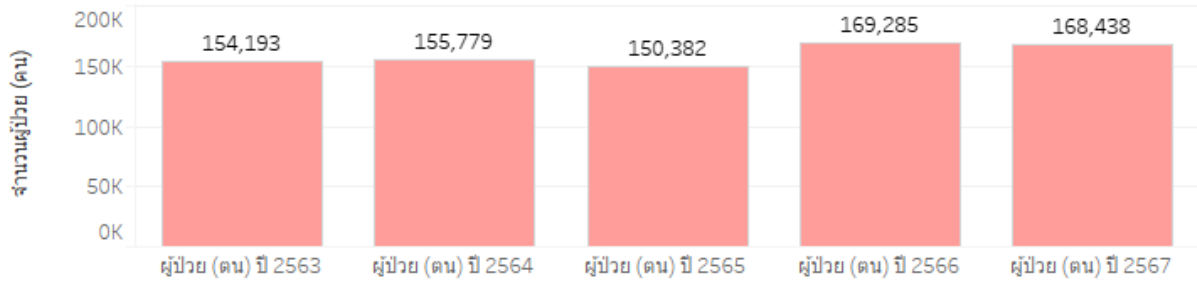
ภาพที่ 256 จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2564-2567

จำนวนบริการความดันโลหิตสูง (ครั้ง) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)

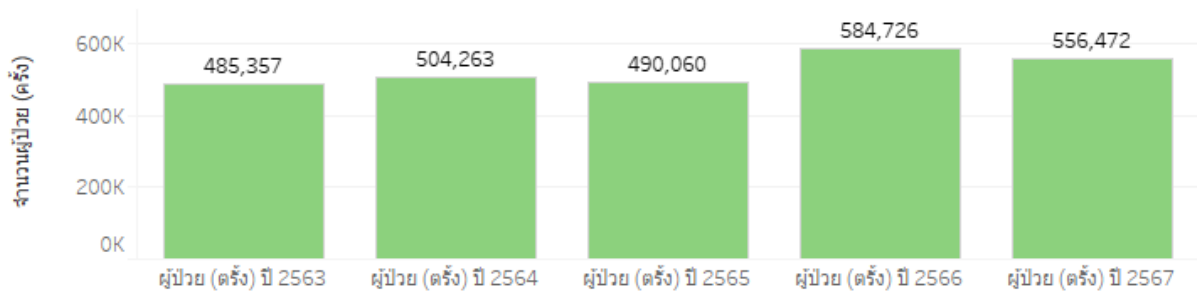


ภาพที่ 257 จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (คน/ครั้ง) ของโรงพยาบาล จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2563-2567

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แนวโน้มจำนวนผู้ป่วย (คน) โรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563-2567



ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แนวโน้มจำนวนผู้ป่วย (ครั้ง) โรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563-2567



ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการจัดบริการของ รพ.สต. ที่มีบริการให้บริการโดยแพทย์ และมีความพร้อมด้านยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก็สามารถเพิ่มการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ โดยรูปแบบการจัดบริการแบบ CUP split มีแนวโน้มที่ รพ.สต. ที่เป็น CUP จะพยายามพัฒนาศักยภาพในการให้บริการของตนเอง เพื่อลดการตามจ่าย หากผู้ป่วยไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ในกรณีของจังหวัดเชียงใหม่ ประชาชนในพื้นที่ อาจจะเลือก รพ.สต. เป็นหน่วยบริการประจำ หรือเลือกโรงพยาบาล เป็นหน่วยบริการประจำก็ได้ โดย อำเภอแมริม และอำเภอสันทราย มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้งอำเภอ ประเด็นการกระจายความเสี่ยงจะเป็นประเด็นสำคัญ หากมีผู้ขึ้นทะเบียนจำนวนมาก ก็จะมีการกระจายความเสี่ยง เนื่องจากมีประชาชนที่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวนมากมาขึ้นทะเบียน แต่หากผู้ขึ้นทะเบียนส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ก็จะมีความเสี่ยงที่มากกว่า โดยการให้บริการแล้วเรียกเก็บค่าบริการจากหน่วยบริการประจำที่ผู้ป่วยไปขึ้นทะเบียน จะมีความเสี่ยงน้อยกว่า ประเด็นดังกล่าวอาจจะนำไปสู่การเลือกผู้ที่จะมาขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการ ในรูปแบบของการจูงใจให้ผู้ป่วยที่ไม่ป่วยมาขึ้นทะเบียนกับตนเอง แต่จะแนะนำผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ไปขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำอื่นที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันได้ ทั้งนี้ปัจจัยด้านความนิยมในการใช้บริการ รวมทั้งปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการทางภูมิศาสตร์ ก็จะส่งผลต่อการให้บริการที่ รพ.สต. หรือที่โรงพยาบาล

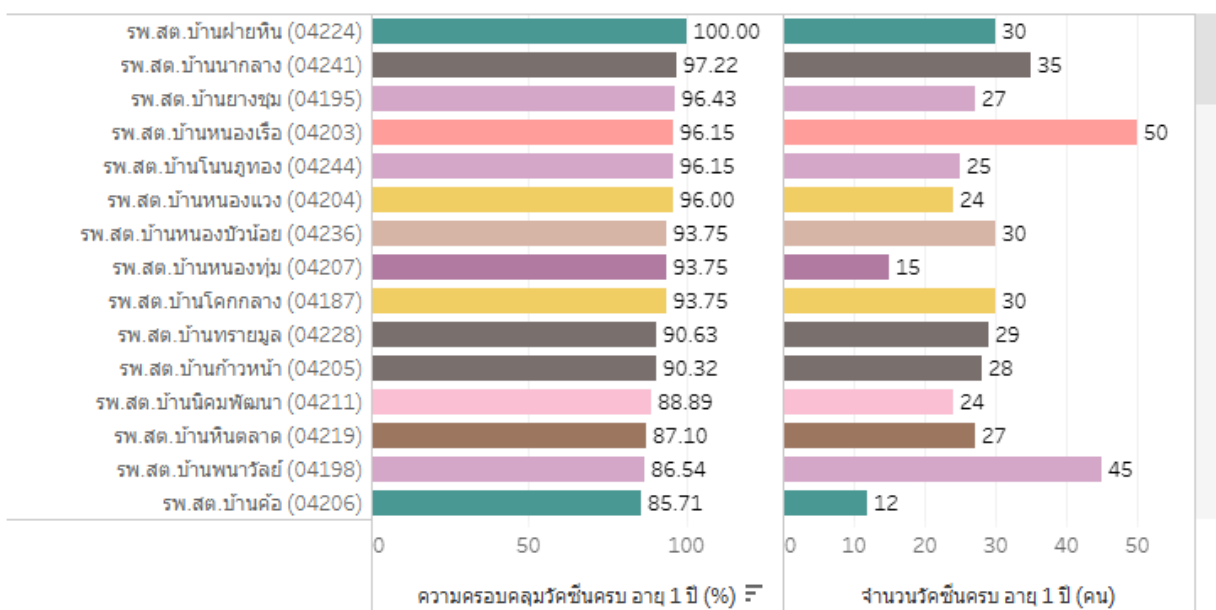
กรณีศึกษาที่ 3

ความแตกต่างของการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีน ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.

ถึงแม้ว่าในปีงบประมาณ 2567 จะมี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เพียง 17 แห่ง ทั้งประเทศ ที่ไม่ส่งข้อมูลการให้วัคซีน (ตารางที่ 14) แต่เมื่อวิเคราะห์ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี จะพบว่ามี ความแตกต่างระหว่าง รพ.สต. ค่อนข้างมาก เนื่องจากการวิเคราะห์การได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ จะต้องมีการ บันทึกข้อมูลการได้รับวัคซีนให้ครบทุกตัวที่ได้รับ จึงจะสามารถประเมินได้ว่าได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์หรือไม่ หาก บันทึกข้อมูลวัคซีนไม่ครบทุกตัวที่ได้รับ ก็จะถูกประเมินว่าได้รับวัคซีนไม่ครบ ทั้งนี้การได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ในกรณีของจังหวัดหนองบัวลำภู ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้งจังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 จะพบว่าความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ในปีงบประมาณ 2565 (ก่อนถ่ายโอน) อยู่ที่ร้อยละ 66 และในปีงบประมาณ 2566 อยู่ที่ร้อยละ 63 และลดลงเหลือร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2567 (ภาพที่ 196) โดย สถานการณ์ดังกล่าว มีความเป็นไปได้ว่าอาจเกิดจากการบันทึกข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนของ รพ.สต. โดยหากวิเคราะห์ ความแตกต่างของความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ในระดับ รพ.สต. ของจังหวัดหนองบัวลำภู ใน ปีงบประมาณ 2567 จะพบว่ามี ความแตกต่างระหว่าง รพ.สต. ค่อนข้างมาก โดย รพ.สต. 15 อันดับแรก ที่มีความ ครอบคลุมมากที่สุด จะอยู่ที่ร้อยละ 85.71 ถึงร้อยละ 100 (ภาพที่ 258) ในขณะที่ รพ.สต. 15 อันดับสุดท้าย ที่มีความ ครอบคลุมน้อยที่สุด จะอยู่ที่ร้อยละ 0 ถึงร้อยละ 16.28 (ภาพที่ 259) ซึ่งแตกต่างอย่างมากจาก 15 อันดับแรก ลักษณะดังกล่าว น่าจะเกิดจากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน มากกว่า การให้บริการที่ไม่ครอบคลุม เนื่องจากตัวเลข ความครอบคลุมมีค่าน้อยเกินกว่าที่ควรจะเป็นค่อนข้างมาก

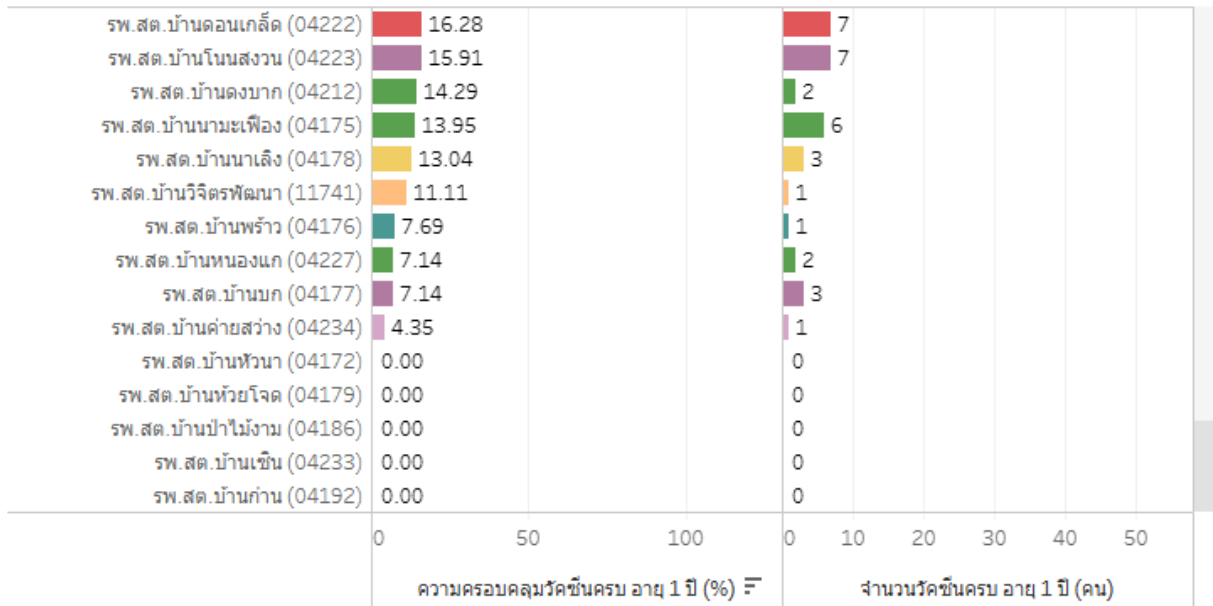
ภาพที่ 258 รพ.สต. 15 อันดับแรก ที่มีความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี มากที่สุด จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2567

ความครอบคลุม (%) และจำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) รพ.สต. ปีงบประมาณ 2567 ราย รพ.สต. จังหวัด หนองบัวลำภู อำเภอ ทั้งหมด



ภาพที่ 259 รพ.สต. 15 อันดับสุดท้าย ที่มีความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี น้อยที่สุด จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2567

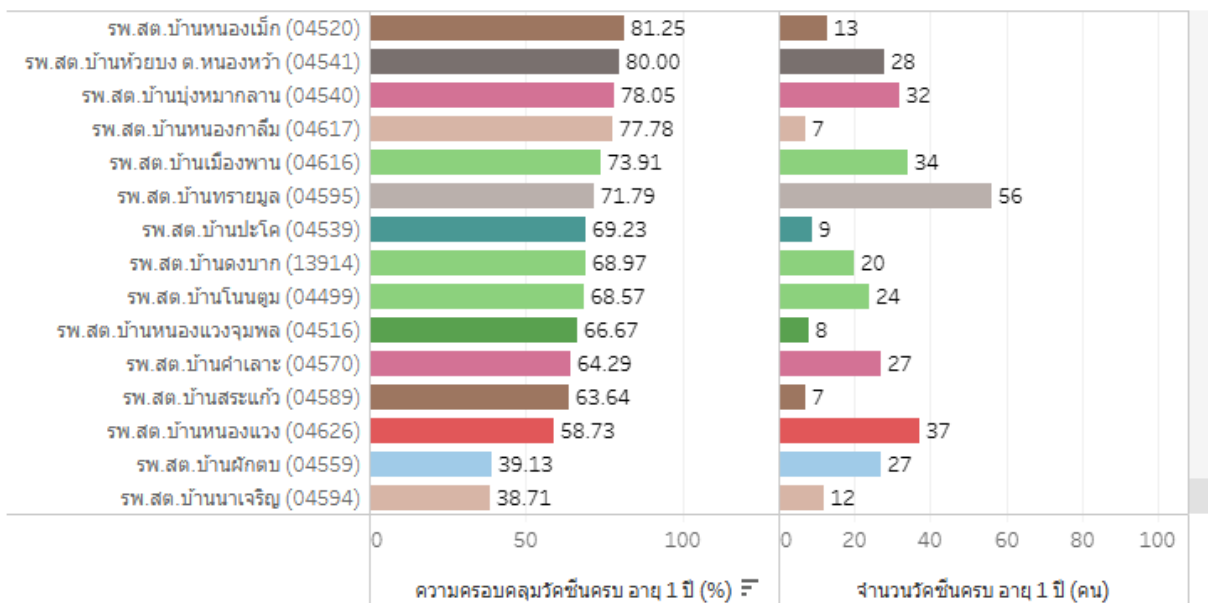
ความครอบคลุม (%) และจำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) รพ.สต. ปีงบประมาณ 2567 ราย รพ.สต. จังหวัด หนองบัวลำภู อำเภอ ทั้งหมด



แต่หากเปรียบเทียบกับจังหวัดอุดรธานี ที่ไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จะพบว่า รพ.สต. 15 อันดับสุดท้าย ที่มีความครอบคลุมน้อยที่สุด จะอยู่ที่ร้อยละ 38.71 ถึงร้อยละ 81.25 (ภาพที่ 260)

ภาพที่ 260 รพ.สต. 15 อันดับสุดท้าย ที่มีความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี น้อยที่สุด จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2567

ความครอบคลุม (%) และจำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) รพ.สต. ปีงบประมาณ 2567 ราย รพ.สต. จังหวัด อุดรธานี อำเภอ ทั้งหมด

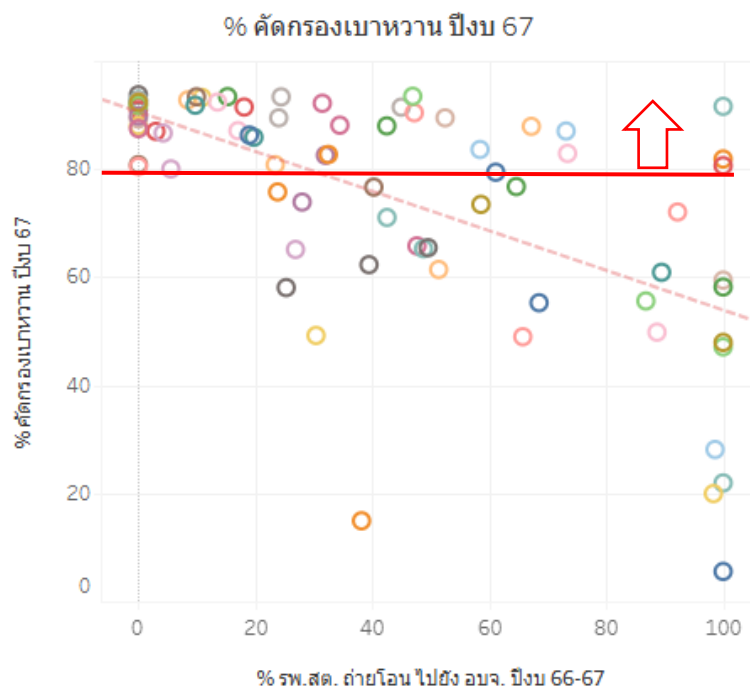


กรณีศึกษาที่ 4

ความแตกต่างของความครอบคลุมการคัดกรองโรคเรื้อรัง ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.

ความครอบคลุมการคัดกรองโรคเรื้อรัง ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในภาพรวมระดับประเทศ ในส่วนของความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน ปีงบประมาณ 2567 จะอยู่ที่ร้อยละ 60 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และร้อยละ 52.5 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 (ภาพที่ 131) ในส่วนของความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2567 จะอยู่ที่ร้อยละ 60.2 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และร้อยละ 53.6 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 (ภาพที่ 149) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าความครอบคลุมการคัดกรองโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ลดลง หลังการถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในภาพรวม แต่หากวิเคราะห์ในรายละเอียดจะพบว่า จังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ยังมีจำนวนหนึ่งที่มีความครอบคลุมของการคัดกรองโรคเรื้อรัง ที่มากกว่าร้อยละ 80 โดยเฉพาะจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้งจังหวัด ก็มีจังหวัดจำนวนหนึ่งที่มีความครอบคลุมของการคัดกรองโรคเรื้อรัง ที่เกินร้อยละ 80 (ภาพที่ 261) แสดงว่าสถานการณ์ดังกล่าว มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด

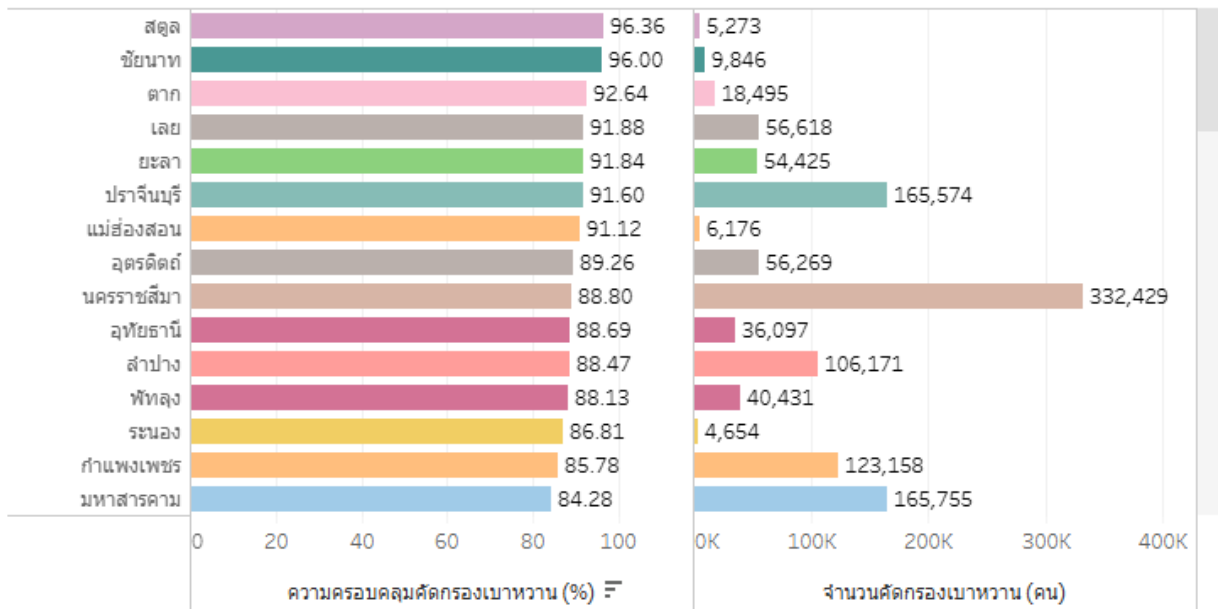
ภาพที่ 261 ความสัมพันธ์ระหว่างความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน ปีงบประมาณ 2567 กับ ร้อยละ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 ระดับจังหวัด



โดยหากวิเคราะห์เฉพาะ รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. จะพบว่าจังหวัดที่มีความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานสูงสุด 15 อันดับแรก มีความครอบคลุมอยู่ที่ร้อยละ 84.28 ถึงร้อยละ 96.36 (ภาพที่ 262) ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ก็สามารถรักษาระดับของความครอบคลุมการคัดกรองโรคเรื้อรัง ให้อยู่ในระดับเดิมก่อนการถ่ายโอนได้ หากกำหนดเป็นตัวชี้วัดและมีการกำกับติดตาม

ภาพที่ 262 ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2567 ระดับจังหวัด คิดเฉพาะ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566-2567 (15 จังหวัดแรก ที่มีความครอบคลุมสูงสุด)

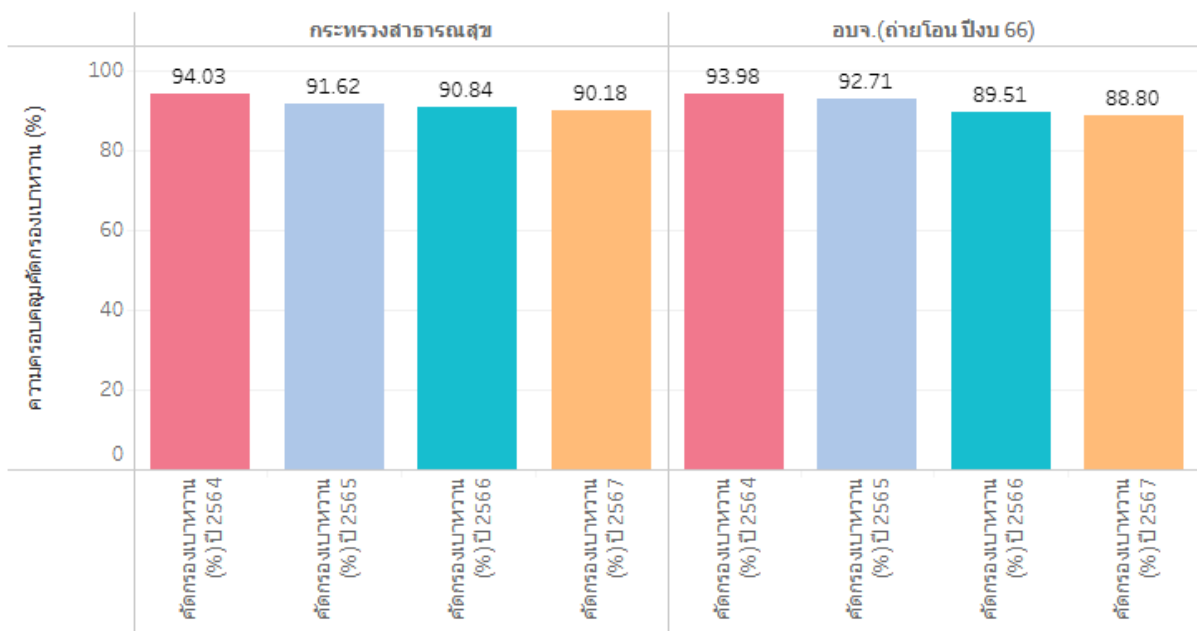
ความครอบคลุม (%) และจำนวนคัดกรองเบาหวาน 35 ปีขึ้นไป (คน) รพ.สต. ปีงบประมาณ 2567 รายจังหวัด



ในกรณีของจังหวัดนครราชสีมา รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังมีความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2566-2567 ที่เกินร้อยละ 85 และมีความใกล้เคียงกับ รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอน (ภาพที่ 263)

ภาพที่ 263 ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป จำแนกตามสังกัด รพ.สต. จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2564-2567

ความครอบคลุมคัดกรองเบาหวาน (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



4.15. ข้อเสนอการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลที่เหมาะสม และการพัฒนาคลังสแน็บสนุน ภายใต้บริบทการถ่ายโอน รพ.สต.ไปยัง อบจ.

1) การออกแบบและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ

การออกแบบและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย ฐานข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

- 1) การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบแสดงผลข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 2) การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 3) การพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 4) การพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ
- 5) การพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- 6) การพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- 7) การบูรณาการระบบแสดงผลข้อมูลเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

1) การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบแสดงผลข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในการพัฒนาฐานข้อมูลและระบบแสดงผลข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการพัฒนาต่อยอดจากระบบข้อมูลมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th) โดยระบบข้อมูลดังกล่าว มีข้อมูลด้านทรัพยากรและข้อมูลการประเมินมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์มาตรฐาน 8 ด้าน ดัง [ภาพที่ 264-268](#)

ภาพที่ 264 หน้าเว็บไซต์ของระบบ PCUstandard



ภาพที่ 265 แสดงข้อมูลทรัพยากรบุคคล ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

The screenshot shows the 'ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ' (Primary Care Unit Information and Standard System) dashboard. The main content area is titled 'ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเจ็ดยอด ตำบลข้างเคือก' (Director of Ban Jet Yot Sub-district Health Promoting Hospital, Ban Kiang Keuek Sub-district). Below this, there are two tables: one for staff and one for the organization structure.

ลำดับ	ตำแหน่ง	ประเภท
1	นักวิชาการสาธารณสุข	ข้าราชการ

ลำดับ	ตำแหน่ง	ประเภท
1	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ข้าราชการ
2	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ข้าราชการ
3	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ข้าราชการ
4	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	ข้าราชการ
5	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	ข้าราชการ
6	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	ข้าราชการ
7	แพทย์แผนไทย	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
8	ลูกจ้างปฏิบัติงานทั่วไป	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 266 แสดงข้อมูลเครื่องมือแพทย์และยานพาหนะ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

The screenshot shows the 'ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ' (Primary Care Unit Information and Standard System) dashboard. The main content area is titled 'ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ วันที่บันทึกข้อมูล : 2 ม.ค. 2568' (Medical Equipment, Date of Record: 2 Jan 2025). Below this, there are two tables: one for medical equipment and one for vehicles.

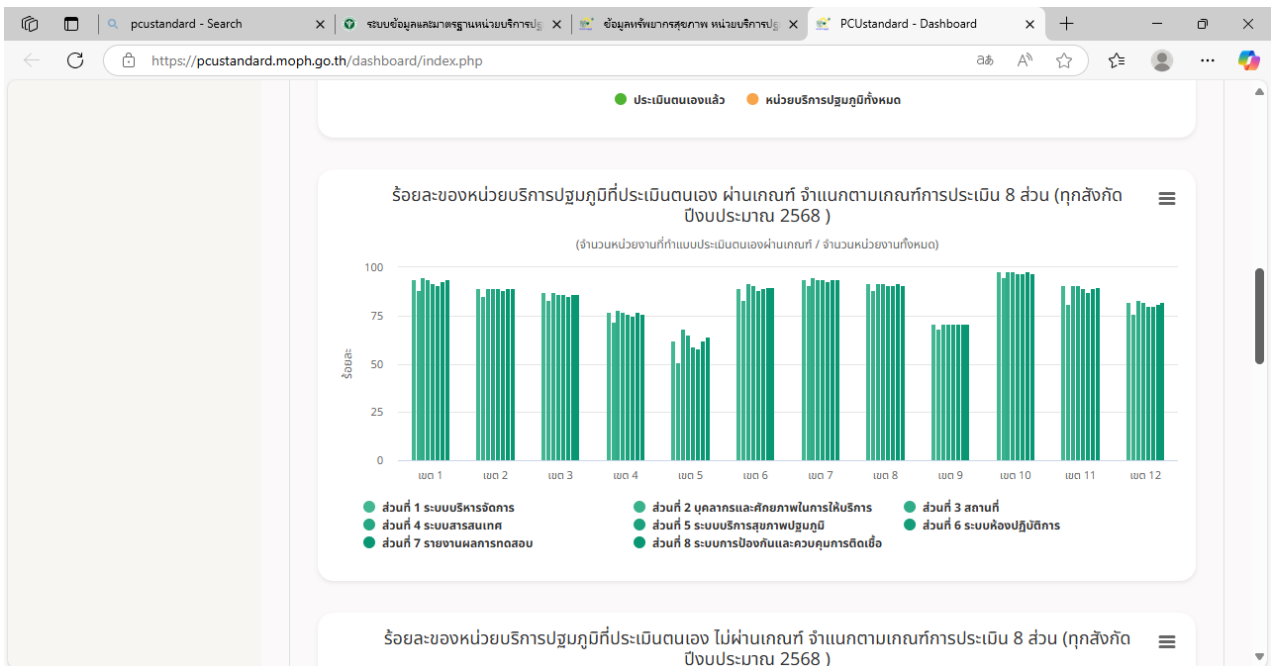
ลำดับ	รายการ	จำนวน
1	เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	1 เครื่อง
2	เครื่องอัลตราซาวด์ ชนิดสี 2 หัวตรวจ	1 เครื่อง
3	ชุดทันตกรรม	1 ชุด
3.1	เครื่องชุดทันตกรรมไฟฟ้า	1 เครื่อง
3.2	เครื่องบั่นลมกำลัง	1 เครื่อง
3.3	เครื่องบ่มวัสดุด้วยแสง (light curing unit)	1 เครื่อง
4	เครื่องฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ (Fetal Doppler)	1 เครื่อง
5	อุปกรณ์กู้ชีพเบื้องต้น	1 ชุด
6	เครื่องผลิตออกซิเจน (Oxygen generator)	1 เครื่อง
7	ถังออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์ในการใช้งาน	1 ถัง
8	ชุดเครื่องมือตรวจโรคทั่วไป	1 ชุด

ลำดับ	รายการ	จำนวน
1	รถพยาบาล	-
2.1	รถเล่นประสงศ์, รถบรรทุก (ดีเซล) ขับเคลื่อน 2 ล้อ	-
2.2	รถเล่นประสงศ์, รถบรรทุก (ดีเซล) ขับเคลื่อน 4 ล้อ ทะเบียน นง7716	-
2.2	รถเล่นประสงศ์, รถบรรทุก (ดีเซล) ขับเคลื่อน 4 ล้อ ทะเบียน นจ3512	พร้อมใช้
3	รถจักรยานยนต์ ขนาดไม่ เกิน 150 ซีซี ทะเบียน 2กข4041	พร้อมใช้

ภาพที่ 267 แสดงข้อมูลการเงินการคลัง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

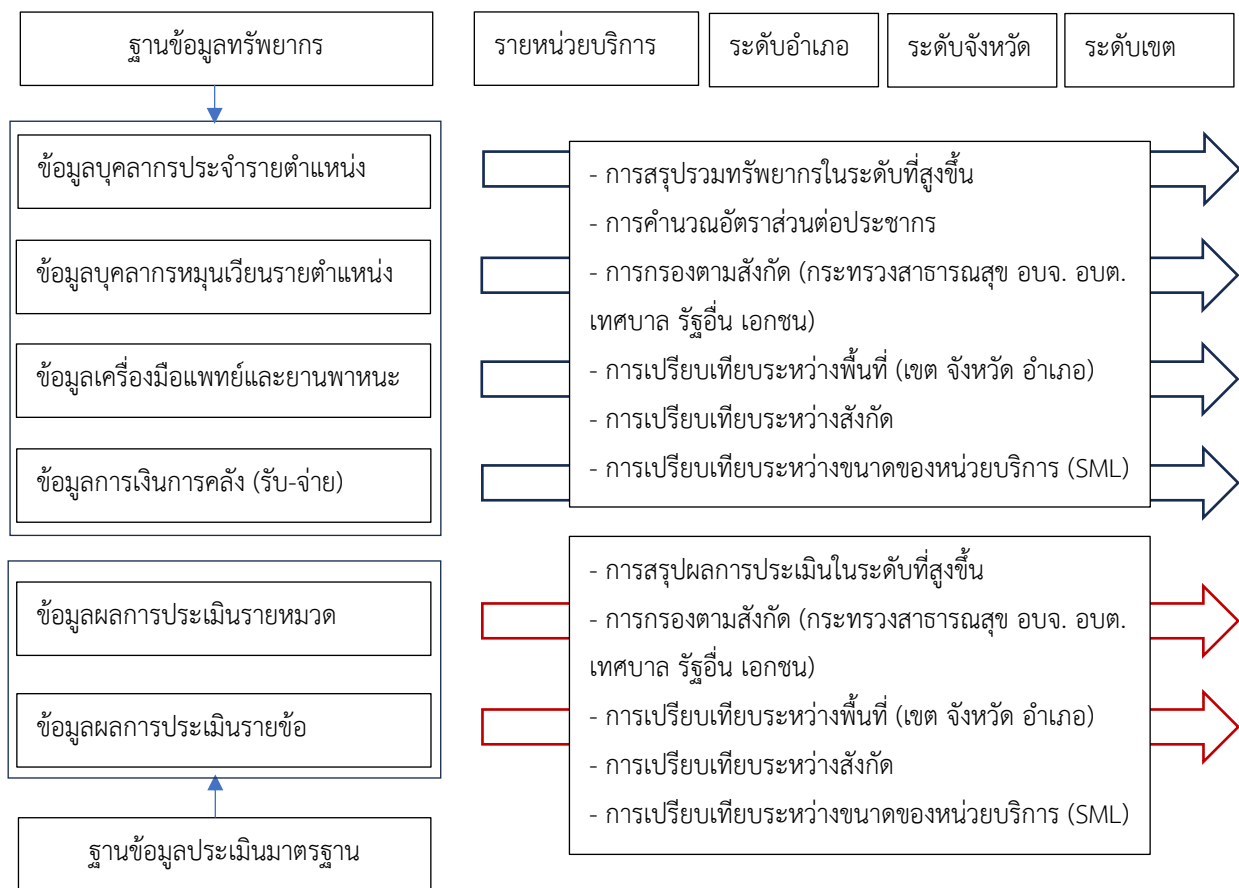
ลำดับ	ประเภท	จำนวนเงิน (บาท)
1	เงินคงเหลือยกมา ณ 30 กันยายน 2565	15,657.68
2	รายรับ	
2.1	งบดำเนินการ	201,573.96
2.2	งบลงทุน	0.00
2.3	เงินอุดหนุนที่ได้รับจากแม่ข่าย	1,002,993.25
2.4	เงินอื่นๆ	34,230.00
	รวม	1,238,797.21
3	รายจ่าย	
3.1	ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร	485,830.00
3.2	ค่าสาธารณูปโภค	40,689.00

ภาพที่ 268 แสดงข้อมูลผลการประเมินมาตรฐาน ของหน่วยบริการปฐมภูมิ



ทั้งนี้ระบบข้อมูลดังกล่าว มีข้อมูลทรัพยากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นรายแห่ง แต่ไม่มีการสรุปรวมทรัพยากรในภาพรวมระดับอำเภอ จังหวัด เขต ประเทศ และไม่ได้มีการคำนวณอัตราส่วนต่อประชากรของบุคลากรแต่ละตำแหน่ง รวมทั้งในการสรุปข้อมูลแยกตามสังกัด โดยไม่ได้แยกสังกัด อบจ. ออกจาก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และข้อมูลผลการประเมินมาตรฐาน ไม่สามารถดูข้อมูลเป็นรายแห่งได้ ยกเว้นจะเป็นข้อมูลของหน่วยบริการตนเอง หรือในพื้นที่ของตนเองในระดับอำเภอ จังหวัด โดยจะต้องมีการลงทะเบียนเข้าใช้งาน อย่างไรก็ตาม การออกแบบการจัดการฐานข้อมูลนี้ อาจจะพัฒนาการแสดงผลข้อมูลตามระดับของข้อมูล ตั้งแต่ ระดับหน่วยบริการ อำเภอ จังหวัด เขต ประเทศ รวมทั้งจำแนกตามสังกัดของหน่วยบริการ โดยแยกสังกัด อบจ. อบต. เทศบาล ให้ชัดเจน ในสังกัดที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยรวมข้อมูลทั้งในส่วนข้อมูลทรัพยากรและข้อมูลผลการประเมินมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดัง ภาพที่ 269

ภาพที่ 269 การออกแบบการแสดงผลข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ



การแสดงผลข้อมูลทรัพยากรและผลการประเมินมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิในลักษณะนี้ จะช่วยในการประเมินส่วนขาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในด้านทรัพยากรและมาตรฐานการจัดบริการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่ทั้งนี้อาจจะมีการกำหนดสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสมตามระดับของผู้ใช้

2) การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ฐานข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีการรวบรวมข้อมูลมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ อยู่ในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center, HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมข้อมูลบริการด้านการรักษา และด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) สามารถเข้าถึงได้ที่ URL: hdc.moph.go.th ดัง ภาพที่ 270 และ ภาพที่ 271 แสดงตัวอย่างการแสดงผลข้อมูลของ HDC

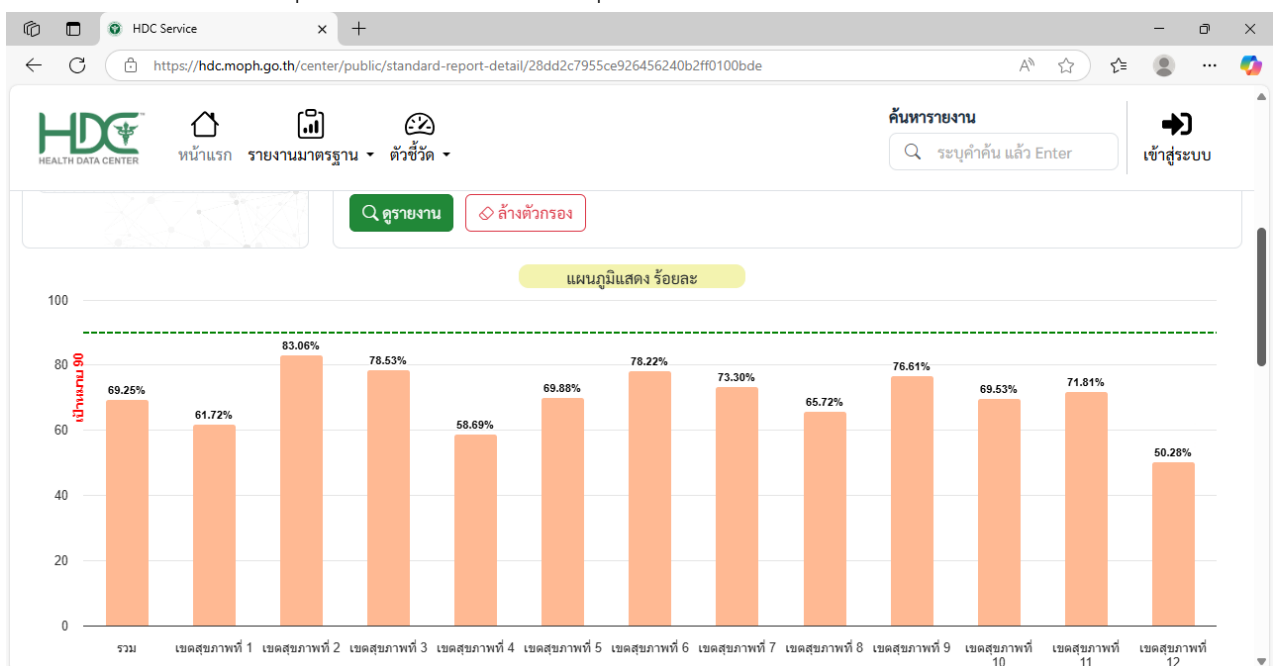
ภาพที่ 270 หน้าเว็บไซต์ ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) และตัวเลือกมุมมองการแสดงผลข้อมูลและตัวกรอง

The screenshot shows the HDC Service website interface. The main content area displays search filters for vaccination data. The filters include:

- ปี (Year): 2568
- ข้อมูลที่ Freeze ไว้ (Frozen data): -
- เขตสุขภาพ (Health Region): ทั้งหมด (All)
- จังหวัด (Province): ทั้งหมด (All)
- อำเภอ (District): ทั้งหมด (All)
- ตำบล (Sub-district): ทั้งหมด (All)
- ใน / นอกสังกัดกระทรวง (In / Out of Ministry): ทั้งหมด (All)
- สังกัด (Affiliation): ทั้งหมด (All)
- Service Plan Level: ทั้งหมด (All)

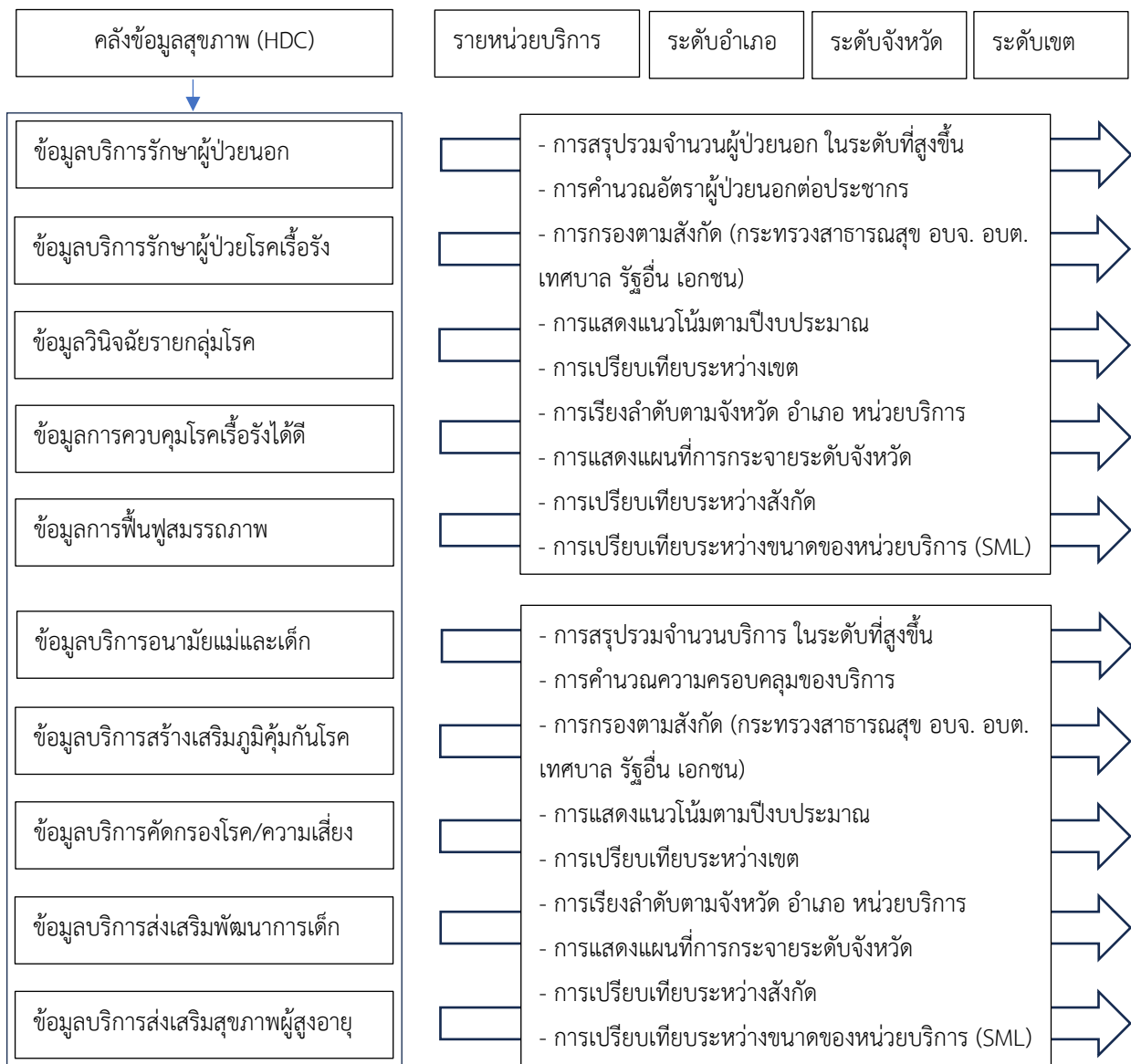
A dropdown menu is open on the left, showing options for data view: รายพื้นที่ (เขตพื้นที่), รายจังหวัด, รายโรงพยาบาล, รายหน่วยบริการ, ราย cup (เครือข่ายบริการ), and รายขนาดสถานบริการ (Service Plan).

ภาพที่ 271 ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ปี 2567 จำแนกเขต สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



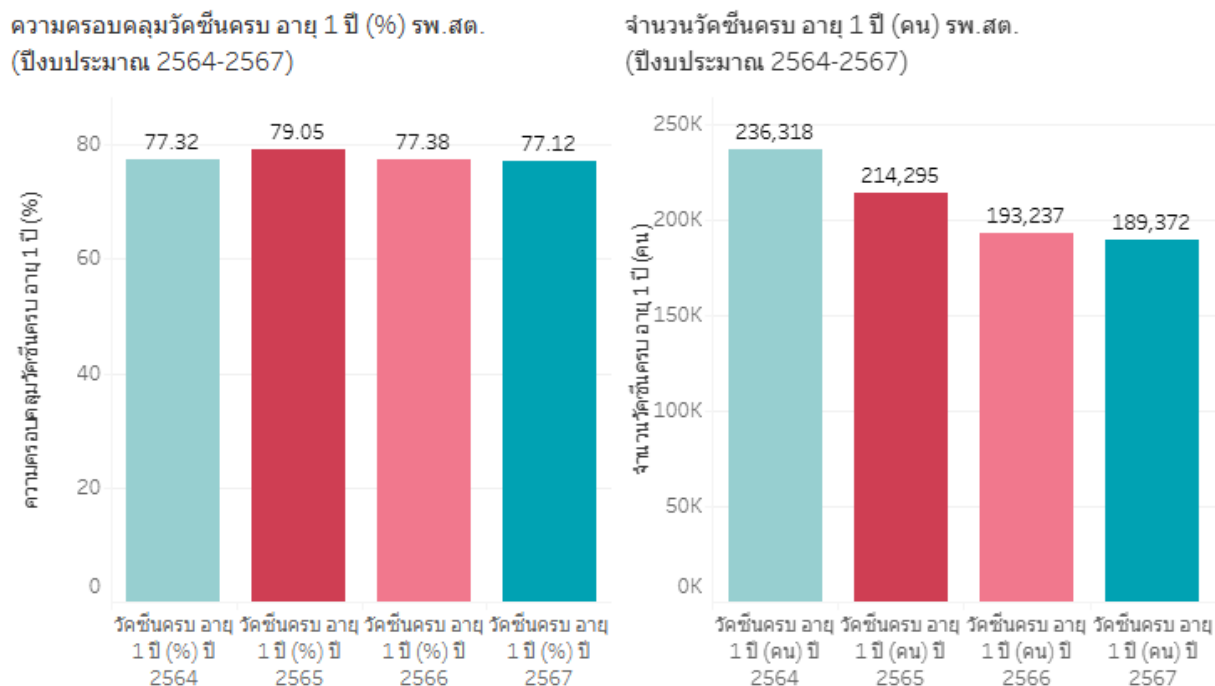
การแสดงผลข้อมูลของระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) มีการแสดงผลในแต่ละปีงบประมาณ โดยไม่มีการแสดงแนวโน้ม และในแต่ละปีงบประมาณ สามารถแสดงข้อมูลโดยเปรียบเทียบ ระหว่างเขต ระหว่างจังหวัด ระหว่างอำเภอ ระหว่างหน่วยบริการ ได้ แต่ไม่มีแผนภูมิที่แสดงการเรียงลำดับของข้อมูล โดยสังกัดของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ได้จำแนกสังกัด อบจ. ออกจากสังกัด อบต. เทศบาล และไม่มีข้อมูลจำแนกตามขนาดของ รพ.สต. (S, M, L) ทั้งนี้ในการออกแบบการแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพดังกล่าว อาจจะออกแบบให้มีความเหมาะสมกับการใช้งานในการติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมากขึ้น และควรมีการ Update ข้อมูลแบบ Real time เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิเห็นการเปลี่ยนแปลงข้อมูลทันที เมื่อมีการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ เพื่อการตรวจสอบข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ดัง ภาพที่ 272

ภาพที่ 272 การออกแบบการแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

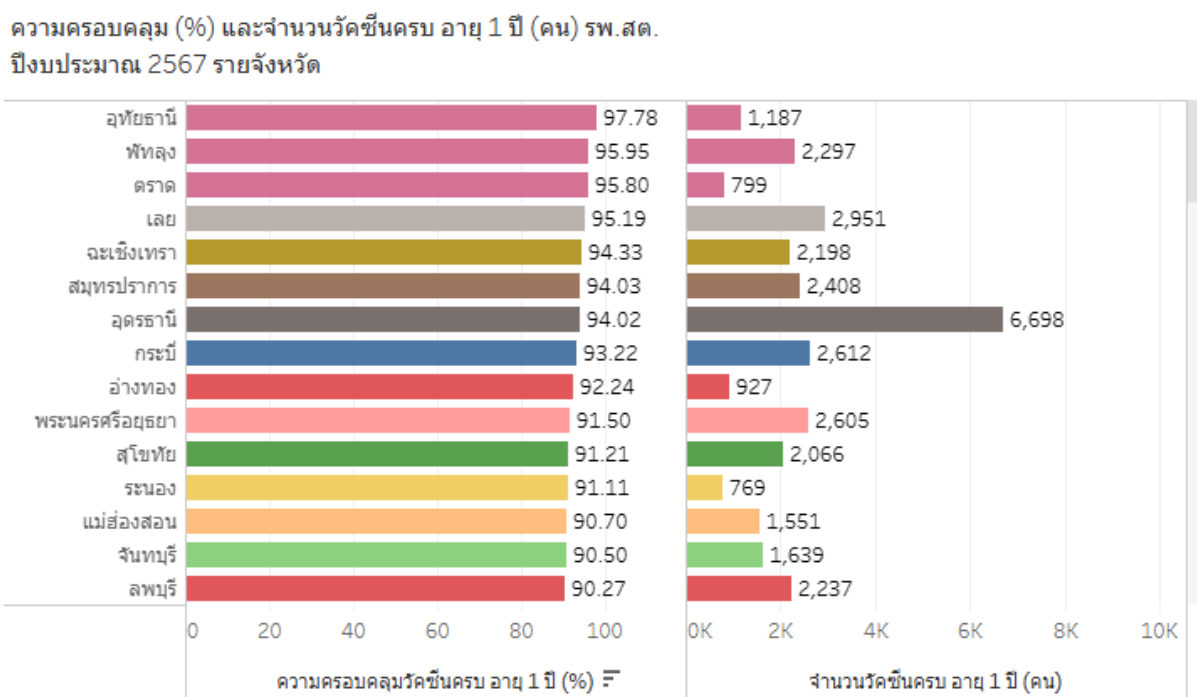


ตัวอย่างของการออกแบบการแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการติดตามการให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิ ของระบบแสดงผลข้อมูลบริการ รพ.สต. ภายใต้ hsiu.hsri.or.th (www.hiso.or.th/healthcenter) แสดงดัง [ภาพที่ 273-278](#)

ภาพที่ 273 การแสดงแนวโน้มของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต.

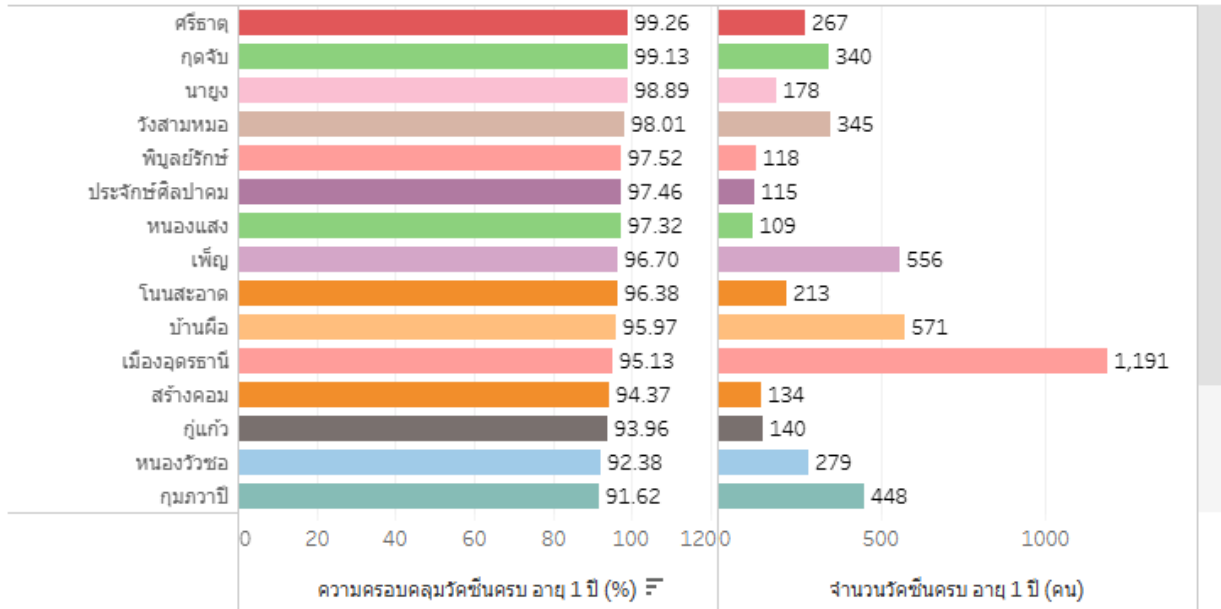


ภาพที่ 274 การแสดงการเรียงลำดับความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. รายจังหวัด



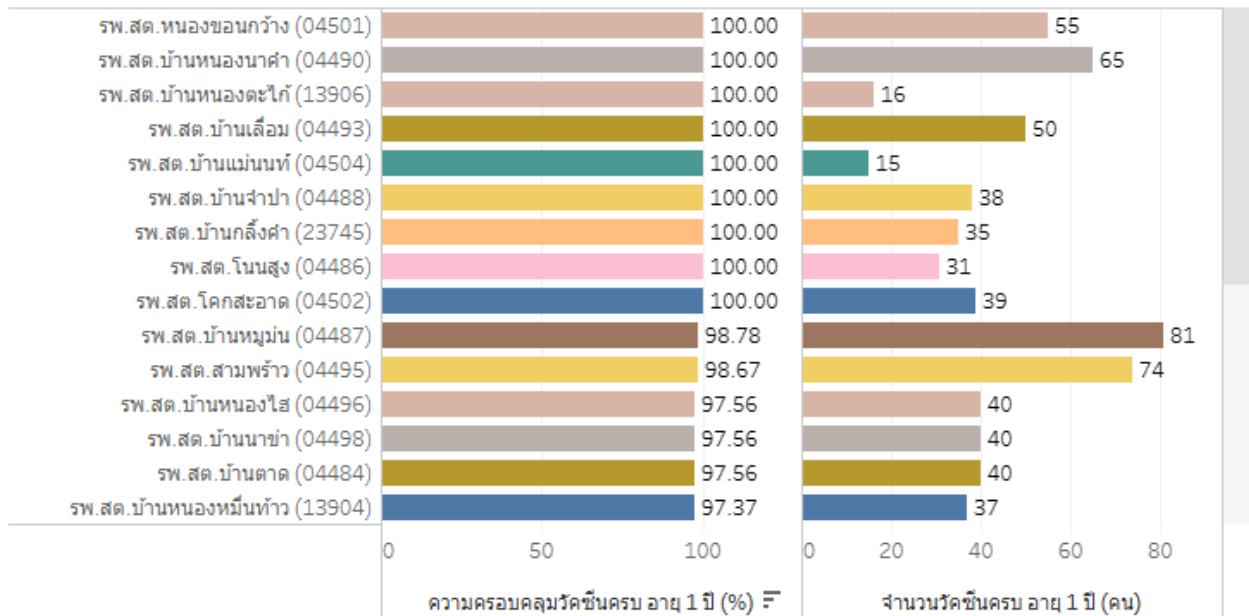
ภาพที่ 275 การแสดงการเรียงลำดับความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี รพ.สต. รายอำเภอ ในจังหวัด

ความครอบคลุม (%) และจำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) รพ.สต.
 ปีงบประมาณ 2567 รายอำเภอ จังหวัด อุตรดิตถ์

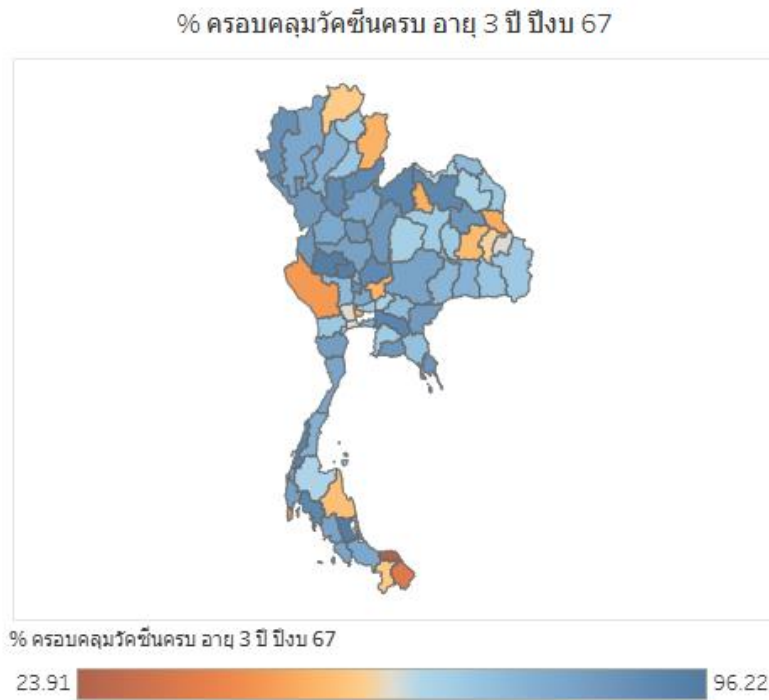


ภาพที่ 276 การแสดงการเรียงลำดับความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ราย รพ.สต. ในอำเภอ

ความครอบคลุม (%) และจำนวนวัคซีนครบ อายุ 1 ปี (คน) รพ.สต.
 ปีงบประมาณ 2567 ราย รพ.สต. จังหวัด อุตรดิตถ์ อำเภอ เมืองอุตรดิตถ์

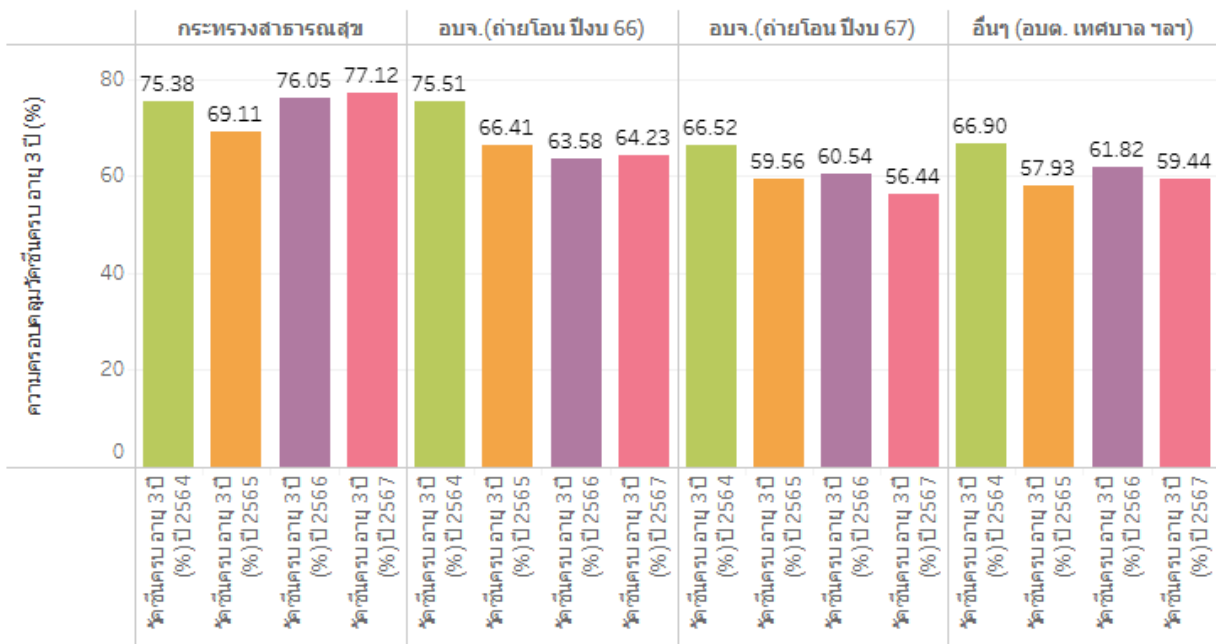


ภาพที่ 277 การแสดงแผนที่ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. ระดับจังหวัด



ภาพที่ 278 การแสดงแนวโน้มความครอบคลุมการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี รพ.สต. เปรียบเทียบระหว่างสังกัด

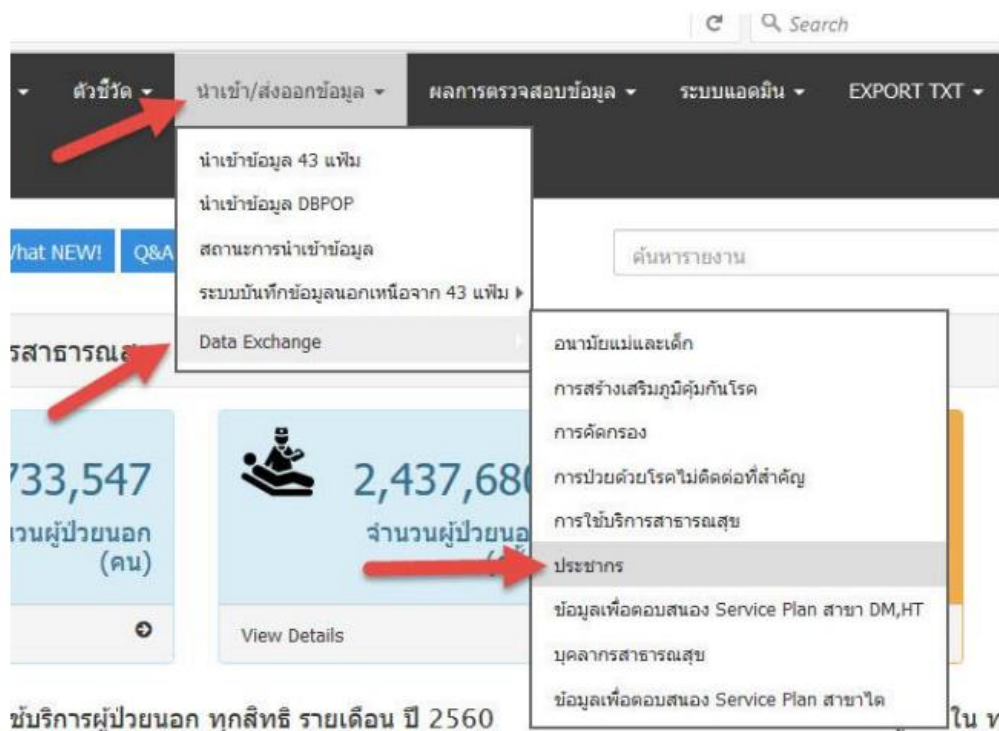
ความครอบคลุมวัคซีนครบ อายุ 3 ปี (%) รพ.สต. จำแนกตามสังกัด (ปีงบประมาณ 2564-2567)



3) การพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในส่วนของการแลกเปลี่ยนข้อมูล สามารถดำเนินการในระดับจังหวัด ทั้งนี้ในระบบ Health data center (HDC) มีการพัฒนาระบบ Data exchange สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยเน้นไปที่ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การป่วยด้วยโรคสำคัญ การบริการสุขภาพที่สำคัญ รวมทั้งข้อมูลประชากร ได้แก่ ข้อมูลการตายจากมหาดไทย ดัง ภาพที่ 279-280

ภาพที่ 279 แสดงระบบ Data exchange ของระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC)



ภาพที่ 280 แสดงระบบ Data exchange แลกเปลี่ยนข้อมูลประชากร (ข้อมูลการตายจากมหาดไทย)

Data-Exchange >> ข้อมูลการตายมหาดไทย(ต้องใช้ Smart Card LOGIN เท่านั้น)

ผู้ใช้งาน : คุณเสาวฤทธิ์ อู่มินดี

หน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

สิทธิ์การใช้งาน : PM ระดับจังหวัด

Show 10 entries

#	รหัสสถานบริการ HOSPCODE	ชื่อสถานบริการ HOSNAME	ประเภทเอกสาร category	รหัสสำนักทะเบียนที่แจ้งตาย DeathRegistryDev	เลขประจำตัวประชาชน DeathCID	ชื่อ DeathFname	นามสกุล DeathLname	เพศ DeathGender	อายุ DeathAge	ปี Deat
1	10661	โรงพยาบาลสระบุรี	5	1999				2	79	989
2	10661	โรงพยาบาลสระบุรี	5	1999				1	27	989
3	10695	โรงพยาบาลพระเทพฯมหา	5	1975				2	74	989
4	10816	โรงพยาบาลวังม่วงสังขรรม	5	1975				2	74	989
5	10695	โรงพยาบาลพระเทพฯมหา	5	1996				2	73	989
6	10661	โรงพยาบาลสระบุรี	5	1999				1	58	989

นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลประวัติการรักษา ผ่านระบบ PHR viewer ของระบบหมอพร้อม (ภาพที่ 281) ที่หน่วยบริการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ PHR (Personal health record) และประชาชนต้องมีการลงทะเบียนในการใช้งานระบบ ทั้งนี้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล หน่วยบริการที่ลงทะเบียนจะสามารถดูข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยได้ โดยต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วย ผ่านการใช้รหัส OTP ที่ส่งไปยังโทรศัพท์มือถือของผู้ป่วย โดยสามารถดูข้อมูลได้ภายในเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ PHR viewer สามารถดูข้อมูลได้ดังนี้

- ข้อมูลประวัติการรักษา
- ข้อมูลโรคเรื้อรัง
- ข้อมูลการแพ้ยา
- ข้อมูลการนัดหมาย
- ข้อมูลประวัติการตรวจสุขภาพ
- ข้อมูลใบส่งต่อการรักษา

ภาพที่ 281 ระบบการแสดงผลข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วย ในระบบ PHR viewer ของหมอพร้อม

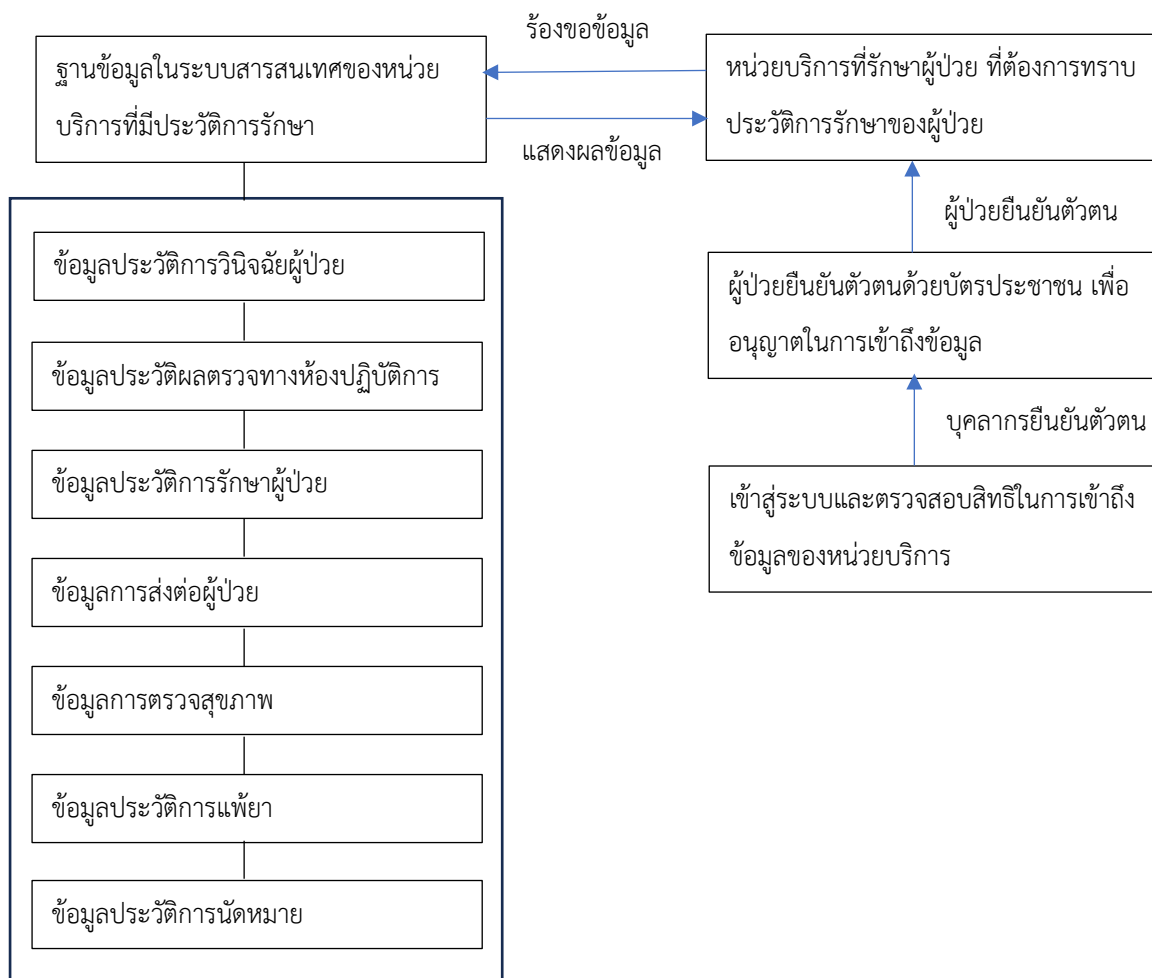
ลำดับ	สถานี่	แผนก	ประเภท	น้ำหนัก	ส่วนสูง	BMI	ดัชนีมะพร้าว	เลขหมายบัตรประชาชน	สถานพ	วันที่	จบผลเลือด
1	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	ชิตย	อื่นๆ		160		169/104		สาทรเจริญ	12 เมษายน 2565 07:48	
2	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	กายภาพบำบัด (เด็ก-ทารก)	อื่นๆ		160					5 เมษายน 2565 10:00	
3	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	อายุรกรรม	อื่นๆ	73	175	23.84	161/92	36	สาทรเจริญ นีเลขา ศรีณี (RM 20/1/55)	17 มีนาคม 2565 08:56	
4	โรงพยาบาลสมทบกรุงเทพ	อายุรกรรม	อื่นๆ	96	170	33.22	160/76		สาทรเจริญ	23 กุมภาพันธ์ 2565 06:23	
5	โรงพยาบาลสมทบกรุงเทพ	อายุรกรรม	อื่นๆ		105		122/84		สาทรเจริญ	23 กุมภาพันธ์ 2565 09:25	
6	โรงพยาบาลสมทบกรุงเทพ	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	อื่นๆ						สาทรเจริญ	17 กุมภาพันธ์ 2565 09:08	
7	โรงพยาบาลสมทบกรุงเทพ	โสต	อื่นๆ						F/U 0476	14 กุมภาพันธ์ 2565 10:19	
8	โรงพยาบาลสมทบกรุงเทพ	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	อื่นๆ						สาทรเจริญ สาทรเจริญ	14 กุมภาพันธ์ 2565 08:52	
9	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	อายุรกรรม	อื่นๆ	73	175	23.84	168/94			5 กุมภาพันธ์ 2565 09:27	
10	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	ชิตย	อื่นๆ		161		165/94		สาทรเจริญ ENT AVASTIN BE	1 มีนาคม 2565 08:12	
11	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	อายุรกรรม	อื่นๆ		161					31 มีนาคม 2565 08:30	
12	โรงพยาบาลสมทบกรุงเทพ	อายุรกรรม	อื่นๆ		105		130/70		F/U สาทรเจริญ DM HT DLP	21 มีนาคม 2565 07:03	

ในบางจังหวัดมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษา ระหว่างโรงพยาบาล (ยังไม่ครอบคลุมบริการของ รพ.สต.) โดยใช้บัตรประชาชนของผู้ป่วยในการยืนยันตัวตน และระบบจะทำการร้องขอข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ไปยังระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่าย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลประวัติการรักษา โดยไม่ได้รวมศูนย์ข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ และไม่ได้ทำการบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลที่เป็นผู้ร้องขอ

ทั้งนี้ระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูล หากจัดการในระดับจังหวัด อาจจะดำเนินการโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่
 1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลบริการรักษาผู้ป่วย และ 2) การแลกเปลี่ยนข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และ
 ข้อมูลประชากร ดัง ภาพที่ 282-283

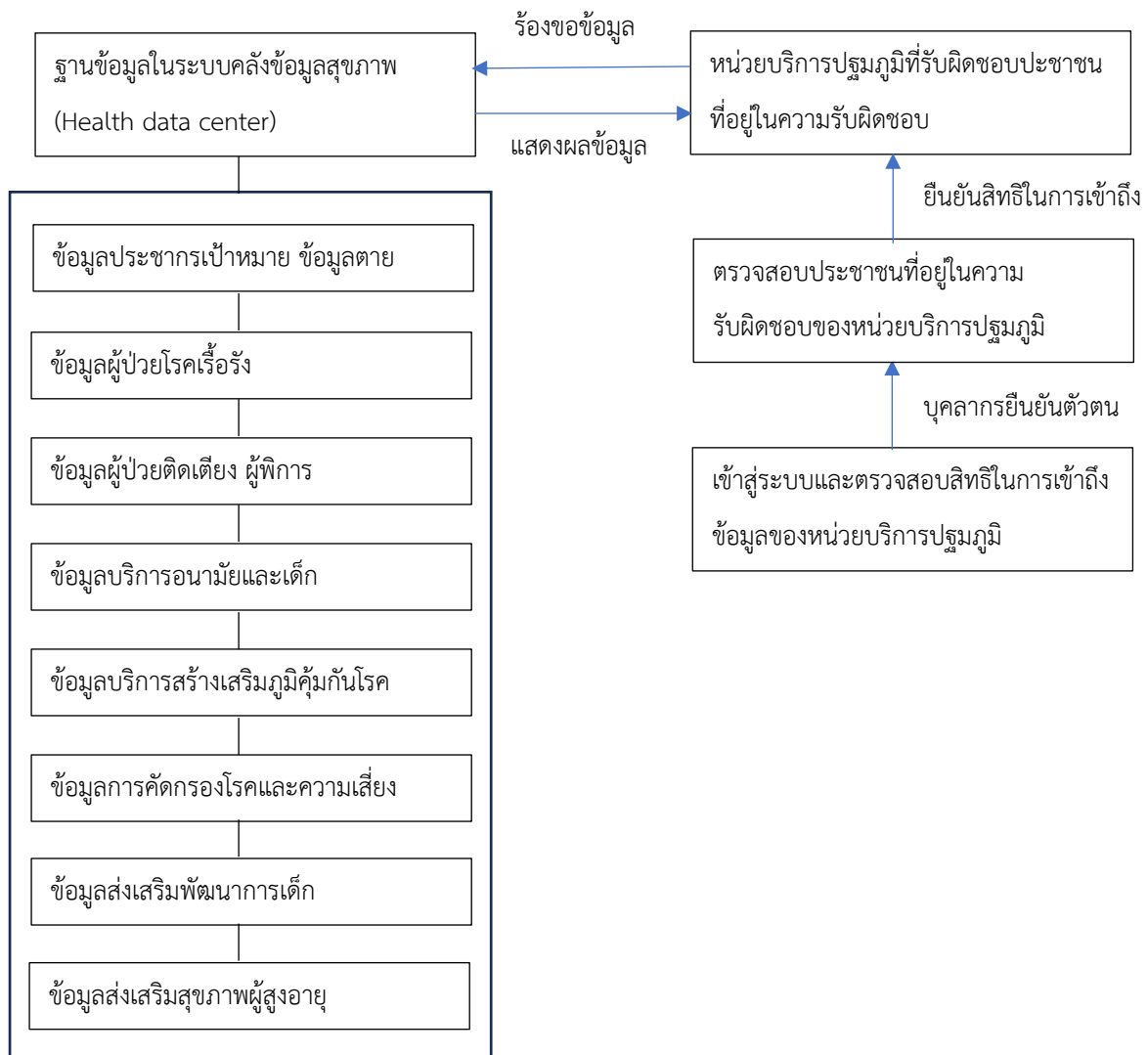
ภาพที่ 282 แสดงระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลประวัติการรักษา โดยการสร้างเครือข่ายระบบสารสนเทศของ
 หน่วยบริการในพื้นที่ เช่น ระดับจังหวัด โดยไม่จำเป็นต้องส่งข้อมูลเข้ามารวมกันเป็นศูนย์ข้อมูล (Data center) แต่
 เชื่อมโยงข้อมูลผ่านเครือข่ายระบบสารสนเทศของแต่ละหน่วยบริการ เมื่อประชาชนยืนยันตัวตนด้วยบัตรประชาชน
 จะเป็นการอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลประวัติการรักษา โดยหน่วยบริการที่ทำการรักษา และต้องการดูประวัติการ
 วินิจฉัยโรค และการรักษา รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่ผู้ป่วยไปใช้บริการที่หน่วยบริการอื่นในเครือข่าย
 จะทำการร้องขอข้อมูลไปยังระบบสารสนเทศของหน่วยบริการที่มีประวัติการรักษา เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยมา
 แสดงผลให้หน่วยบริการที่ร้องขอทราบ โดยไม่ได้บันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการที่ร้องขอ และ
 ข้อมูลที่แสดงจะสามารถใช้ได้เฉพาะเมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการแต่ละครั้ง เพื่อประกอบการให้การรักษาเท่านั้น

ภาพที่ 282 ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลประวัติการรักษา



ภาพที่ 283 แสดงระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลประชากรเป้าหมายและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค สำหรับการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยฐานข้อมูลดังกล่าวจะถูกรวบรวมไว้ในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center) ระดับจังหวัด ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีสิทธิในการเข้าถึงข้อมูล จะทำการเข้าสู่ระบบ และยืนยันตัวตนเพื่อการตรวจสอบสิทธิ และระบบจะตรวจสอบขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่ออนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลในส่วนของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆ

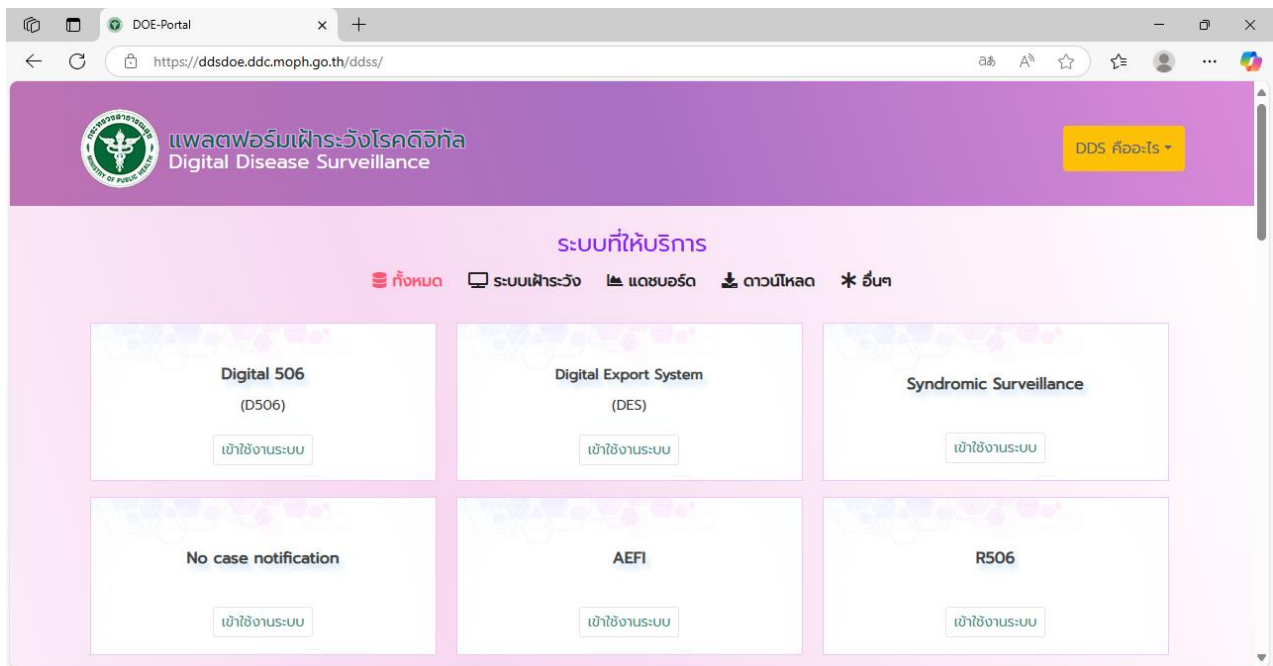
ภาพที่ 283 ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลประชากรเป้าหมายและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค



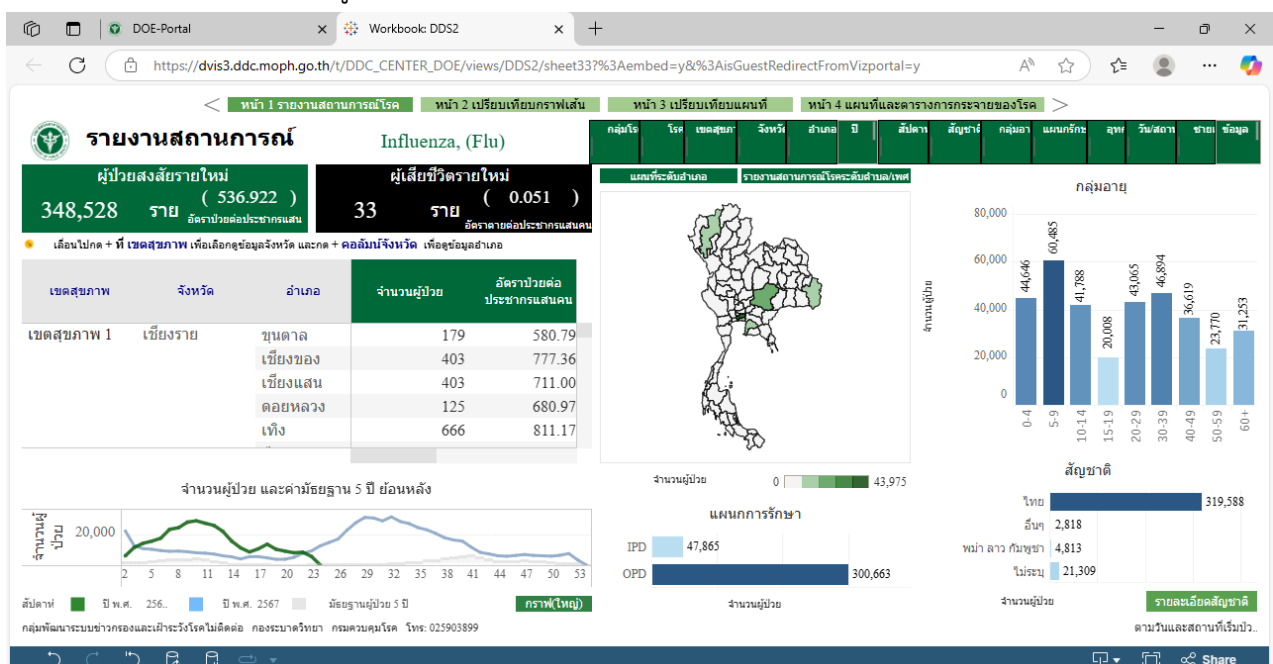
4) การพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ

ระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรค มีการจัดทำระบบการส่งข้อมูล และระบบแสดงผลข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของกองระบาดวิทยา ภายใต้ URL: ddsoe.ddc.moph.go.th/ddss/ โดยเป็นระบบ Digital disease surveillance ที่รวบรวมระบบเฝ้าระวังโรคในรูปแบบต่างๆเข้าไว้ในที่เดียวกัน ดัง [ภาพที่ 284](#) โดยมีการจัดทำระบบแสดงผลข้อมูล (Dashboard) สำหรับเจ้าหน้าที่ ([ภาพที่ 285](#)) และระบบแสดงผลข้อมูลสำหรับประชาชน ([ภาพที่ 286](#))

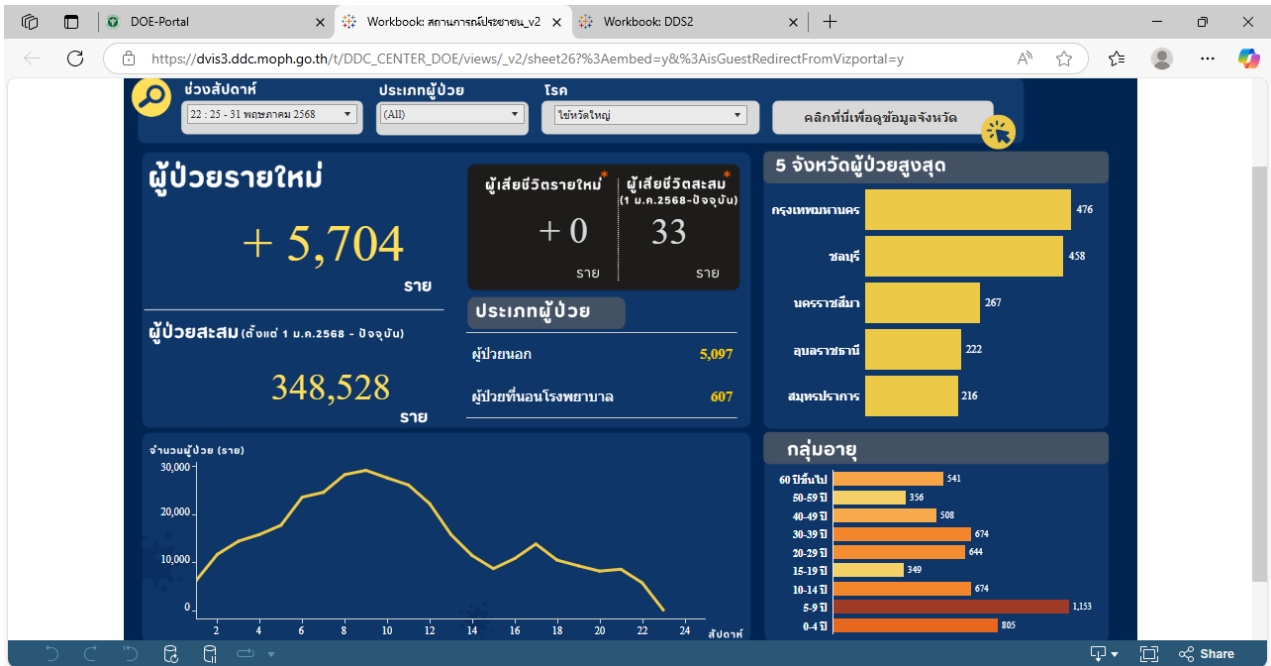
ภาพที่ 284 ระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรค (Digital disease surveillance) ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



ภาพที่ 285 ระบบแสดงผลข้อมูล (Dashboard) รายงานโรค สำหรับเจ้าหน้าที่

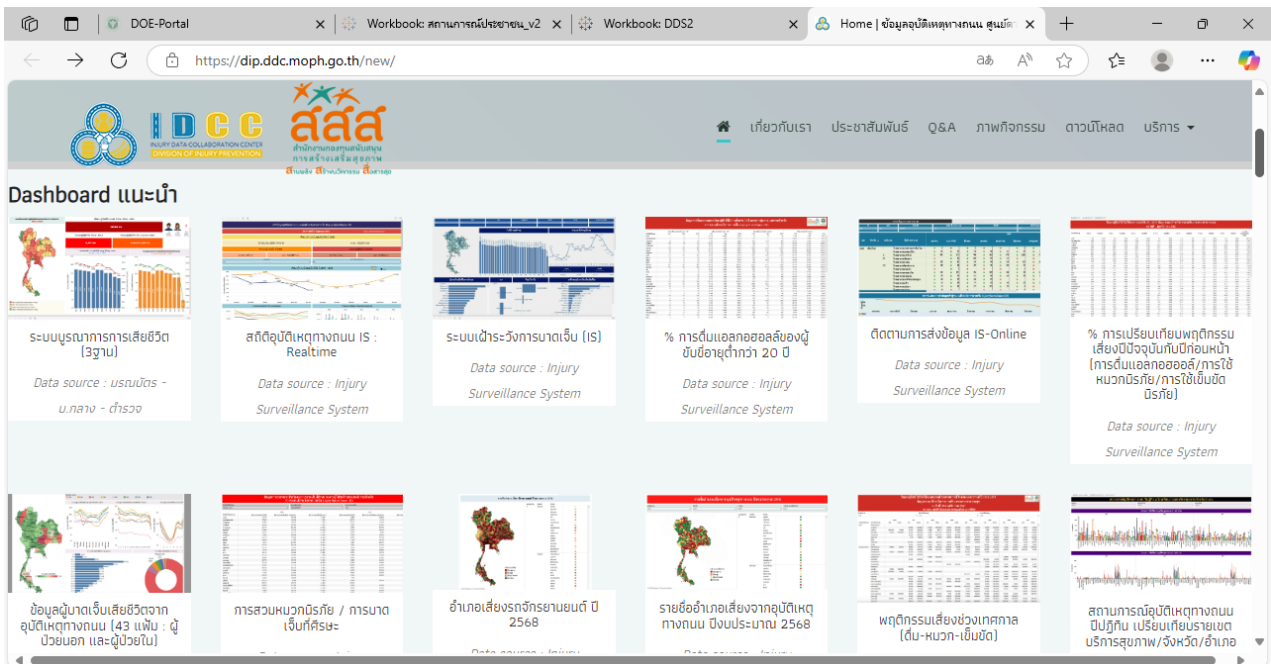


ภาพที่ 286 ระบบแสดงผลข้อมูล (Dashboard) รายงานโรค สำหรับประชาชน

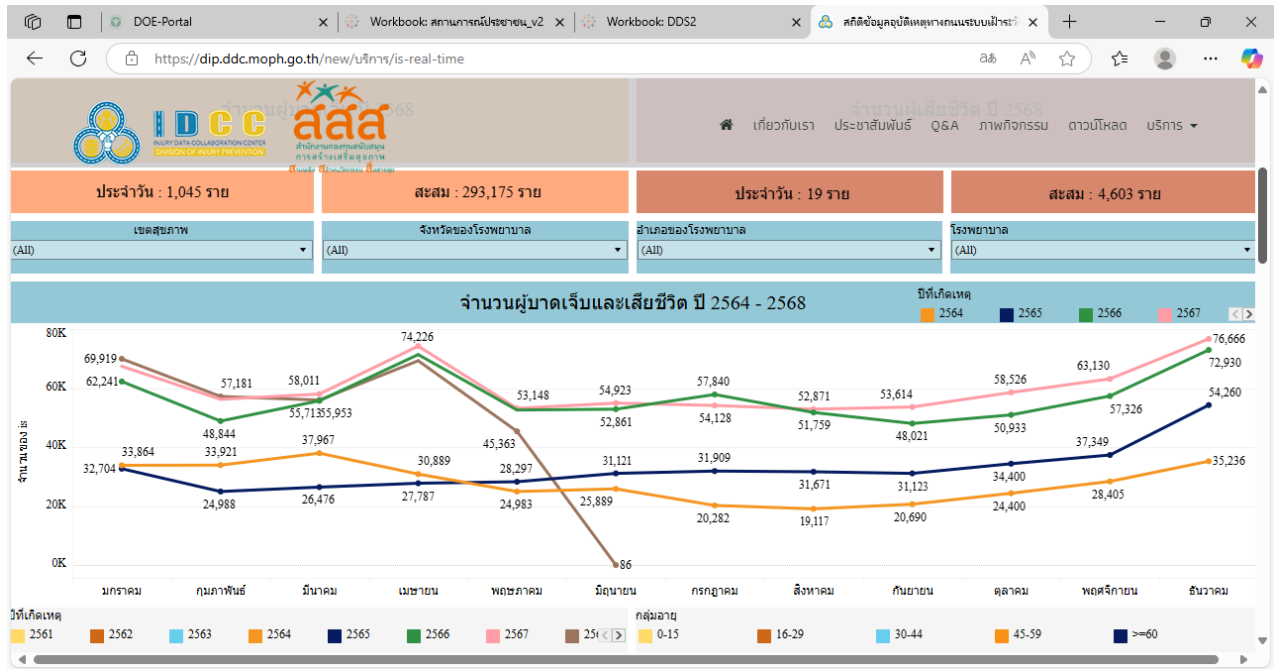


สำหรับเฝ้าระวังการบาดเจ็บ มีการจัดทำระบบแสดงผลข้อมูล ภายใต้ URL: dip.ddc.moph.go.th ที่รวม Dashboard เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ และข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน (ภาพที่ 287) โดยมีตัวอย่างของ Dashboard ข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ดัง ภาพที่ 288-289

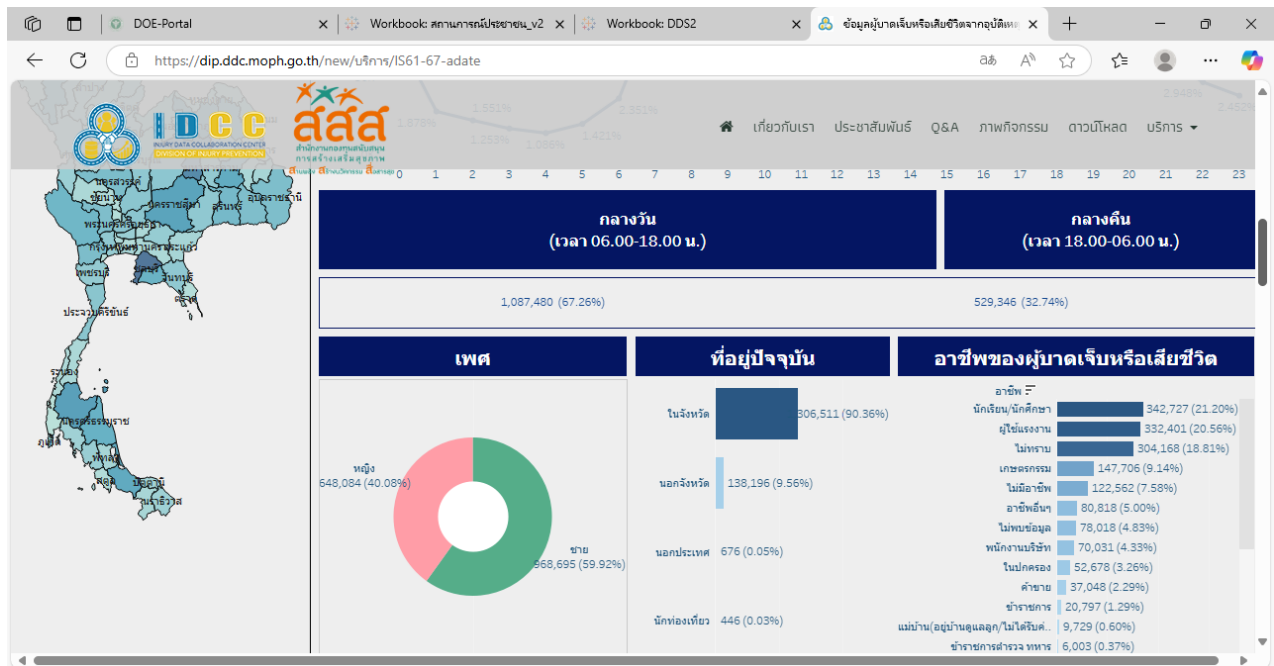
ภาพที่ 287 ระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ และข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน กรมควบคุมโรค



ภาพที่ 288 ระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance) แสดงแนวโน้มรายเดือน



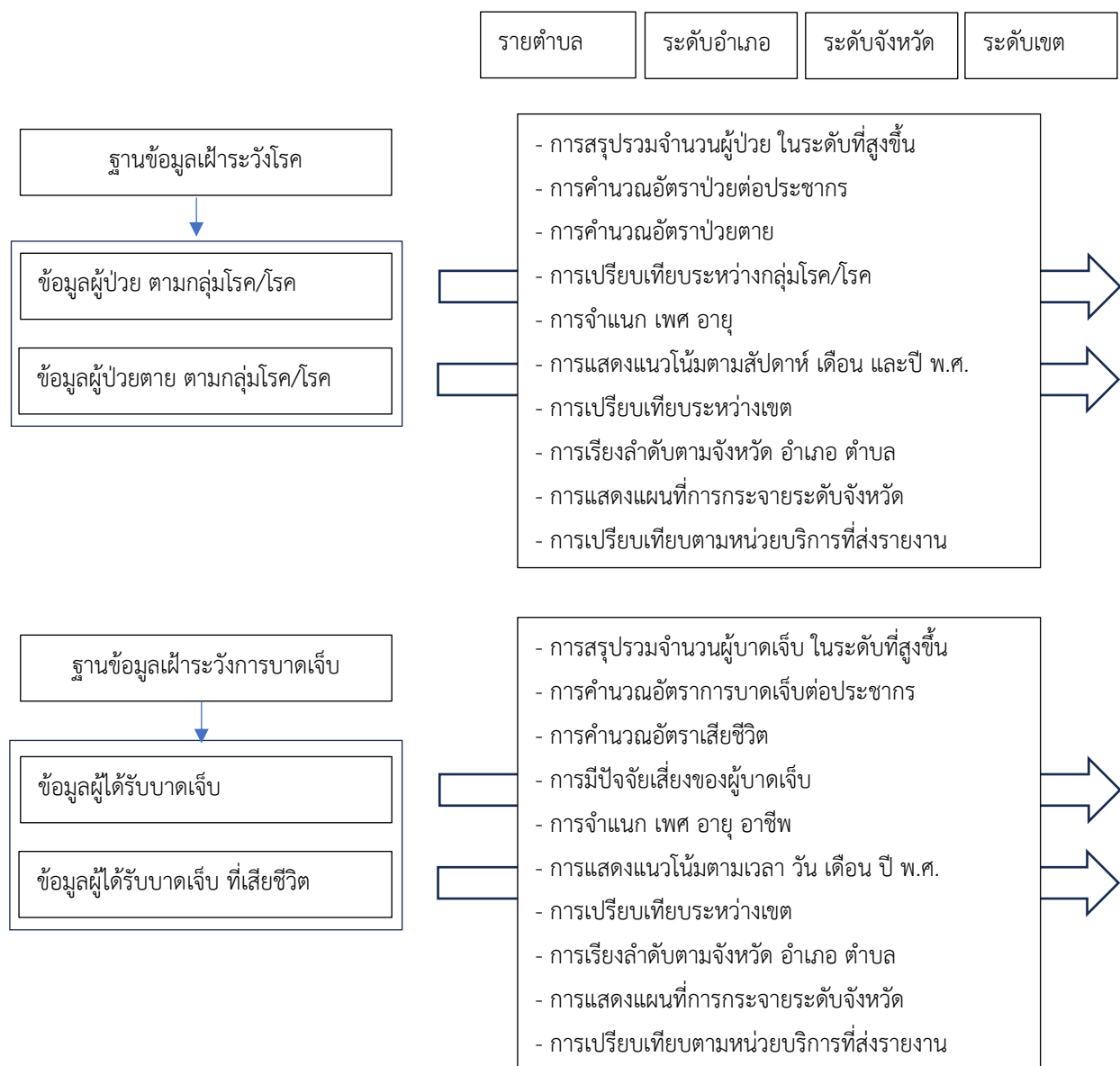
ภาพที่ 289 ระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance) แสดงการกระจายตามประชากร



ทั้งนี้ระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ อาจจะใช้เชื่อมโยงข้อมูลมาจาก ฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรค และฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ นำมาออกแบบการแสดงผลที่เหมาะสมสำหรับการใช้งานโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานในระดับที่สูงขึ้น ดัง ภาพที่ 290

ภาพที่ 290 แสดงการออกแบบระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ โดยดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรค และฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ มาจัดรูปแบบให้เหมาะสมกับการใช้งานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น การเรียงลำดับจำนวนป่วยหรือจำนวนบาดเจ็บ และอัตราการป่วยหรืออัตราการบาดเจ็บ ตามตำบล อำเภอ จังหวัด เขต เพื่อระบุพื้นที่ที่มีอัตราป่วย หรืออัตราการบาดเจ็บ สูงสุด สำหรับใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคและการบาดเจ็บในพื้นที่ ซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ภาพที่ 290 การออกแบบการแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ



5) การพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อมูลสถานะสุขภาพ เป็นข้อมูลผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยข้อมูลสถานะสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลการตาย ข้อมูลการป่วย ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย เป็นต้น โดยข้อมูลส่วนหนึ่งจะสามารถแสดงผลได้ในระดับตำบล หรือระดับอำเภอ หรือระดับจังหวัด โดยข้อมูลการตาย มีศักยภาพในการวิเคราะห์ถึงในระดับตำบล (วิเคราะห์ตามที่อยู่ผู้ตาย) ในขณะที่ข้อมูลการป่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีการวิเคราะห์ข้อมูลถึงระดับอำเภอ ในขณะที่ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย มีการวิเคราะห์ที่ระดับจังหวัด ทั้งนี้ข้อมูลสถานะสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ช่วยในการวางแผนแก้ไขปัญหา ทั้งโดยหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และหน่วยงานในระดับที่สูงขึ้น ทั้งอำเภอ จังหวัด และเขต รวมทั้งกลไกความร่วมมือที่มีหน้าที่แก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เช่น กลไก พชอ. (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) เป็นต้น ทั้งนี้ตัวอย่างของระบบแสดงผลข้อมูลผลลัพธ์สุขภาพ แสดงดัง [ภาพที่ 291-295](#) ภายใต URL: www.hiso.or.th/healthoutcome

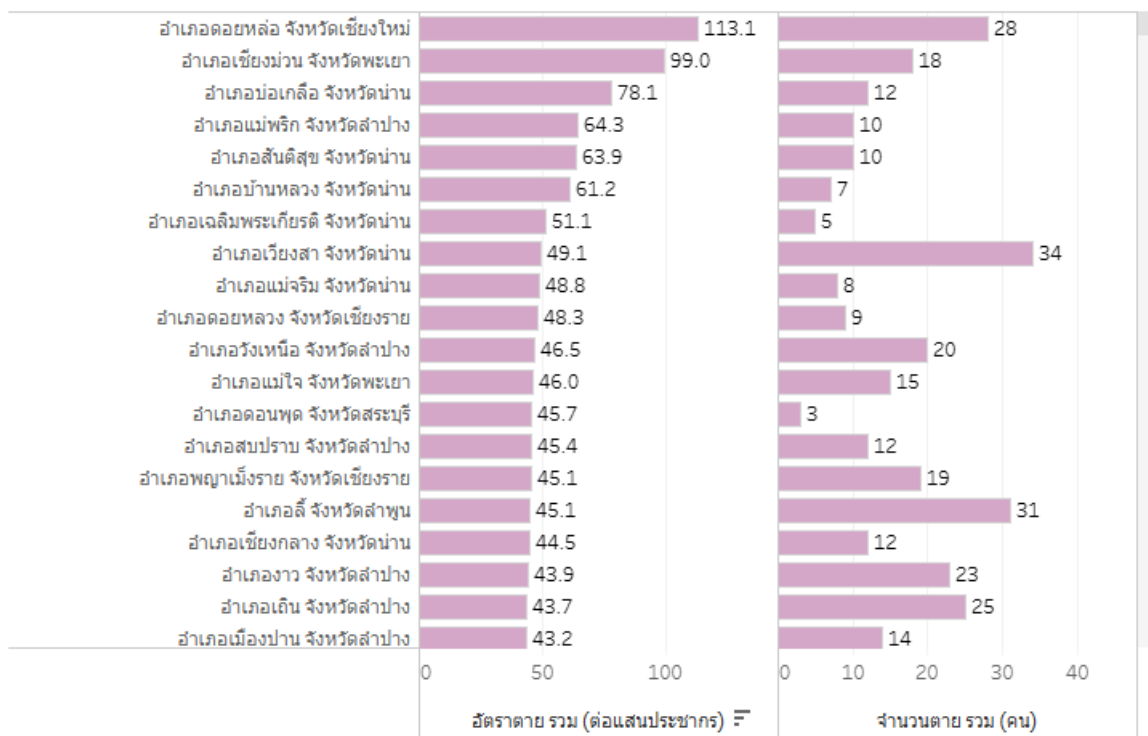
ภาพที่ 291 การแสดงแนวโน้มจำนวนตายและอัตราราย จำแนกตามเพศ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวโน้มจำนวนตายและอัตราราย (ต่อแสนประชากร) ระดับจังหวัด ปี 2561-2566



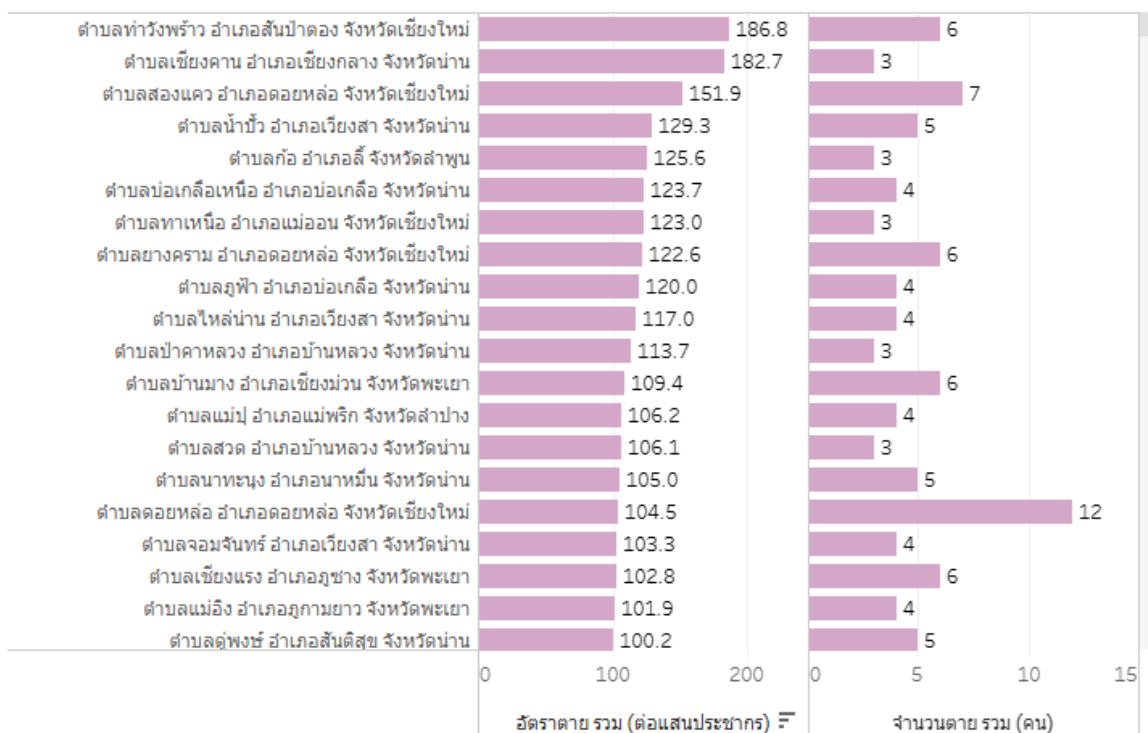
ภาพที่ 292 การแสดงอัตราตาย และจำนวนตาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรียงลำดับตามอำเภอ

อัตราตาย (ต่อแสนประชากร) และจำนวนตาย รวม รายอำเภอ ปี 2562-2566



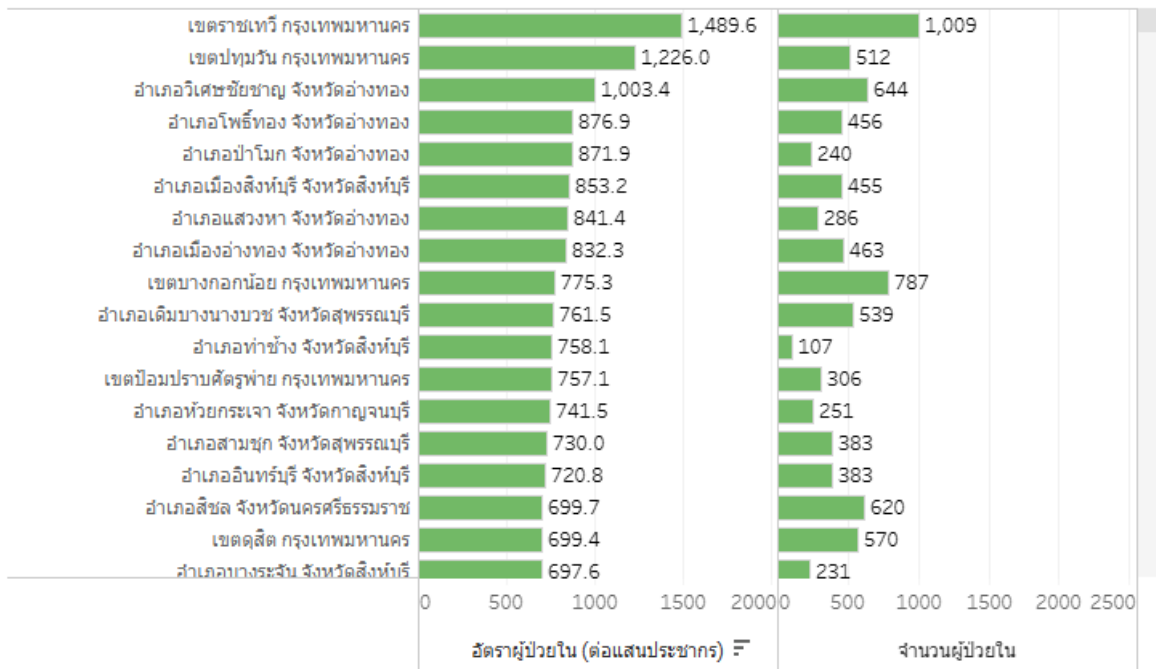
ภาพที่ 293 การแสดงอัตราตาย และจำนวนตาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรียงลำดับตามตำบล

อัตราตาย (ต่อแสนประชากร) และจำนวนตาย รวม รายตำบล ปี 2562-2566



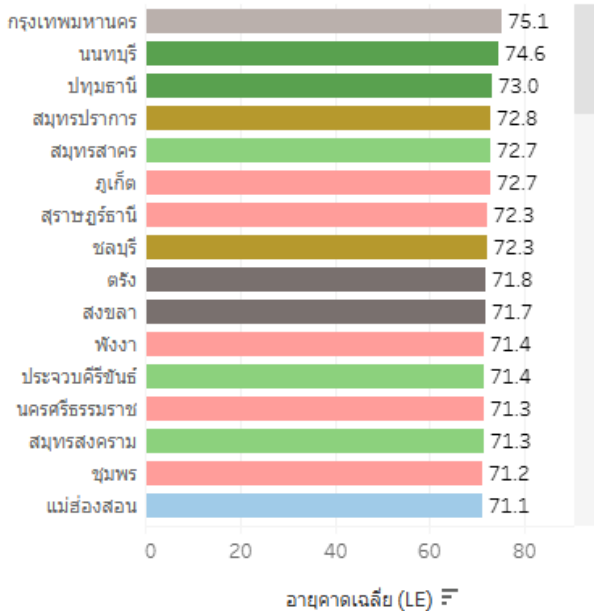
ภาพที่ 294 การแสดงอัตราผู้ป่วยใน และจำนวนผู้ป่วยใน โรคหัวใจขาดเลือด เรียงลำดับตามอำเภอ

อัตราผู้ป่วยใน (ต่อแสนประชากร) และจำนวนผู้ป่วยใน รวม รายอำเภอ ปี 2562-2565

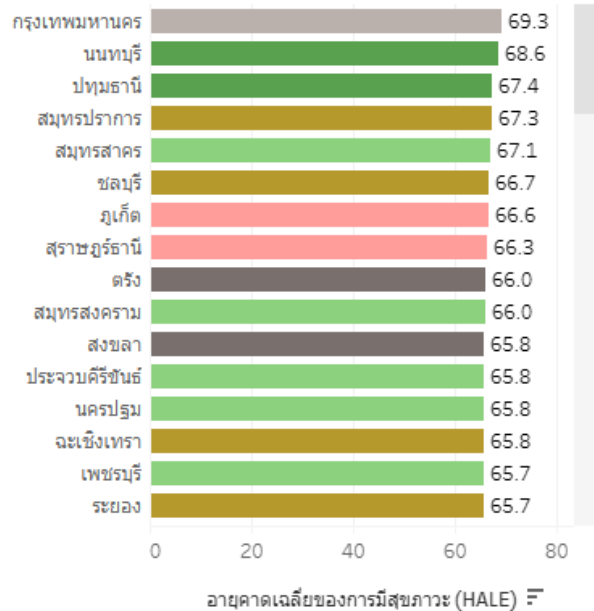


ภาพที่ 295 การแสดงอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี เรียงลำดับตามจังหวัด

อายุคาดเฉลี่ย (LE) รายจังหวัด

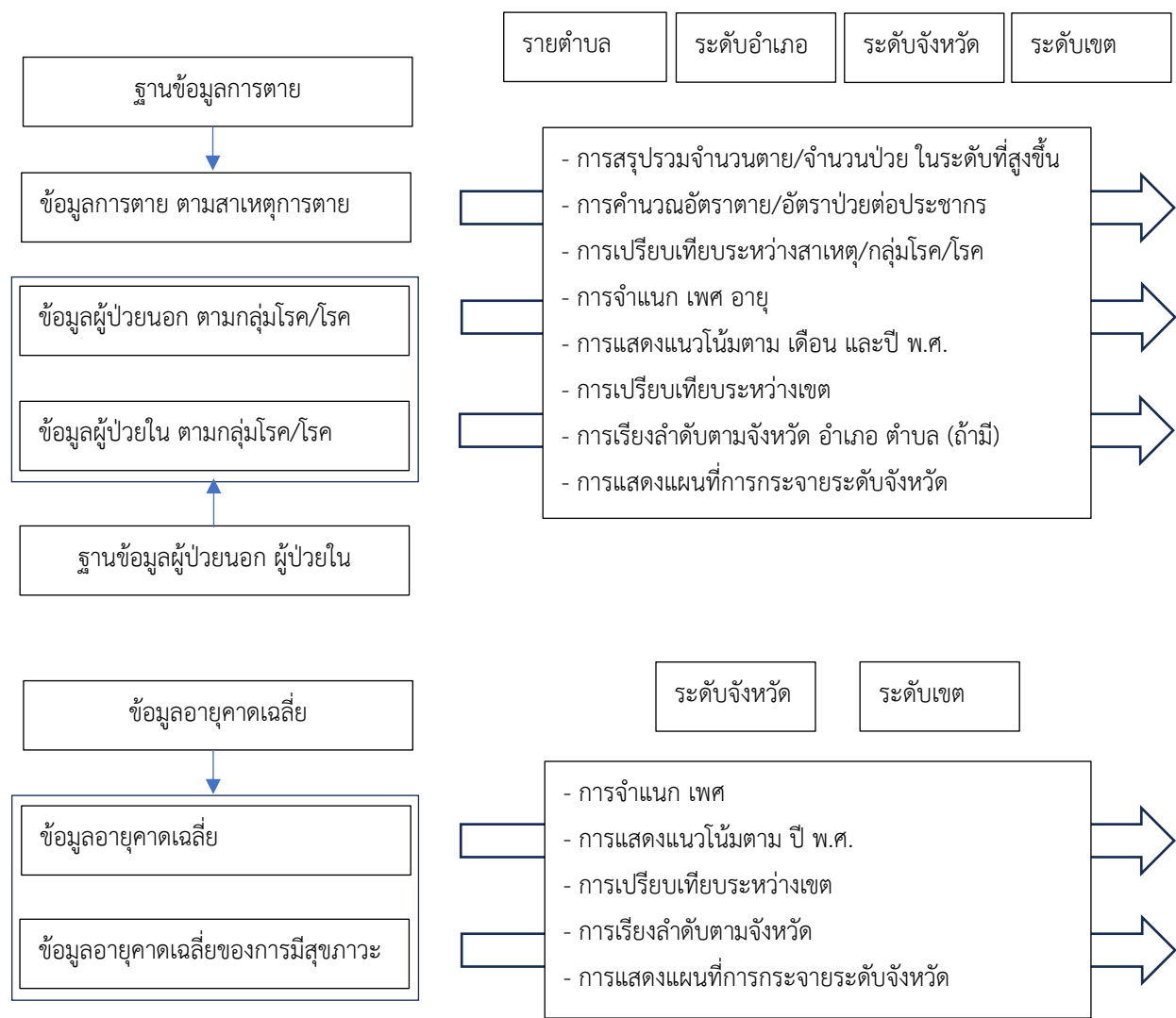


อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) รายจังหวัด



ภาพที่ 296 แสดงการออกแบบระบบแสดงผลข้อมูลสถานะสุขภาพ โดยดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการตาย ฐานข้อมูลการป่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย มาจัดรูปแบบให้เหมาะสมกับการใช้งาน สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น การเรียงลำดับจำนวนตาย และอัตราการตาย ตาม ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต การเรียงลำดับ จำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และอัตราผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ตาม อำเภอ จังหวัด เขต เพื่อระบุพื้นที่ที่มี อัตราตาย หรืออัตราผู้ป่วย สูงสุด สำหรับใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยเป็นผลลัพธ์สุขภาพในภาพรวมระดับจังหวัด

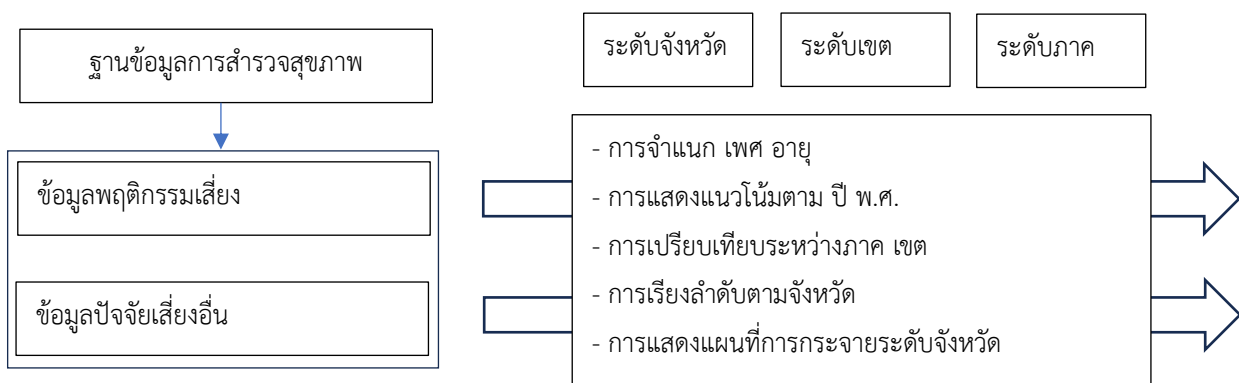
ภาพที่ 296 การออกแบบการแสดงผลข้อมูลตาย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อายุคาดเฉลี่ย สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ



6) การพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

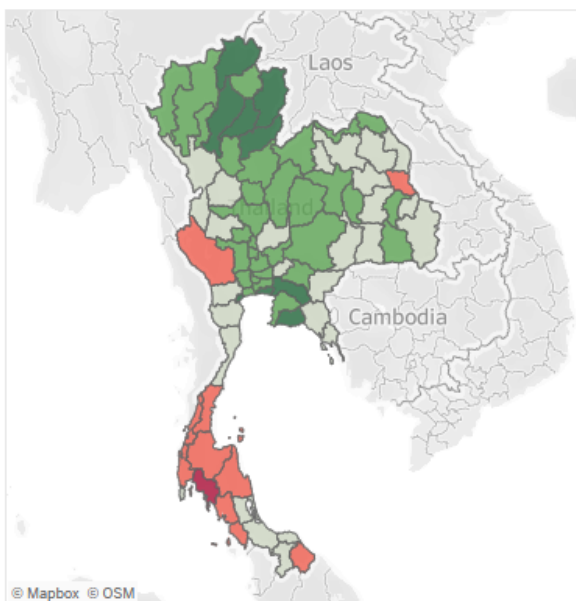
ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ มักจะได้มาจากการสำรวจ และมีข้อมูลถึงระดับจังหวัด ดังนั้นข้อมูลปัจจัยเสี่ยงจะเป็นข้อมูลประกอบในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันโรค โดยการจัดการที่สาเหตุของการป่วย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย รวมทั้งความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เป็นต้น โดยการออกแบบระบบแสดงผลข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ แสดงดัง [ภาพที่ 297](#) ทั้งนี้ตัวอย่างของระบบแสดงผลข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ แสดงดัง [ภาพที่ 298-300](#) ภายใต้ URL: www.hiso.or.th/thaihealthmonitor

[ภาพที่ 297](#) การออกแบบการแสดงผลข้อมูลปัจจัยเสี่ยง สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ



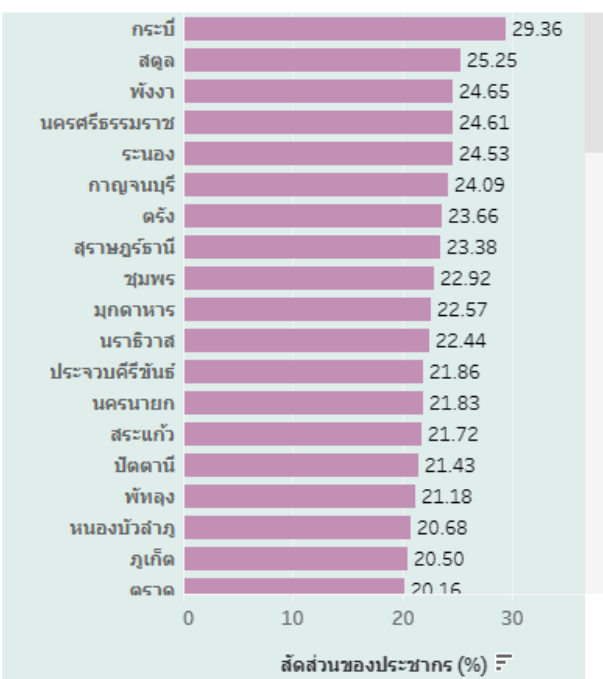
[ภาพที่ 298](#) การแสดงข้อมูลสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน อายุ 15 ปีขึ้นไป รายจังหวัด ปี 2564

แผนที่จังหวัด



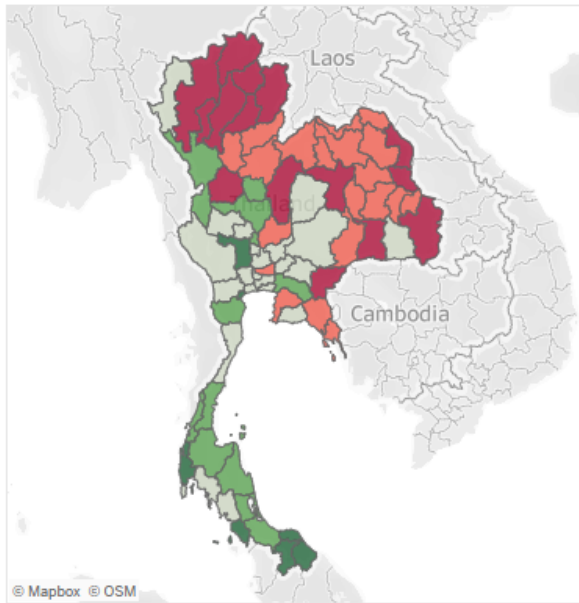
สัดส่วนของประชากร (%)
10.00 30.00

เปรียบเทียบจังหวัด



ภาพที่ 299 การแสดงข้อมูลสัดส่วนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน อายุ 15 ปีขึ้นไป รายจังหวัด ปี 2564

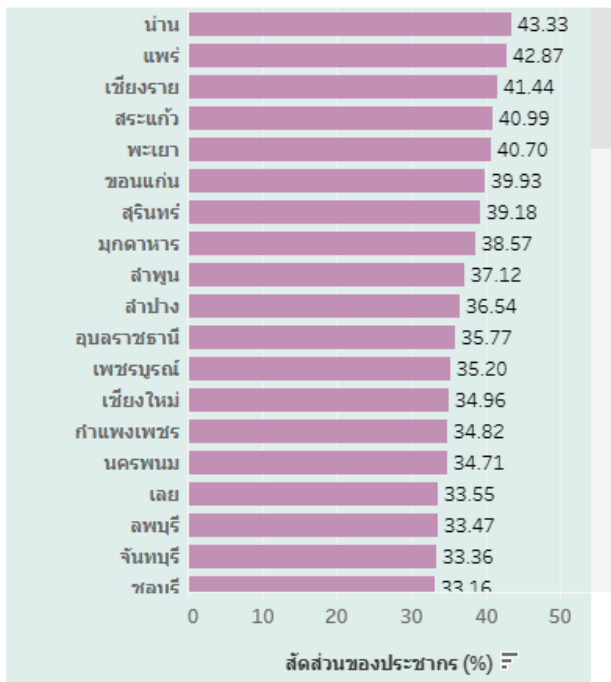
แผนที่จังหวัด



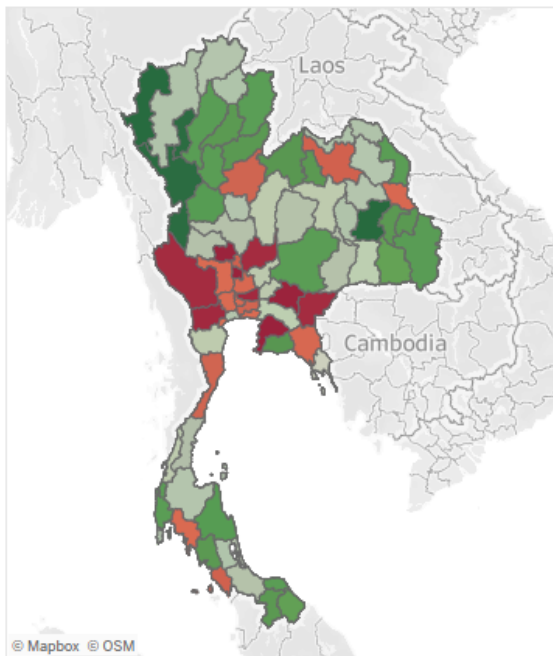
สัดส่วนของประชากร (%)



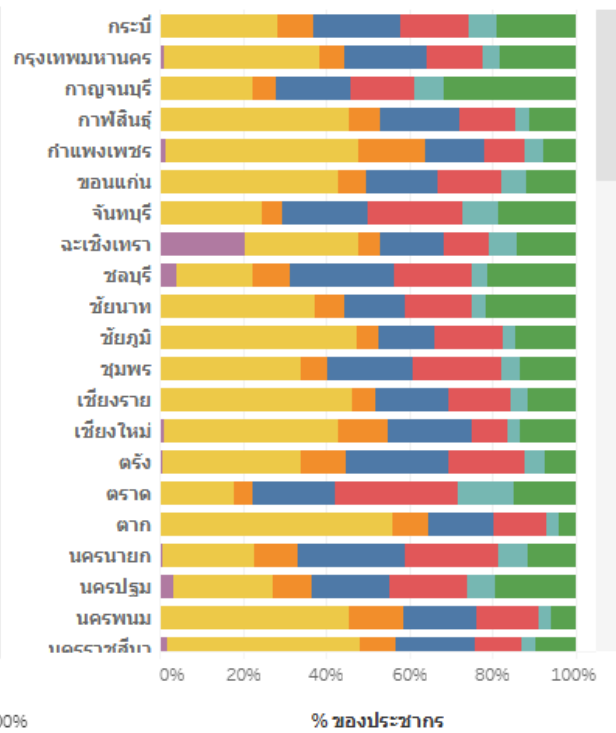
เปรียบเทียบจังหวัด



ภาพที่ 300 การแสดงข้อมูลสัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ทุกวัน อายุ 6 ปีขึ้นไป รายจังหวัด ปี 2564



% ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป



7) การบูรณาการระบบแสดงผลข้อมูลเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ในการบูรณาการระบบแสดงผลข้อมูลเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีตัวอย่างของการพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูล โดยเชื่อมโยงข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ นำมาแสดงผลข้อมูลในระบบเดียวกัน ได้แก่ Dashboard ข้อมูลของจังหวัด ระยอง (สามารถเข้าถึงได้ผ่าน URL: hsiu.hsri.or.th) ที่มีการแสดงผลข้อมูลตามยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และมีการเชื่อมโยงจากแหล่งข้อมูลมาแสดงผล เช่น ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ระบบมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard) เป็นต้น ดัง ภาพที่ 301

ภาพที่ 301 ระบบแสดงผลข้อมูลตามตัวชี้วัดของ รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง

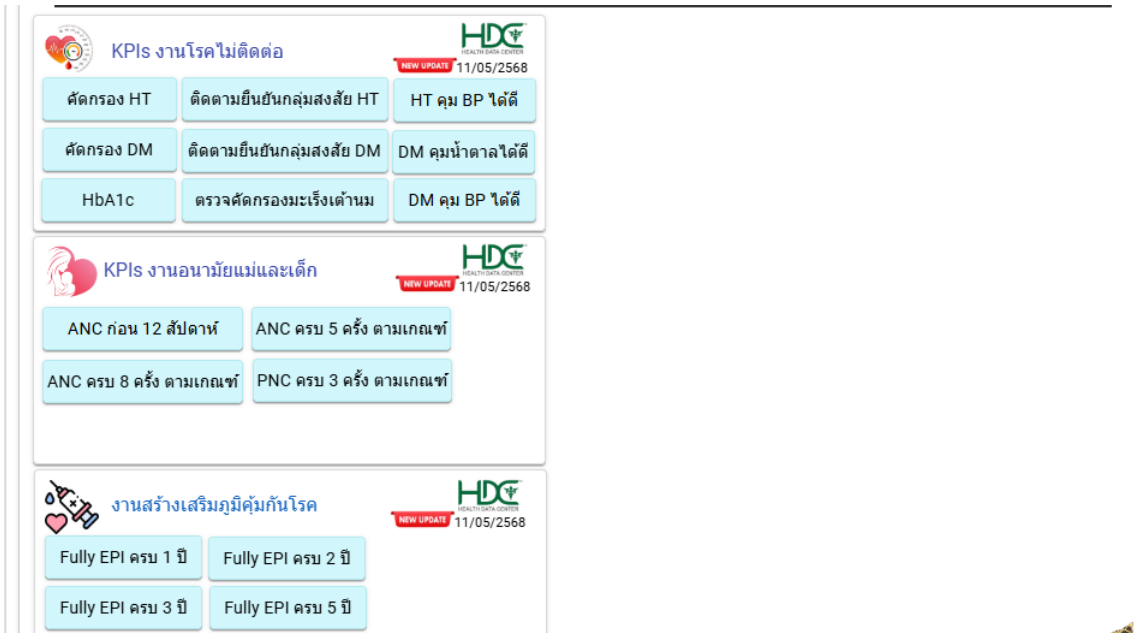


ระบบแสดงผลข้อมูล ของ อบจ. ระยอง มีข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และข้อมูลบริการเฉพาะ ตามยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด (KPI) รวมทั้งข้อมูลด้านบริหาร เช่น ข้อมูลบุคลากร ข้อมูลงบประมาณ และเงินบำรุงของ รพ.สต. รวมทั้งตัวชี้วัดร่วม (KPI ร่วม) ที่ตกลงร่วมกันกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 17 ตัว ได้แก่ ตัวชี้วัดงานโรคไม่ติดต่อ 9 ตัว ตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก 4 ตัว และตัวชี้วัดงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 4 ตัว โดยรายการตัวชี้วัดร่วม 17 ตัว แสดงดัง ภาพที่ 302

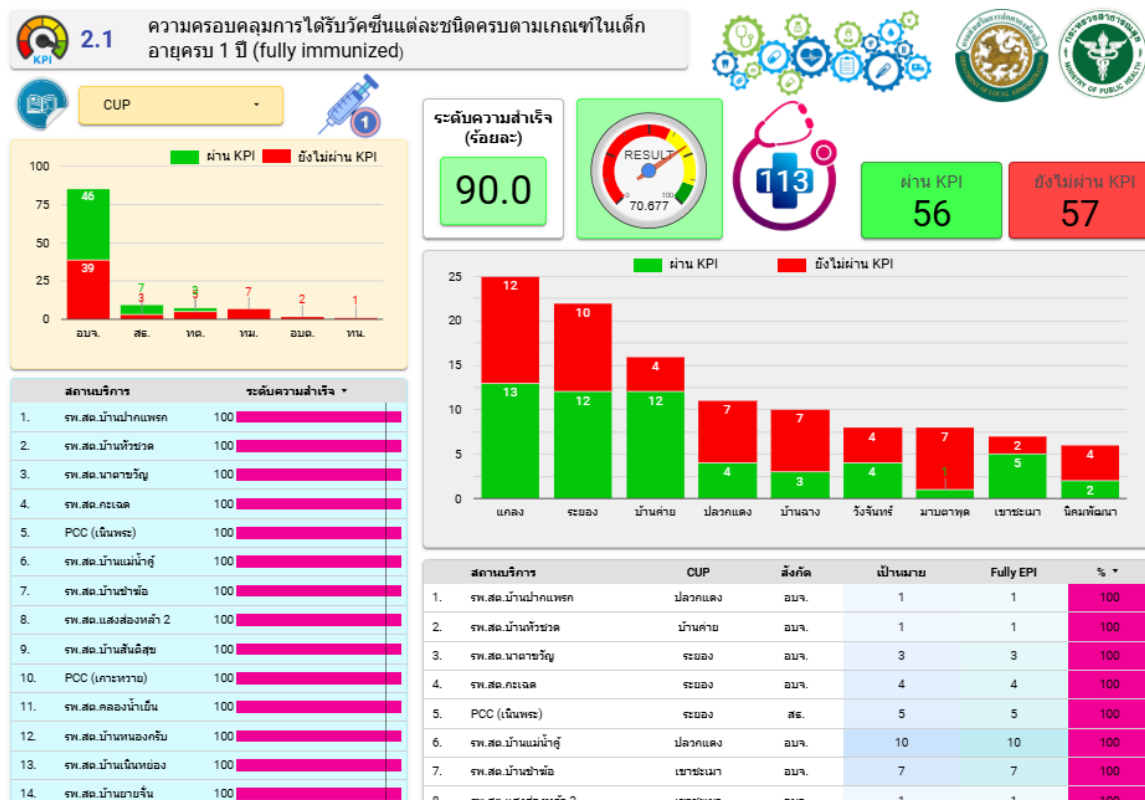
ภาพที่ 303 แสดงระบบแสดงผลข้อมูลตามตัวชี้วัด ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ที่มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมาย การแสดงผลงานตามตัวชี้วัด เรียงลำดับจากมากไปน้อย ของ รพ.สต. การแสดงจำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ในภาพรวมระดับจังหวัด และของแต่ละอำเภอ รวมทั้งการแสดงผลเป้าหมายและผลงานของ รพ.สต. แต่ละแห่ง เป็นต้น

ภาพที่ 304 แสดงระบบแสดงผลข้อมูลบริการผู้รับบริการทั้งหมดของ รพ.สต. และภาพที่ 305 แสดงระบบแสดงผลข้อมูลบุคลากรของ รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง

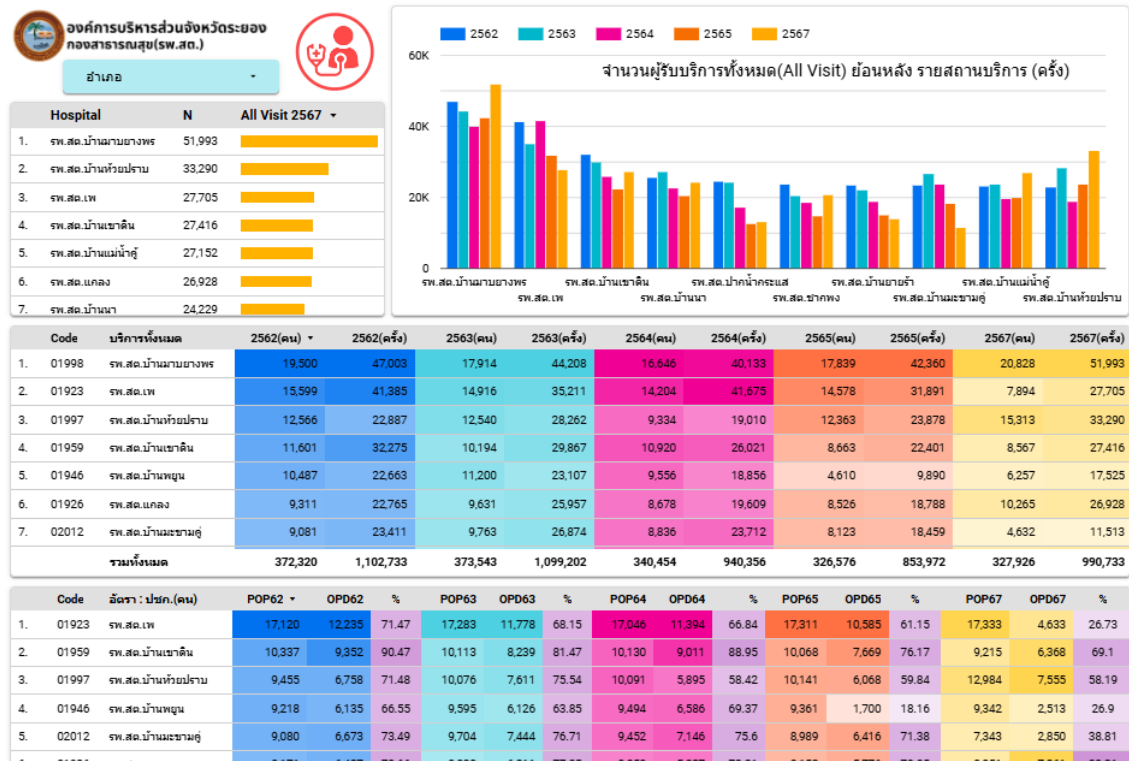
ภาพที่ 302 ระบบแสดงผลข้อมูลตามตัวชี้วัดของ รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง: KPI ร่วม



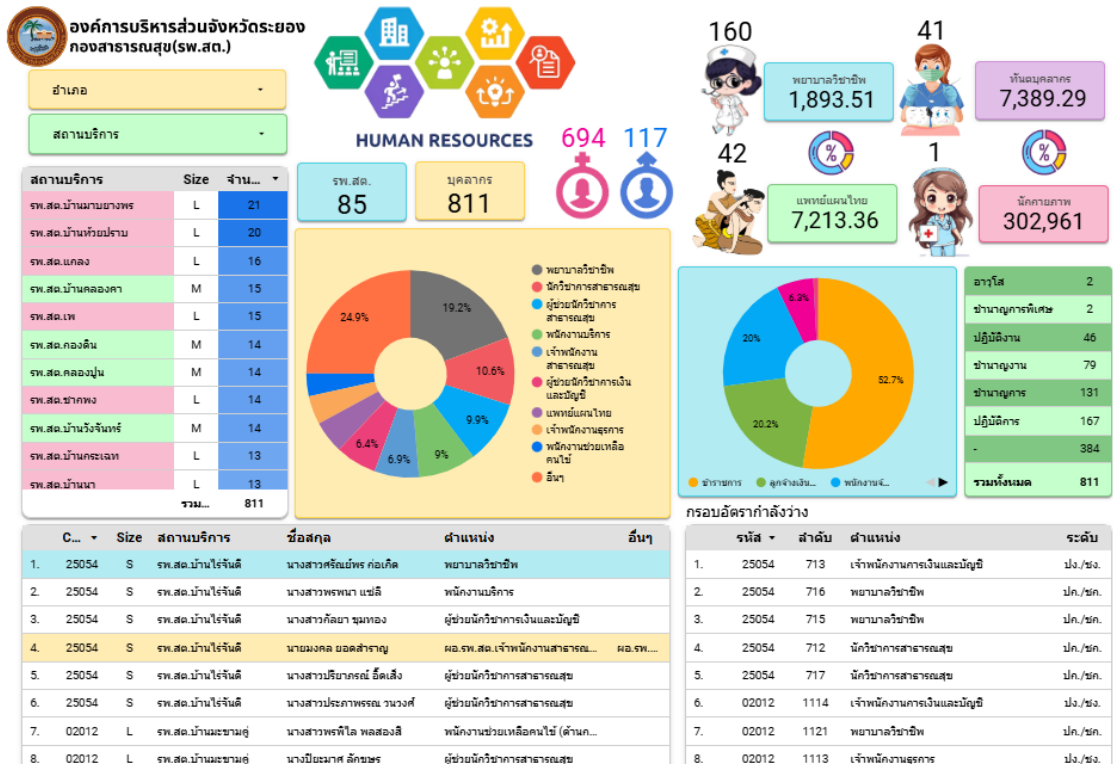
ภาพที่ 303 ระบบแสดงผลข้อมูลตามตัวชี้วัดของ รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง: Dashboard ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี



ภาพที่ 304 ระบบแสดงผลข้อมูลผู้รับบริการทั้งหมดของ รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง



ภาพที่ 305 ระบบแสดงผลข้อมูลบุคลากร รพ.สต. ของ อบจ. ระยอง



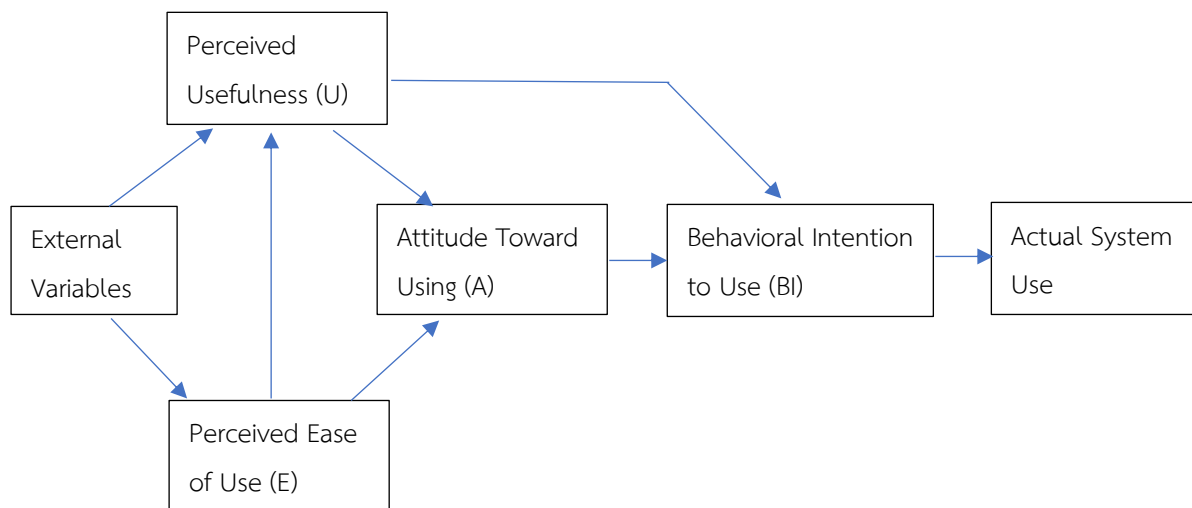
จากข้อเสนอการพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลทั้ง 5 ด้าน สำหรับการสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ยกเว้นระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล) ได้แก่ 1) ข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐาน รพ.สต. 2) ข้อมูลบริการสุขภาพ (ผู้ป่วยนอก และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค) รพ.สต. 3) ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ 4) ข้อมูลสถานะสุขภาพ (การตาย การป่วย อายุคาดเฉลี่ย) และ 5) ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ สามารถนำมาบูรณาการ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีความเชื่อมโยงจากแหล่งข้อมูล การจัดการข้อมูลและการแสดงผลข้อมูล และการใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิ ดัง ภาพที่ 306

ภาพที่ 306 การบูรณาการระบบแสดงผลข้อมูล เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ



แนวคิดในการออกแบบระบบข้อมูลที่เหมาะสม อาจประยุกต์ใช้ทฤษฎี แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model, TAM) ซึ่งเป็นทฤษฎีด้านระบบสารสนเทศที่อธิบายการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี โดยมีการใช้เทคโนโลยีจริง (actual system use) เป็นจุดหมายปลายทาง และมีความตั้งใจทางพฤติกรรม (behavioral intention, BI) เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การใช้เทคโนโลยี ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านทัศนคติ (attitude, A) ที่เป็นประเด็นด้านความประทับใจในภาพรวมของเทคโนโลยี ทั้งนี้แบบจำลองมีการเสนอถึงปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อทัศนคติใช้เทคโนโลยีที่สำคัญ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยี (perceived usefulness, PU) และการรับรู้ความง่ายต่อการใช้งานของเทคโนโลยี (perceived ease-of-use, PEOU) รวมทั้งปัจจัยตัวแปรภายนอก (external variables) ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อรับรู้และทัศนคติ ดังแสดงในภาพที่ 307

ภาพที่ 307 แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model)



ที่มา: https://en.wikipedia.org/wiki/Technology_acceptance_model

ในการออกแบบระบบข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการใช้งานจริง จึงควรคำนึงถึงประเด็นการรับรู้ด้านการใช้ประโยชน์ และความง่ายในการใช้งาน เป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งจะนำไปสู่ทัศนคติที่ดี และความตั้งใจในการใช้งาน จนถึงการใช้งานจริงในที่สุด

2) การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวม

ในการพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ พบว่ากลไกที่จะสนับสนุนการดำเนินงานระบบข้อมูลสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับการให้บริการของ รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. และที่ไม่ได้ถ่ายโอนไปยัง อบจ. รวมทั้ง รพ.สต. หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดอื่นๆ จะมีความสอดคล้องกับกลไกทางกฎหมาย ที่ครอบคลุมบริการระดับปฐมภูมิ ก็คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งมีหมวดที่ว่าด้วยเรื่องระบบข้อมูลของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้กลไกที่ดำเนินการภายใต้ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ จะมีผลผูกพันกับทุกหน่วยงาน ที่จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยกลไกที่ควรได้รับการพัฒนาภายใต้ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งดำเนินการโดยคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) เป็นเลขานุการของคณะกรรมการฯ มีดังนี้

- 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์ การกำกับติดตาม ประเมินผล และระบบข้อมูล โดยคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่
 - คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ด้านการกำหนดยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อใช้เป็นทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่จะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย และการติดตามประเมินผล
 - คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ด้านการกำกับติดตาม ประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัด ที่จะใช้ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ จะนำไปสู่การกำหนดทิศทางของระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
 - คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ระบบข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐาน ฐานข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ ฐานข้อมูลสนับสนุนอื่นๆ
- 2) การพัฒนากรอบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐาน หรือ Service package โดย กสป. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทน อบจ. และ เทศบาล อบต. ที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิ

โดยจัดทำกรอบการให้บริการสุขภาพขั้นต่ำ ที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิต้องให้บริการเป็นพื้นฐาน อาทิเช่น การรักษาผู้ป่วยตามกลุ่มโรคสำคัญ การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ บริการด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ บริการด้านทันตสาธารณสุข บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น
- 3) การพัฒนาตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดย กสป. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทน อบจ. และ เทศบาล อบต. ที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิ

โดยพัฒนาเป็นตัวชี้วัดกลางขั้นต่ำ ที่ใช้ร่วมกันสำหรับหน่วยงานทุกสังกัด ที่จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อใช้ในการประเมินผลงานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเป้าหมายอาจจะแตกต่างกันตามบริบทของหน่วยงานหรือของพื้นที่

- 4) การพัฒนากลไกการกำกับติดตาม ประเมินผล โดย กสป. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทน อบจ. และ เทศบาล อบต. ที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิ
โดยข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดกลางขั้นต่ำที่กำหนด หรือจากการติดตามมาตรฐานการให้บริการ หรือจากการประเมินทรัพยากรสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาประเมินส่วนขาด และวางแผนการพัฒนา ผ่านคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน ที่เกี่ยวข้อง
- 5) การพัฒนาข้อตกลงในการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ โดย กสป. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทน อบจ. และ เทศบาล อบต. ที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิ
โดยเป็นข้อตกลงกลางในระดับประเทศ ที่ใช้เป็นหลักการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ที่มีความสำคัญ เช่น ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพปฐมภูมิ ข้อมูลมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ส่งเข้าสู่คลังข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น
- 6) การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้ข้อมูล การคุ้มครองข้อมูล การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ และการเข้าถึงข้อมูล รวมทั้งการส่งข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการในหน่วยบริการ กลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย กสป. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทน อบจ. และ เทศบาล อบต. ที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยจะต้องสอดคล้องกับสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้หลักเกณฑ์ดังกล่าว จะนำไปใช้ในกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับหน่วยบริการอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น ในกรณีส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือในกรณีบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เป็นต้น
- 7) การปรับมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดย กสป. ให้ครอบคลุมมิติการดำเนินงานด้านระบบข้อมูล โดยปรับปรุงมาตรฐานในหมวดระบบสารสนเทศ เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล เข้าสู่ศูนย์กลางข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ อย่างครบถ้วน และสม่ำเสมอ
- 8) การสนับสนุนให้เกิดศูนย์กลางข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดย กสป. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทน อบจ. และ เทศบาล อบต. ที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) มาใช้ประโยชน์ โดยความร่วมมือกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ รพ.สต. ในการติดตามการนำเข้าสู่ข้อมูลบริการของ รพ.สต. ในสังกัด เข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ให้มีความถูกต้องครบถ้วน เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันในการติดตามบริการสุขภาพปฐมภูมิ

3) การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด

ในการพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด จะมีความสำคัญในกรณีที่การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. หรือไปยัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น เช่น เทศบาล อบต. โดยกลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด จะเป็นกลไกการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระดับจังหวัด โดยจะเป็นการดำเนินงานภายใต้กลไกในระดับจังหวัด ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) อาทิเช่น

- 1) การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์ การกำกับติดตาม ประเมินผล และระบบข้อมูล ระดับจังหวัด เพื่อรองรับการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละจังหวัด โดยสามารถแต่งตั้งโดยคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) หรือ โดยคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่จะใช้เป็นกลไกสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัด
- 2) การพัฒนาตัวชี้วัดร่วม ในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด โดยอาจจะเป็นส่วนเพิ่มเติมจากตัวชี้วัดกลางขั้นต่ำ ที่กำหนดขึ้นในระดับประเทศ โดยแต่ละจังหวัดอาจจะมีการกำหนดตัวชี้วัดร่วม ระหว่าง สสจ. และ อบจ. รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพสังกัดอื่นๆ เพื่อใช้เป็นหลักในการกำกับติดตามระบบสุขภาพปฐมภูมิร่วมกัน ดำเนินการโดยคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ การกำกับติดตาม ประเมินผล และระบบข้อมูล ระดับจังหวัด
- 3) การพัฒนากลไกการกำกับติดตาม ประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด โดยข้อมูลที่ได้จากการติดตามประเมินผล ผ่านตัวชี้วัดกลางขั้นต่ำที่กำหนด หรือตัวชี้วัดร่วมระดับจังหวัด หรือจากการติดตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ หรือจากการประเมินทรัพยากรสุขภาพปฐมภูมินำมาประเมินส่วนขาดและวางแผนการพัฒนา ดำเนินการโดยคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านการกำกับติดตาม ประเมินผล ระดับจังหวัด
- 4) การพัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ โดยระบบสนับสนุน ได้แก่ การให้คำปรึกษาในการบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล การนิเทศติดตามการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล การพัฒนาบุคลากรด้านการใช้ข้อมูล การบำรุงรักษาระบบข้อมูล ทั้งนี้บางกิจกรรมอาจจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง สสจ. กับ อบจ. ดำเนินการโดยคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านระบบข้อมูล ระดับจังหวัด

4) การบริหารจัดการระบบบริการและการเงินการคลังที่สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการให้บริการ และส่งผลกระทบต่อข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ จะมาจากการออกแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ และการจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ที่จะส่งผลกระทบต่อให้บริการในระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้ในการพัฒนาระบบบริการและการเงินการคลังที่เหมาะสม ประกอบด้วยแนวทาง ดังนี้

- 1) การจัดทำข้อเสนอระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หน่วยงานวิจัย คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง กสพ. กระทรวงสาธารณสุข อบจ. และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วยบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น โดยหากแบ่งตามศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และความเชื่อมโยงกับหน่วยบริการในระดับที่สูงขึ้น จะสามารถแบ่งบริการได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งเป็นบริการที่สามารถดำเนินการได้โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการกับประชาชนในความรับผิดชอบ และ 2)

บริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ต้องมีการเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และต้องมีการเชื่อมโยงกับบริการที่ให้โดยแพทย์ หรือสหวิชาชีพ ที่ไม่ได้อยู่ประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงควรมีการจัดบริการแบบเครือข่ายบริการ (Service network) รวมถึงเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐานสำหรับประชาชนในพื้นที่ และเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงไปถึงบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิที่ชัดเจน ไม่สามารถแยกบริการระหว่างหน่วยบริการแต่ละสังกัดออกจากกันได้แบบเด็ดขาด โดยจะต้องคงความเป็นเครือข่ายของบริการเอาไว้ ผ่านการเชื่อมโยงกันในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสนับสนุนผ่านระบบส่งต่อ การสนับสนุนด้านความรู้และการพัฒนาศักยภาพ เป็นต้น โดยส่วนหนึ่งจะส่งผลต่อความเชื่อมโยงกันในด้านข้อมูลบริการสุขภาพด้วย

- 2) การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หน่วยงานวิจัย คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข อบจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการจัดสรรเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ ส่งผลต่อการจัดรูปแบบของ บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมาก อาทิเช่น การจัดสรรงบเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และงบเหมาจ่ายสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่จัดสรรไปยังหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย (CUP) ที่เป็นโรงพยาบาล หรือเป็น รพ.สต. สังกัด อบจ. ทั้งที่เป็น CUP (CUP split) หรือในรูปแบบพิเศษที่ไม่ได้เป็น CUP ทั้งนี้รูปแบบการจัดสรรเงิน จะส่งผลต่อรูปแบบการจัดบริการ โดยหากจัดสรรเงินไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยหลักการแล้ว โรงพยาบาลแม่ข่าย ก็จะต้องคงให้การสนับสนุน รพ.สต. ที่เป็นลูกข่าย ไม่ว่าจะอยู่ในสังกัดใด เช่น การสนับสนุนแพทย์ การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ การสนับสนุนงบประมาณ Fixed cost แต่การสนับสนุนดังกล่าว ก็อาจจะแตกต่างกันไปในรายละเอียดสำหรับแต่ละจังหวัดหรือ CUP ขึ้นอยู่กับปัจจัยในแต่ละพื้นที่ แต่ก็ยังคงมีความเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ไม่มากนักน้อย แต่ในกรณีที่มีการจัดสรรงบเหมาจ่ายไปยัง รพ.สต. สังกัด อบจ. ทั้งในรูปแบบ CUP และในรูปแบบพิเศษ ก็จะเป็นบทบาทของ รพ.สต. หรือ อบจ. ในการจัดหาแพทย์มาให้บริการ รวมทั้งการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยมีการไปใช้บริการที่โรงพยาบาล หรือมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล หรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปที่โรงพยาบาล ก็จะต้องมีการตามจ่ายจาก รพ.สต. ไปยังโรงพยาบาล ทำให้การเชื่อมโยงกันในฐานะเป็นเครือข่ายบริการเดียวกัน เปลี่ยนไปเป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ ที่ต้องมีการตามจ่ายระหว่างกัน จึงควรมีการศึกษาทบทวนรูปแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับการจัดการบริการปฐมภูมิ โดยวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของการจัดสรรงบประมาณในแต่ละรูปแบบ ในแต่ละบริบท นำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอ รูปแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับการจัดการบริการปฐมภูมิ ภายใต้บริบทของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ซึ่งในปัจจุบันเป็นบทบาทของ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) แต่ในหลายจังหวัดประสบปัญหา

ความไม่ลงตัวในการจัดสรรงบประมาณระหว่างกัน รวมทั้งมีความหลากหลาย เกิดความไม่เสมอภาค และความแตกต่างในการจัดบริการในแต่ละพื้นที่ และในบางบริบทกระทบต่อการบริการสุขภาพที่จัดให้กับประชาชน อาจทำให้การให้บริการปฐมภูมิไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน โดยรูปแบบหนึ่งที่มีการเสนอ ได้แก่ การแบ่งงบเหมาจ่ายเป็น 2 ส่วน ได้แก่ งบสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่สามารถบริหารจัดการได้โดย รพ.สต. (สังกัด อบจ. หรือสังกัด อบต. เทศบาล) ตามประชากรในความรับผิดชอบ และงบสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่ต้องมียอดประกอบของการจัดบริการรักษาที่ครบถ้วน เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ในอัตราส่วนต่อประชากรที่เป็นมาตรฐาน โดยขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โดยหากเครือข่าย รพ.สต. หรือ รพ.สต.แต่ละแห่ง มียอดประกอบที่ครบถ้วนตามมาตรฐาน ก็สามารถรับงบเหมาจ่ายด้านรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกได้ แต่หากยังไม่สามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ก็จะต้องอยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาล เป็นต้น โดยโรงพยาบาลยังต้องสนับสนุนการให้บริการของ รพ.สต. ในลักษณะของลูกข่าย ไม่ว่าจะอยู่ในสังกัดใด และพิจารณาถึงความเป็นมาตรฐานเดียวกันของการสนับสนุนของแม่ข่ายไปยังลูกข่ายด้วย และนอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอเกี่ยวกับอัตราเหมาจ่ายสำหรับ รพ.สต. แต่ละอำเภอ ที่ควรจะมีค่าเท่าเทียมกัน ไม่ควรมีความแตกต่างกัน เนื่องจากอำเภอที่ได้รับอัตราเหมาจ่ายน้อย จะมีงบประมาณไม่เพียงพอจ่าย โดยเฉพาะในกรณีการตามจ่าย รวมทั้งการพิจารณาอัตราการตามจ่ายที่มีความเหมาะสมและเป็นมาตรฐาน และพิจารณาหลักการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP fee schedule) ที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เนื่องจากการจ่ายค่าบริการในลักษณะนี้ ส่งผลต่อการให้บริการและการบันทึกข้อมูลเป็นอย่างมาก

5) ข้อเสนอแผนการดำเนินงานพัฒนาด้านระบบข้อมูลสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สำหรับข้อเสนอในการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนาคลังสารสนเทศด้านข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ สามารถนำมากำหนดเป็นแผนการดำเนินงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ตารางที่ 27 ข้อเสนอแผนการพัฒนาระบบข้อมูลและคลังสารสนเทศด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ

การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2569		ปีงบประมาณ 2570		ปีงบประมาณ 2571		หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	เดือน 1-6	เดือน 7-12	เดือน 1-6	เดือน 7-12	เดือน 1-6	เดือน 7-12	
1.การแต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงาน ระดับประเทศ							คณะกรรมการระบบ สุขภาพปฐมภูมิ กสป.
2.การศึกษาตัวชี้วัดระบบสุขภาพ ปฐมภูมิที่เหมาะสม							สวรส. หน่วยงานวิจัย กสป. กระทรวง สาธารณสุข อบจ.
3.การจัดทำกรอบบริการปฐมภูมิและ ตัวชี้วัดปฐมภูมิขึ้นต่อระดับประเทศ							กสป. ร่วมกับ กระทรวง สาธารณสุข อบจ. อปท.
4.การจัดทำข้อตกลงและกำหนด หลักเกณฑ์การแลกเปลี่ยนข้อมูล							กสป. ร่วมกับ กระทรวง สาธารณสุข อบจ. อปท.
5.การปรับมาตรฐานหน่วยบริการ ปฐมภูมิด้านระบบสารสนเทศ							กสป.
6.การสนับสนุนการพัฒนาศูนย์ข้อมูล กลางบริการสุขภาพปฐมภูมิ							กสป. ร่วมกับ กระทรวง สาธารณสุข อบจ. อปท.
7.การแต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงาน ระดับจังหวัด							กสพ. หรือ กรรมการ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
8.การจัดทำตัวชี้วัดระบบสุขภาพ ปฐมภูมิตะดับจังหวัด							คณะกรรมการ/ คณะทำงานระดับจังหวัด
9.การพัฒนาบบแสดงผลข้อมูล สุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด							สวรส. หน่วยงานวิจัย สสจ. อบจ. นำร่อง
9.การพัฒนาบบแสดงผลข้อมูล สุขภาพปฐมภูมิในภาพรวม ระดับประเทศ							สวรส. หน่วยงานวิจัย กสป. กระทรวง สาธารณสุข อบจ.
10.การศึกษารูปแบบการจัดบริการ และรูปแบบการจัดสรรเงินที่ เหมาะสม							สวรส. หน่วยงานวิจัย กสป. สปสช. กระทรวง สาธารณสุข อบจ.

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปราย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.1. สรุปผลการศึกษา

1) ผลของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล

ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ดังนี้

- การบันทึกข้อมูล ส่วนใหญ่ รพ.สต. ยังคงมีการบันทึกข้อมูลในลักษณะเดิมก่อนการถ่ายโอน โดยบางจังหวัดมีการเปลี่ยนโปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล แต่ยังไม่กระทบต่อภาพรวมของการบันทึกข้อมูล แต่จากการนิเทศงานของบางจังหวัด พบว่า รพ.สต. บางแห่งมีการให้บริการ แต่บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน และบาง รพ.สต. อาจจะไม่เลือกบันทึกข้อมูลในระบบเบิกจ่าย โดยไม่บันทึกในโปรแกรมของ รพ.สต. สำหรับบริการบางส่วนที่สามารถเบิกจ่ายได้
- การส่งข้อมูลบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังดำเนินการตามเดิม จากข้อมูลผู้ป่วยนอกพบว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ส่วนใหญ่ (เกินร้อยละ 95 ในปีงบประมาณ 2567) ส่งข้อมูลครบทุกเดือน และจำนวนเดือนที่ขาดส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปีงบประมาณ 2567
- การส่งข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ส่วนใหญ่ยังมีการส่งข้อมูล แต่จำนวนบริการที่ส่งอาจลดลงในบางบริการ เช่น ข้อมูลบริการฝากครรภ์ มี รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลการให้บริการ ในปีงบประมาณ 2567 อยู่ที่ร้อยละ 13.4 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และร้อยละ 9.5 สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 ซึ่งสูงกว่า รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 5.7) ในขณะที่ รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลสำหรับบริการคัดกรองโรคเรื้อรัง และบริการวางแผนครอบครัว ยังน้อยกว่าร้อยละ 3 และบริการวัคซีน ไม่ส่งข้อมูลน้อยกว่าร้อยละ 0.5 สำหรับ รพ.สต. ทุกสังกัด

2) ผลของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ และเฝ้าระวังโรค

ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีสถานการณ์ข้อมูลบริการสุขภาพ และเฝ้าระวังโรค ดังนี้

- สถานการณ์ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก รวมทุกกลุ่มโรค มีจำนวนครั้งที่ลดลงร้อยละ 15.4 ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และลดลงร้อยละ 11.5 ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567
- สถานการณ์ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก หากไม่รวมผู้ป่วยโรคโควิด-19 และรหัสการให้บริการ (รหัส Z) จะมีจำนวนครั้งที่ลดลงเพียงร้อยละ 2.8 ในปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 และลดลงเพียงร้อยละ 4 ในปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2567 แสดงให้เห็นว่าการลดลงของผู้ป่วยนอก ในส่วนของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ส่วนใหญ่เกิดจากการลดลงของผู้ป่วยที่มีการลงรหัสการให้บริการ (รหัส Z) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยเฉพาะการคัดกรองโรคเรื้อรัง

- บริการผู้ป่วยนอก ลดลงในบางกลุ่มโรค สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ได้แก่ โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม และโรคระบบไหลเวียนโลหิต โดยผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 9.6 ในปี 2566 เทียบกับปี 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงร้อยละ 13.9 ในปี 2567 เทียบกับปี 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 ซึ่งคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สะท้อนถึงสถานการณ์การลดลงของบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.
- ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ลดลง ร้อยละ 13.5 ในปี 2566 เทียบกับปี 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงร้อยละ 9.4 ในปี 2567 เทียบกับปี 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2567
- ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี ลดลง ร้อยละ 7.8 ในปี 2566 เทียบกับปี 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงร้อยละ 7.2 ในปี 2567 เทียบกับปี 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 ในขณะที่ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี และ ความครอบคลุมของวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี ลดลงไม่เกิน ร้อยละ 5 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ในปี 2566 และปี 2567 แสดงการเปลี่ยนที่ค่อนข้างน้อยในส่วนของการบริการวัคซีน ในภาพรวม
- ความครอบคลุมของการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ลดลง ร้อยละ 21.4 ในปี 2566 เทียบกับปี 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงร้อยละ 31.4 ในปี 2567 เทียบกับปี 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 ซึ่งคล้ายคลึงกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง สะท้อนถึงสถานการณ์การลดลงของการคัดกรองโรคเรื้อรัง ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.
- ความครอบคลุมของการคัดกรองซึมเศร้า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ลดลง ร้อยละ 17 ในปี 2566 เทียบกับปี 2565 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2566 และลดลงร้อยละ 31.1 ในปี 2567 เทียบกับปี 2566 สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่ถ่ายโอนในปี 2567 สะท้อนถึงสถานการณ์การลดลงของการคัดกรองซึมเศร้า ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เช่นเดียวกับการคัดกรองโรคเรื้อรัง
- การวิเคราะห์สถานการณ์การบันทึกข้อมูลที่เป็นภาระเก็บความครอบคลุม ซึ่งเป็นบริการที่ รพ.สต. ไม่ได้ให้บริการเอง โดยการวิเคราะห์สัดส่วนจำนวน Visit (จำนวนครั้งที่ให้บริการเอง) ต่อจำนวน Record ทั้งหมด (มีส่วนของการเก็บความครอบคลุมด้วย) ในส่วนของบริการฝากครรภ์ บริการวางแผนครอบครัว บริการคัดกรองโรคเรื้อรัง และบริการวัคซีน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสังกัดของ รพ.สต. และมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ในช่วงก่อนและหลังการถ่ายโอน
- ข้อมูลเฝ้าระวังโรค มีการส่งจาก รพ.สต. ที่ลดลงในปีงบประมาณ 2567 ซึ่งไม่แตกต่างกัน ระหว่างจังหวัดที่มีร้อยละของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ที่แตกต่างกัน โดยในภาพรวมมีจำนวนผู้ป่วยที่ส่งจาก รพ.สต. ลดลงร้อยละ 63.4 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2566 ซึ่งเกิดจากการปรับระบบรายงานโรคเป็น D506 (ออนไลน์) โดยระบบดังกล่าวยังไม่ได้ดำเนินงานใน รพ.สต. โดยส่วนใหญ่

3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการรักษาและข้อมูลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อมูลบริการรักษาและข้อมูลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค มีดังนี้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการ ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านความพร้อมและศักยภาพการให้บริการ ได้แก่ ความพร้อมและศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคิดผลงานบริการระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาล กรณีส่งแพทย์จากโรงพยาบาลไปให้บริการ
- 2) ปัจจัยด้านรูปแบบการจัดสรรเงินและความเพียงพอของงบประมาณ ได้แก่ ความเพียงพอของงบประมาณ การจัดสรรเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ การจัดสรรงบเหมาจ่ายให้กับโรงพยาบาล และการจัดสรรงบเหมาจ่ายให้กับ รพ.สต.
- 3) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการให้บริการ ได้แก่ แรงจูงใจทางการเงิน ซึ่งสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ แรงจูงใจจากการกำหนดให้เป็นตัวชี้วัด (KPI) ในการประเมินผลการดำเนินงานทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคคล
- 4) ปัจจัยด้านกลไกการติดตามกำกับ ได้แก่ การกำหนดตัวชี้วัดในการติดตามกำกับ และกลไกในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
- 5) ปัจจัยด้านนโยบายองค์กร ได้แก่ นโยบายของผู้บริหาร และยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขขององค์กร
- 6) ปัจจัยด้านทัศนคติและการให้ความสำคัญต่อการให้บริการบางรายการของบุคลากร รพ.สต.

ปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกและส่งข้อมูล ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านความเข้าใจในกระบวนการบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล ได้แก่ ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน การบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูลในระบบเบิกจ่าย การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของ รพ.สต. และการส่งข้อมูลเข้าสู่คลังข้อมูลสุขภาพ และการเก็บข้อมูลความครอบคลุมที่ รพ.สต. ไม่ได้บริการเอง
- 2) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร บุคลากรและภาระงาน ได้แก่ ปัญหาด้านบุคลากรไม่เพียงพอหรือมีภาระงานมาก โครงสร้างองค์กรและจำนวนบุคลากรของกองสาธารณสุข อบจ.
- 3) ปัจจัยด้านเครื่องมือในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ได้แก่ ศักยภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล และส่งออกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC การบำรุงรักษา การให้คำปรึกษาในการใช้งานระบบการสำรองข้อมูล การเปลี่ยนโปรแกรมในการบันทึกข้อมูล ระบบในการรับข้อมูลจากหน่วยบริการ ของส่วนกลาง
- 4) ปัจจัยด้านการจัดการข้อมูลและการสนับสนุนการใช้ข้อมูล ได้แก่ การจัดการข้อมูลในรูปแบบของคลังข้อมูลสุขภาพ ในระดับจังหวัด การกำหนดสิทธิในการใช้งานระบบคลังข้อมูลสุขภาพ การใช้งานคลังข้อมูลสุขภาพ โดย อบจ. การใช้งานคลังข้อมูลสุขภาพ โดย รพ.สต.

- 5) ปัจจัยด้านกลไกสนับสนุน ได้แก่ ความพร้อมของบุคลากรด้านข้อมูล และเทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ และเทคโนโลยี
- 6) ปัจจัยด้านนโยบายและข้อตกลงในการส่งข้อมูล

ปัจจัยด้านความร่วมมือและความสัมพันธ์ ได้แก่

- 1) ความร่วมมือในกรณีต่างๆ ได้แก่ การทำงานร่วมกันเพื่อวางแผนและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การเชื่อมโยงการให้บริการระหว่างหน่วยบริการ การสนับสนุนทรัพยากรในการให้บริการ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนทางด้านวิชาการ
- 2) ความมีส่วนร่วมของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- 3) ความร่วมมือในระดับจังหวัด ได้แก่ คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในการเชื่อมโยงงานระหว่าง สสจ. กับ อบจ.

4) การออกแบบการจัดการระบบข้อมูลที่เหมาะสมในการสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ในการออกแบบและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ จะประกอบด้วย ระบบต่างๆ ดังนี้

- 1) การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบแสดงผลข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ประกอบด้วย ข้อมูลบุคลากรประจำรายตำแหน่ง ข้อมูลบุคลากรหมุนเวียนรายตำแหน่ง ข้อมูลเครื่องมือแพทย์และยานพาหนะ ข้อมูลการเงินการคลัง ข้อมูลผลการประเมินรายหมวด และรายชื่อ โดยสามารถเปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ เปรียบเทียบระหว่างขนาดของหน่วยบริการ เปรียบเทียบระหว่างสังกัดของหน่วยบริการ เปรียบเทียบระหว่างอำเภอ จังหวัด เขต
- 2) การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบแสดงผลข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ประกอบด้วย ข้อมูลบริการรักษาผู้ป่วยนอก ข้อมูลบริการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลวินิจฉัยรายกลุ่มโรค ข้อมูลการควบคุมโรคเรื้อรังได้ดี ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพ ข้อมูลบริการอนามัยแม่และเด็ก ข้อมูลบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ข้อมูลบริการคัดกรองโรค/ความเสี่ยง ข้อมูลบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสามารถเปรียบเทียบแนวโน้มรายปี เปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ เปรียบเทียบระหว่างขนาดของหน่วยบริการ เปรียบเทียบระหว่างสังกัดของหน่วยบริการ เปรียบเทียบระหว่างอำเภอ จังหวัด เขต
- 3) การพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ ประวัติการวินิจฉัยผู้ป่วย ประวัติผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการรักษาผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย การตรวจสุขภาพ ประวัติการแพ้ยา ประวัติการนัดหมาย และการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและประชากร ได้แก่ ข้อมูลประชากรเป้าหมาย ข้อมูลตาย ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ข้อมูลบริการอนามัยแม่และเด็ก บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การคัดกรองโรคและความเสี่ยง การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

- 4) การพัฒนาาระบบแสดงผลข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ
ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย และผู้ป่วยตาย ตามกลุ่มโรค/โรค โดยสามารถเปรียบเทียบแนวโน้มรายสัปดาห์ รายเดือน รายปี จำแนกตามเพศและอายุ เปรียบเทียบระหว่างตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และหน่วยบริการที่ส่งรายงาน และข้อมูลผู้ได้รับบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ โดยสามารถเปรียบเทียบแนวโน้มตามเวลาเกิดเหตุ รายวัน รายเดือน รายปี จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ การมีปัจจัยเสี่ยง เปรียบเทียบระหว่างตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และหน่วยบริการที่ส่งรายงาน
- 5) การพัฒนาาระบบแสดงผลข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ประกอบด้วย ข้อมูลตาย ตามสาเหตุการตาย ข้อมูลผู้ป่วยนอก ตามกลุ่มโรค/โรค และข้อมูลผู้ป่วยใน ตามกลุ่มโรค/โรค โดยสามารถเปรียบเทียบแนวโน้ม รายเดือน รายปี จำแนกตามเพศและอายุ เปรียบเทียบระหว่างตำบล (ถ้ามี) อำเภอ จังหวัด เขต และข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี โดยสามารถเปรียบเทียบแนวโน้ม รายปี จำแนกตามเพศ เปรียบเทียบระหว่างจังหวัด และเขต
- 6) การพัฒนาาระบบแสดงผลข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ประกอบด้วย ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยสามารถเปรียบเทียบแนวโน้ม รายปี จำแนกตามเพศและอายุ เปรียบเทียบระหว่างจังหวัด เขต และภาค
- 7) การบูรณาการระบบแสดงผลข้อมูลเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ประกอบด้วย การบูรณาการระบบแสดงผลข้อมูลใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐาน 2) ข้อมูลบริการสุขภาพ (ผู้ป่วยนอก และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค) 3) ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ 4) ข้อมูลสถานะสุขภาพ (การตาย การป่วย อายุคาดเฉลี่ย) และ 5) ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งข้อมูล นำมาจัดการข้อมูล และแสดงผลข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับประเทศและระดับพื้นที่

5.2. อภิปรายผลการศึกษา

1) ความแตกต่างของข้อมูลบริการรักษา ในบริบทของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.

ความแตกต่างของข้อมูลบริการรักษา ในบริบทของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. เกิดขึ้นจากปัจจัยหลัก 2 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านการให้บริการ และปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกและส่งข้อมูล โดยปัจจัยด้านการให้บริการ ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จะประกอบด้วย รูปแบบการจัดสรรเงิน ที่อาจจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. โดยการจัดสรรรูปแบบต่างๆ จะส่งผลต่อการสนับสนุนแพทย์/บุคลากร และการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเดิม และการบริหารจัดการทรัพยากรโดย อบจ. และ รพ.สต. โดยบางรูปแบบ อบจ. และ รพ.สต. จะมีการจ้างแพทย์ และบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์เอง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว มีข้อจำกัดในบางพื้นที่ เช่น พื้นที่ห่างไกล ที่ไม่สามารถจ้างแพทย์ไปให้บริการ และข้อจำกัดในการจัดซื้อยา รวมทั้งข้อจำกัดด้านรายการยา และการบริหารคลังยา เป็นต้น

ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อศักยภาพในการให้บริการ ได้แก่ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อีกทั้งในบางรูปแบบ จะต้องมีการตามจ่ายค่ารักษา ไปยังโรงพยาบาล ที่มีการให้บริการกับผู้ป่วยในพื้นที่ของ รพ.สต. ด้วย เช่น กรณีที่จัดสรรงบประมาณจ่ายไปยัง รพ.สต. หรือรูปแบบ CUP split ซึ่งในกรณีดังกล่าว อาจมีความเสี่ยงต่องบประมาณของ รพ.สต. หากค่าใช้จ่ายในการตามจ่ายสูงกว่างบประมาณที่ได้รับ

สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ในกรณีของข้อมูลผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่จะมีการบันทึกข้อมูลที่ค่อนข้างครบถ้วน โดย รพ.สต. ส่วนใหญ่ส่งข้อมูลครบทุกเดือน โดยจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงนั้น ลดลงเฉพาะในบางกลุ่มโรค เช่น โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบสืบพันธุ์ร่วม ปัสสาวะ เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวจึงไม่น่าจะเกิดจากการส่งข้อมูลที่ลดลง จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีความเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ลดลงในภาพรวม แต่ก็มีผลแตกต่างกันระหว่างจังหวัด โดยบางจังหวัดมีแนวโน้มลดลง แต่บางจังหวัดกลับเริ่มมีจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาล ทั้งนี้บางจังหวัด โรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ รพ.สต. อาจมีการบันทึกข้อมูลเป็นผลงานของโรงพยาบาล แทนที่จะเป็นผลงานของ รพ.สต. ประเด็นนี้ก็อาจจะมีผลต่อจำนวนผู้ป่วยที่ รพ.สต. ที่ลดลงได้ ดังนั้นปัจจัยด้านการจัดบริการ น่าจะมีผลต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มากกว่าปัจจัยด้านการบันทึกข้อมูลหรือส่งข้อมูล โดยปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล บางส่วนอาจเป็นผลมาจากความเข้าใจของบุคลากรในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ระบบสนับสนุนด้านข้อมูล กลไกการใช้ข้อมูลของฝ่ายบริหาร รวมทั้งนโยบายและข้อตกลงในการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ เป็นต้น

2) ความแตกต่างของข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในบริบทของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.

ความแตกต่างของข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในบริบทของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. เกิดขึ้นจากปัจจัยหลัก 2 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านการให้บริการ และปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกและส่งข้อมูล โดยปัจจัยด้านการให้บริการ เกี่ยวข้องกับลักษณะของบริการที่ส่วนหนึ่งเป็นการให้บริการเชิงรุก ที่ต้องออกไปให้บริการในชุมชน เช่น การคัดกรองโรค และการเยี่ยมแม่และเด็กหลังคลอด และอีกส่วนหนึ่งต้องมีการติดตามประชากรกลุ่มเป้าหมาย มารับบริการ เช่น การให้วัคซีน ทั้งนี้บริการที่ต้องมีการให้บริการเชิงรุก จะได้รับผลกระทบมาจากปัจจัยด้านแรงจูงใจ ซึ่งจะมาจากการเบิกจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ (PP fee schedule) และการติดตามกำกับตามตัวชี้วัด (KPI) ของหน่วยบริหาร และการเชื่อมโยงกับการประเมินผลงานของ รพ.สต. และบุคลากร ทั้งนี้ อบจ. ที่รับการถ่ายโอน รพ.สต. ในระยะแรก อาจจะยังไม่ได้กำหนดให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นตัวชี้วัด (KPI) ที่ใช้ในการกำกับติดตามที่ชัดเจน อีกทั้งยังขาดระบบข้อมูลที่จะใช้ติดตามกำกับ ทำให้ผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เป็นผลมาจากแรงจูงใจจากระบบเบิกจ่ายเงินในระบบหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ดี มีบาง อบจ. ที่มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่ชัดเจน และมีการกำกับติดตามและใช้ประโยชน์ในการประเมินผลงานของ รพ.สต. ทำให้ผลงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ยังอยู่ในระดับที่สูง ส่งผลให้ข้อมูลผลงานบริการคัดกรองโรคเรื้อรัง และการคัดกรองอื่นๆ มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด ค่อนข้างมาก สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. และมีความแตกต่างกันระหว่าง รพ.สต. ภายในจังหวัดด้วย ซึ่งส่วนนี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยของแต่ละ รพ.สต. ที่ให้ความสำคัญต่อบริการเชิงรุกที่แตกต่างกัน

ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อผลงานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ก็คือ ปัจจัยเรื่องภารกิจการถ่ายโอน รพ.สต. ในช่วงแรก ที่เน้นการถ่ายโอน คน เงิน ของ และต้องมีการปรับตัวเรื่องระเบียบใหม่ ทำให้กระทบต่อเวลาที่จะใช้ในการให้บริการเชิงรุก นอกจากนี้ยังมีประเด็น บุคลากร เวชภัณฑ์ และงบประมาณ ที่จำเป็นต่อการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการเชิงรุก ซึ่งได้รับผลกระทบมาจากรูปแบบการจัดสรรเงิน และการสนับสนุนจากโรงพยาบาล และ อบจ. ในการสนับสนุนการให้บริการ

สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล ในกรณีของข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค อาจมีประเด็นเรื่องจากบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน โดยมี รพ.สต. บางแห่งที่ไม่ส่งข้อมูล หรือส่งข้อมูลที่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น โดยส่วนหนึ่งอาจเกิดจากบันทึกข้อมูลไม่ทัน ในขณะที่บริการบางอย่างที่เบิกจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพได้ ก็อาจจะมีวิธีปฏิบัติในการบันทึกข้อมูลที่ต่างกัน ทำให้ข้อมูลในระบบสารสนเทศของ รพ.สต. ไม่ครบถ้วนและส่งผลกระทบต่อข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าจำนวน รพ.สต. ที่ไม่ส่งข้อมูลสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ยังมีไม่มากนัก

3) ความหลากหลายของการจัดสรรงบประมาณ และการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในบริบทของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.

ความหลากหลายของการจัดสรรเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ ส่งผลต่อการจัดรูปแบบของระบบบริการปฐมภูมิอย่างมาก อาทิเช่น การจัดสรรงบประมาณจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และงบเหมาจ่ายสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่จัดสรรไปยังหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย (CUP) ที่เป็นโรงพยาบาล หรือเป็น รพ.สต. สังกัด อบจ. ทั้งที่เป็น CUP (CUP split) หรือในรูปแบบพิเศษที่ไม่ได้เป็น CUP

ทั้งนี้รูปแบบการจัดสรรเงิน จะส่งผลต่อรูปแบบการจัดบริการ โดยหากจัดสรรเงินไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยหลักการแล้ว โรงพยาบาลแม่ข่าย ก็จะต้องให้การสนับสนุน รพ.สต. ที่เป็นลูกข่าย ไม่ว่าจะอยู่ในสังกัดใด เช่น การสนับสนุนแพทย์ การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ การสนับสนุนงบประมาณ แต่การสนับสนุนดังกล่าว ก็อาจจะแตกต่างกันไปในรายละเอียดสำหรับแต่ละจังหวัดหรือ CUP ขึ้นอยู่กับปัจจัยในแต่ละพื้นที่ แต่ก็ยังคงมีความเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ไม่มากนักน้อย แต่ในกรณีที่มีการจัดสรรงบประมาณจ่ายไปยัง รพ.สต. สังกัด อบจ. ทั้งในรูปแบบ CUP และในรูปแบบพิเศษ ก็จะเป็นบทบาทของ รพ.สต. หรือ อบจ. ในการจัดหาแพทย์มาให้บริการ รวมทั้งการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยมีการไปใช้บริการที่โรงพยาบาล หรือมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล หรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปที่โรงพยาบาล ก็จะต้องมีการตามจ่ายจาก รพ.สต. ไปยังโรงพยาบาล ทำให้การเชื่อมโยงกันในฐานะเป็นเครือข่ายบริการเดียวกัน เปลี่ยนไปเป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ ที่ต้องมีการตามจ่ายระหว่างกัน ดังนั้นปัจจัยด้านการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ จึงส่งผลต่อรูปแบบการจัดบริการ และศักยภาพการให้บริการ ซึ่งจะส่งผลต่อผลงานการให้บริการ จึงนับได้ว่าการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นรากสาเหตุ (Root cause) ของการเปลี่ยนแปลงด้านบริการสุขภาพและข้อมูลบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพิ่มเติมจากปัจจัยด้านการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงบริหารและการสั่งการ

5.3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประกอบด้วย การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวม การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด และการบริหารจัดการระบบบริการและการเงินการคลังที่สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

1) การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวม

กลไกที่จะสนับสนุนการดำเนินงานระบบข้อมูลสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับการให้บริการของ รพ.สต. มีความสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งมีผลผูกพันกับทุกหน่วยงาน ที่จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยกลไกที่ควรได้รับการพัฒนาภายใต้ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีดังนี้

- 1) คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ การกำกับติดตาม ประเมินผล และระบบข้อมูล ได้แก่ ด้านการกำหนดยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการกำกับติดตาม ประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่กำหนดตัวชี้วัด ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิที่เกี่ยวข้อง
- 2) กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข อบจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนารอบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐาน หรือ Service package โดยจัดทำกรอบการให้บริการสุขภาพขั้นต่ำ ที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิต้องให้บริการเป็นพื้นฐาน
- 3) กสป. กระทรวงสาธารณสุข อบจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเป็นตัวชี้วัดกลางขั้นต่ำ ที่ใช้ร่วมกันสำหรับหน่วยงานทุกสังกัด ที่จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมาจากการพิจารณาร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการประเมินผลงาน การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเป้าหมายอาจจะแตกต่างกันตามบริบทของหน่วยงานหรือของพื้นที่
- 4) กสป. กระทรวงสาธารณสุข อบจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนากลไกการกำกับติดตาม ประเมินผล โดยข้อมูลจากการติดตามตัวชี้วัดกลางขั้นต่ำที่กำหนด หรือจากการติดตามมาตรฐานการให้บริการ หรือจากการประเมินทรัพยากรสุขภาพปฐมภูมิ นำมาประเมินส่วนขาดและวางแผนการพัฒนา
- 5) กสป. กระทรวงสาธารณสุข อบจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาข้อตกลงในการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ โดยอาจเป็นข้อตกลงกลางในระดับประเทศ ที่ใช้เป็นหลักการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล
- 6) กสป. กระทรวงสาธารณสุข อบจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การให้ข้อมูล การคุ้มครองข้อมูล การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ และการเข้าถึงข้อมูล รวมทั้งการส่งข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการในหน่วยบริการ กลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อใช้ในกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับหน่วยบริการอื่นๆ

- 7) กสป. ปรับมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้ครอบคลุมมิติการดำเนินงานด้านระบบข้อมูล โดยปรับปรุงมาตรฐานในหมวดระบบสารสนเทศ ให้มีการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล เข้าสู่ศูนย์กลางข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ อย่างครบถ้วน และสม่ำเสมอ
- 8) กสป. กระทรวงสาธารณสุข อบจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการพัฒนาศูนย์ข้อมูลกลางบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเชื่อมโยงจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ

2) การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด

การพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด จะเป็นกลไกการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระดับจังหวัด ดังนี้

- 1) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) หรือคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์ การกำกับติดตาม ประเมินผล และระบบข้อมูล ระดับจังหวัด เพื่อรองรับการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ
- 2) คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานระดับจังหวัด (สสจ. และ อบจ.) พัฒนาตัวชี้วัดร่วม ในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด โดยอาจจะเป็นส่วนเพิ่มเติมจากตัวชี้วัดกลางขั้นต่ำ
- 3) คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานระดับจังหวัด (สสจ. และ อบจ.) พัฒนากลไกการกำกับติดตามประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด โดยข้อมูลที่ได้จากการติดตามประเมินผล ผ่านตัวชี้วัดหรือจากการติดตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ หรือจากการประเมินทรัพยากรสุขภาพปฐมภูมิ นำมาประเมินส่วนขาดและวางแผนการพัฒนา
- 4) คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานระดับจังหวัด (สสจ. และ อบจ.) พัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ การให้คำปรึกษาในการบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล การนิเทศติดตามการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล การพัฒนาบุคลากรด้านการใช้ข้อมูล การบำรุงรักษาระบบข้อมูล

3) การบริหารจัดการระบบบริการและการเงินการคลังที่สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการให้บริการ และข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนหนึ่งมาจากรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ และการจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ทั้งนี้ในการพัฒนาระบบบริการและการเงินการคลังที่เหมาะสม ประกอบด้วยแนวทาง ดังนี้

- 1) การจัดทำข้อเสนอระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริการปฐมภูมิ โดยหากแบ่งตามศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และความเชื่อมโยงกับหน่วยบริการในระดับที่สูงขึ้น จะสามารถแบ่งบริการได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งเป็นบริการที่สามารถดำเนินการได้โดย

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการกับประชาชนในความรับผิดชอบ และ 2) บริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ต้องมีการเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น จึงควรมีการจัดบริการแบบเครือข่ายบริการ (Service network) ผ่านการสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสนับสนุนผ่านระบบส่งต่อ การสนับสนุนด้านความรู้ และการพัฒนาศักยภาพ เป็นต้น โดยส่วนหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมโยงกันในด้านข้อมูลบริการสุขภาพด้วย (ดำเนินงานโดย สวรส. หน่วยงานวิจัย คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง กสพ. กระทรวงสาธารณสุข อบจ.)

- 2) การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริการปฐมภูมิ เนื่องจากการจัดสรรเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ ส่งผลต่อการจัดรูปแบบของระบบบริการปฐมภูมิอย่างมาก จึงควรมีการศึกษาทบทวน รูปแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับการจัดบริการปฐมภูมิ โดยวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของการจัดสรรงบประมาณในแต่ละรูปแบบ ในแต่ละบริบท นำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอ รูปแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับการจัดบริการปฐมภูมิ ภายใต้บริบทของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ซึ่งในปัจจุบันเป็นบทบาทของ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) แต่ในหลายจังหวัดประสบปัญหาความไม่ลงตัวในการจัดสรรงบประมาณระหว่างกัน รวมทั้งมีความหลากหลาย เกิดความไม่เสมอภาค และความแตกต่างในการจัดบริการในแต่ละพื้นที่ และในบางบริบทกระทบต่อบริการสุขภาพที่จัดให้กับประชาชน อาจทำให้การให้บริการปฐมภูมิไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันได้ จึงควรมีการศึกษาและพัฒนาแนวทางการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม หรือจัดทำเป็นทางเลือกและให้คำแนะนำด้านองค์ประกอบที่เหมาะสมสำหรับแต่ละทางเลือก (ดำเนินงานโดย สวรส. หน่วยงานวิจัย คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข อบจ.)

5.4. หัวข้อการศึกษาที่ควรทำเพิ่มเติม

จากการวิจัยนี้ มีประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาและพัฒนาต่อเนื่อง ดังนี้

- 1) การวิจัยและพัฒนาตัวชี้วัดกลางระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่ใช้ในการติดตามประเมินผล การดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับประเทศ และระดับจังหวัด
- 2) การวิจัยและพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีการบูรณาการข้อมูลระบบต่างๆ เข้าด้วยกัน ได้แก่ ข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐาน ข้อมูลบริการรักษา ข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ ข้อมูลสถานะสุขภาพ ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง
- 3) การวิจัยและพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิในระดับประเทศ และระดับจังหวัด
- 4) การติดตามสถานการณ์ด้านข้อมูลบริการสุขภาพ และข้อมูลเฝ้าระวังโรค ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ระยะที่ 2 (ปีงบประมาณ 2568-2569)
- 5) การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพ และรูปแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

บรรณานุกรม

- Thein Hlaing and Thant Zin. (2020). Organizational Factors in Determining Data Quality Produced from Health Management Information Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Health Informatics – An International Journal (HIJ)*, 9(4), 1-17.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และประกาศคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการการปกครองท้องถิ่น สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. (2560). รายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง การถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สภานิติบัญญัติแห่งชาติ.
- คำมูล แก้วชัยภูมิ. (2561). การพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 38(2), 36-45.
- จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. (2567). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ดารารวรรณ ร่องเมือง และคณะ. (2565). รายงานการวิจัย การให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการปฐมภูมิและการรับรองมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธีชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ. (2564). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบเชิงนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธีชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ. (2568). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการรูปแบบการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ดีขึ้น. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. (2562, 30 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา* (เล่ม 136 ตอนที่ 56ก, น. 165-185).
- รติยา วิภักดิ์, นิรุวรรณ เทรินโบล และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.จตุรพักตรพิมาน จ.ร้อยเอ็ด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, ปีที่ 4 ฉบับพิเศษ.
- รัชยานภิก รัชตะวรรณ และคณะ. (2565). รายงานฉบับสมบูรณ์ รูปแบบการบริการสุขภาพของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สมธนี โขติช่วงฉัตรชัย และคณะ.(2568). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการหน่วยประมวลสถานการณ์ระบบสุขภาพ: กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปี พ.ศ. 2567. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- อติญาณ์ ศรเกษตริณ และคณะ. (2565). ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อภิชา เอกธีรธรรม. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม จังหวัดสิงห์บุรี. สิงห์บุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี.
- อาานนท์ กุศลธรรมานุสรณ์ และคณะ. (2561). การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น: สัมภาษณ์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

COA No. IHRP2024125

IHRP No. 126-2567



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

อาคาร 8 ชั้น 7 ห้อง 702 ธรรมวิทย์ศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 11000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัย: การติดตามสถานการณ์ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ และการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ผู้วิจัยหลัก: นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

เอกสารรับรอง:

1. โครงร่างการวิจัย: Version 2 Date 20 August 2024
2. สรุปย่อโครงการวิจัย: Version 2 Date 20 August 2024
3. เอกสารแนะนำผู้เข้าร่วมวิจัย: Version 2 Date 20 August 2024
4. ใบยินยอมจากความเข้าใจอย่างแท้จริง: Version 2 Date 20 August 2024
5. ประเด็นการสัมภาษณ์: Version 2 Date 20 August 2024
6. แบบแสดงรายการ/ประมาณค่าใช้จ่ายในการวิจัย: Version 2 Date 20 August 2024
7. ประวัติผู้วิจัยทุกคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว โดยได้คำนึงถึงประเด็นทางด้านวิชาการ ICH-GCP และด้านจริยธรรม และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย ตามโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว อนึ่ง ขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัยสภาวิจัยแห่งชาติด้วย

(ลงนาม)

(นายแพทย์พินิจ โขควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

(ลงนาม)

(นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่ประชุมครั้งแรก: 13 สิงหาคม พ.ศ.2567

รับรองตั้งแต่วันที่: 26 สิงหาคม พ.ศ.2567

ภาคผนวก ข

ประเด็นการสัมภาษณ์หรืออภิปรายกลุ่ม

- 1) ประเด็นสัมภาษณ์ผู้บริหารและ/หรือบุคลากรที่รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังโรคและฐานข้อมูลบริการสุขภาพระดับประเทศ
 - ข้อตกลงความร่วมมือกับ อบจ. ที่รับการถ่ายโอน รพ.สต. ในด้านระบบข้อมูล และความร่วมมือด้านอื่นๆ
 - สถานการณ์การส่งข้อมูลจาก รพ.สต.ที่ถ่ายโอน เข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรคและฐานข้อมูลบริการสุขภาพ
 - แนวทางการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่าง รพ.สต.ที่ถ่ายโอน กับหน่วยบริการอื่น
 - การสนับสนุนทางวิชาการ ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ไปยัง รพ.สต.ที่ถ่ายโอน หรือ ไปยัง อบจ. ที่รับถ่ายโอน
 - การสนับสนุนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูล สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน
 - ปัญหาอุปสรรคด้านระบบข้อมูลสุขภาพที่เกิดขึ้น ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.
 - ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.
 - แนวทางการบริหารจัดการและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ ระดับประเทศ ภายใต้อาณัติการถ่ายโอนภารกิจฯ
- 2) ประเด็นสัมภาษณ์ผู้บริหารและ/หรือบุคลากรที่รับผิดชอบการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ของ อบจ.
 - โครงสร้างและบุคลากรของ อบจ. ที่รับผิดชอบการถ่ายโอนภารกิจฯ
 - แนวทางการสนับสนุนด้านระบบข้อมูล สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมายัง อบจ.
 - การบริหารจัดการด้านข้อมูลสุขภาพของ อบจ.
 - แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน
 - ปัญหาอุปสรรคด้านระบบข้อมูลสุขภาพที่เกิดขึ้น ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. มายัง อบจ.
 - ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. มายัง อบจ.
 - ความเห็นเกี่ยวกับการบูรณาการข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดและระดับประเทศ เน้นข้อมูลเฝ้าระวังและข้อมูลบริการสุขภาพ
 - ความเห็นเกี่ยวกับกลไกการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด
- 3) ประเด็นสัมภาษณ์ผู้บริหารและ/หรือบุคลากรที่รับผิดชอบระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลบริการสุขภาพของ สสจ.
 - สถานการณ์ด้านข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจฯ
 - การเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลจาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอน
 - ข้อตกลงความร่วมมือกับ อบจ. ด้านระบบข้อมูล
 - การสนับสนุนด้านระบบสารสนเทศจาก สสจ. ไปยัง รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือ อบจ. ที่รับถ่ายโอน
 - ปัญหาอุปสรรคด้านระบบข้อมูลสุขภาพที่เกิดขึ้น ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.
 - ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.
 - แนวทางการบริหารจัดการและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด ในบริบทการถ่ายโอนภารกิจฯ

- 4) ประเด็นสัมภาษณ์ผู้บริหารและ/หรือบุคลากรที่รับผิดชอบระบบข้อมูลเฝ้าระวังและข้อมูลบริการสุขภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย สสอ. และ รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอนไป อบจ.
- สถานการณ์ด้านข้อมูลเฝ้าระวังและข้อมูลบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจฯ
 - การเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลจากรพ.สต.ที่ถ่ายโอน
 - การสนับสนุนด้านระบบสารสนเทศจากโรงพยาบาล และสสอ. ไปยัง รพ.สต. ที่ถ่ายโอน
 - ปัญหาอุปสรรคด้านระบบข้อมูลสุขภาพที่เกิดขึ้น ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.
 - ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.
 - แนวทางการบริหารจัดการและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอ ในบริบทการถ่ายโอนภารกิจฯ
- 5) ประเด็นสัมภาษณ์บุคลากรที่รับผิดชอบระบบข้อมูลเฝ้าระวังและข้อมูลบริการสุขภาพ ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ.
- การบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังและบริการสุขภาพ
 - การส่งข้อมูลเฝ้าระวังและบริการสุขภาพ ไปยัง อบจ.
 - การส่งข้อมูลเฝ้าระวังและบริการสุขภาพ ไปยังกระทรวงสาธารณสุข และระบบหลักประกันสุขภาพ
 - การเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลกับ รพ.สต. อื่น ทั้งที่ถ่ายโอน และที่ไม่ได้ถ่ายโอน
 - การเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย
 - การบริหารจัดการข้อมูลระดับ รพ.สต.
 - การได้รับการสนับสนุนด้านระบบสารสนเทศ
 - การได้รับคำปรึกษาและการนิเทศด้านการบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล
 - การพัฒนาศักยภาพด้านระบบข้อมูล ก่อนและหลังการถ่ายโอน
 - ปัญหาอุปสรรคด้านระบบข้อมูลสุขภาพที่เกิดขึ้น ภายหลังจากถ่ายโอน ไปยัง อบจ.
 - ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ภายหลังจากถ่ายโอน ไปยัง อบจ.
 - ความต้องการการสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพ จาก อบจ. กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ

ภาคผนวก ค

ระบบแสดงผลข้อมูลบริการ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2563-2567

ระบบแสดงผลข้อมูลบริการ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2563-2567 พัฒนาขึ้นเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับสนับสนุนการดำเนินงานในโครงการติดตามสถานการณ์ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ และการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยแสดงผลข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ และเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของหน่วยประมวลสถานการณ์ระบบสุขภาพ ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (Health system intelligence unit, HSIU) ภายใต้ URL: hsiu.hsri.or.th ดัง [ภาพที่ 308](#)

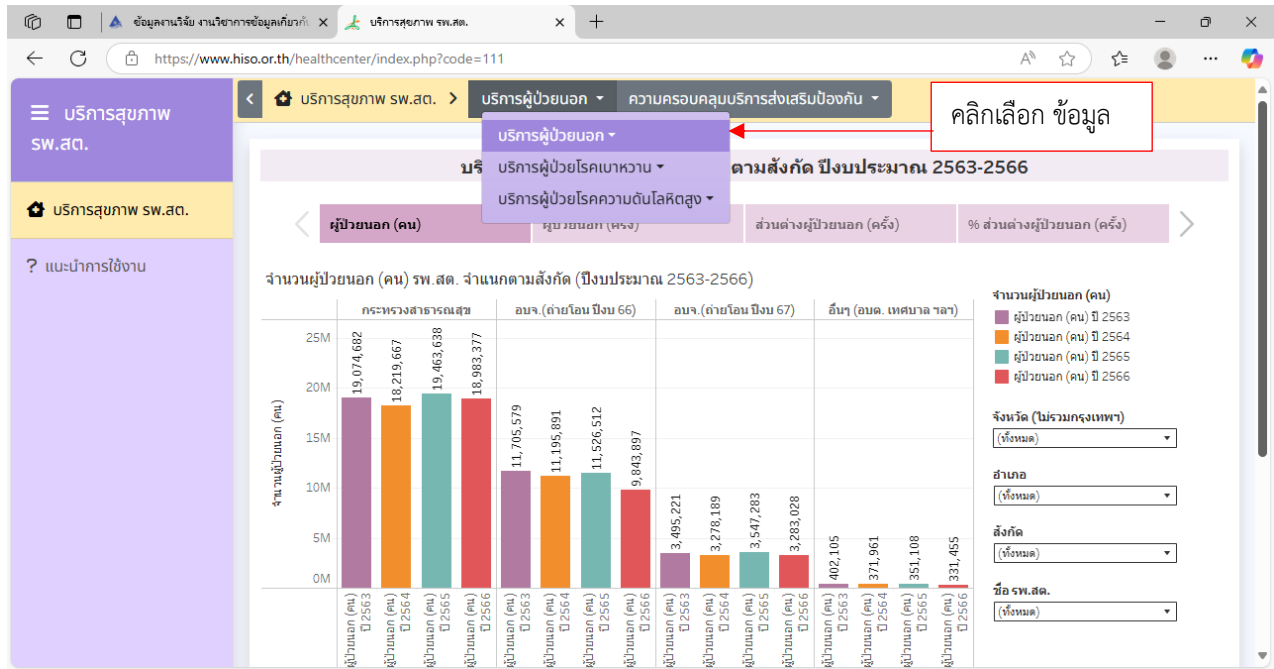
[ภาพที่ 308](#) หน้าเว็บไซต์ HSIU (Health system intelligence unit) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และเมนู Dashboard/ข้อมูล เพื่อเข้าสู่ Dashboard ข้อมูลบริการ รพ.สต.

The screenshot shows the HSIU website dashboard. The main navigation menu includes 'Home', 'Dashboard/ข้อมูล', 'ข้อมูลงานวิจัย', 'บริการถ่ายโอน รพ.สต.', 'กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง', and 'Policy Briefs'. The 'Dashboard/ข้อมูล' menu is expanded, showing 'Dashboard ระยอง Model', 'ข้อมูลบริการ รพ.สต.', and 'ตัวชี้สัญญาณเตือนผลด้านสุขภาพ'. A red box highlights the 'ข้อมูลบริการ รพ.สต.' option, with a red arrow pointing to it from the text 'คลิกเลือก ข้อมูลบริการ รพ.สต.'. Below the menu, the dashboard displays 'เส้นทางถ่ายโอน' and 'เส้นทางถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. สู่ อปท. จากปีงบประมาณ 2542 --> 2568'. The main content area shows statistics for 2567, including 'ถ่ายโอน ปี2567 จำนวน 934 แห่ง (9.46%)' and 'ถ่ายโอนปี 2568 จำนวน 256 แห่ง (2.59%)'.

[ภาพที่ 308](#) แสดงเว็บไซต์ hsiu.hsri.or.th และเมนู Dashboard/ข้อมูล สำหรับการเข้าสู่เว็บไซต์ ข้อมูลบริการ รพ.สต. (Link ไปยัง URL: www.hiso.or.th/healthcenter) โดย Dashboard ข้อมูลบริการ รพ.สต. แสดงดัง [ภาพที่ 309](#)

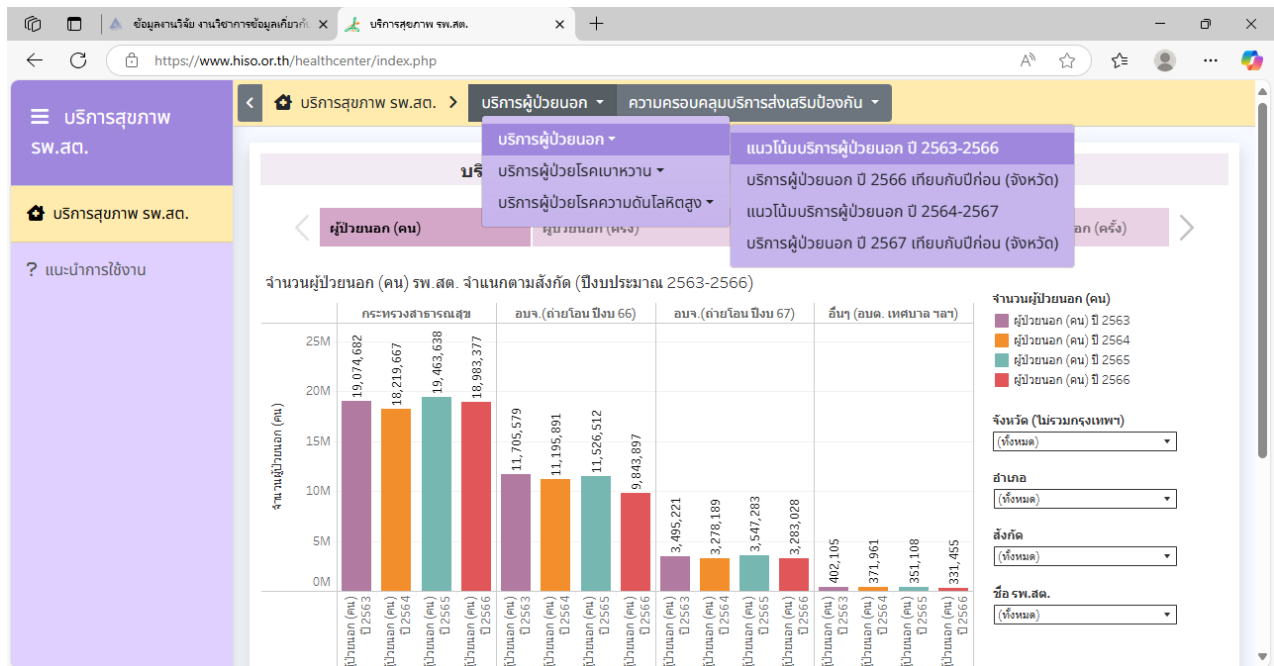
การแสดงผลข้อมูล ประกอบด้วย 1) บริการผู้ป่วยนอก และ 2) ความครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โดยข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 1) บริการผู้ป่วยนอก 2) บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 3) บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ([ภาพที่ 309](#))

ภาพที่ 309 หน้าเว็บไซต์ระบบข้อมูลบริการ รพ.สต. แสดงเมนูบริการผู้ป่วยนอก



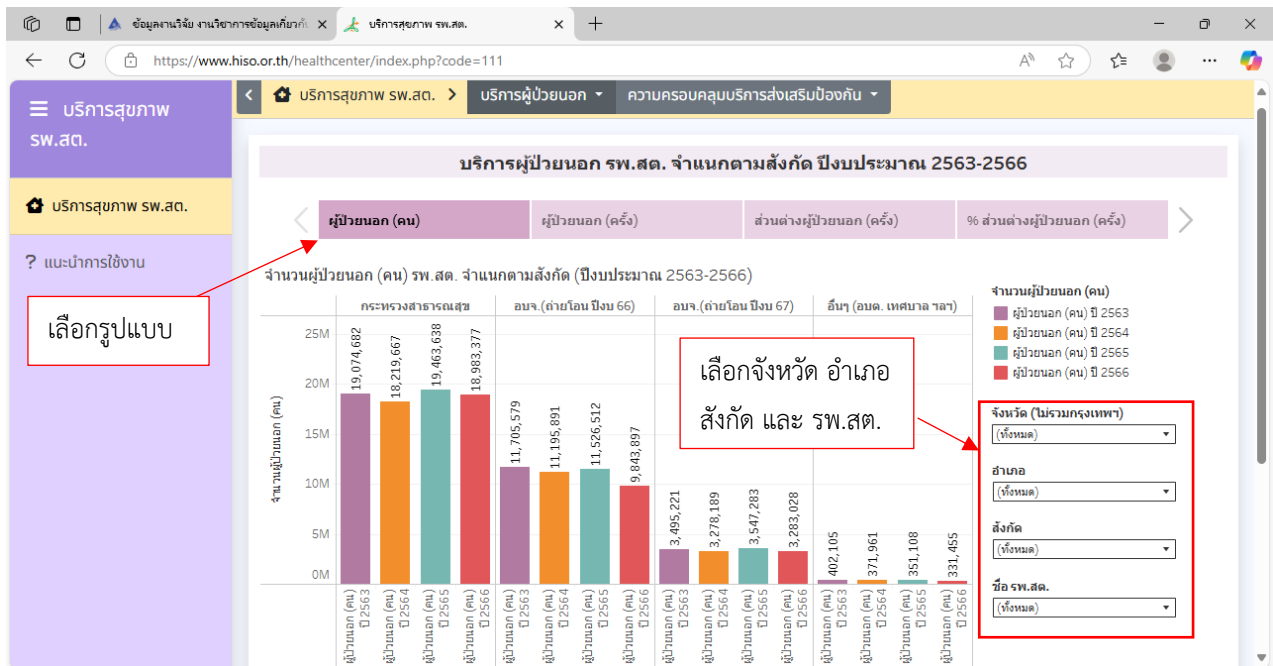
สำหรับตัวเลือกย่อยของข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน และบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) แนวโน้มบริการ ปี 2563-2566 2) บริการปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด) 3) แนวโน้มบริการ ปี 2564-2567 และ 4) บริการปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด) (ภาพที่ 310)

ภาพที่ 310 หน้าเว็บไซต์ระบบข้อมูลบริการ รพ.สต. แสดงเมนูย่อยของบริการผู้ป่วยนอก

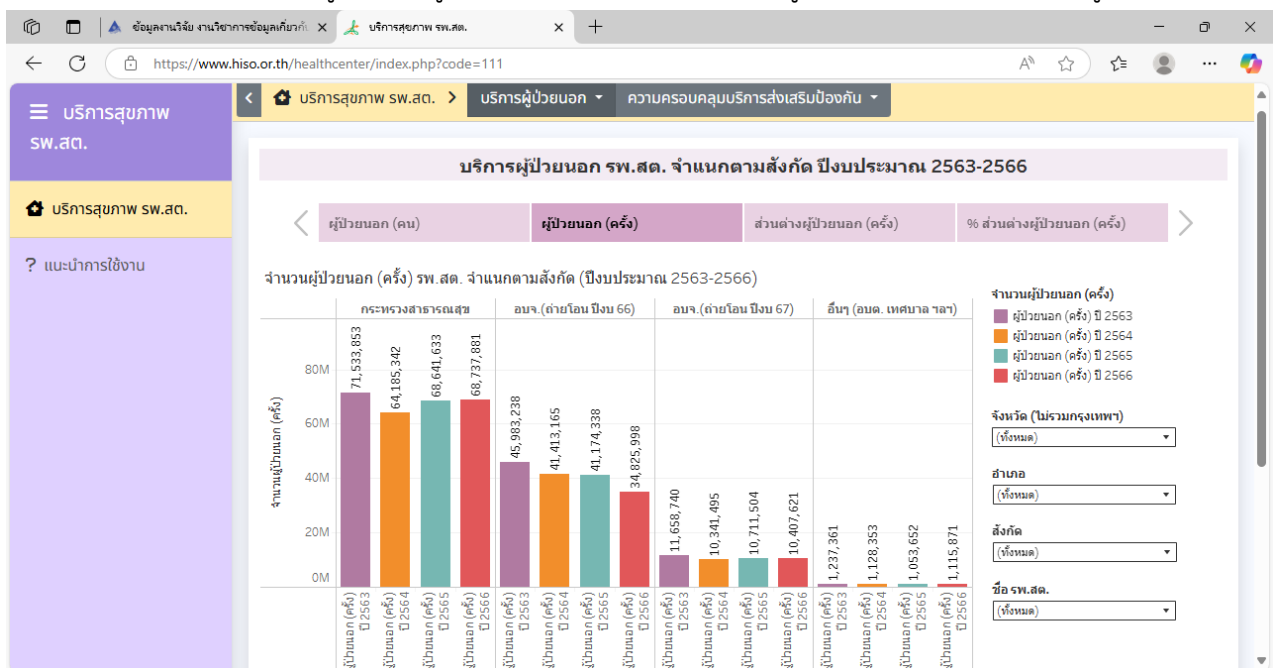


ข้อมูลแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2566 แสดงดัง ภาพที่ 311-314

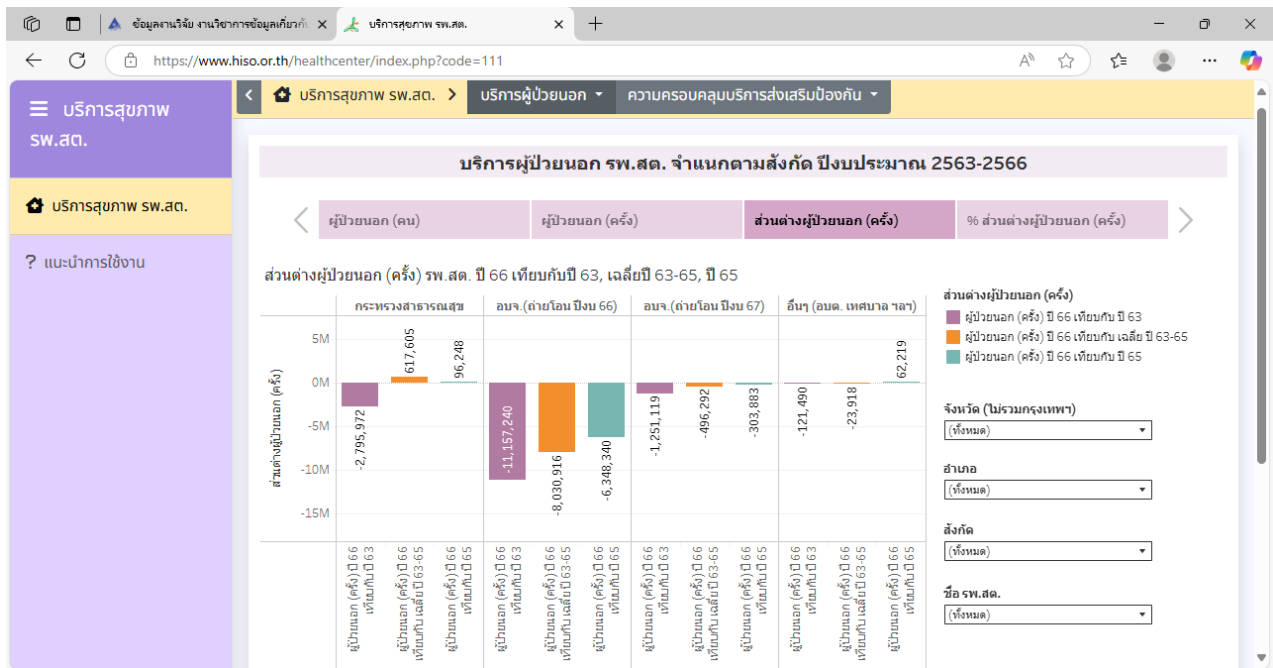
ภาพที่ 311 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2566: ผู้ป่วยนอก (คน)



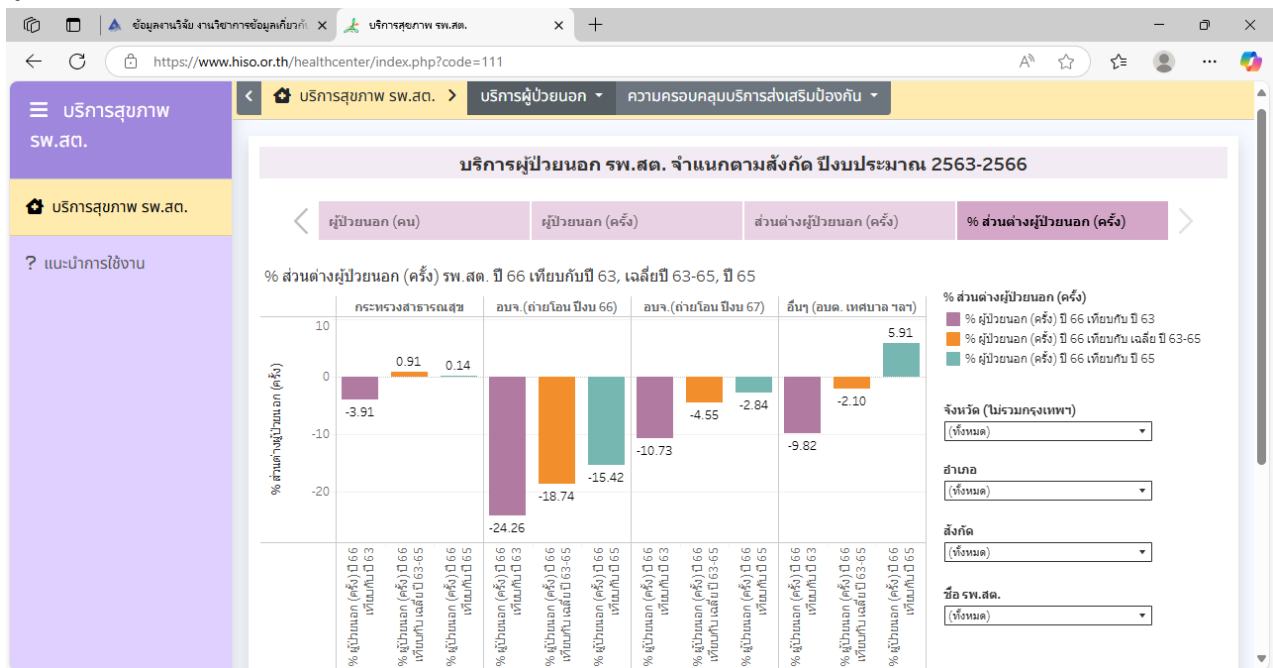
ภาพที่ 312 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2566: ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)



ภาพที่ 313 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2566: ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครึ่ง)

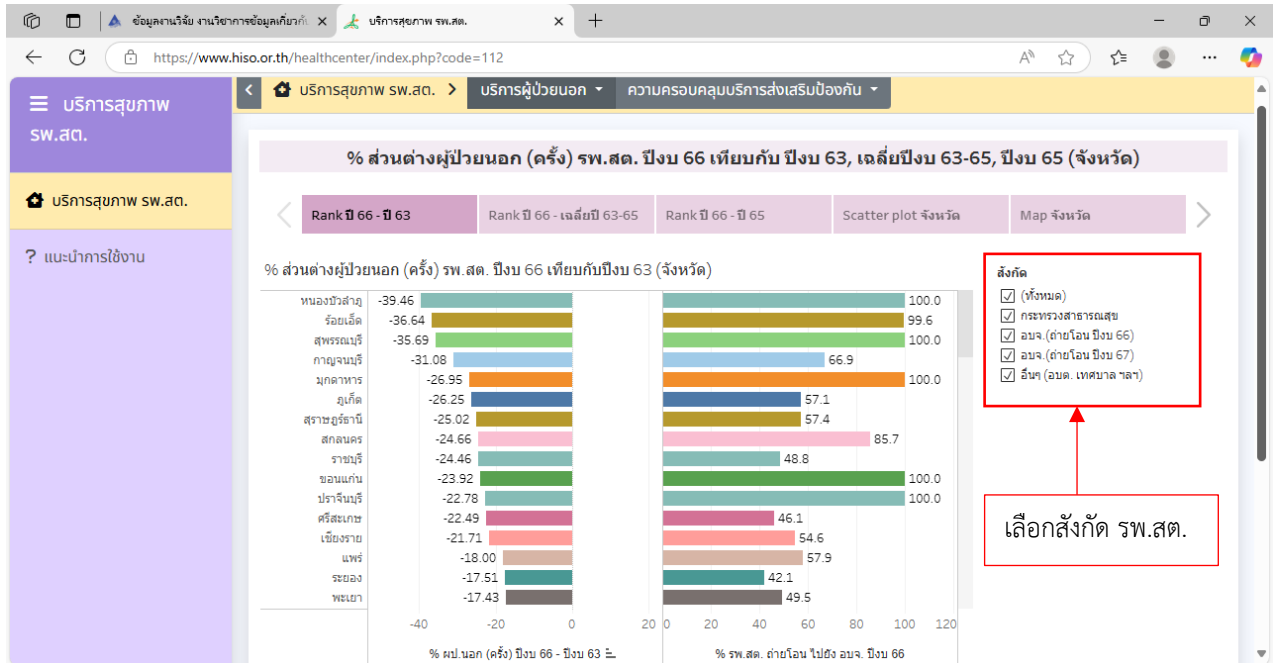


ภาพที่ 314 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2566: % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครึ่ง)

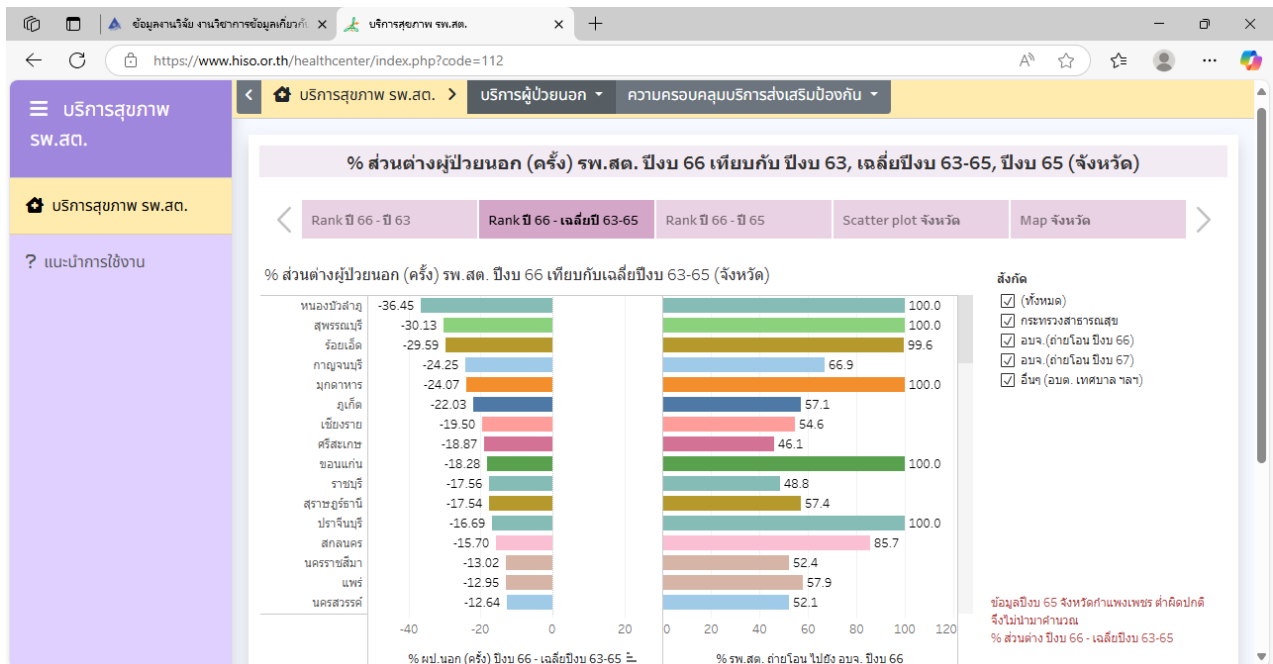


ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด) แสดงดัง ภาพที่ 315-319

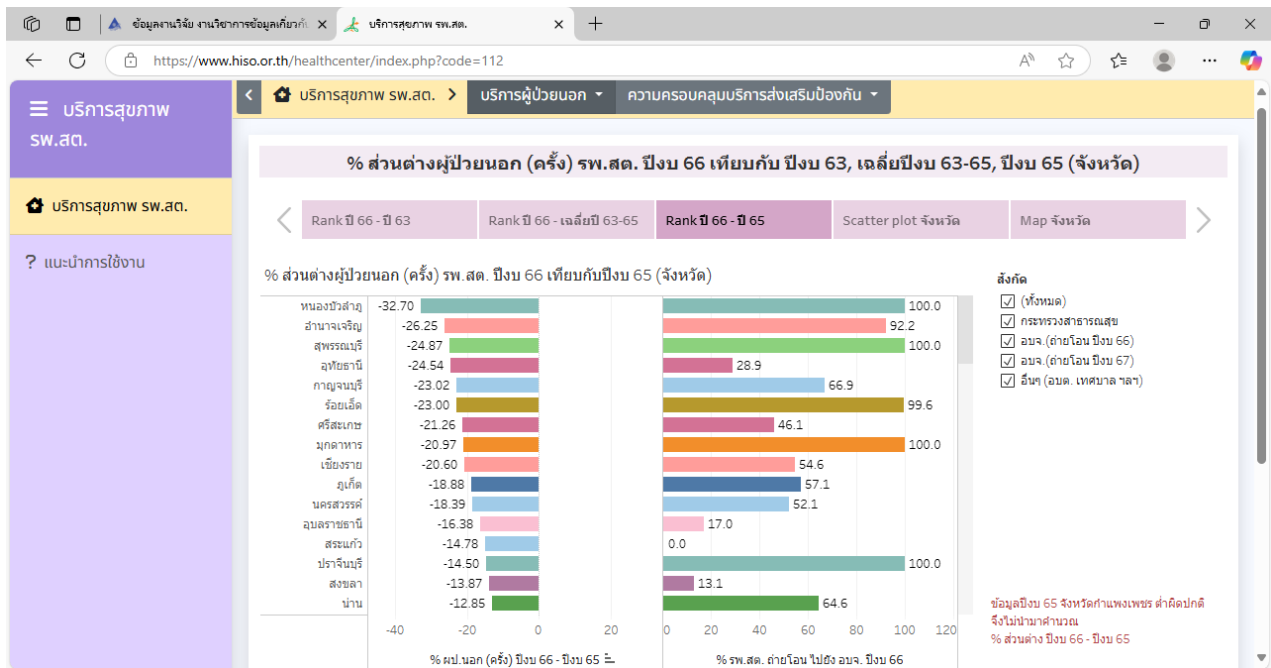
ภาพที่ 315 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - ปี 63



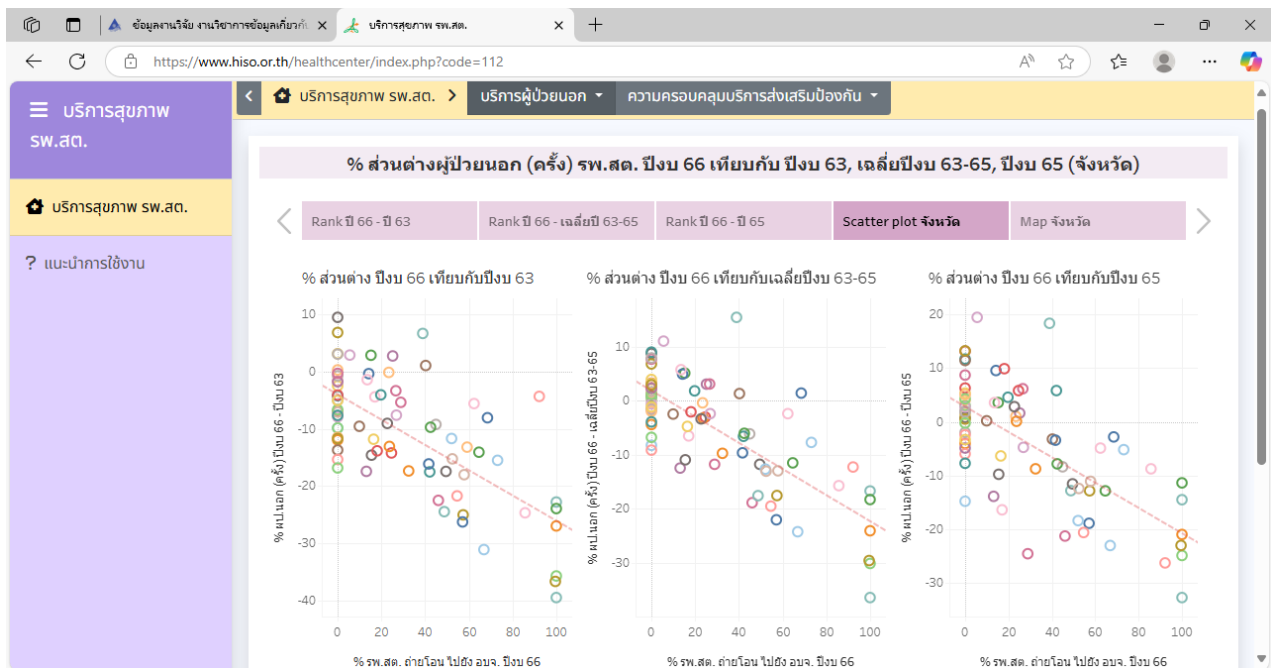
ภาพที่ 316 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - เฉลี่ยปี 63-65



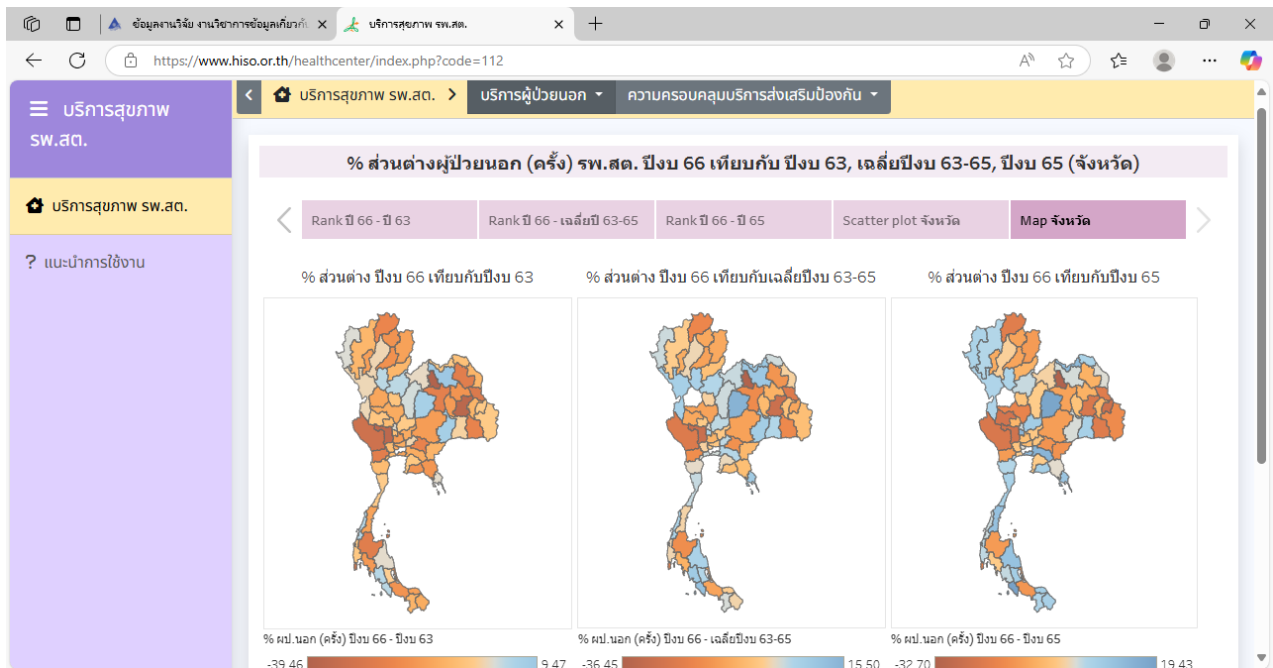
ภาพที่ 317 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - ปี 65



ภาพที่ 318 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Scatter plot จังหวัด

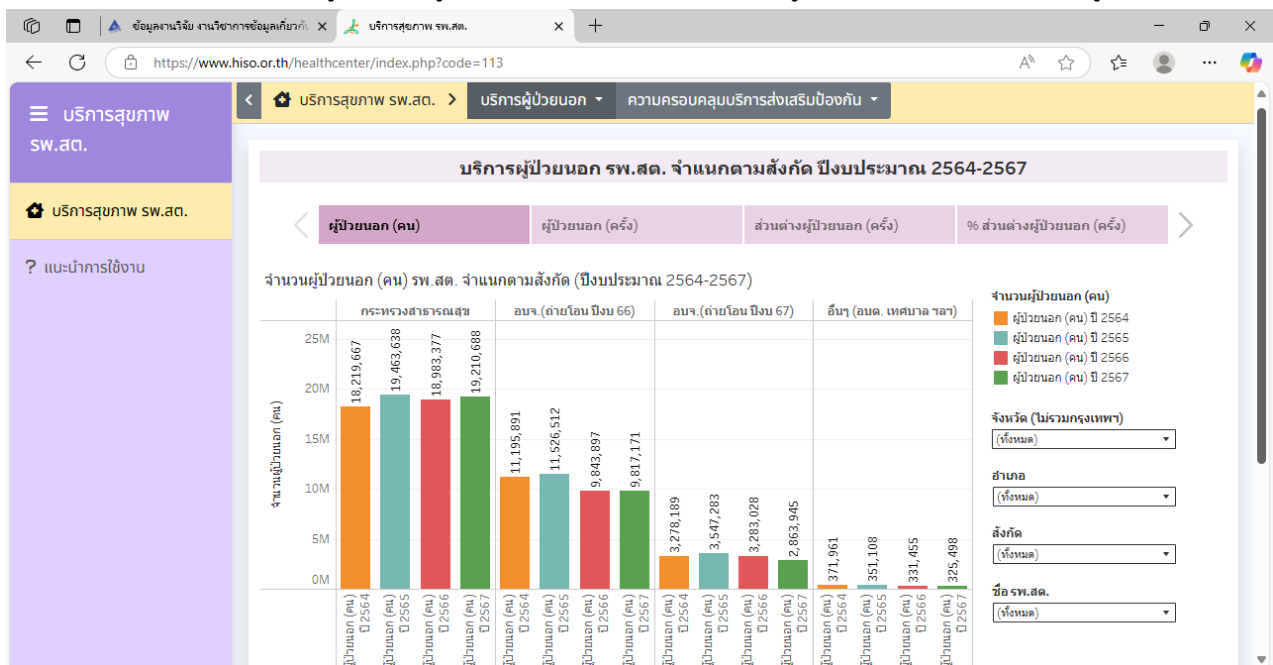


ภาพที่ 319 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด) : Map จังหวัด

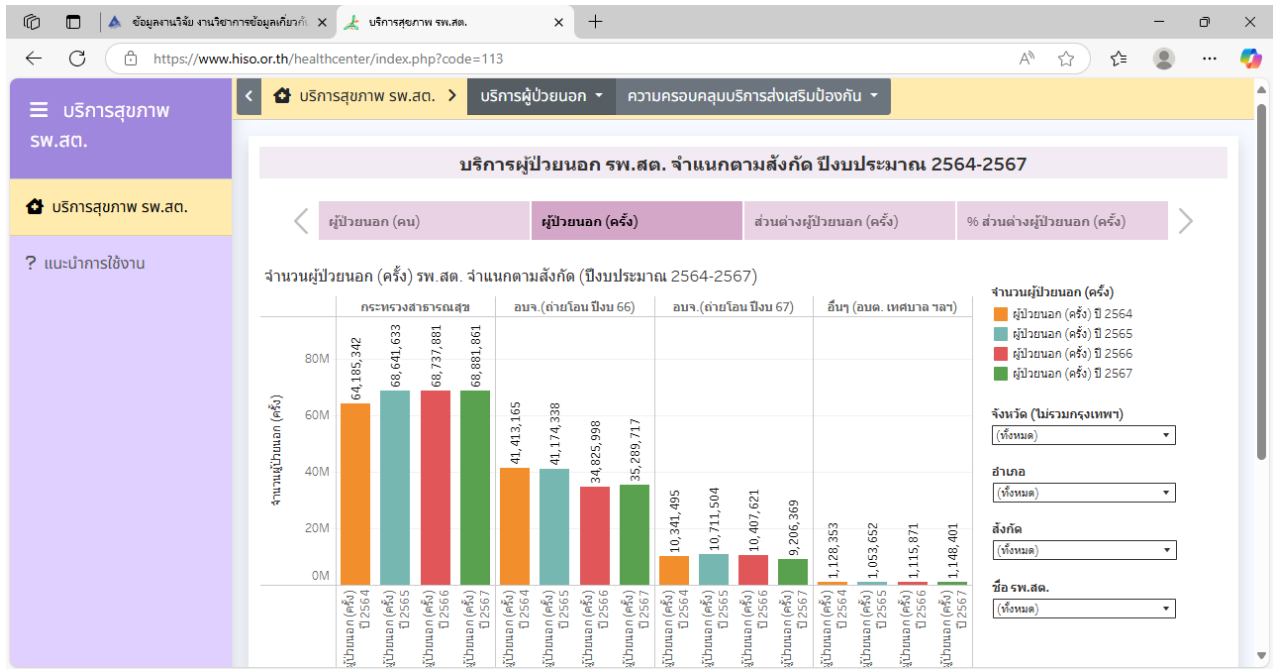


ข้อมูลแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567 แสดงดัง ภาพที่ 320-323

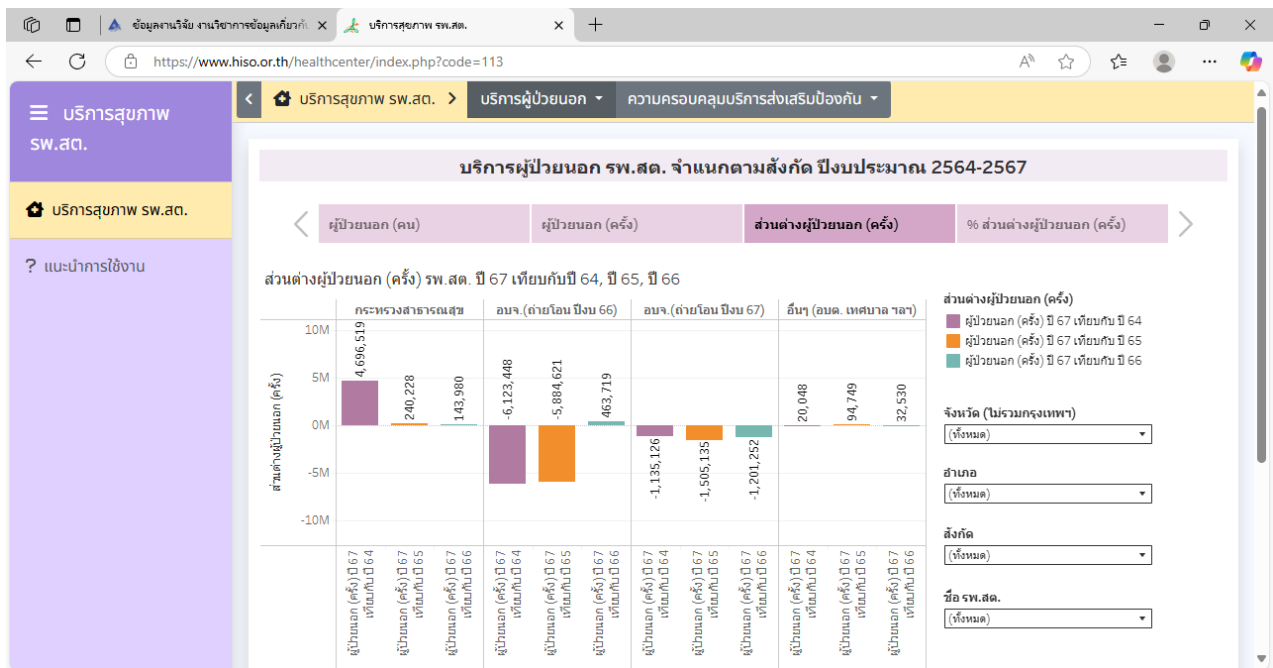
ภาพที่ 320 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567: ผู้ป่วยนอก (คน)



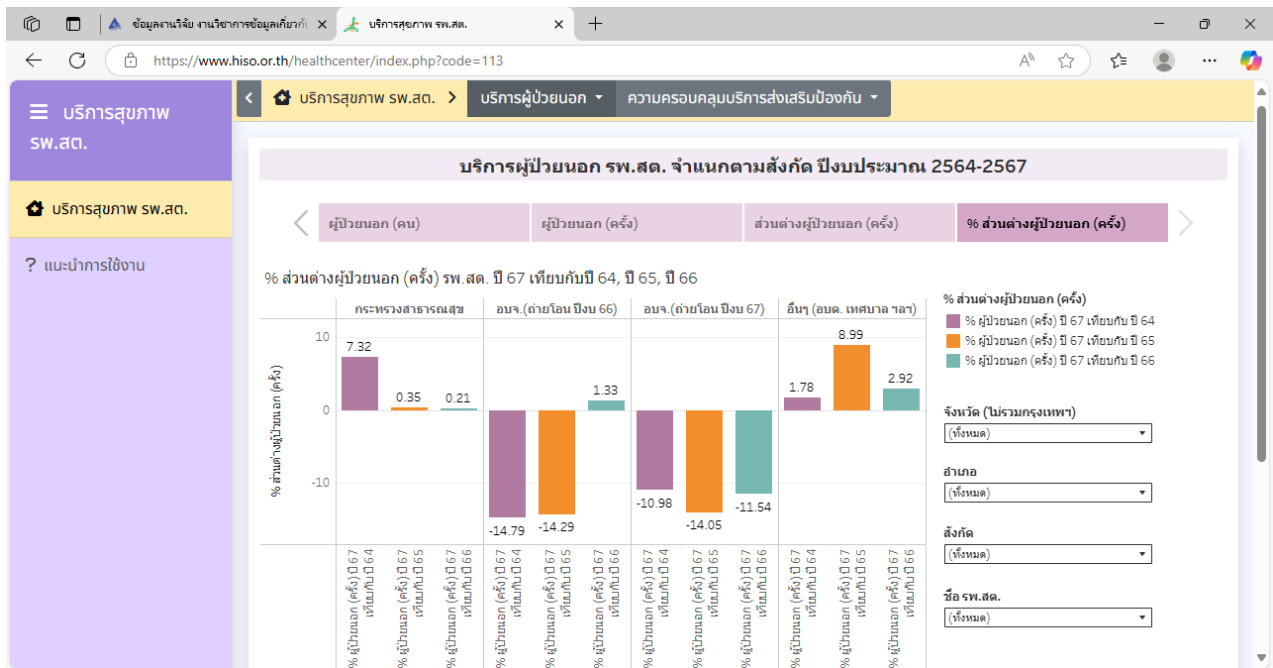
ภาพที่ 321 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567: ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)



ภาพที่ 322 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567: ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง)

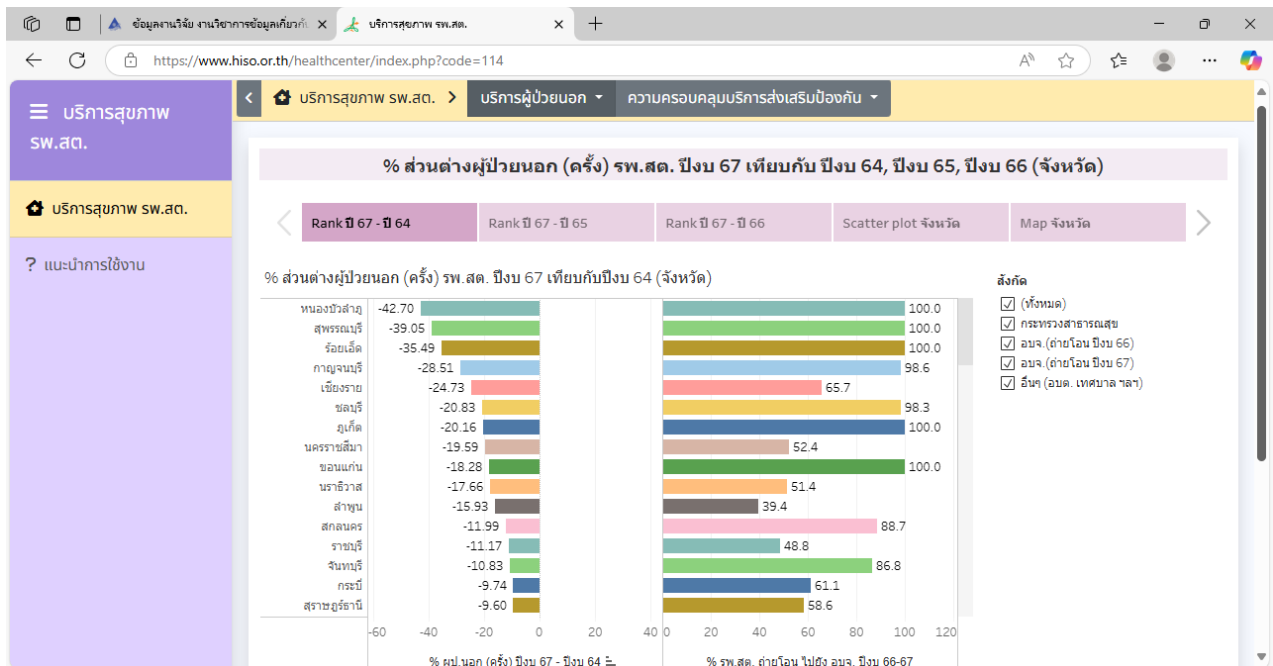


ภาพที่ 323 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงแนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567: % ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง)

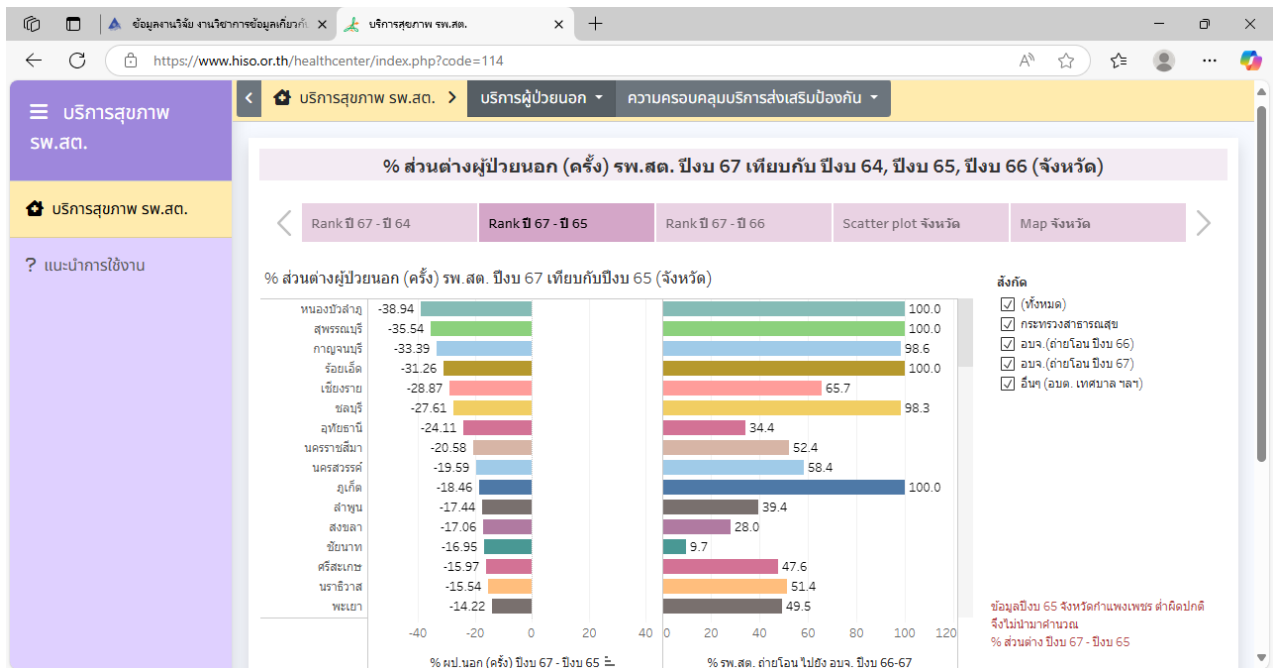


ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด) แสดงดัง ภาพที่ 324-328

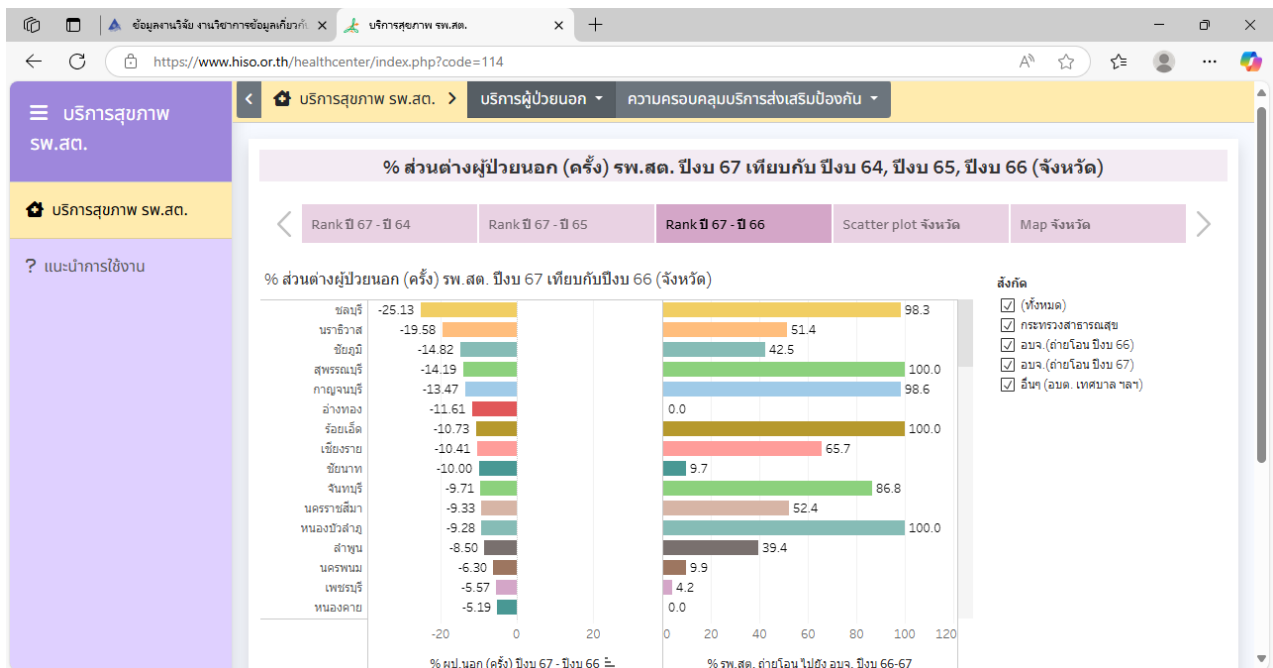
ภาพที่ 324 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 64



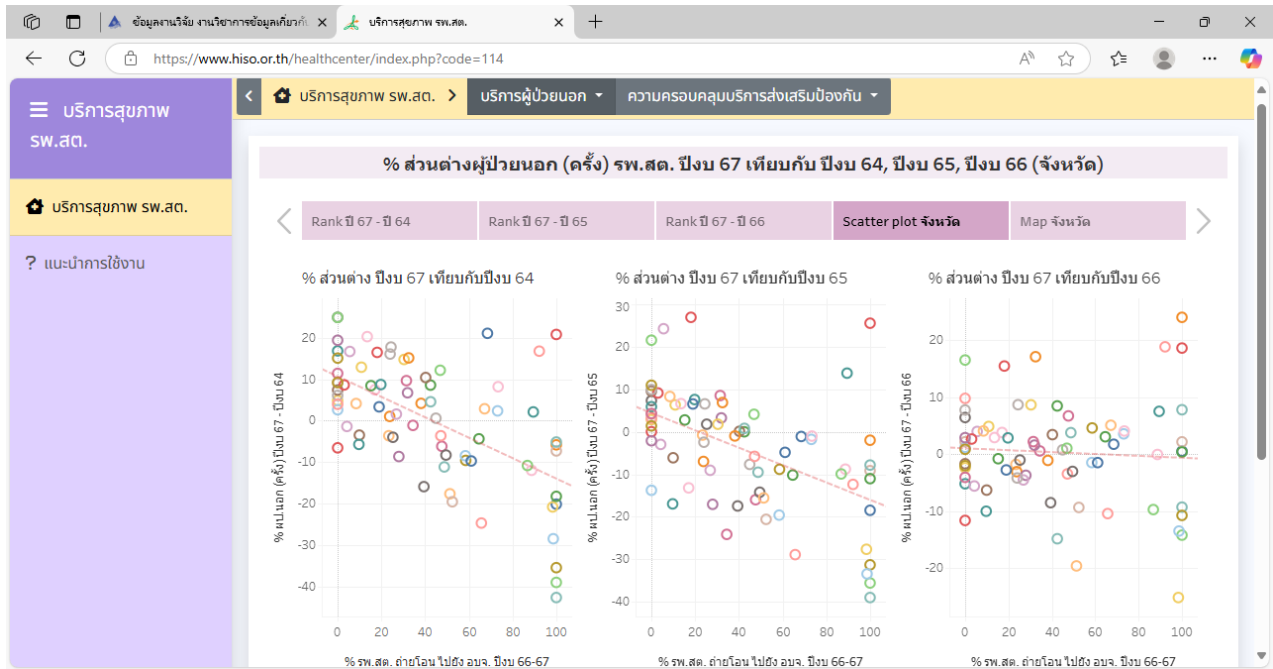
ภาพที่ 325 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 65



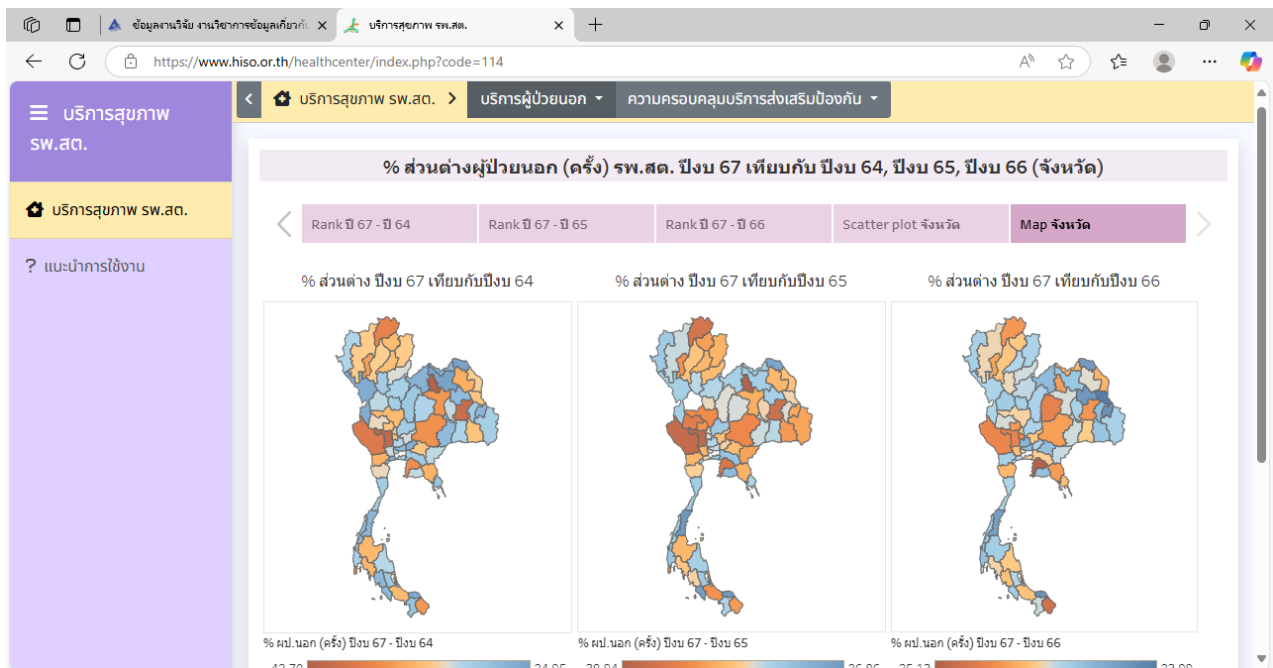
ภาพที่ 326 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 66



ภาพที่ 327 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Scatter plot จังหวัด

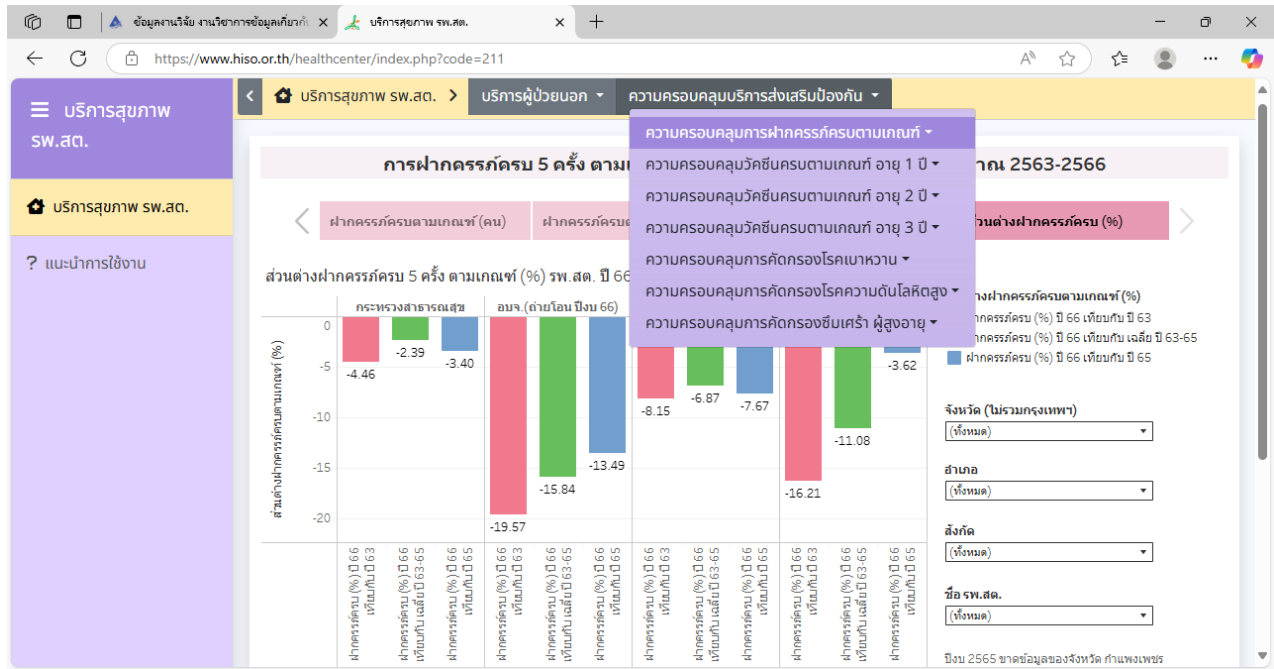


ภาพที่ 328 Dashboard ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก แสดงบริการผู้ป่วยนอกปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Map จังหวัด



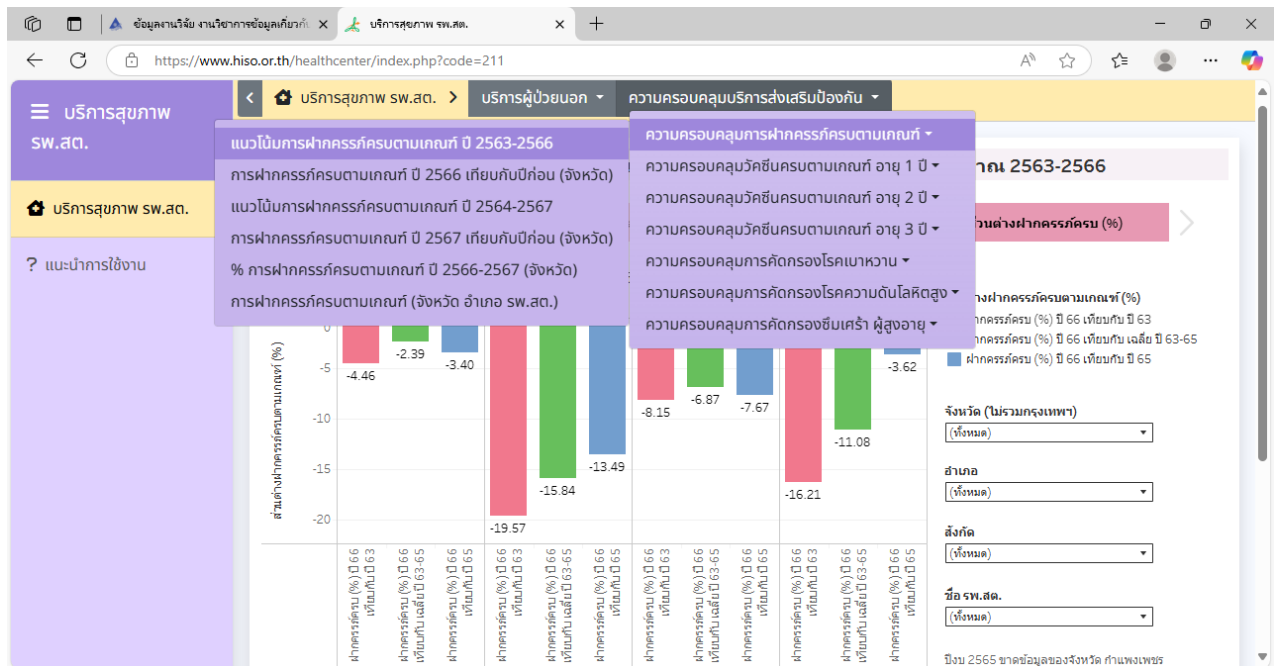
การแสดงผลข้อมูล ความครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ประกอบด้วย 1) ความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 2) ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 1 ปี 3) ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 2 ปี 4) ความครอบคลุมวัคซีนครบตามเกณฑ์ อายุ 3 ปี 5) ความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวาน 6) ความครอบคลุมการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง 7) ความครอบคลุมการคัดกรองซีสเตอ์รา ผู้สูงอายุ (ภาพที่ 329)

ภาพที่ 329 หน้าเว็บไซต์ระบบข้อมูลบริการ รพ.สต. แสดงเมนูความครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน



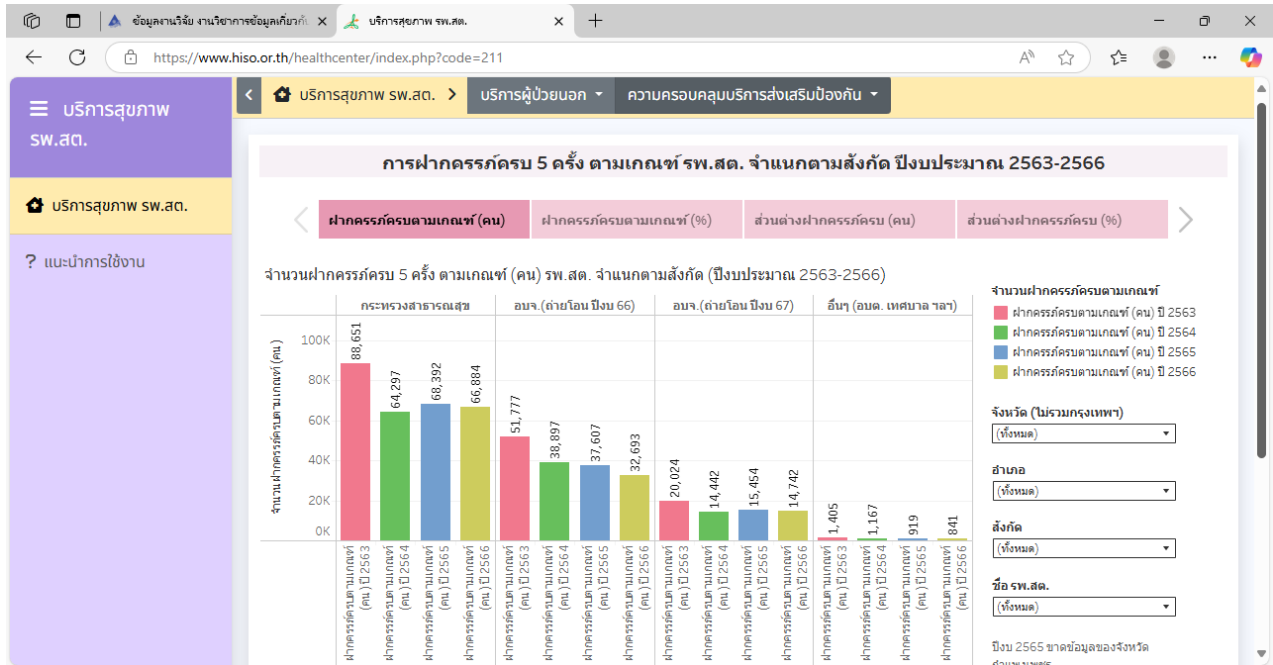
สำหรับตัวเล็กย่อยของข้อมูลความครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน ทั้ง 7 รายการ ประกอบด้วย 1) แนวโน้มความครอบคลุม ปี 2563-2566 2) ความครอบคลุม ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด) 3) แนวโน้มความครอบคลุม ปี 2564-2567 และ 4) ความครอบคลุม ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด) 5) ความครอบคลุม ปี 2566-2567 (จังหวัด) 6) ความครอบคลุม (จังหวัด อำเภอรพ.สต.) (ภาพที่ 330)

ภาพที่ 330 หน้าเว็บไซต์ระบบข้อมูลบริการ รพ.สต. แสดงเมนูย่อยของความครอบคลุมการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

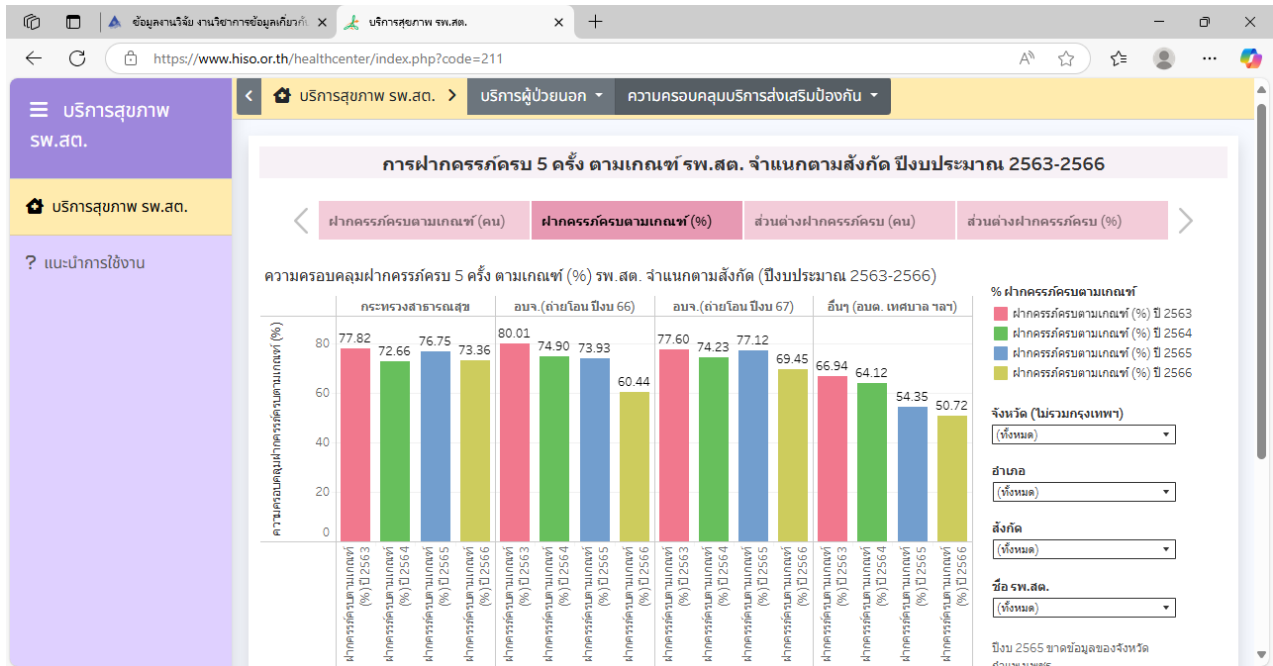


ข้อมูลแนวโน้มความครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน ปี 2563-2566 แสดงตั้ง ภาพที่ 331-334

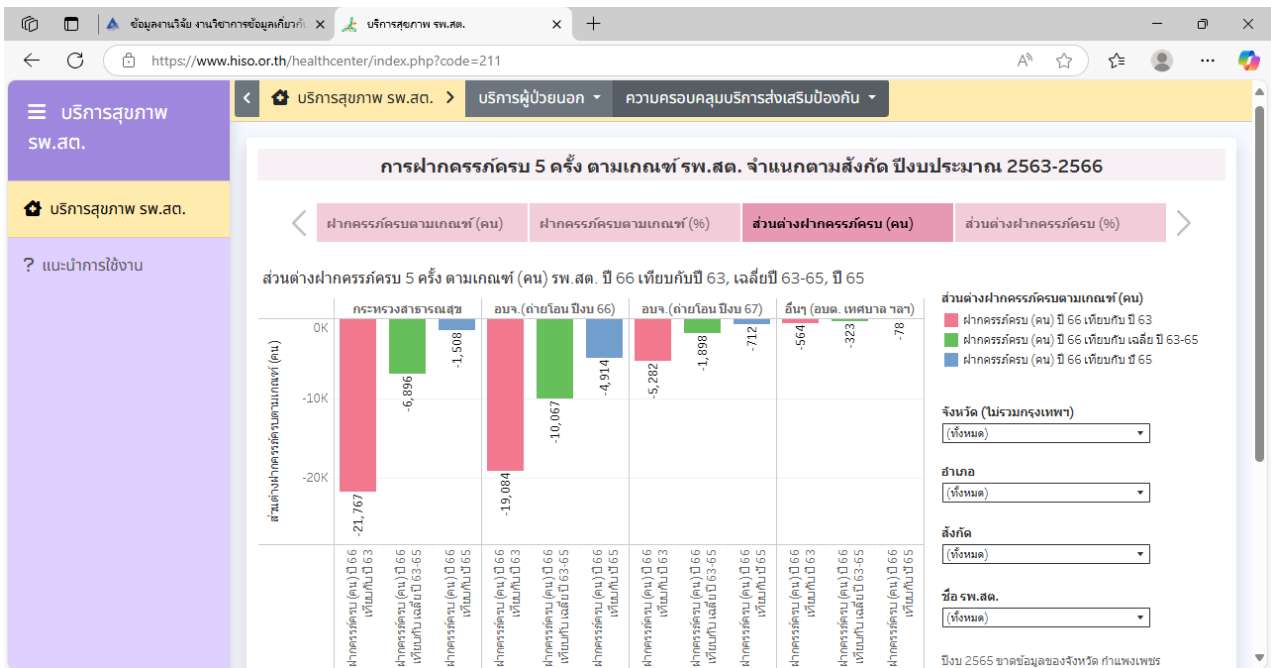
ภาพที่ 331 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2563-2566: ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน)



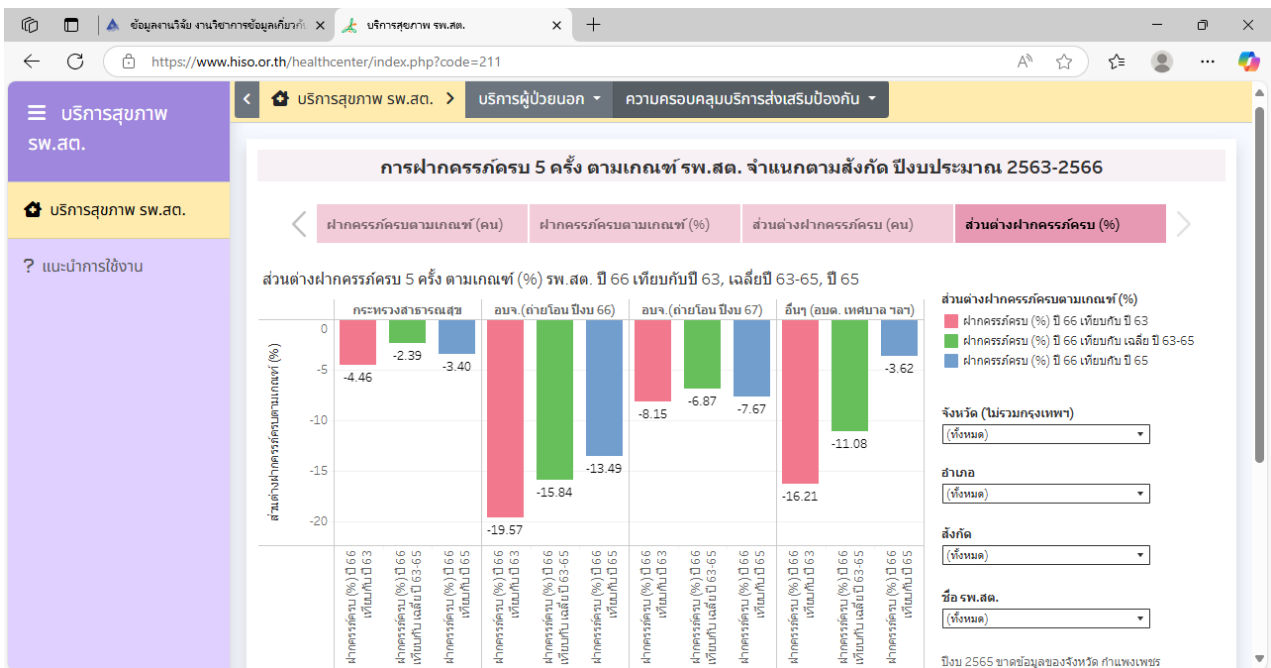
ภาพที่ 332 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2563-2566: ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (%)



ภาพที่ 333 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2563-2566: ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ (คน)

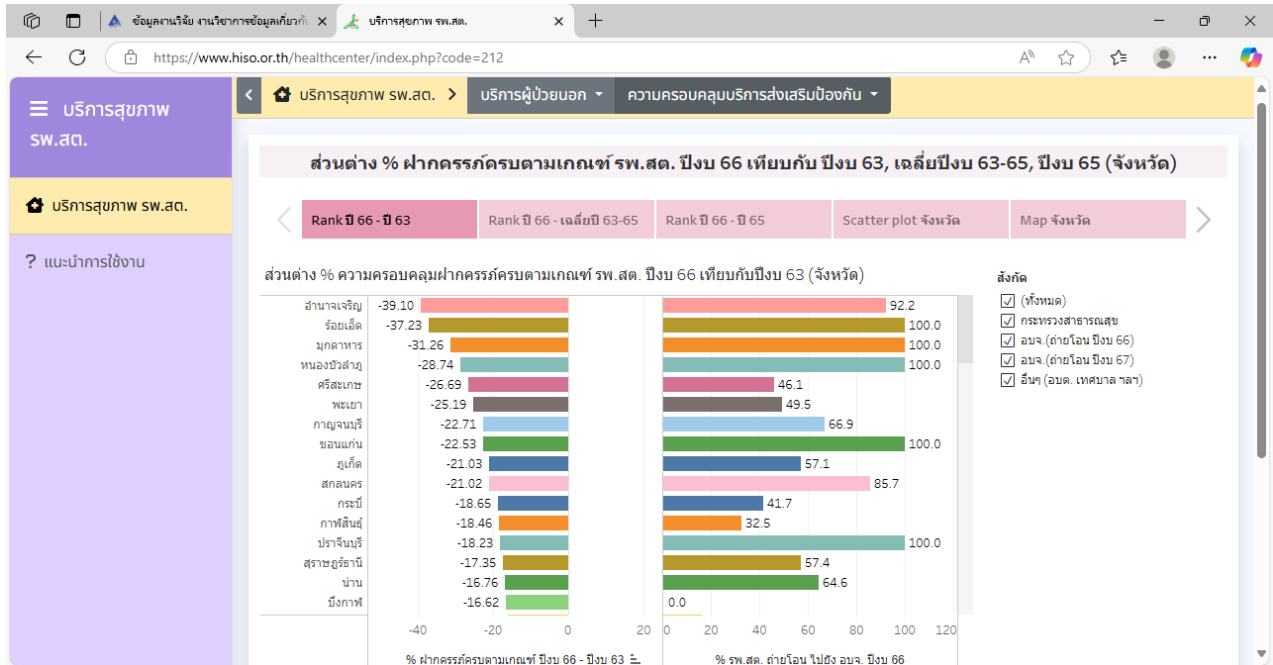


ภาพที่ 334 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2563-2566: ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ (%)

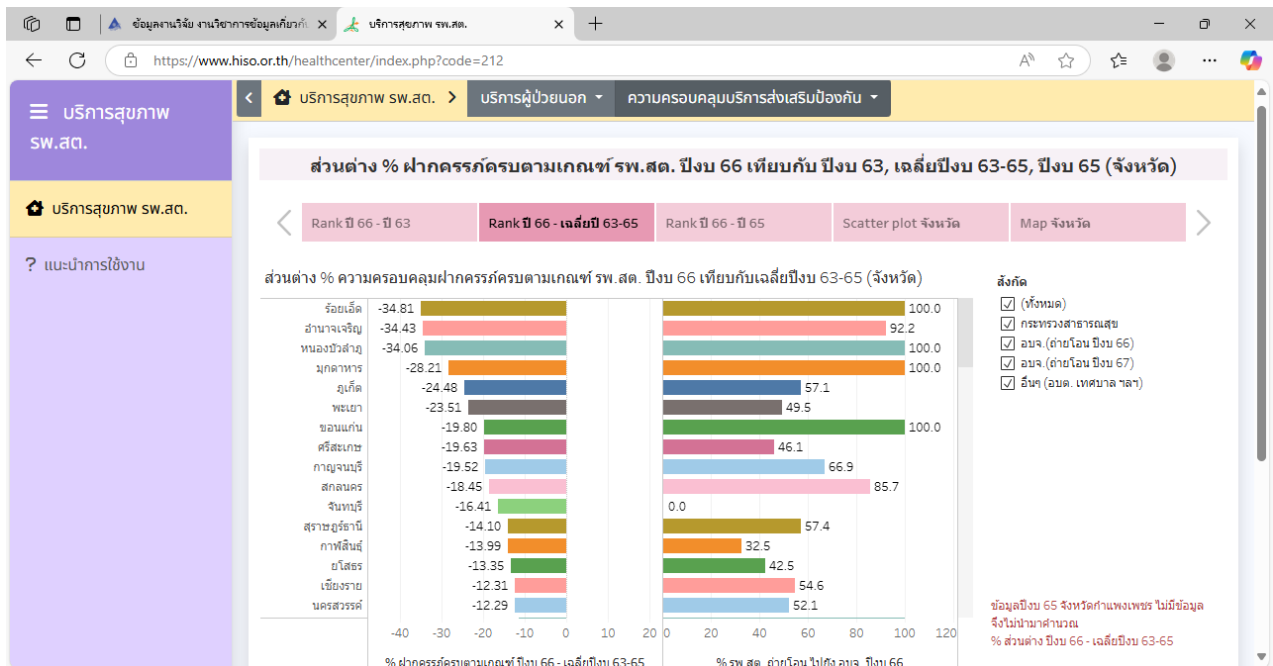


ข้อมูลความครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด) แสดงดัง ภาพที่ 335-339

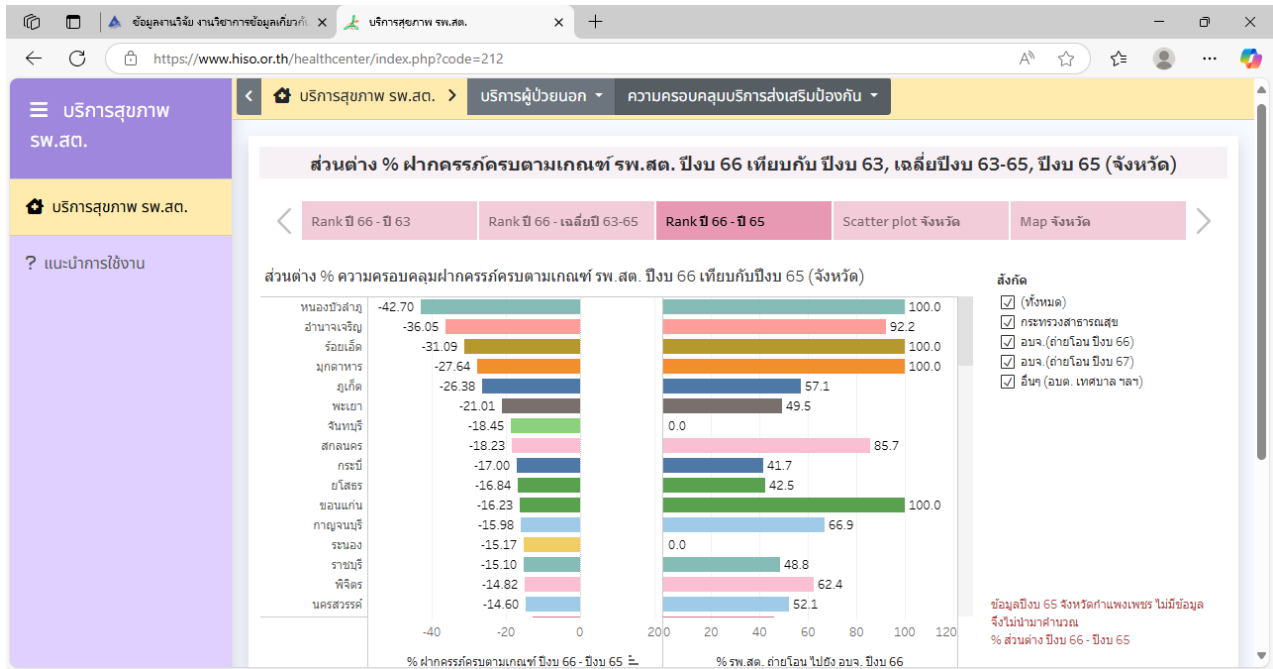
ภาพที่ 335 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - ปี 63



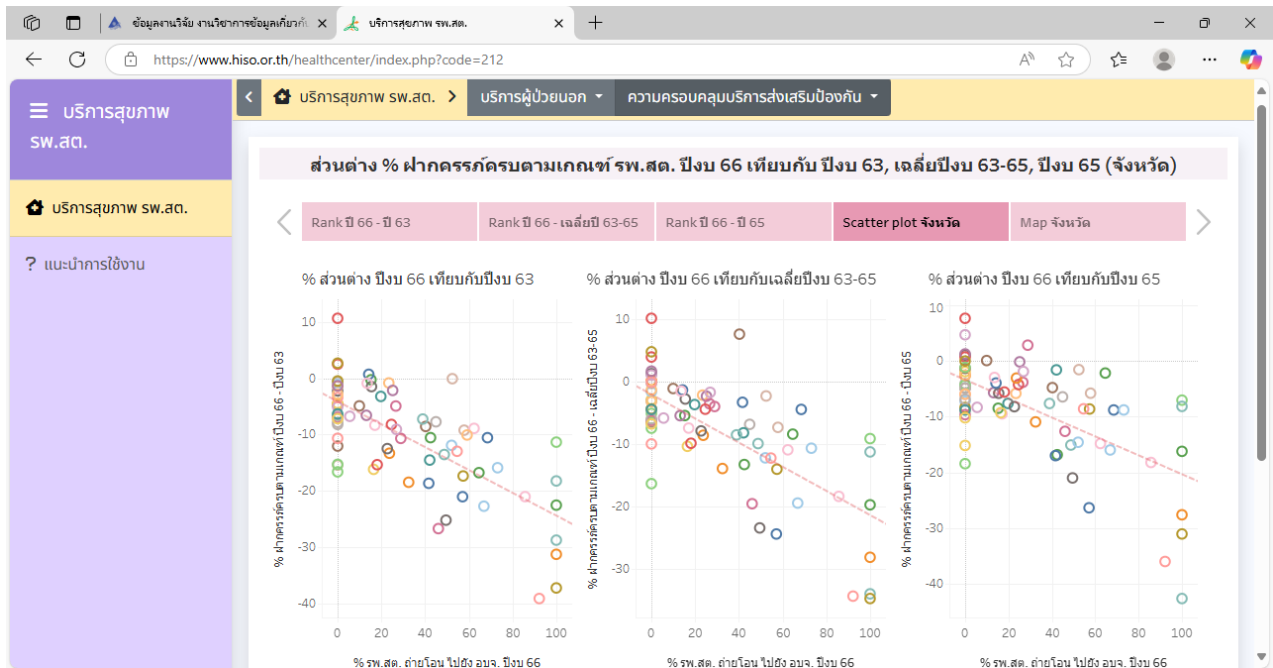
ภาพที่ 336 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - เฉลี่ยปี 63-65



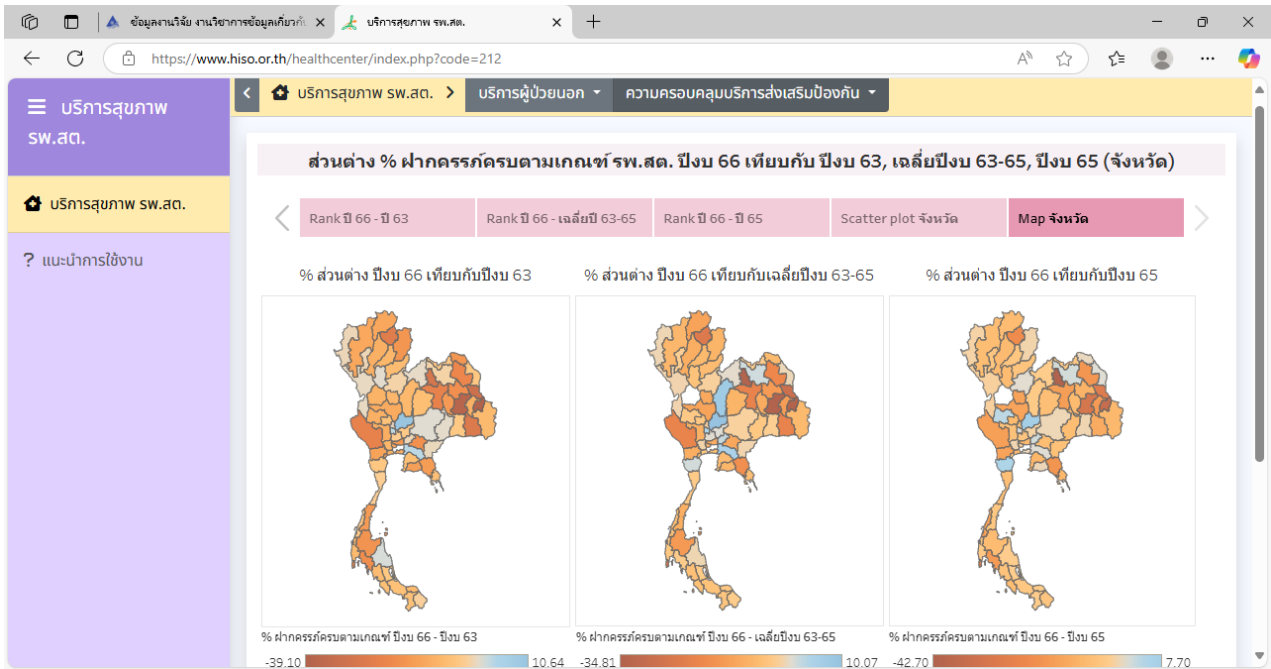
ภาพที่ 337 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 66 - ปี 65



ภาพที่ 338 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Scatter plot จังหวัด

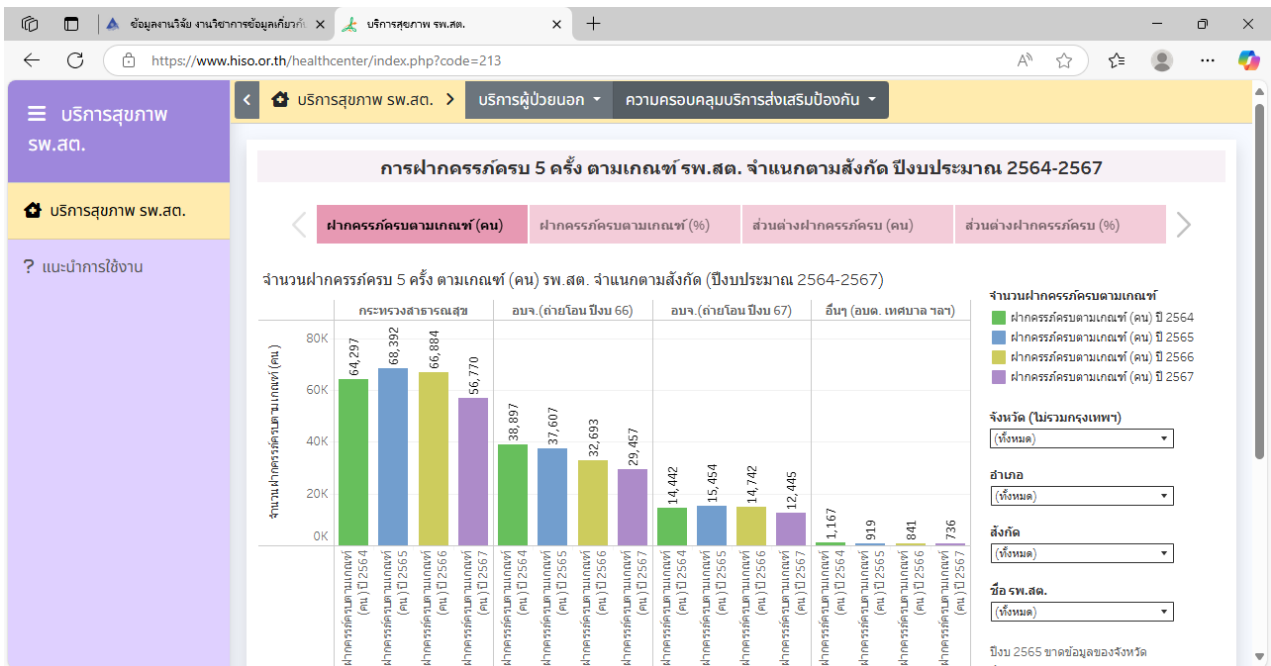


ภาพที่ 339 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Map จังหวัด

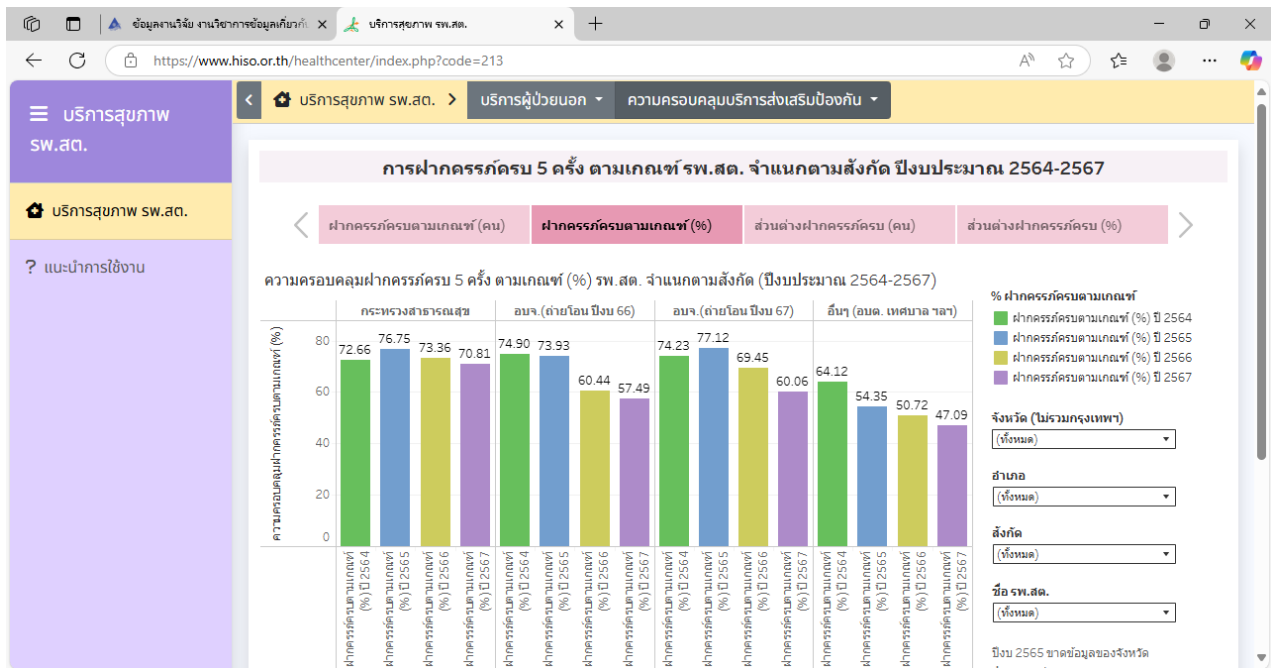


ข้อมูลแนวโน้มความครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน ปี 2564-2567 แสดงดัง ภาพที่ 340-343

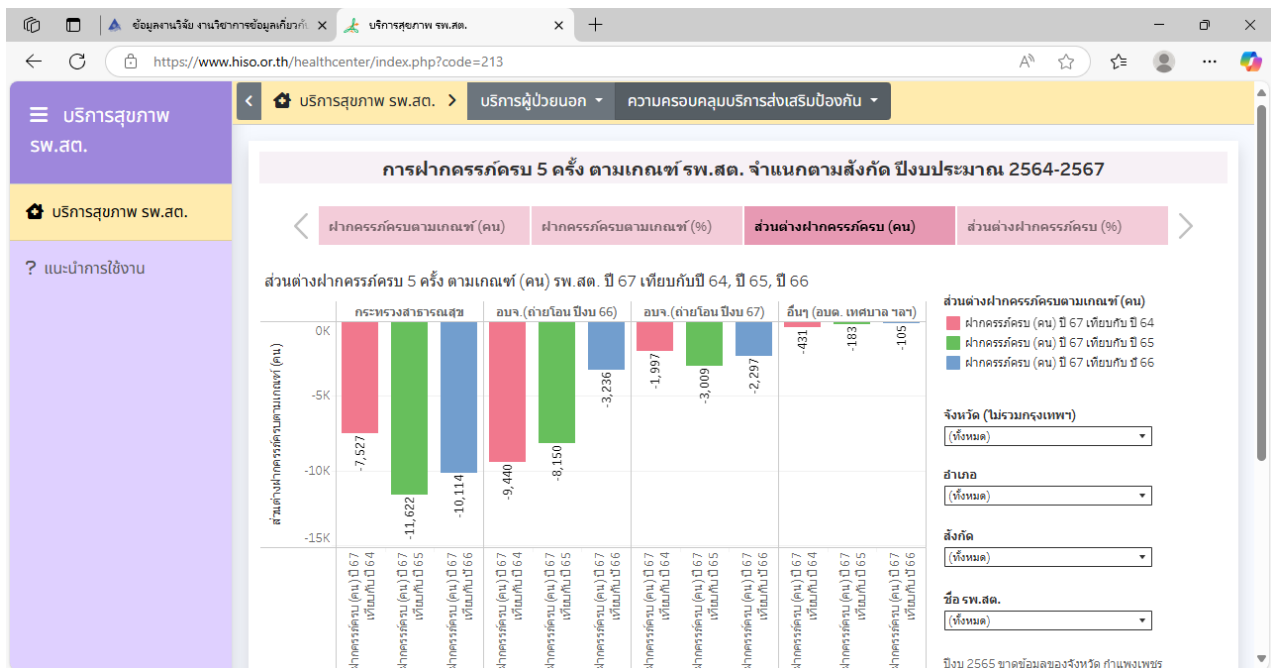
ภาพที่ 340 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2564-2567: ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คน)



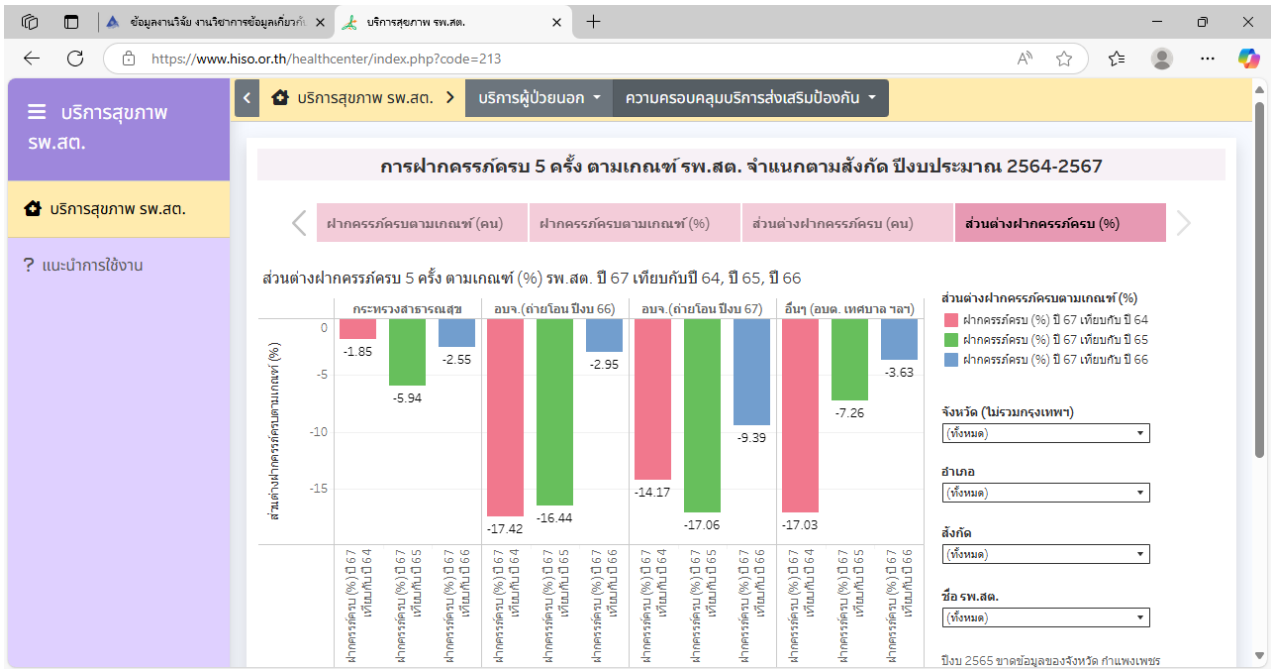
ภาพที่ 341 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2564-2567: ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (%)



ภาพที่ 342 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2564-2567: ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ (คน)

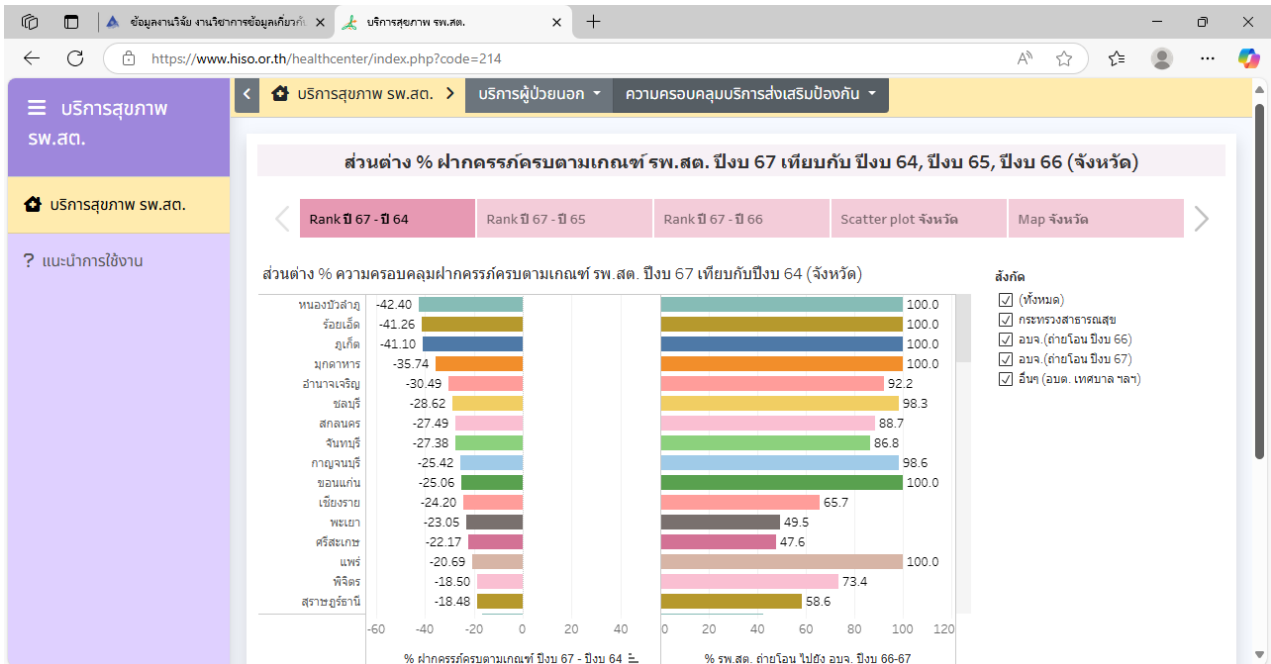


ภาพที่ 343 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงแนวโน้มการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปี 2564-2567: ส่วนต่างฝากครรภ์ครบ (%)

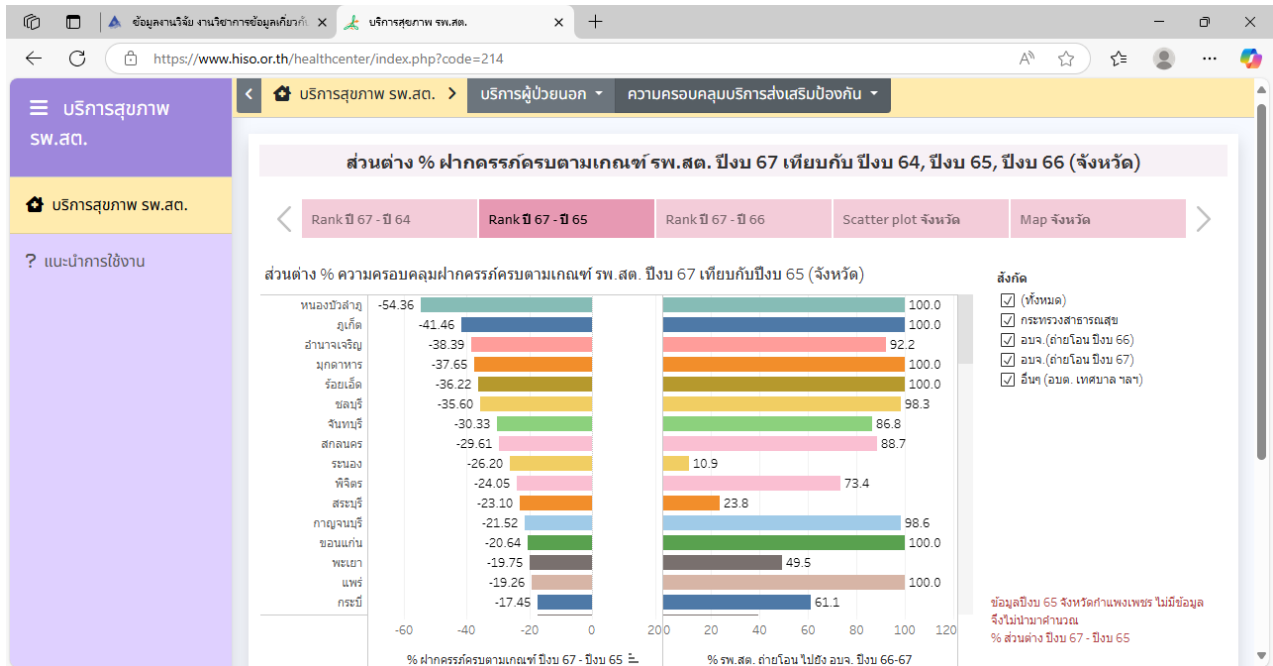


ข้อมูลความครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด) แสดงดัง ภาพที่ 344-348

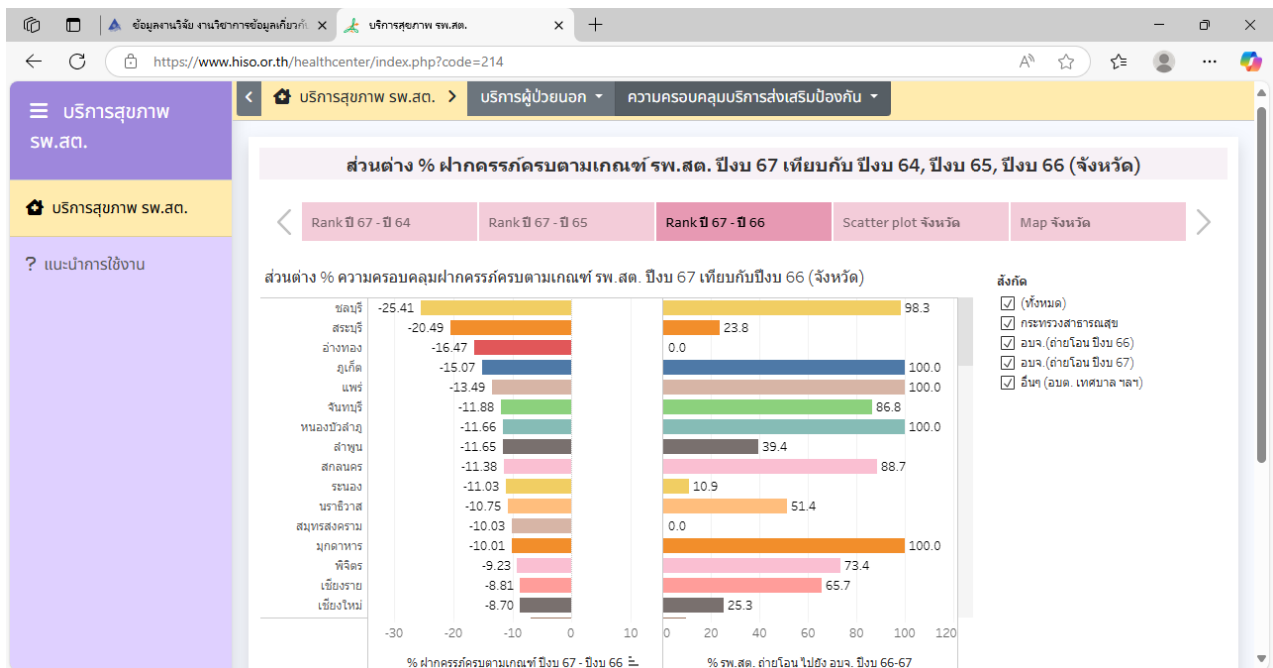
ภาพที่ 344 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 64



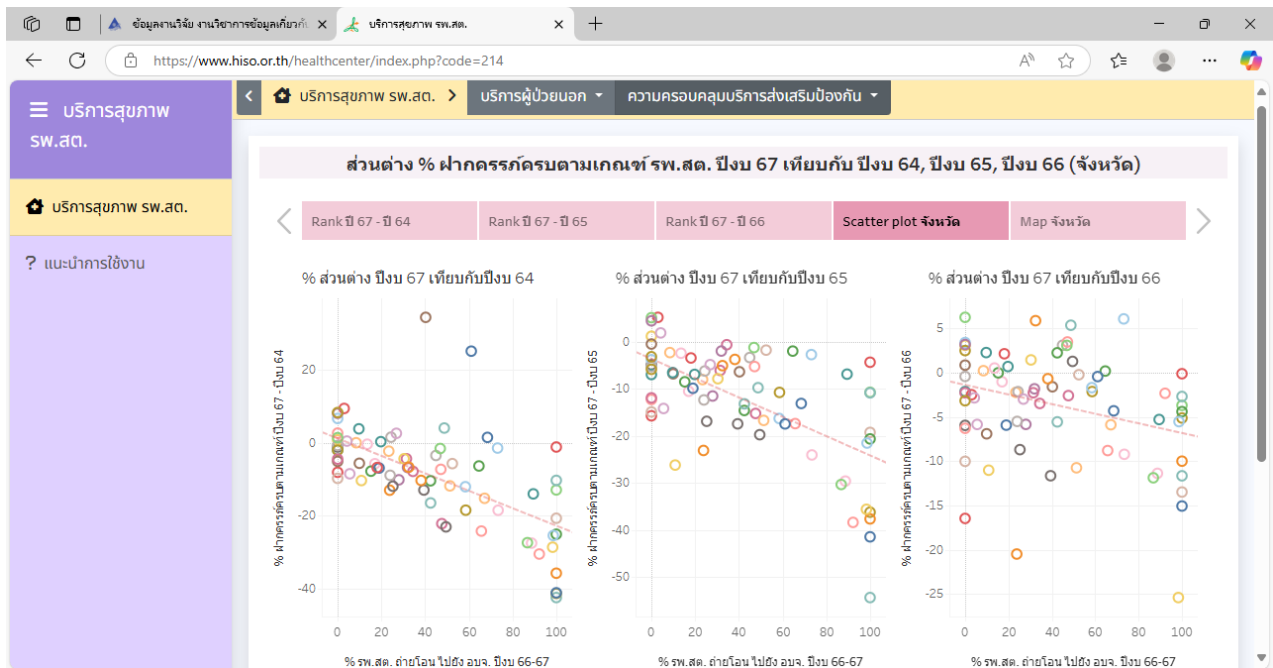
ภาพที่ 345 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 65



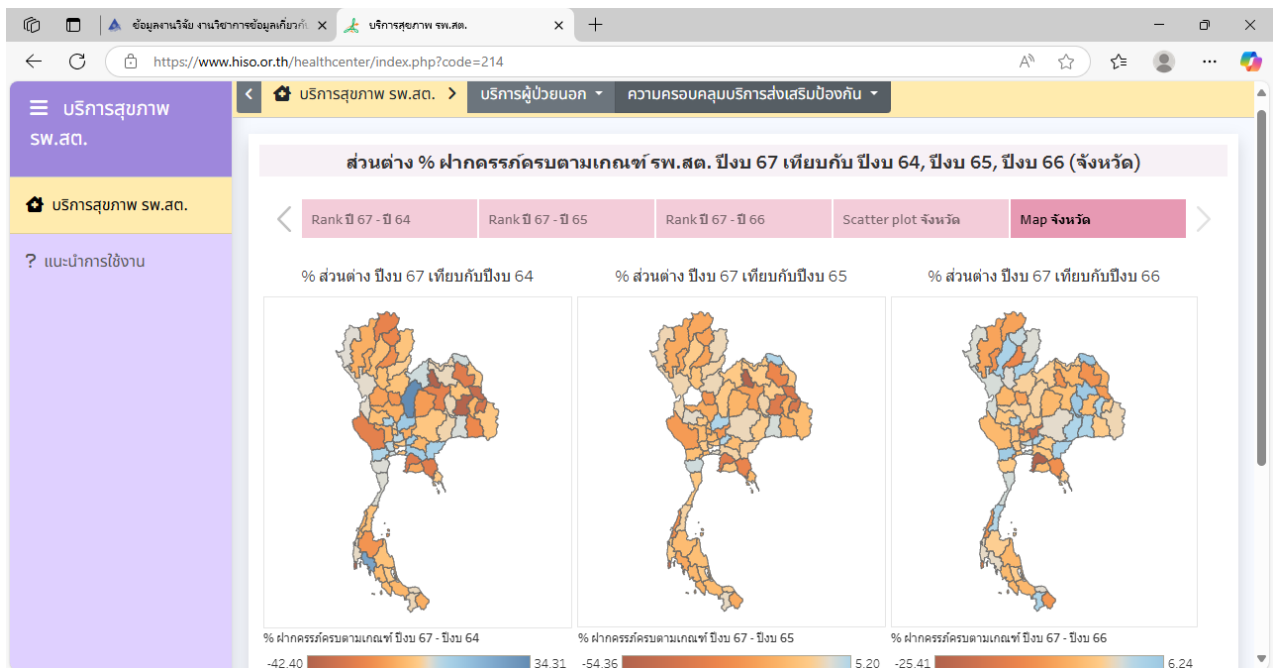
ภาพที่ 346 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Rank ปี 67 - ปี 66



ภาพที่ 347 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Scatter plot จังหวัด

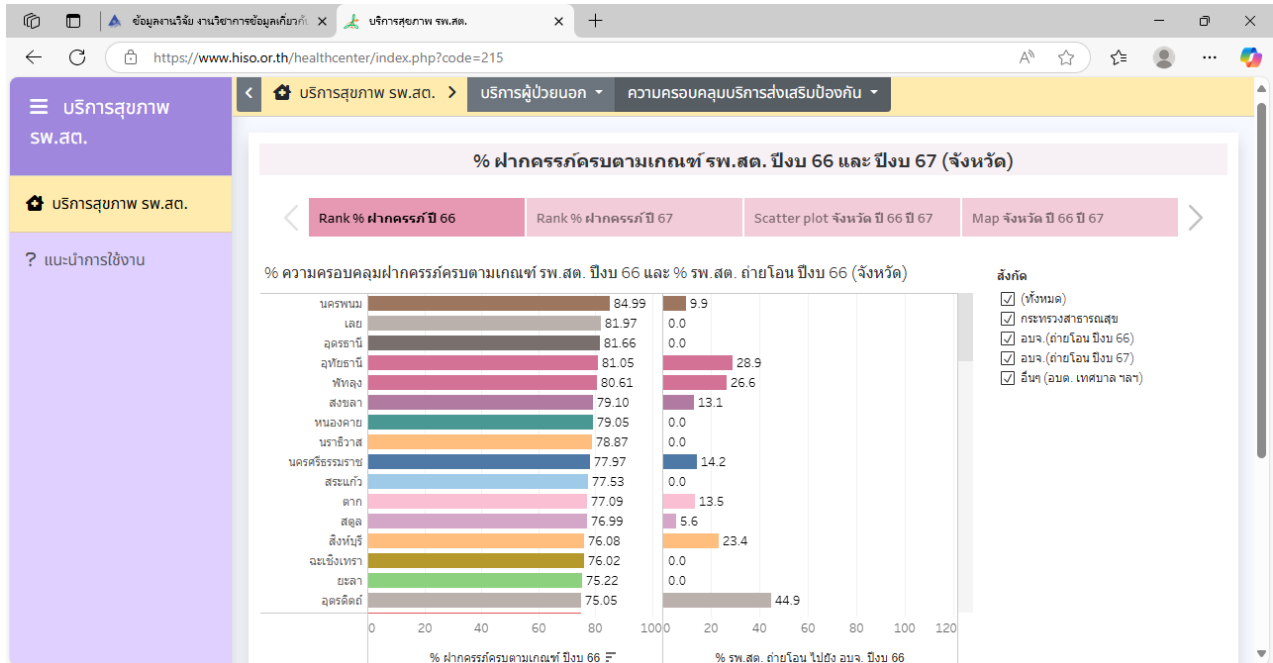


ภาพที่ 348 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2567 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด): Map จังหวัด

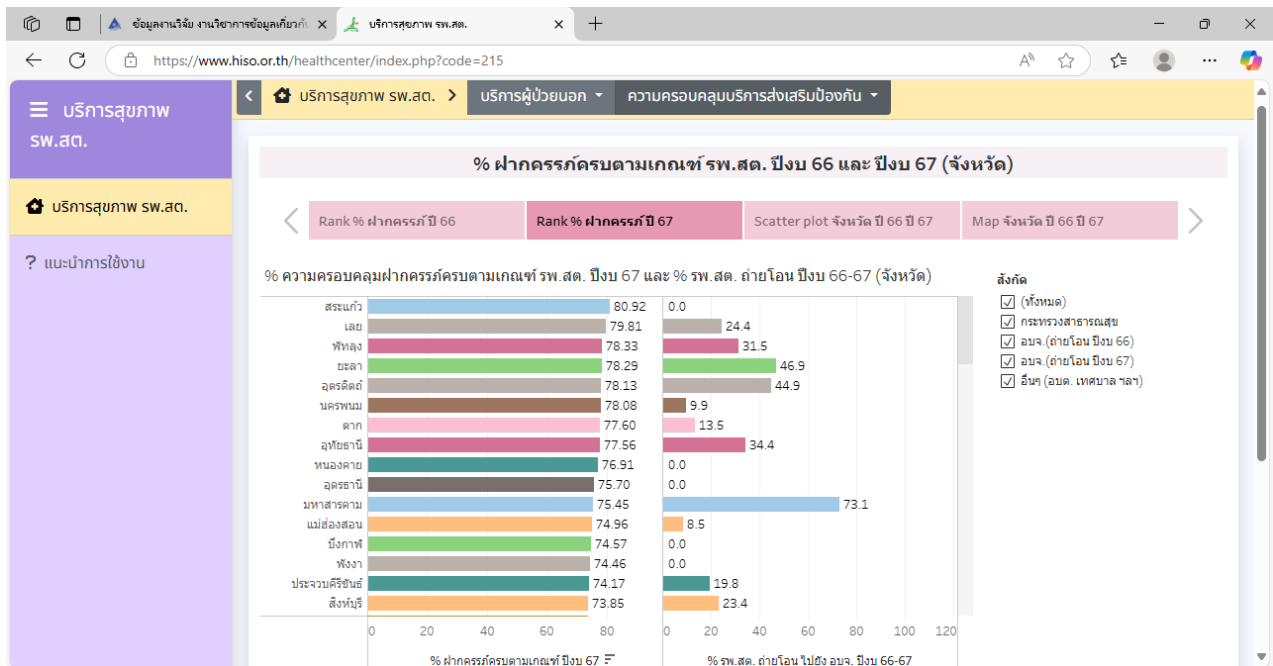


ข้อมูลความครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน ปี 2566-2567 (จังหวัด) แสดงดัง ภาพที่ 349-352

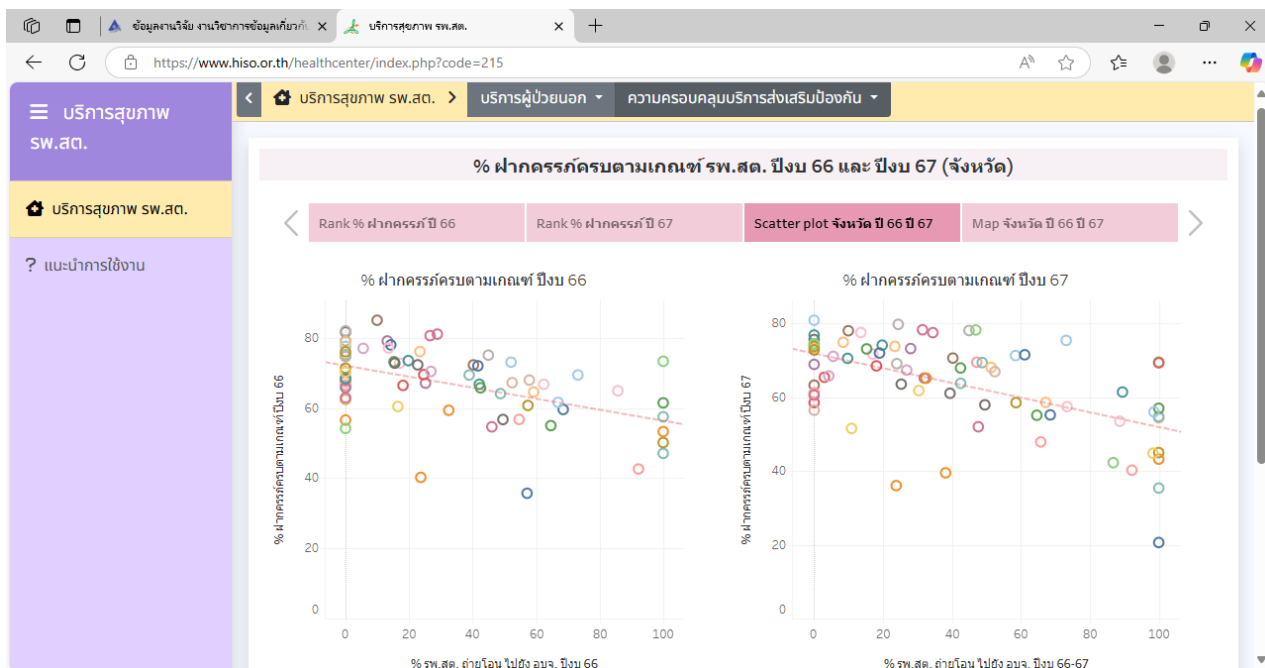
ภาพที่ 349 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดง % การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566-2567 (จังหวัด): Rank % ฝากครรภ์ ปี 66



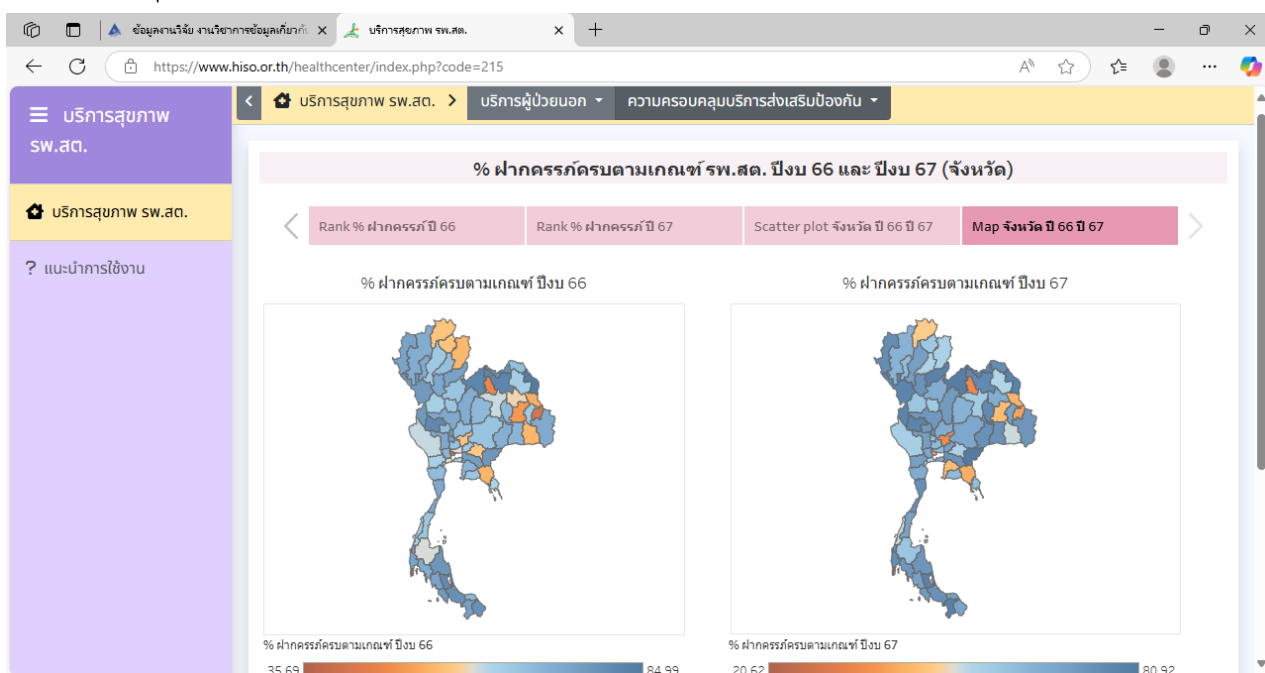
ภาพที่ 350 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดง % การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566-2567 (จังหวัด): Rank % ฝากครรภ์ ปี 67



ภาพที่ 351 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดง % การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566-2567 (จังหวัด): Scatter plot จังหวัด ปี 66 ปี 67

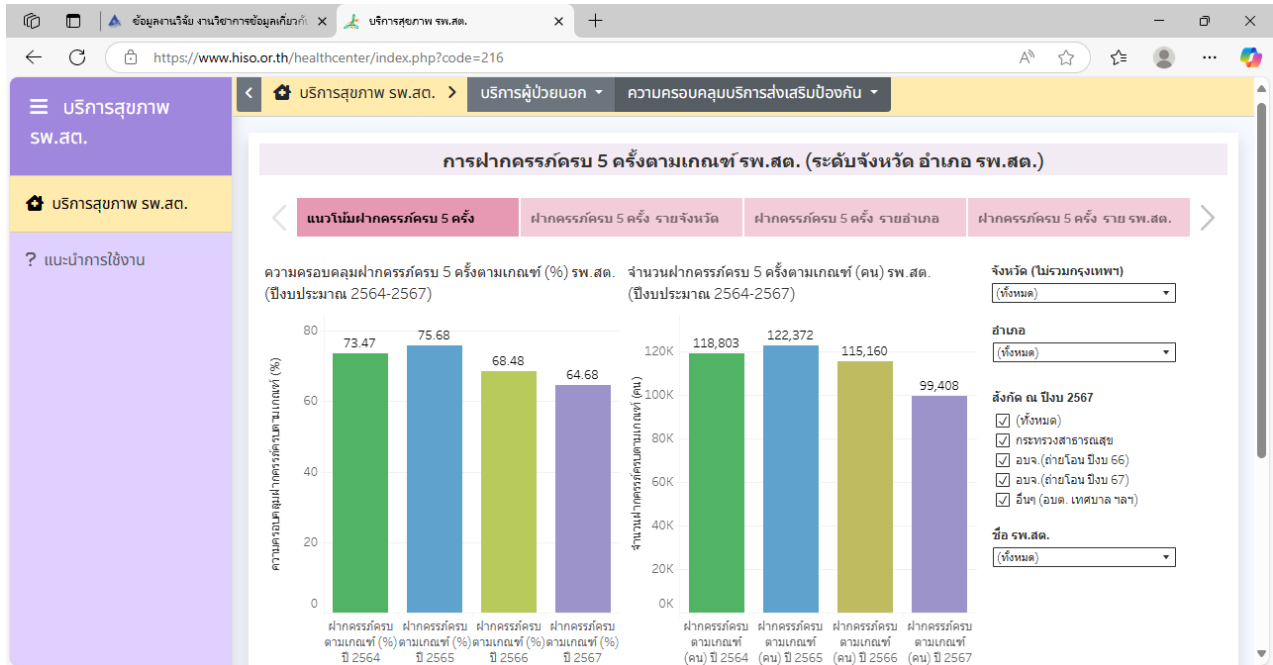


ภาพที่ 352 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน แสดง % การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ปี 2566-2567 (จังหวัด): Map จังหวัด ปี 66 ปี 67

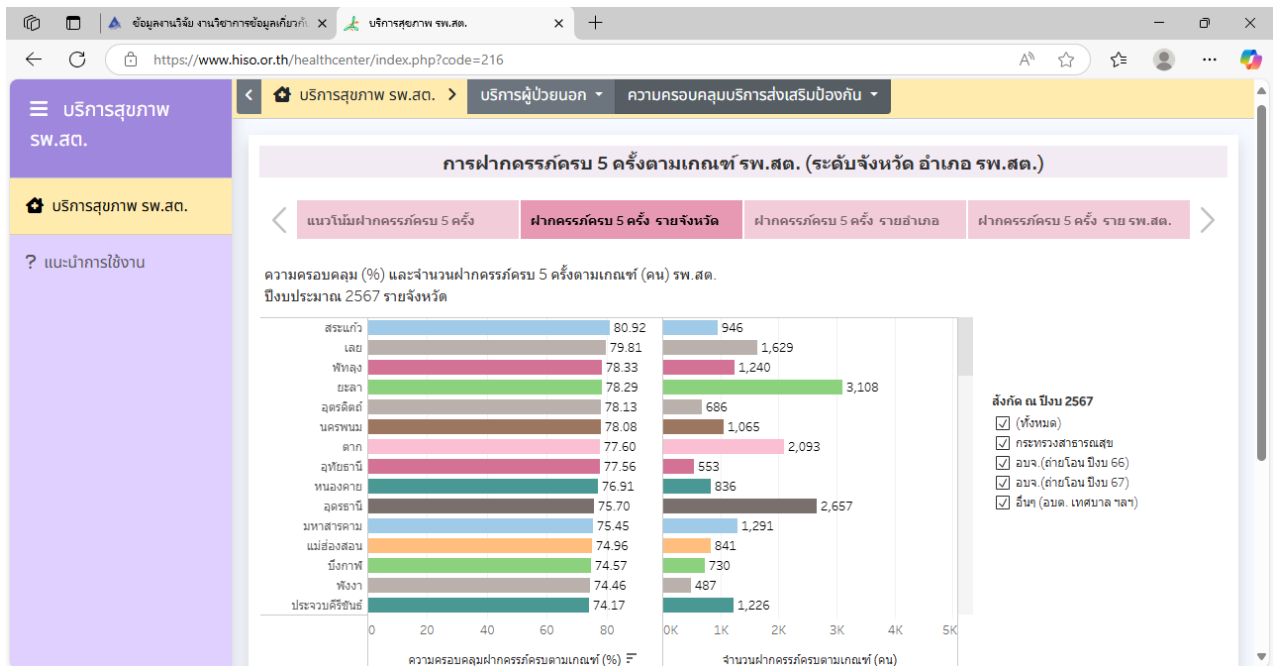


ข้อมูลความครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน (จังหวัด อำเภอรพ.สต.) แสดงดัง ภาพที่ 353-356

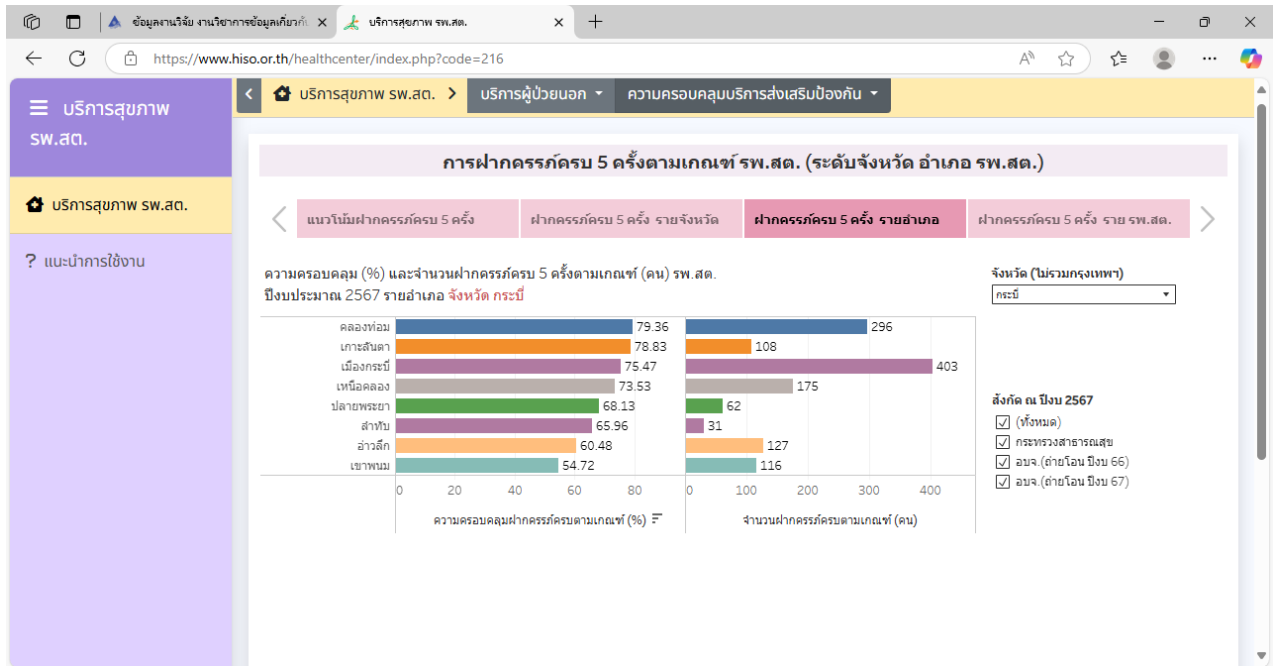
ภาพที่ 353 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (จังหวัด อำเภอรพ.สต.): แนวโน้มฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง



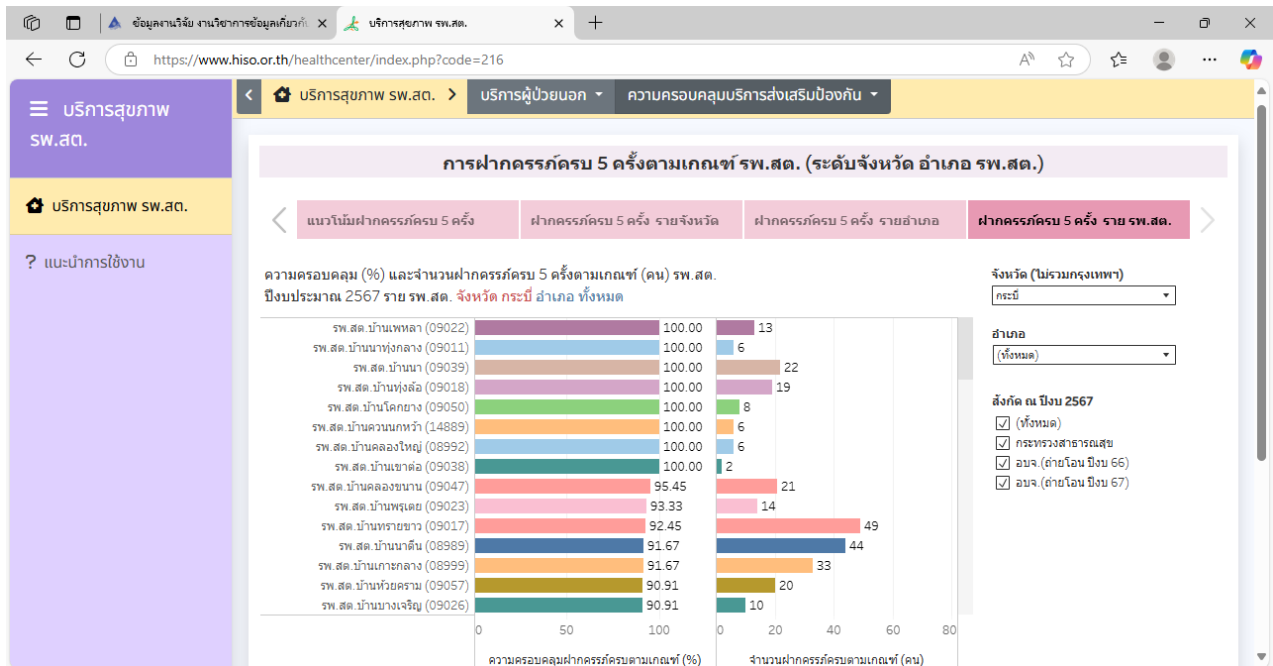
ภาพที่ 354 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (จังหวัด อำเภอรพ.สต.): ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง รายจังหวัด



ภาพที่ 355 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (จังหวัด อำเภอรพ.สต.): ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง รายอำเภอ

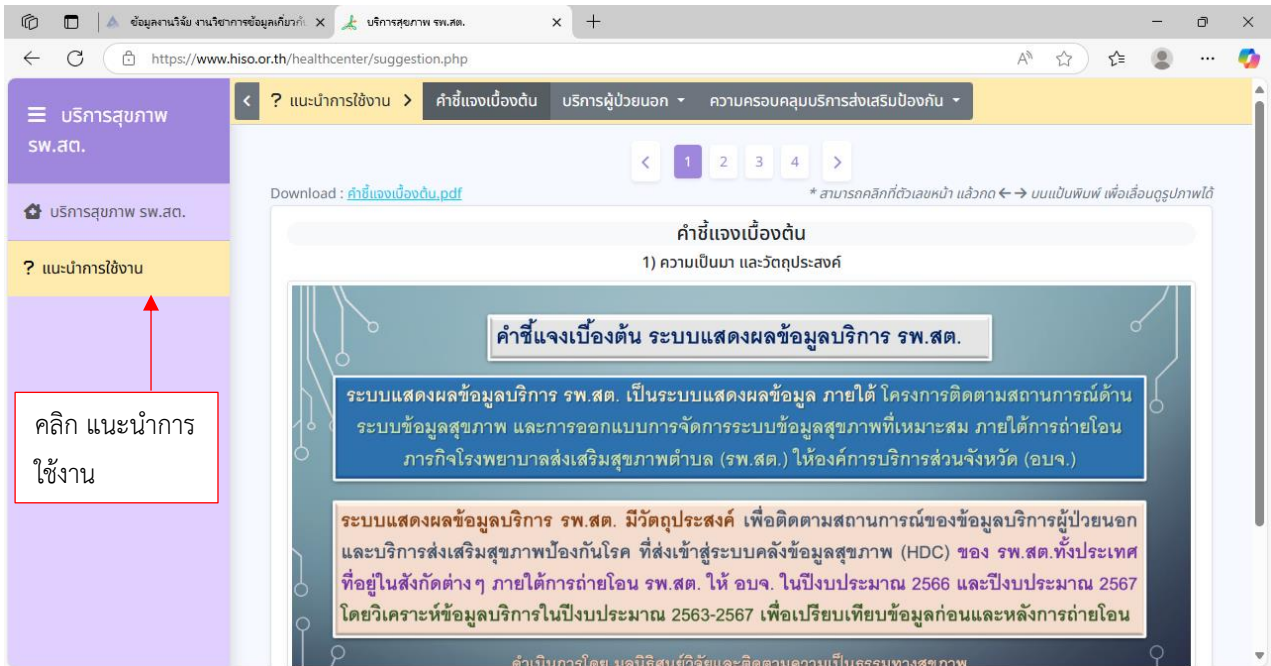


ภาพที่ 356 Dashboard ข้อมูลบริการส่งเสริมป้องกัน การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (จังหวัด อำเภอรพ.สต.): ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง รายรพ.สต.

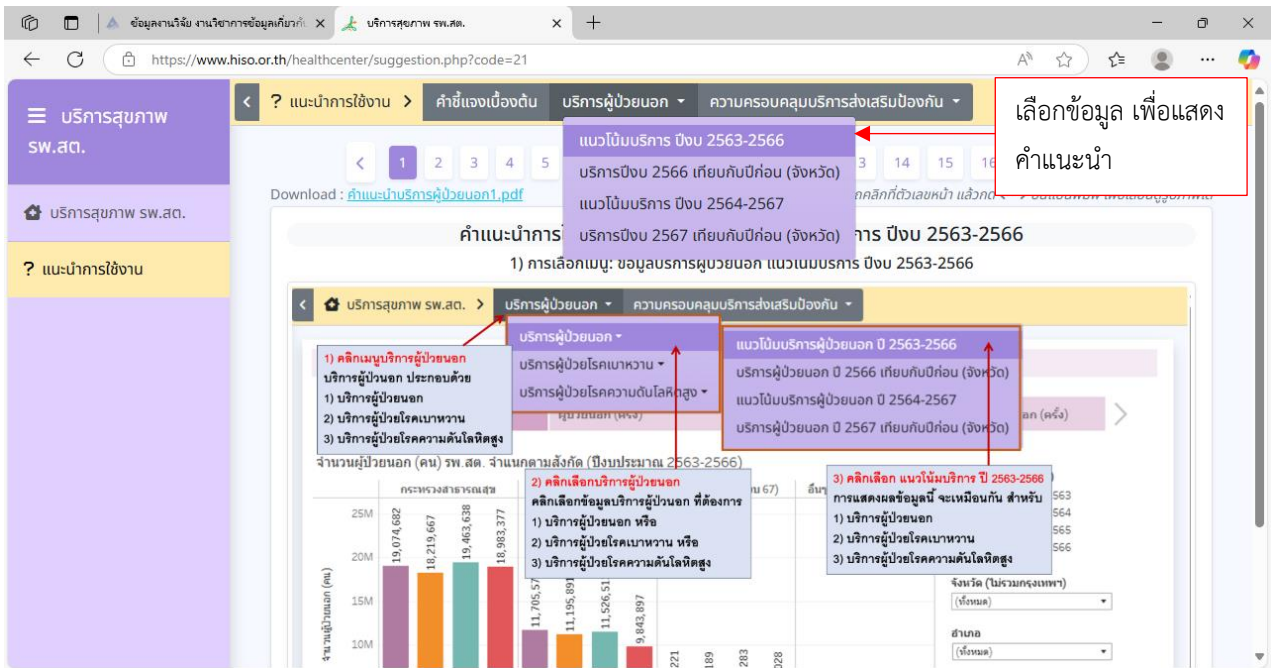


คำแนะนำการใช้งานระบบแสดงผลข้อมูลบริการ รพ.สต. แสดงดัง ภาพที่ 357-368

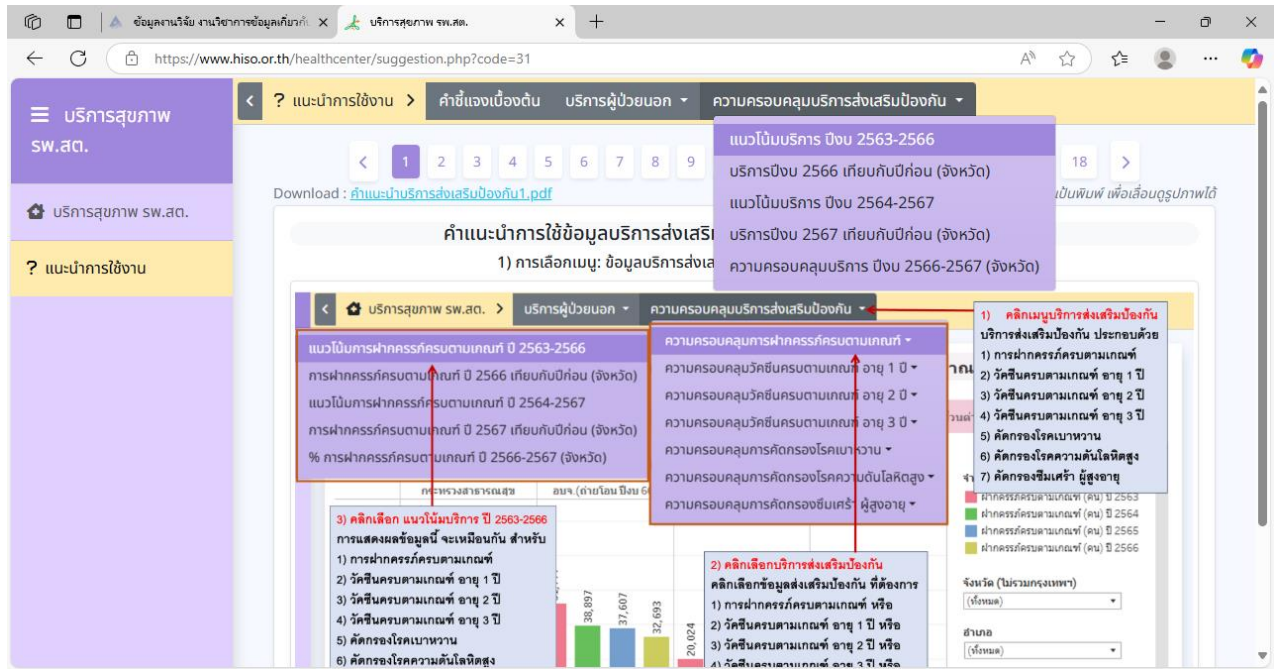
ภาพที่ 357 คำแนะนำการใช้งาน: คำชี้แจงเบื้องต้น



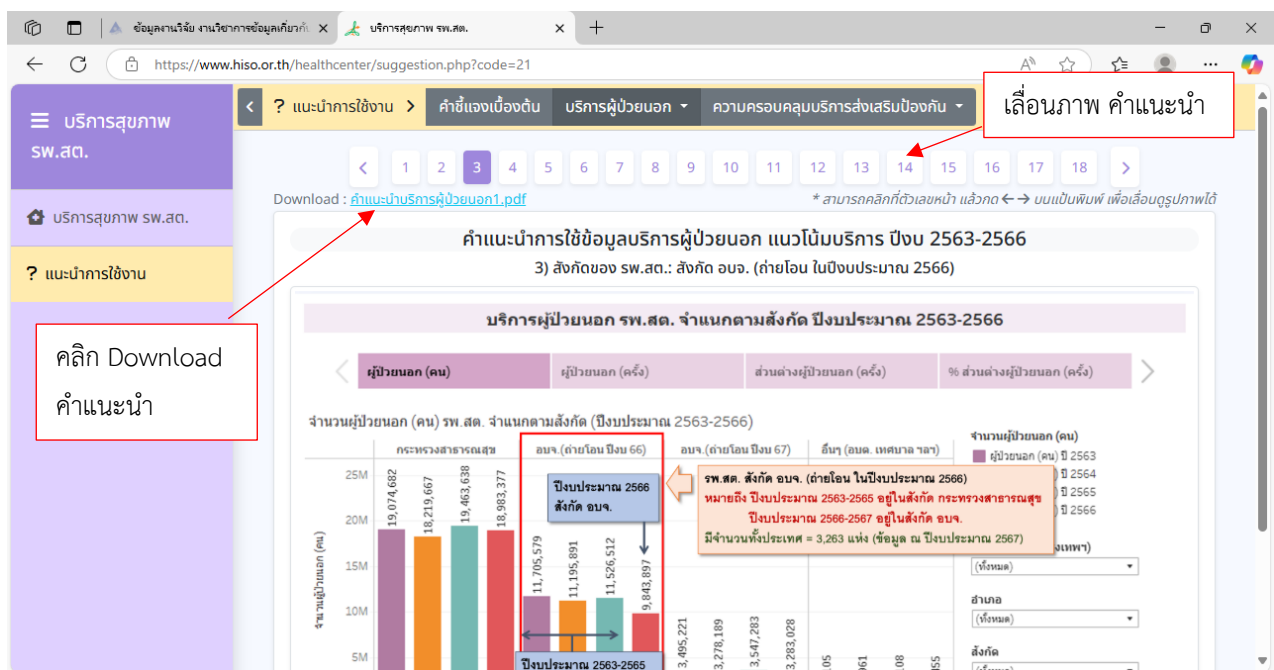
ภาพที่ 358 คำแนะนำการใช้งาน: แสดงเมนูตัวเลือกคำแนะนำการใช้งาน บริการผู้ป่วยนอก



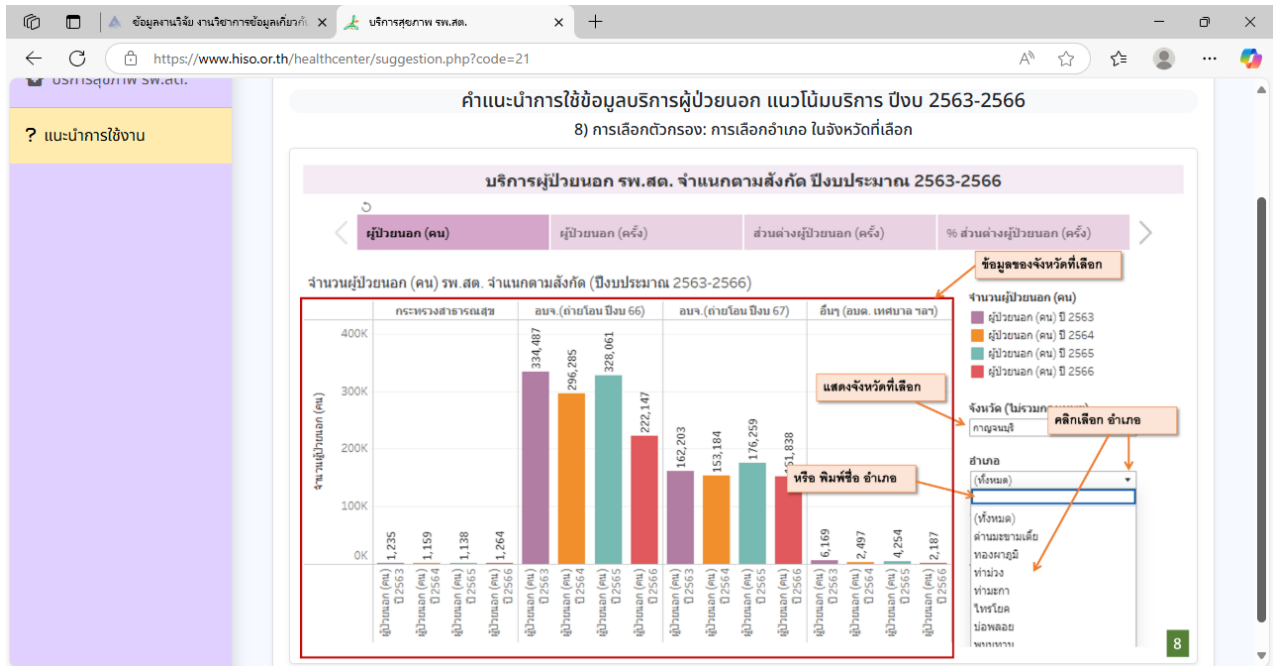
ภาพที่ 359 คำแนะนำการใช้งาน: แสดงเมนูตัวเลือกคำแนะนำการใช้งาน ความครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน



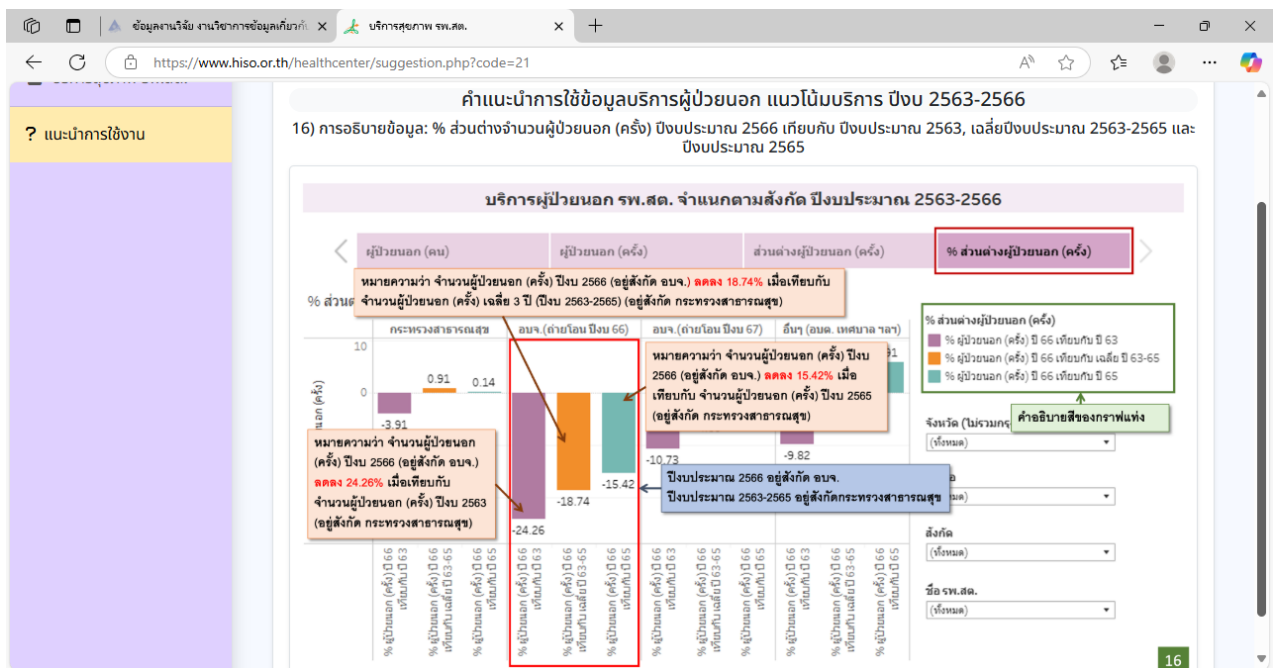
ภาพที่ 360 คำแนะนำการใช้งาน: การอธิบายสังกัดของ รพ.สต.



ภาพที่ 361 คำแนะนำการใช้งาน: การแสดงข้อมูลแนวโน้ม และการเลือกตัวกรอง จังหวัด อำเภอบึงสามพัน



ภาพที่ 362 คำแนะนำการใช้งาน: การแสดง % ส่วนต่างปี 2566 เทียบกับปีก่อน



ภาพที่ 363 คำแนะนำการใช้งาน: การแสดงการเรียงลำดับ % ส่วนต่าง (จังหวัด) และการเลือกสังกัดของ รพ.สต.

คำแนะนำการใช้ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก บริการปีงบ 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด)

4) การแสดงผลข้อมูล: การเลือก รพ.สต. สังกัด กระทรวงสาธารณสุข

% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. ปีงบ 66 เทียบกับปีงบ 63, เฉลี่ยปีงบ 63-65, ปีงบ 65 (จังหวัด)

Rank ปี 66 - ปี 63 Rank ปี 66 - เฉลี่ยปี 63-65 Rank ปี 66 - ปี 65 Scatter plot จังหวัด Map จังหวัด

% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. ปีงบ 66 เทียบกับปีงบ 63 (จังหวัด)

กาญจนบุรี	-25.68
ฉะเชิงเทรา	-18.16
ศรีสะเกษ	-16.83
สกลนคร	-16.58
ราชบุรี	-15.80
พิจิตร	-15.76
สมุทรปราการ	-13.70
สงขลา	-13.08
น่าน	-13.04
กาฬสินธุ์	-12.76
นราธิวาส	-12.70
กระบี่	-11.74
ฉะเชิงเทรา	-11.68
สุราษฎร์ธานี	-11.45
เชียงใหม่	-11.00
นนทบุรี	-10.84

แสดงค่า เฉพาะจังหวัด ที่ยังมี รพ.สต. ที่สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ณ ปีงบ 2567 และแสดงค่า เฉพาะของ รพ.สต. ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สังกัด

- (ทั้งหมด)
- กระทรวงสาธารณสุข
- อบจ. (ถ่ายโอน ปีงบ 66)
- อบจ. (ถ่ายโอน ปีงบ 67)
- อื่น (อบต. เทศบาล ฯลฯ)

การเลือกเฉพาะ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

% รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบ 2566 จะ = 0% เนื่องจากเป็นการเลือกเฉพาะ รพ.สต. สังกัด กระทรวงสาธารณสุข จึงไม่มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566

ภาพที่ 364 คำแนะนำการใช้งาน: การแสดง Scatter plot % ส่วนต่าง (จังหวัด)

คำแนะนำการใช้ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก บริการปีงบ 2566 เทียบกับปีก่อน (จังหวัด)

9) การแสดงผลข้อมูล: Scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่าง % ส่วนต่างบริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ปีงบประมาณ 2566 เทียบกับปีงบประมาณ 2563 กับ % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 รายจังหวัด

% ส่วนต่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รพ.สต. ปีงบ 66 เทียบกับปีงบ 63, เฉลี่ยปีงบ 63-65, ปีงบ 65 (จังหวัด)

Rank ปี 66 - ปี 63 Rank ปี 66 - เฉลี่ยปี 63-65 Rank ปี 66 - ปี 65 Scatter plot จังหวัด Map จังหวัด

% ส่วนต่าง ปีงบ 66 เทียบกับปีงบ 63

แต่จุด คือ จังหวัด

กลุ่มจังหวัด ที่มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบ 2566 = 0%

% รพ.สต. ถ่ายโอน ไปยัง อบจ. ปีงบ 66

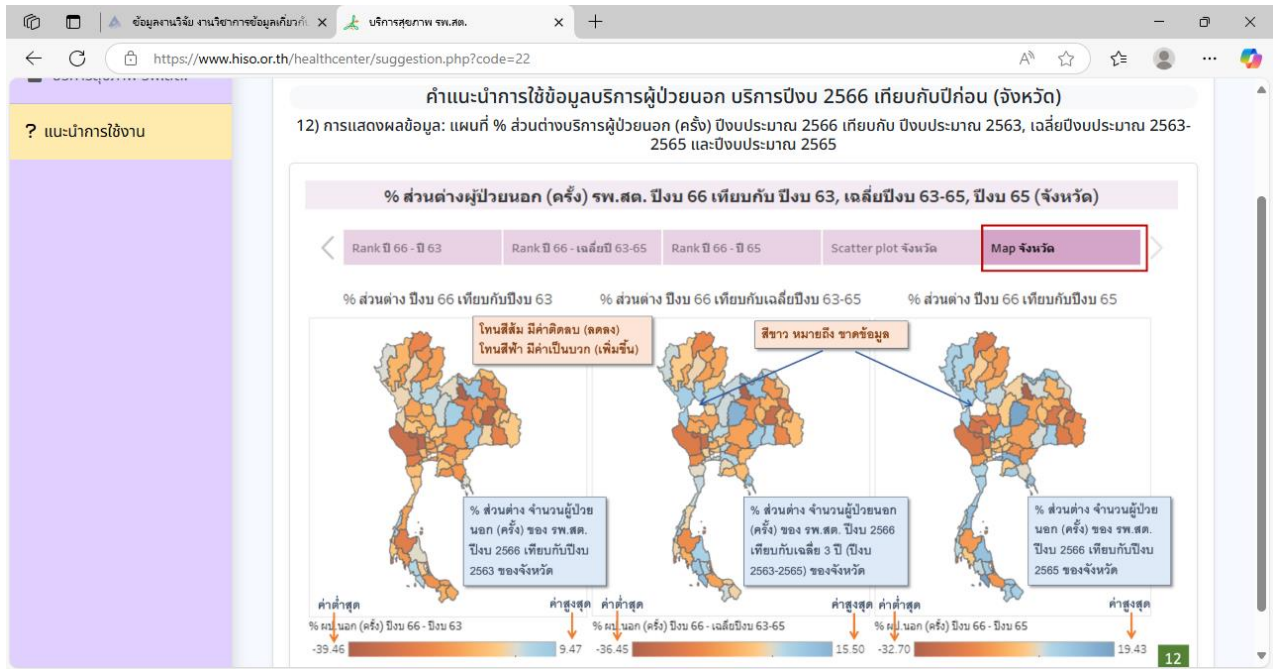
% ส่วนต่าง ปีงบ 66 เทียบกับเฉลี่ยปีงบ 63-65

แสดงความสัมพันธ์ ระหว่าง ค่า % ส่วนต่าง จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ของ รพ.สต. ปีงบ 2566 เทียบกับปีงบ 2563 ของจังหวัด กับ % จำนวนรพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังอบจ. ในปีงบ 2566 เทียบกับจำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ของจังหวัด ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า จังหวัด ที่มี % รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปี 2566 เพิ่มขึ้น จะมี จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ปีงบ 2566 ที่ลดลง มากขึ้น เมื่อเทียบกับปีงบ 2563 (ติดลบมากขึ้น)

กลุ่มจังหวัด ที่มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบ 2566 = 100% หรือ เกือบ 100%

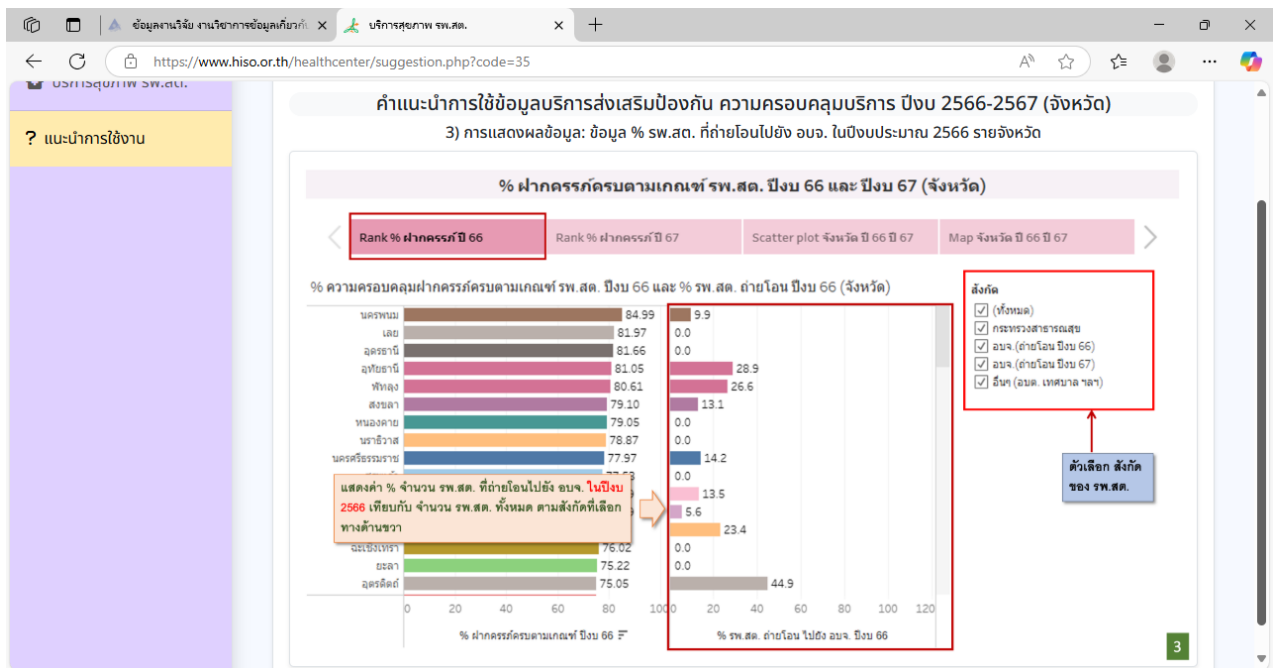
% รพ.สต. ถ่ายโอน ไปยัง อบจ. ปีงบ 66

ภาพที่ 365 คำแนะนำการใช้งาน: การแสดง แผนที่การกระจาย % ส่วนต่าง (จังหวัด)

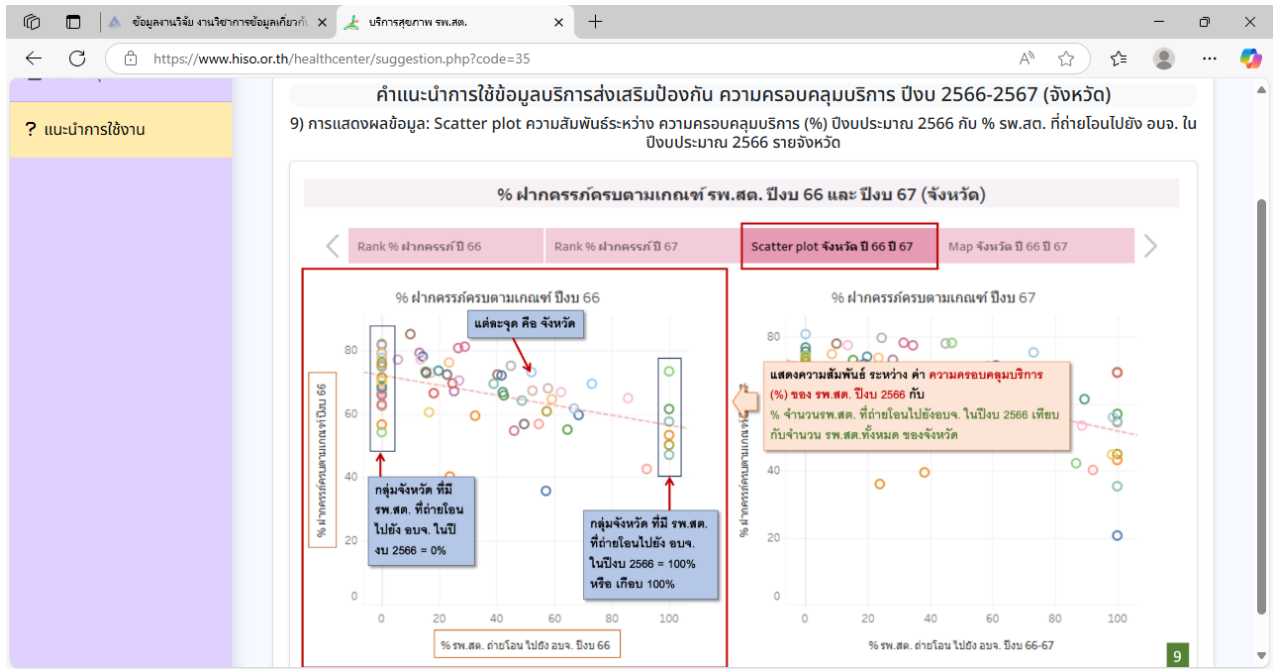


ภาพที่ 366 คำแนะนำการใช้งาน: การแสดงการเรียงลำดับ ความครอบคลุม (จังหวัด) และการเลือกสังกัดของ รพ.สต.

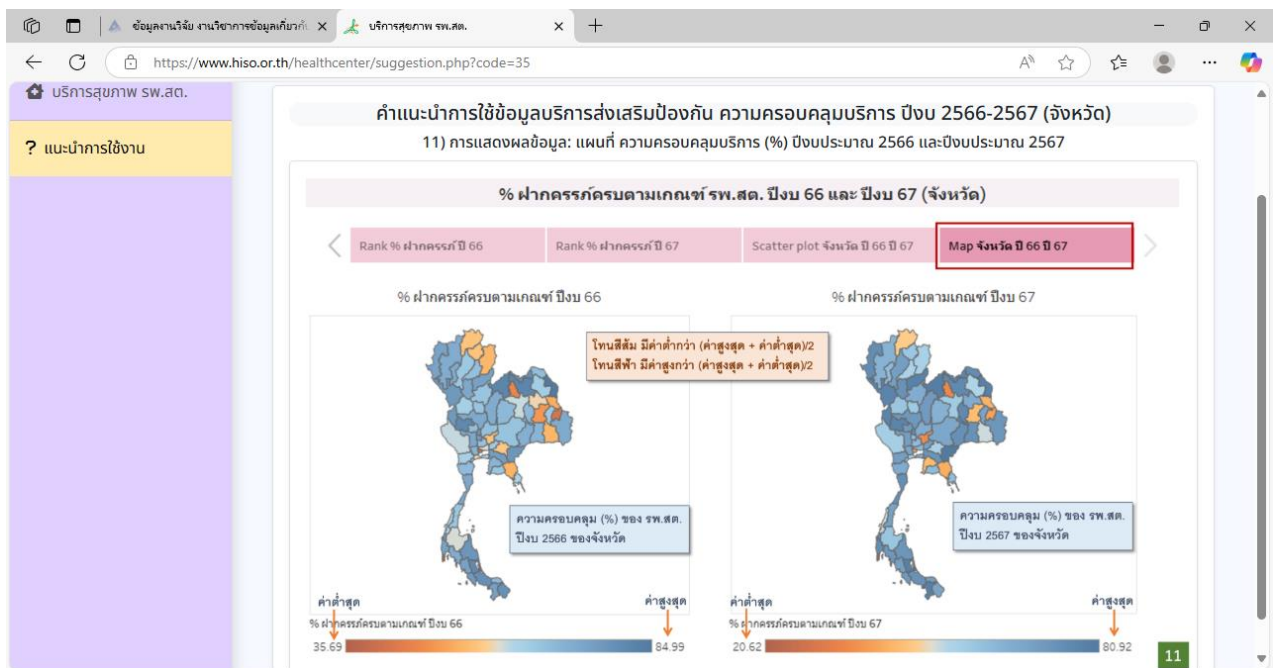
สต.



ภาพที่ 367 คำแนะนำการใช้งาน: การแสดง Scatter plot ความครอบคลุม (จังหวัด)



ภาพที่ 368 คำแนะนำการใช้งาน: การแสดง แผนที่การกระจาย ความครอบคลุม (จังหวัด)



ภาคผนวก ง

ภาพกิจกรรม

ภาพกิจกรรม การนำเสนอผลการศึกษา และอภิปรายผลการศึกษา ใน 6 จังหวัด



ภาพกิจกรรม การนำเสนอผลการศึกษา และอภิปรายผลการศึกษา ใน 6 จังหวัด



ภาพกิจกรรม การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการอภิปรายกลุ่ม ใน 6 จังหวัด

