

การประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชน
ด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการ
ในด้านปริมาณงานประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

The Effects of the New Form of Budget Allocation for Public Welfare in Health
Care on Providers According to the Amount of Services Provided in
Ayuthaya Province



สายพิน ลาภหลาย
Saipin Laplai

๑

เลขหมู่	RA971.3	ท่า	2543	บ.2
Bib Key	210589			
	1 8, 7544/			

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Science Thesis in Health System Research and Development
Prince of Songkla University

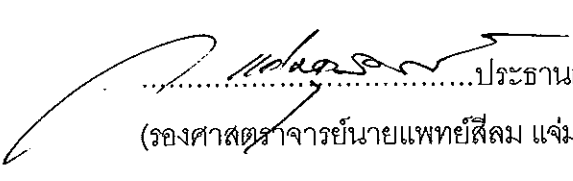
2544

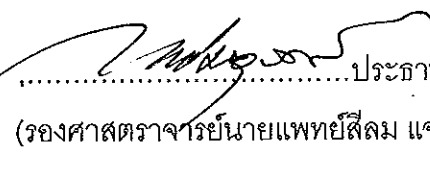
ชื่อวิทยานิพนธ์ การประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้าน
การรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

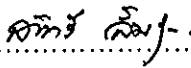
ผู้เขียน นางสาวพิน ลาภหลาย
สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

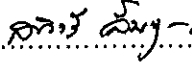
คณะกรรมการที่ปรึกษา

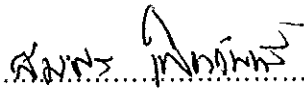
คณะกรรมการสอบ

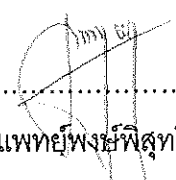
 ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตร์ตน์)

 ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตร์ตน์)


 กรรมการ
(ดร. สาวิตรี ลิ่มชัยอรุณเรือง)

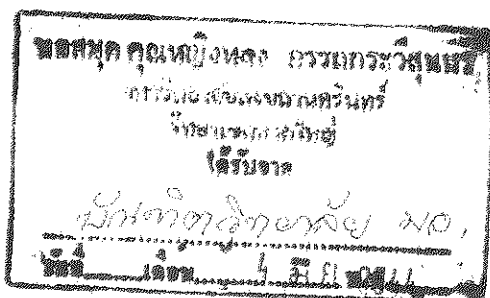
 กรรมการ
(ดร. สาวิตรี ลิ่มชัยอรุณเรือง)

 กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมพร เฟื่องจันทร์)

 กรรมการ
(นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษา ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข


(รองศาสตราจารย์ ดร. ปิติ ทฤษฎีคุณ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ชื่อวิทยานิพนธ์ การประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้าน
การรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ผู้เขียน นางสาวพิน ลากหลาย
สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
ปีการศึกษา 2543

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง (cross sectional research) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณ สปร. จากรูปแบบเดิมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดสรรตามปริมาณงานให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดสรรต่อให้หน่วยบริการระดับต้นมาเป็นการจัดสรรรูปแบบใหม่ในปีงบประมาณ 2542 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวให้โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักที่ประชาชนเลือกแล้วจัดสรรต่อให้สถานพยาบาลคู่สัญญารองตามน้ำหนักบริการ โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้าน 1) ปริมาณงานประจำ 2) เวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง และเพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ รวมทั้งเพื่อสำรวจปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานอนามัยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในพื้นที่ 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอผักไห่ อำเภอบางบาล อำเภอบางซ้าย อำเภออุทัย และอำเภอบ้านแพรก จำนวน 163 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling or area sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานอนามัย และการสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ มัชยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ของการกระจาย การประมาณค่าในรูปของอันตรภาคแห่งความเชื่อมั่น และสถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.7) ไม่เคยเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงเรื่องการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ เมื่อพิจารณาผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ

สปร. แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่จากการตอบแบบสอบถามของผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในด้านงานการรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้านในทางปริมาณงานเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ร้อยละ 51.5 และ 61.4 ตามลำดับ ในด้านเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่างพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงเวลาที่จัดสรรสำหรับงานการรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้านในทางที่จัดสรร เวลาเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ร้อยละ 44.2 และ 53.4 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการเปลี่ยนแปลงของ งานอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการ สาธารณสุขที่สถานีอนามัยที่นำมาจัดรูปแบบการเพิ่มขึ้นเท่าเดิมหรือลดลงของงานในหมวดต่าง ๆ และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก ส่วนความรู้ เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.4) มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ปัญหา อุปสรรคที่สำคัญของผู้ให้บริการหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ประชาชนไม่เข้าใจระบบบริการตามรูปแบบของการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ตลอดจนการขาดความชัดเจนในนโยบายของผู้บริหาร ผู้ให้บริการได้ให้ข้อเสนอแนะคือควรให้ ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่สถานีอนามัยโดยตรง ควรจัดสัดส่วนของการแบ่งเงิน สปร. ตาม น้ำหนักบริการที่สถานีอนามัยให้เท่ากับโรงพยาบาลในกรณีโรคเดียวกัน และควรมีการส่งผลงาน เยี่ยมบ้านให้ผู้นิเทศงานตรวจสอบความถูกต้อง

Thesis Title	The Effects of the New Form of Budget Allocation for Public Welfare in Health Care on Providers According to the Amount of Services Provided in Ayuthaya Province
Author	Mrs. Saipin Laplai
Major Program	Health System Research and Development
Academic Year	2000

Abstract

This cross-sectional research was on the change in budget allocation for the public welfare in health care from allocation by the Office of Provincial Public Health to Offices of Amphur Public Health which in turn allocated it to Primary Services Units according to the amount of services provided to budget allocation where the Office of Provincial Public Health allocating per-capita budget to primary contracted hospitals selected by the people which then allocated the budget to secondary contracted hospitals according to the amount of services they provided. The objectives of this research was to identify the effects of the new form of budget allocation for public welfare in health care on providers in terms of 1) the amount of the services they provided 2) the time they allotted to services, and 3) to identify obstacles and problems they had after the change in budget allocation. The subjects of this study were 163 public health officers working at health centers in 5 Amphur : Amphur Phak Hai, Amphur Bang Bal, Amphur Bang Sai, Amphur Uthai and Amphur Ban Phraek. They were selected using a cluster sampling or area sampling method. The instruments for data collection consisted of a questionnaire, an activity survey form, and in – depth interviews. The quantitative data were analyzed using these types of statistics: percentage, median, mean, standard deviation, coefficient of variability, interval estimate, and chi-square test. For the data collected by in – depth interviews, content analysis was carried out.

The results of the research showed that most of these health service providers (67.8%) never had attending a meeting where the new form of budget allocation was scrutinized. Regard the effects of the new form of budget allocation for public welfare in health care on providers in terms of 1) the amount of the services they provided 2) the time they allotted for services, it was found that after the new form of budget allocation was implemented, there was a change, that is there was an increase in the amount of services provided in nursing care(51.5%) and in home visits (61.4%). As for the change in time allotment, 44.2% stated in the questionnaire that they allotted more time to nursing care services and 53.4% stated that they allotted more time for home visits.

This showed that the difference of changes between the amount of services and the time allotment was statistically significant ($p < .001$) which was in line with the data in the activity survey form where the subjects stated whether the amount of their services had been increased, the same as before, or decreased. The difference also corresponded with the qualitative data obtained from the in – depth interviews. The knowledge about the new form of budget allocation of most of the services providers (83.4%) was at a moderate level.

The major obstacles and problems found after the new form of budget allocation had been implemented were as that service providers lacked knowledge and understanding in the new form or the new method of budget allocation; the public did not understand the service system; policies were not clear enough. It is recommended that knowledge about the new form of budget allocation should be given directly to all health officers working at all health centers, the budget allocated to health centers should be equal to that allocated to the hospital according the amount of services, in the case of treatment of the same diseases; and some home-visit cases should be submitted to the supervisor to check.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตร์ธน์ และดร. สาวิตรี ลิ่มชัยอรุณเรือง อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนการตรวจทานและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง แก้ไขซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยอย่างมาก ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง และขอ กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมพร เพ็ญจันทร์ นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้แนวคิดและข้อเสนอแนะทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และนายธีรรัช กันตามระ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 กลุ่มงาน ระบบบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิใน การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ ที่ได้ให้ข้อชี้แนะในการทำ วิทยานิพนธ์เรื่องนี้ ขอขอบคุณนายธีรรัช กันตามระ ที่ได้คำปรึกษาแนะนำและเอื้ออำนวยความสะดวก ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ตลอดมาจนวิทยานิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดีและขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอ ผู้ประสานงานระดับอำเภอของอำเภอบางซ้าย อำเภอบางบาล อำเภอผักไห่ อำเภออุทัย อำเภอบ้านแพรก และอำเภอนครหลวง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลตลอดจน บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลทุกท่านที่ได้กรุณาตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทสาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข รุ่น 3 ที่เป็น กัลยาณมิตรทุกท่าน ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วน และขอบคุณ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และองค์การสหภาพยุโรป (European Commission) ที่สนับสนุนทุนดำเนินการหลักสูตรการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่งต่อความกรุณาของบิดา มารดา และพี่สาวที่ คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้มาโดยตลอด และขอขอบคุณสามีและลูกที่เป็น กำลังใจที่ดีเสมอมาตลอดจนสนับสนุนให้มีโอกาสเข้ามาศึกษาในครั้งนี้

คุณความดีหรือประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการีผู้มี พระคุณ ครูอาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัยตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงปัจจุบันท้ายสุดนี้

สายพิน ลากหลาย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
ตัวย่อและสัญลักษณ์.....	(15)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์.....	6
สมมุติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุข.....	8
นโยบายการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.).....	26
รูปแบบการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	33
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการให้บริการ.....	38
3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	44
รูปแบบการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือในการวิจัย.....	46
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	48
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	51
ผลการวิจัย.....	51
การอภิปรายผล.....	89
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	101
สรุปผลการวิจัย.....	101
ข้อเสนอแนะ.....	102
บรรณานุกรม.....	105
ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	113
ภาคผนวก ข ปริมาณผลงานการให้บริการที่สถานีอนามัย.....	119
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	144
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ.....	159
ประวัติผู้เขียน.....	160

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	รูปแบบการปฏิรูปการคลังสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ปัจจุบันของต่างประเทศ...	17
2	วิธีการจ่ายเงินวิธีต่าง ๆ ที่มีผลต่อแรงจูงใจในการจัดบริการของผู้ให้บริการ.....	20
3	จุดแข็งและจุดอ่อนของรูปแบบและวิธีการจ่ายเงิน (payment machanism) แก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในแต่ละวิธี.....	22
4	วิธีการประยุกต์ใช้วิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการหรือผู้ให้บริการ.....	24
5	การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	47
6	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการจำแนกตามลักษณะของผู้ให้บริการ.....	52
7	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการจำแนกตามลักษณะการปฏิบัติงาน.....	54
8	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการส่งเสริมสุขภาพในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง.....	56
9	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการป้องกันโรคในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง.....	58
10	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการรักษาพยาบาลในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง.....	60
11	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการฟื้นฟูสภาพในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง.....	61
12	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการส่งเสริมสุขภาพในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง.....	63

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
13 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการป้องกันโรคในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง.....	65
14 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการรักษาพยาบาลในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง.....	67
15 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการฟื้นฟูสภาพในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง.....	68
16 สรุปรูปแบบการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของปริมาณผลงานในหมวดต่าง ๆ จากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานอนามัย.....	71
17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของ งานอนามัยแม่และเด็ก.....	77
18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของ งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้ภูมิคุ้มกันได้.....	78
19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของ งานการรักษาพยาบาล.....	79
20 จำนวนและร้อยละของความรู้ของผู้ให้บริการที่ทราบเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการ จัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่จำแนกรายข้อ.....	80
21 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการในเรื่องความรู้เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัด สรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่.....	82
22 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อ รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่.....	83
23 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อรูปแบบหรือวิธีการจัดสรร งบประมาณ สปร. แบบใหม่.....	114

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
24 จำนวนผู้ให้บริการและประชากรที่รับผิดชอบจำแนกรายสถานีอนามัยปีงบประมาณ 2541 และ 2542.....	115
25 ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่สถานีอนามัยของผู้รับบริการ.....	117
26 ปริมาณผลงานการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจำแนกรายสถานีอนามัย ปีงบประมาณ 2541 และ 2542.....	120
27 ปริมาณผลงานการให้บริการด้านการป้องกันโรคจำแนกรายสถานีอนามัย ปีงบประมาณ 2541 และ 2542.....	125
28 ปริมาณผลงานการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลจำแนกรายสถานีอนามัย ปีงบประมาณ 2541 และ 2542.....	135
29 จำนวนและร้อยละของปริมาณผลงานด้านงานอนามัยแม่และเด็ก งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้ภูมิคุ้มกันได้ และงานการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2541 จำแนกรายสถานีอนามัยของแต่ละอำเภอ.....	138
30 ปริมาณผลงานการเยี่ยมบ้าน ปีงบประมาณ 2541 และ 2542 จำแนกราย สถานีอนามัย.....	142

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2 กรอบแนวคิดของการปฏิรูปโครงการ สปร.....	32
3 รูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร. ช่วง 6 เดือนหลัง (งวดที่ 2) ของปีงบประมาณ 2542.....	34
4 การส่งรายงานและการเรียกเก็บเงินภายในเขตอำเภอเดียวกัน.....	36
5 การส่งรายงานและการเรียกเก็บเงินในเขตต่างอำเภอ.....	37
6 การเรียกเก็บเงินต่างเครือข่าย.....	38
7 วงจรของแรงจูงใจ.....	39
8 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการส่งเสริมสุขภาพในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง.....	57
9 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการป้องกันโรคในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง.....	59
10 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการรักษาพยาบาลในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง.....	60
11 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการฟื้นฟูสภาพในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง.....	62
12 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการส่งเสริมสุขภาพภาพในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง.....	64
13 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการป้องกันโรคในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง.....	66

รายการภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบ		หน้า
14	แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการรักษาพยาบาลในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง.....	67
15	แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการฟื้นฟูสภาพในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง.....	69
16	กราฟเส้นแสดงร้อยละของงานอนามัยแม่และเด็กที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2541 จำแนกรายสถานื่อนามัย.....	73
17	กราฟเส้นแสดงร้อยละของงานควบคุมโรคติดต่อที่ให้ภูมิคุ้มกันได้ที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2541 จำแนกรายสถานื่อนามัย.....	74
18	กราฟเส้นแสดงร้อยละของงานการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจาก ปีงบประมาณ 2541 จำแนกรายสถานื่อนามัย.....	75

ตัวย่อและสัญลักษณ์

คปสอ.	=	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
รพ.	=	โรงพยาบาล
รพช.	=	โรงพยาบาลชุมชน
รพท.	=	โรงพยาบาลทั่วไป
รพศ.	=	โรงพยาบาลศูนย์
สปร.	=	สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
สสจ.	=	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สสอ.	=	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
สอ.	=	สถานีอนามัย
DM	=	Diabetes mellitus (โรคเบาหวาน)
DRGs	=	Diagnosis Related Groups (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)
EPI	=	Expanded Program Immunization (การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค)
GNP	=	Gross National Product (ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ)
HT	=	Hypertension (โรคความดันโลหิตสูง)
TB	=	Tuberculosis Bacilli (โรควัณโรค)
AIDS	=	Acquired Immune Difficiency Syndrome (โรคเอดส์)

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสาธารณสุขที่ผ่านมาพบว่า มีการจัดสรรงบประมาณ โดยขาดหลักเกณฑ์ที่แน่ชัด จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2541) พบว่าการได้มาซึ่งงบประมาณจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการต่อรองและความสัมพันธ์ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง งบประมาณบางส่วนถูกนำไปใช้อย่างไม่ถูกต้อง ลักษณะการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวทำให้สถานพยาบาลไม่ตื่นตัวในการปฏิบัติงานและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขซึ่งวัตถุประสงค์ของการจัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่สำคัญคือ มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพและระบบการตรวจสอบคุณภาพบริการเป็นหลัก ขณะเดียวกันก็ตอบสนองต่อความเป็นธรรมในสังคมด้วย ดังนั้นจึงได้มีการปรับปรุงการจัดระบบการเงินการคลังให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยการใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับผลงานของสถานพยาบาล (performance based) โดยเน้นหลักการที่ว่าที่ใดให้บริการมากงบประมาณนั้นมาก (money follow service) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานพยาบาล/ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจและเจตคติที่ดีในการให้บริการและเพิ่มคุณภาพบริการ นอกจากนี้ยังตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2541 ; อำนวย กาจีนะ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และนทีรัตน์ ไกรลาศ. 2542ก)

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวคิดโดยใช้หลักเกณฑ์ตามวัตถุประสงค์ของการจัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้อาศัยแนวคิดนี้มากำหนดรูปแบบการจัดสรรงบประมาณของสถานพยาบาลที่พิจารณาจากงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลนี้เป็นนโยบายที่รัฐบาลได้ให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2518 จนถึงปัจจุบันในระยะแรกหัวหน้าสถานพยาบาลจะเป็นผู้กำหนดว่าใครคือผู้มีรายได้น้อย ต่อมาได้มีการปรับปรุงระเบียบและวิธีการออกบัตรตามระเบียบของสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2527 เปิดโอกาสให้ผู้สิทธิสวัสดิการเลือกสถานพยาบาลประจำครอบครัวหลักและเครือข่าย 2 แห่ง และขยายการออกบัตรให้ครอบคลุมไปยังผู้ที่

สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลได้แก่ เด็ก 0-12 ปี นักเรียน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว และภิกษุ/ผู้นำศาสนา ซึ่งรัฐมีนโยบายสนับสนุนด้านงบประมาณอยู่แล้วโดยได้ดำเนินการออกบัตรเป็นรายบุคคลและขึ้นทะเบียนโดยอนุโลมเช่นเดียวกับผู้มีรายได้น้อย

การเปลี่ยนรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร.จากรูปแบบเดิมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้จัดสรรตามปริมาณงานแล้วสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้จัดสรรต่อให้หน่วยบริการระดับต้นอีกครั้งมาเป็นการจัดสรรแบบใหม่ที่กระจายอำนาจการบริหารจัดการลงสู่ระดับอำเภอและกำหนดวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปยังสถานพยาบาลในระดับโรงพยาบาลที่ประชาชนหรือผู้ประกันตนเลือกเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (main contractor) ซึ่งจัดสรรค่าบริการ สปร.ของโรงพยาบาลแล้วโรงพยาบาลจัดสรรต่อให้สถานพยาบาลคู่สัญญารอง(sub contractor) ตามน้ำหนักบริการที่กำหนดซึ่งกำหนดเกณฑ์น้ำหนักบริการ (point system) ดังนี้คือค่าบริการผู้ป่วยนอกระดับสถานีอนามัย ใช้เกณฑ์ 25 หน่วยต่อครั้ง โรงพยาบาลชุมชน 50 หน่วยต่อครั้ง โรงพยาบาลทั่วไป 60 หน่วยต่อครั้ง และโรงพยาบาลศูนย์ 70 หน่วยต่อครั้ง การบริการผู้ป่วยใน ระดับโรงพยาบาลชุมชน 240 หน่วยต่อครั้ง โรงพยาบาลทั่วไป 260 หน่วยต่อครั้ง และโรงพยาบาลศูนย์ 280 หน่วยต่อครั้ง การให้บริการผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมชนใช้เกณฑ์ 800 หน่วยต่อครั้ง โรงพยาบาลทั่วไป 1,200 หน่วยต่อครั้ง และโรงพยาบาลศูนย์ 1,400 หน่วยต่อครั้ง ส่วนการให้บริการงานเยี่ยมบ้าน สถานพยาบาลทุกระดับ ใช้เกณฑ์ 25 หน่วยต่อครั้ง

สำหรับรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่นี้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้เริ่มเตรียมการตั้งแต่ปี 2540 - 2541 โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ต้นทุนของศูนย์แพทย์ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สำนวจความความคิดเห็นต่อการให้บริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานีอนามัย การสำรวจสถานะสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน การประเมินประสิทธิภาพการคลังของโรงพยาบาลรัฐ แล้วนำไปปฏิบัติและติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย 16 อำเภอ ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในช่วง 6 เดือนหลังของปีงบประมาณ 2542 (เดือนเมษายน - กันยายน 2542) และก่อนที่จะนำรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่นี้ลงไปปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่นั้นทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีการประเมินความคิดเห็นขั้นต้นเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณรูปแบบดังกล่าว โดยประเมินความคิดเห็นในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบในโครงการทั้งที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ

โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมสถานพยาบาลทุกระดับเห็นด้วยกับแนวคิดนี้ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 77 และส่วนที่ไม่เห็นด้วยจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าระดับสถานีอนามัยไม่เห็นด้วยกับการจัดสรรแบบนี้ เพราะสถานีอนามัยที่ได้งบประมาณน้อยจะมียาใช้ไม่เพียงพอและอาจมีรายงานที่เกินจริงถ้าใช้การจ่ายตามผลงาน ในระดับโรงพยาบาลเห็นว่าควรจะมีมาตรฐานเดียวกันในการจ่ายให้สถานพยาบาลและควรจ่ายเป็นรายโรค งบประมาณควรจัดสรรตามผลงานด้านคุณภาพหรือเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าการจ่ายตามปริมาณบริการ นอกจากนี้แล้วควรจะจ่ายตามจำนวนคนไข้ใครให้บริการผู้ป่วยมากก็ควรได้รับงบประมาณมาก และเกรงว่าการจัดสรรจะไม่ได้รับความยุติธรรม เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2542) เมื่อนำรูปแบบการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ไปปฏิบัติจริงผู้วิจัยได้ไปสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการระดับสถานีอนามัยพบว่าผู้ให้บริการยังไม่เข้าใจขั้นตอนการดำเนินงาน บางคนเห็นว่าต้องทำงานมากขึ้น ทำงานไม่ทัน และไม่เห็นว่าจะมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างไร การทำงานเปลี่ยนจากเชิงรับเป็นเชิงรุกคือต้องออกเยี่ยมบ้านและเข้าไปในชุมชนมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลอย่างไรต่อระบบบริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาต้องการทราบคำตอบและเป็นคำถามของการวิจัยนี้ เพราะยังไม่มีผลการประเมินผลที่ชัดเจน แต่เนื่องจากระบบสาธารณสุขครอบคลุมกว้างขวางหลายประเด็นและเนื่องด้วยทรัพยากรและเวลาที่จำกัด ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะในประเด็นของด้านปริมาณงานประจำได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เมื่อมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการลงสู่ระดับอำเภอและกำหนดวิธีการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวและตามน้ำหนักบริการจะมีผลทำให้ผู้ให้บริการเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานในด้านปริมาณงานประจำโดยไปเพิ่มหรือลดงานประจำบางอย่างที่ทำอยู่หรือไม่ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาถึงผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการด้านปริมาณงานประจำ เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาการจัดสรรงบประมาณให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้าน
 - 1.1 ปริมาณงานประจำ
 - 1.2 เวลาที่ผู้ให้บริการจัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง
2. เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่
3. เพื่อสำรวจปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานหลังการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณ สปร.

คำถามการวิจัย

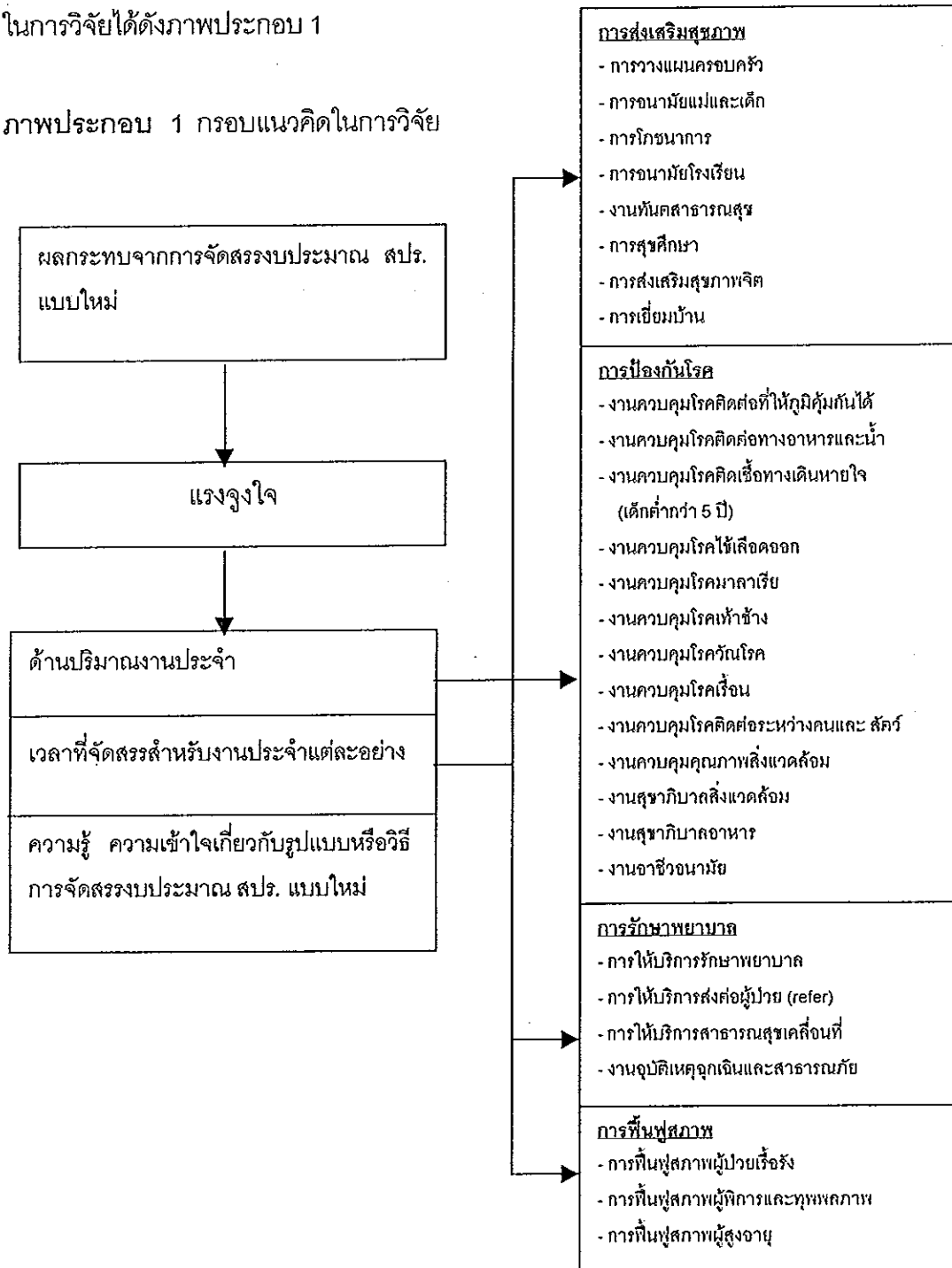
1. หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรต่อผู้ให้บริการในด้านของ
 - 1.1 ปริมาณงานประจำ
 - 1.2 เวลาที่ผู้ให้บริการจัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง
2. ความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ เป็นอย่างไร
3. วิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบการเงินการคลัง สาธารณสุข และนโยบายการจัดสรรเงินงบประมาณ สปร. ตลอดจนแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการให้บริการมาใช้กับการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจากรูปแบบเดิมที่สำนักงานสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้จัดสรรตามปริมาณงานแล้วสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้จัดสรรต่อให้หน่วยบริการระดับต้นมาเป็นการจัดสรรแบบใหม่ที่กระจายอำนาจการบริหารจัดการลงสู่ระดับอำเภอกำหนดวิธีการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่าย

รายหัวและตามน้ำหนักบริการ โดยผู้วิจัยได้ประเมินถึงผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ว่ามีแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ให้บริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานด้านปริมาณงานประจำและเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่างได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนมีผลต่อความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรเงินงบประมาณ สปร. แบบใหม่ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



นิยามศัพท์

ผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากเมื่อมีการเปลี่ยนรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร. แล้วผู้ให้บริการ มีการทำงานที่ผิดไปจากเดิมในด้านของปริมาณงานประจำ และเวลาที่ ผู้ให้บริการจัดสรรสำหรับ งานประจำแต่ละอย่าง รวมถึงความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

การจัดสรรงบประมาณ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ (payment mechanism)

สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) หมายถึง ผู้ที่มีสิทธิรักษาฟรีและ ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย, เด็ก 0 – 12 ปี, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น, ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ/ทุพพลภาพ, ทหารผ่านศึกและครอบครัว, ภิกษุ/ผู้นำศาสนา

งานประจำ หมายถึง งานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและ การฟื้นฟูสภาพ

ผู้ให้บริการ หมายถึง ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอมนายทุกคน ได้แก่ เจ้าพนักงาน สาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลเทคนิค พยาบาลวิชาชีพ

เวลาที่จัดสรร หมายถึง การใช้เวลาสำหรับการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพในแต่ละวัน

สมมุติฐานการวิจัย

เมื่อมีการเปลี่ยนรูปแบบวิธีการจ่ายเงินจะสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในการให้บริการมีผลให้ปริมาณงานประจำและเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละ อย่างเปลี่ยนแปลงตาม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ซึ่งศึกษาในด้านของปริมาณงานประจำได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เวลาที่ผู้ให้บริการจัดสรรสำหรับการให้บริการงานประจำแต่ละอย่าง และความรู้ ความเข้าใจที่ผู้ให้บริการมีต่อรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาคือ เดือนมกราคม - เดือนธันวาคม 2543 โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอมาลัย 5 อำเภอ รวม 52 แห่ง ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ความสำคัญของการวิจัย

ได้ทราบผลกระทบที่มีต่อผู้ให้บริการจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ด้านปริมาณงานประจำ เวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง และความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ รวมถึงปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำหรับใช้ในการปรับปรุงพัฒนาการจัดสรรงบประมาณให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดระบบการเงินการคลัง เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานพยาบาลและผู้ให้บริการมีแรงจูงใจและเจตคติที่ดีในการให้บริการ กระตุ้นการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อเป้าหมายของนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญคือ ประสิทธิภาพ (efficiency) คุณภาพ (quality) และความเป็นธรรม (equity) ในการจัดบริการด้านสาธารณสุข

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยการประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในประเด็นต่อไปนี้

1. การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุข
2. นโยบายการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)
3. รูปแบบการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการให้บริการ

1. การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุข

ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข

ระบบการเงินการคลังสาธารณสุขหมายถึง กระบวนการในการสนับสนุนด้านการเงินให้แก่ระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีความหมายรวมไปถึงแหล่งของเงิน การบริหารจัดการ การไหลเวียนของเงิน และวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ ระบบ และโครงสร้างของการจัดบริการ

1. แหล่งของเงิน (sources of finance) เงินหรืองบประมาณมาจากไหน สัดส่วนและแนวโน้มเป็นอย่างไร (งบประมาณของรัฐ, ประชาชน, นายจ้างเป็นผู้จ่าย, เงินบริจาค, ระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ)
2. การบริหารจัดการ (management of finance) หน่วยงาน/องค์กรตัวกลางในการบริหารจัดการเงินก่อนที่จะไปถึงผู้ให้บริการในกรณีที่เป็นระบบการคลังรวมหมู่ วิธีการได้มาซึ่งเงิน การกระจายรวมถึงวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการ
3. การไหลเวียนของเงินและวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ (money flow and provider payment mechanism) วิธีการจ่ายเงินและสัดส่วนของเงินที่ไหลไปยังสถานบริการ/ผู้ให้บริการ ประเภทและระดับต่าง ๆ

4. ระบบและโครงสร้างการจัดบริการ (system and service structure) ประเภทลักษณะบริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการรวมไปถึงความครอบคลุมในการให้บริการ

ความสัมพันธ์ขององค์กรในระบบบริการหรือการคลังสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ ผู้รับบริการ (consumers) หรือผู้ป่วย ซึ่งเป็นประชาชนทุกประเภท ทุกกลุ่มอายุและทุกอาชีพ โดยมีหน้าที่รับบริการและเสียค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งมีรูปแบบการจ่ายอยู่ 2 วิธี คือ กรณีแรกคือจ่ายโดยตรงให้กับสถานบริการ (provider) ประกอบด้วยทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย อีกกรณีหนึ่งคือจ่ายผ่านผู้จ่ายที่สามหรือผู้ซื้อบริการ (purchasers or third party) สำหรับในภาครัฐของประเทศไทยผู้ที่ให้บริการและผู้ซื้อบริการไม่ได้แยกหน้าที่กันอย่างชัดเจน คือเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการไปพร้อม ๆ กัน จึงทำให้เป็นการผูกขาดการให้บริการสุขภาพ โดยมีกลุ่มองค์กรของรัฐและองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ทำหน้าที่ควบคุมกำกับหน่วยงานผู้ให้บริการแต่กลุ่มองค์กรดังกล่าวในปัจจุบันบทบาทหน้าที่ยังไม่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2543)

การปฏิรูป (reform) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นถึงระดับโครงสร้าง (structure) หรือระบบ (system) ที่มีอยู่เดิมเพื่อสร้างเงื่อนไขไปสู่การมีระบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ต่าง ๆ เข้ามาสนับสนุนเป็นจำนวนมาก กระบวนการค้นหาองค์ความรู้ดังกล่าว อาจได้มาจากการรวบรวมประสบการณ์การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในต่างประเทศ การสรุปรวบรวมประสบการณ์ที่เคยดำเนินการในประเทศ พัฒนารูปแบบและมีการทดสอบรูปแบบต่าง ๆ ก่อนที่จะนำมาใช้จริงในลักษณะที่เป็นกระบวนการพัฒนาและวิจัย (development research) (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข , 2540)

การปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข หมายถึง การปรับเปลี่ยนระบบการเงินการคลังเพื่อให้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งของผู้ให้บริการคือ สถานพยาบาล บุคลากรทางด้านแพทย์และสาธารณสุขและผู้รับบริการคือประชาชน ระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข (แหล่งของเงินและการจัดสรรเงินให้แก่สถานพยาบาล) นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเมื่อกล่าวถึงระบบบริการสาธารณสุข โดยที่ทั้งสององค์ประกอบมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน วิธีการจัดสรรเงินหรือการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล และผู้ให้บริการมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมให้บริการของผู้ให้บริการ ดังนั้นระบบการคลังจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการกระตุ้นระบบการจัดบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข

ซึ่งการปฏิรูปการคลังสาธารณสุขของสถานพยาบาลของรัฐนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดระบบบริการและให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจและเจตคติที่ดีในการให้บริการและเพิ่มคุณภาพบริการและเพื่อให้ประชาชนได้มีการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2543 ; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541 ; ศุภสิทธิ พรรณารุโณทัย, 2538)

ดังนั้นจึงต้องมีมาตรการทางด้านการเงินการคลังที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวด้วยการพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับผลงานของสถานพยาบาล (performance based) เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพการบริการและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2541 ; อำนวย กาจีนะ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และนทีรัตน์ ไกรลาศ. 2542ก.) ซึ่งปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) มองว่าการจัดสรรงบประมาณนั้นควรจะจัดสรรให้กระจายไปสู่ท้องถิ่นภายใต้การจัดสรรตามผลงานที่ทำ หากมีผลงานเพิ่มมากขึ้นก็จะได้งบประมาณเพิ่มมากขึ้น ไม่ใช่ระบบการจัดสรรงบประมาณที่เพิ่มขึ้นทีละน้อยทุกปี เช่นในปัจจุบัน ซึ่งไม่ได้สะท้อนผลการดำเนินงานและการจัดบริการ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2538) พบว่าในสิงคโปร์นั้นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน รัฐบาลใช้วิธีการจ่ายเงินอุดหนุนให้กับโรงพยาบาลต่าง ๆ ของรัฐตามปริมาณงานและระดับการให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่ง สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2536) ได้กล่าวถึงมาตรการหลักที่ใช้ในการปฏิรูปการคลังการคลังคือ

- 1) ให้มีการสร้างมาตรฐานการบริหารจัดการแหล่งเงินในการจัดบริการสาธารณสุขภายในจังหวัด
- 2) ให้มีการขึ้นทะเบียนของประชาชนที่มีสิทธิกับสถานพยาบาลระดับต้น (เครือข่าย) โดยให้ประชาชนมีสิทธิเพียงประเภทเดียวของระบบประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ และ 3) พัฒนารูปแบบวิธีการจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลแต่ละระดับใหม่ให้สอดคล้องผลงานและโปร่งใสเพื่อกระตุ้นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาล และบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้พัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับผลงานของสถานพยาบาล โดยเปลี่ยนจากรูปแบบการจัดสรรงบประมาณแบบเดิมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จัดสรรตามปริมาณงานให้กับสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ มาเป็นรูปแบบใหม่ที่กระจายอำนาจการบริหารจัดการลงสู่ระดับอำเภอใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวและตามน้ำหนักบริการเพื่อที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานพยาบาล/ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการและส่งเสริม

ให้ผู้ให้บริการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากขึ้นตลอดจนเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการอีกด้วยซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่จะสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานด้านปริมาณงานประจำโดยการเพิ่มหรือลดงานประจำบางอย่างที่ทำอยู่เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ต่อไป

หลักการและวิธีการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข

การปฏิรูปจะต้องเป็นการปฏิรูปที่อยู่บนพื้นฐานของการเรียนรู้อย่างรอบด้านโดยเรียนรู้ประสบการณ์ที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงในประเทศต่าง ๆ การมองความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ หลีกเลียงความล้มเหลวที่เกิดขึ้นในประเทศอื่น ๆ จะทำให้ประเทศไทยไม่เดินซ้ำรอยไปบนความผิดพลาดที่ผู้อื่นเคยกระทำมาแล้ว (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541 ; ณรงค์ศักดิ์ อังคสุวพลา, 2541 ; ศุภชัย คุณารัตน์พฤกษ์ และอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2537) นอกจากนี้แล้ว สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ได้กล่าวต่ออีกว่ารวมถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงการต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการแล้วในประเทศไทยเพื่อทำให้การปฏิรูปเกิดผลสูงสุดและพัฒนาจากพื้นฐานความเป็นจริงของสังคมไทย เป็นการปฏิรูปที่มั่นใจว่าจะได้รับผลอย่างแน่นอน ในส่วนของการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุขมีหลักการ/ยุทธศาสตร์ดังต่อไปนี้คือ

1. การจัดระบบการเงินการคลังสุขภาพรวมหมู่ (collective financing) เนื่องจากค่าใช้จ่ายสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากประชาชน ค่าใช้จ่ายดังกล่าวจ่ายไปอย่างกระจัดกระจายไม่มีทิศทางกำกับจากประเทศ เพื่อให้ไปสู่ทิศทางที่มีประสิทธิภาพ การใช้ระบบการเงินการคลังรวมหมู่คือ การที่ประชาชนทุกคนร่วมกันเฉลี่ยทุกข์บำรุงสุขแทนที่จะไปจ่ายเองตามสถานพยาบาลต่าง ๆ ก็กลับมาจ่ายตามเศรษฐกิจของตนเองเพื่อรวมเป็นกองทุนขนาดใหญ่ การรวมตัวกันของผู้บริโภค ทำให้เกิดพลังต่อรองกับสถานพยาบาลและสามารถกำกับคุณภาพของบริการที่ผู้บริโภคต้องการได้มากขึ้น วิธีดำเนินการที่จะทำให้เกิดระบบการเงินการคลังรวมหมู่ทางด้านสุขภาพในขอบข่ายทั่วประเทศสามารถทำขึ้นได้โดยการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพซึ่งมีลักษณะการประกันสุขภาพแบบบังคับ (compulsory insurance) โดยให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามเศรษฐกิจที่เหมาะสมของตนเองยกเว้นคนยากไร้และผู้ที่ยุติธรรมช่วยเหลือเกื้อกูล กองทุนนี้จะมีจุดมุ่งหมายให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลเมื่อประชาชนไม่ว่าจะเป็นผู้ใดเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วย จะทำให้การใช้จ่ายของประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นแทนที่จะให้ประชาชนมีการใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยอย่างกระจัดกระจาย

2. การปรับระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพของรัฐทุกระบบให้มีความเป็นเอกภาพ แม้ในประเทศไทยจะมีโครงสร้างสวัสดิการและประกันสุขภาพหลายโครงการแต่ก็ไม่ได้มีการประสานงานกันอย่างจริงจัง ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของผู้ได้รับสิทธิ ประชาชนบางคนมีหลายสิทธิ ในขณะที่บางคนไม่มีสิทธิอะไรเลยในด้านการบริหารจัดการอื่นๆ เช่น การบริหารข้อมูลข่าวสารมีการดำเนินการในลักษณะต่างคนต่างทำ วิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลสิทธิประโยชน์ก็มีความแตกต่างกัน ฯลฯ การปรับปรุงให้มีความเป็นเอกภาพมากขึ้นจะต้องเริ่มตั้งแต่การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในขอบข่ายทั่วประเทศโดยมีจุดมุ่งหมายว่าประชาชนไทยที่เกิดมาในประเทศไทยทุกคนจะต้องมีบัตรประจำตัวที่แสดงสิทธิด้านการประกันสุขภาพของตนเอง เป็นบัตรที่เพิ่มขึ้นอีกหนึ่งใบจากที่เคยมีเพียงบัตรประชาชน การขึ้นทะเบียนจะทำให้ลดความซ้ำซ้อนและสามารถสร้างความเป็นไปได้ของการพัฒนาข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละคน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในหลาย ๆ ด้าน นอกจากนี้จะต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติเพื่อประสานการดำเนินการโครงการต่าง ๆ ที่กระจัดกระจายเหล่านี้ให้มีเอกภาพมากขึ้น เช่น จัดวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล สิทธิประโยชน์ที่เป็นบริการหลัก (core package of health service) ที่จำเป็นเพื่อทำให้ทุกโครงการสามารถประกันถึงการให้บริการหลักที่จำเป็นเบื้องต้น และไม่ให้มีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลหลักร่วมกันมากเกินไป สถานพยาบาลจะไม่เกิดแรงจูงใจต่างกันมากนักจนเกิดการให้บริการแก่ประชาชนด้วยมาตรฐานที่ไม่เหมือนกัน การปรับความเป็นเอกภาพที่จะทำให้ประสิทธิภาพ ความเสมอภาคและคุณภาพในภาพรวมของระบบบริการสุขภาพดีขึ้น

3. การปรับระบบการจัดการทางการเงินการคลังให้อยู่ภายใต้ระบบที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (managed care) การจ่ายให้สถานพยาบาลในลักษณะตามรายการที่ได้ให้บริการ (fee-for-service) เป็นข้อผิดพลาดที่ได้ดำเนินการในประเทศต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ค่าใช้จ่ายในประเทศสูงจนอยู่ในระดับที่ต้องมีการปฏิรูปเปลี่ยนแปลง ลักษณะการจ่ายสถานพยาบาลตามรายการมีจุดอ่อนในแง่ของการกระตุ้นแรงจูงใจให้สถานพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการมีแนวโน้มให้บริการบางอย่างเกินความเป็นจริง

การใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว ในระบบของประเทศอังกฤษทำให้การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นไปได้ดีขึ้น โดยประเทศอังกฤษสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศให้อยู่ในระดับร้อยละ 6 - 7 GNP ของประเทศและประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ กาดำเนินโครงการประกันสุขภาพภายใต้การประกันสังคมในประเทศไทยก็ให้ตัวอย่างในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและมีความเป็นไปได้ทางด้านการเงินในการดำเนินการระยะยาว จึงต้องมีการปรับใช้ระบบ

การเงินการคลังให้เหมาะสมโดยเฉพาะการจ่ายสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการโดยผู้จ่ายค่าบริการหลักควรกำหนดทิศทางการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลให้เป็นไปในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน หรือจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม แต่ระบบการจัดการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายเหล่านี้จะมีจุดอ่อนตรงที่มีแนวโน้มที่คุณภาพบริการอาจจะไม่ดีเท่าที่ควรหากไม่มีระบบกำกับคุณภาพที่ดีเพียงพอ ดังนั้นการปรับระบบที่ควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพได้นี้จะต้องดำเนินการไปพร้อมกับการกำกับทางด้านคุณภาพของการบริการอย่างเข้มแข็ง จึงจะทำให้เกิดการปฏิรูปอย่างแท้จริง

4. การปรับระบบการเงินการคลัง โดยเน้นนโยบายส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นมาแล้ว นอกจากจะเป็นการแก้ไขที่ช้าเกินไปเพราะประชาชนเกิดความทุกข์ทรมานขึ้นแล้วยังทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ซึ่งเทียนฉาย กิระนันท์ (2539) ได้กล่าวว่าในแผนพัฒนาการสาธารณสุขเองก็ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคอยู่มากเพราะทั้งสองกิจกรรมมีผลต่อการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้ในระยะยาว และสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (Wibulpolprasert. S., 1994) ได้กล่าวต่ออีกว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้นสามารถให้ผลประโยชน์ต่อหน่วยของทรัพยากรที่ลงทุนสูงกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลแต่มีแนวโน้มที่จะได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยลง ดังนั้นการปรับระบบการเงินการคลังควรจะเน้นไปสู่การสนับสนุนทางด้านนี้ให้มากขึ้น นอกจากนี้กระบวนการจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ควรที่จะปรับเปลี่ยนใหม่ โดยการส่งเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานที่สามารถปฏิบัติงานด้านนี้ได้ดี วิธีการจัดการแบบใหม่นี้จะทำให้การทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งปกติได้ผลกำไรต่ำได้รับการตอบสนองที่ดีจากสถานพยาบาลและบุคลากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข นโยบายนี้ควรจะต้องดำเนินการอย่างจริงจังโดยผสมผสานเข้าไปในการปฏิรูปโครงการปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นโครงการประกันสังคม โครงการสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ โครงการผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล ฯลฯ เพื่อที่จะก่อให้เกิดกระแสการปรับเปลี่ยนการจัดการให้เป็นการไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคได้ในที่สุด

5. การสร้างความรับผิดชอบให้เกิดขึ้นกับประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมโดยเริ่มจากการที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (co-payment) เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักมากขึ้นถึงความสำคัญของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพแต่การเก็บค่าบริการสุขภาพนี้จะจัดเก็บแต่เพียงเล็กน้อยโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนแสวงหา

บริการสุขภาพที่จำเป็นเท่านั้น ไม่ใช่เป็นการเก็บค่าบริการจำนวนมากจนทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้ การริเริ่มให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายนี้ มีสมมติฐานว่าหากประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เลยก็จะใช้บริการอย่างพร่ำเพรื่อ เมื่อเกิดการให้บริการอย่างพร่ำเพรื่อมาก ๆ ก็จะมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงมากขึ้น สำหรับประเทศไทย ประชาชนผู้มีสิทธิต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิทธิการประกันสังคม สิทธิด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิของผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ประชาชนผู้มีสิทธิต่าง ๆ เหล่านี้มีแนวโน้มที่ชัดเจนว่าจะมีการใช้บริการที่พร่ำเพรื่อจนเกินความจำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน แต่แนวโน้มในอนาคตก็มีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดปรากฏการณ์นี้ขึ้น

6. การเพิ่มการลงทุนของรัฐบาลในด้านสุขภาพให้มากขึ้น การลงทุนของรัฐบาลในด้านสุขภาพถือว่าเป็นการสร้างทรัพยากรที่มีคุณค่าซึ่งจะยังผลให้เศรษฐกิจดีขึ้นในระยะยาว ธนาคารโลกได้มีความพยายามผลักดันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกให้มีการลงทุนในด้านสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สำหรับประเทศไทยยังมีการลงทุนในภาครัฐในด้านนี้ในสัดส่วนที่น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอีกหลายประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ดังนั้นการที่จะให้การปฏิรูปประสพผลสำเร็จรัฐบาลต้องมีการลงทุนทางด้านสุขภาพให้มากขึ้น สำหรับกลุ่มประชาชนที่รัฐบาลควรจะให้ความสนใจเป็นพิเศษในการเพิ่มการลงทุนให้น่าจะได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลและผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ เช่น การเพิ่มงบประมาณในโครงการผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลมากขึ้น

7. การผ่อนคลายระเบียบและสร้างความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นให้กับผู้ให้บริการ ในปัจจุบันเราจะพบว่าสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ให้บริการในภาครัฐมีลักษณะการทำงานอยู่ภายใต้ระบบราชการที่มีระเบียบชัดเจนจนบางครั้งขาดความยืดหยุ่นงบประมาณที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะได้รับเป็นงบประมาณที่มีลักษณะเพิ่มขึ้นทีละน้อย (incremental change) ทุกปี ไม่ได้มีการสะท้อนถึงผลงานที่ชัดเจนว่า หากมีผลงานดีงบประมาณก็จะได้เพิ่ม หากผลงานแย่งก็ควรจะได้รับงบประมาณน้อยลดลงทำให้การดำเนินงานเป็นไปแบบเรื่อย ๆ บุคลากรผู้ให้บริการไม่จำเป็นต้องกระตือรือร้นเพราะผลงานไม่ได้เป็นเครื่องมือบ่งชี้ถึงโอกาสที่จะได้งบประมาณเพื่อปรับปรุงและขยายงานให้มากขึ้น การที่จะปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในภาครัฐให้เกิดขึ้นได้จะต้องมีการแก้ไขระบบการทำงานให้ดีขึ้น มีการส่งเสริมการเพิ่มความรับผิดชอบของสถานพยาบาล เช่น การให้สถานพยาบาลได้รับงบประมาณตามผลงานที่ได้ทำ (result-oriented budgetting) หรือการที่จะต้องรับผิดชอบต่อประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับตนหรือเครือข่ายของตนจนถึงที่สุดทั้งในขณะที่รักษาเองหรือส่งต่อไปรักษาที่อื่น

ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ (2538) ได้กล่าวถึงประสิทธิภาพของระบบการคลังที่สำคัญคือมีทั้งระดับมหภาคและระดับจุลภาค ระดับมหภาคนั้นเป็นการใช้จ่ายเงินด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศ (ทั้งเงินที่มาจากรัฐและเงินจากเอกชน) ต้องไม่สูงจนเป็นผลเสียต่อระบบเศรษฐกิจและได้ผลด้านสุขภาพตามที่ต้องการ ส่วนประสิทธิภาพของระบบการคลังระดับจุลภาค คือการลงทุนโครงการสาธารณสุขโครงการหนึ่ง ๆ (เช่นการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ การรักษาโรคอุจจาระร่วง การฟื้นฟูสภาพผู้พิการ ฯลฯ) จะต้องให้ผลตอบแทนที่สูงคุ้มค่างบเงินที่ลงทุนไป ความเป็นธรรมของระบบบริการสาธารณสุขเน้นมากที่ความเป็นธรรมระดับครัวเรือน กล่าวคือประชาชนทุกคนหรือทุกครัวเรือนต้องได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นเมื่อมีความต้องการ โดยไม่มีปัญหาอุปสรรคด้านฐานะการเงิน ฐานะทางสังคม หรือ การคมนาคม พุดง่าย ๆ คือการคลังสาธารณสุขที่ดีต้องสามารถจัดบริการสาธารณสุขที่ดีให้แก่ทุกครัวเรือนได้โดยไม่เลือกที่จะยากดีมีจนหรืออยู่ในท้องที่ห่างไกล และนอกจากนี้แล้วเป้าหมายของระบบการคลังสาธารณสุขที่ดีต้องกระตุ้นให้เกิดคุณภาพของบริการด้วย คุณภาพนี้มองได้ทั้งแง่คุณภาพด้านวิชาการที่ตัดสินโดยผู้ที่มีความรู้ดีในสาขานั้นและคุณภาพที่ตัดสินจากประชาชนทั่วไปจากความพึงพอใจเมื่อไปรับบริการสาธารณสุข หรือพึงพอใจเพราะสามารถเลือกใช้บริการที่คิดว่าดีจากที่ใดก็ได้

ดังนั้นเครื่องมือสำคัญของมาตรการทางการคลังสาธารณสุขก็คือ 1) การคลังรวมหมู่ (collective financing) เพื่อเฉลี่ยความเสี่ยงล่วงหน้าไม่ว่าจะโดยวิธีการเก็บภาษี หรือการประกันสังคมเพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้มีหลักประกันทางด้านสุขภาพ 2) การเก็บเงินเมื่อมารับบริการ (user charge) และ 3) การจ่ายเงินให้แก่สถานบริการและผู้ให้บริการสาธารณสุขไม่ว่าจะโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว (capitation) จ่ายตามกิจกรรมที่ทำได้ (fee-for-service) โดยอาจจะเป็นการจ่ายให้ล่วงหน้า (prospective payment) หรือจ่ายย้อนหลังตามความเป็นจริง (retrospective reimbursement) และการจ่ายเป็นเงินเดือน จากรายงานการศึกษาคุณภาพการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยสหราชอาณาจักร สวีเดน เนเธอร์แลนด์ ของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2537ก) และศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ (2537) พบว่าประเทศสหราชอาณาจักรจัดให้มีระบบเวชปฏิบัติครอบครัวทั่วไป (general practioner) โดยเน้นปรัชญาพื้นฐานที่ว่าสิทธิที่ประชาชนทุกคนต้องได้คือบริการสาธารณสุข (universal coverage) ซึ่งรัฐจะให้หลักประกันกับประชาชนทุกคน นอกจากนี้แล้วยังมีคำประกาศสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (patient's charter) อย่างชัดเจนเพื่อให้ประชาชนติดตามควบคุมคุณภาพบริการ สำหรับประเทศสวีเดน การปฏิรูปเน้นให้ประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัว (house docter) เพื่อปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ก่อนที่จะไปโรงพยาบาล ประเทศเนเธอร์แลนด์ โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร (non - profit) ระบบ

บริการสาธารณสุขให้หลักประกันกับทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยรายได้ไม่เป็นอุปสรรค นอกจากนี้แล้วจากรายงานการศึกษาคุณภาพของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2537) เกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุข ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา พบว่า การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยเหตุผล 2 ประการคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น ประชาชนบางกลุ่มยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพที่ดีพอมีกระบวนการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ โดยออกเป็นกฎหมายให้หลักประกันแก่ผู้สมควรจะช่วยเหลือในโปรแกรมของ Medicaid สามารถคัดกรองผู้ที่สมควรช่วยเหลือโดยใช้ข้อมูลจากการจ่ายภาษีเป็นหลักเกณฑ์และจัดให้มีแพทย์ประจำครอบครัว (primary physician) ในการดูแลก่อนเข้าโรงพยาบาลเน้นความสำคัญของการป้องกันโรค (preventive care) เป็นรูปแบบของการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายน้อยลงในขณะที่สุขภาพของประชาชนดีขึ้น การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของประเทศแคนาดาด้วยเหตุผลคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นมีกระบวนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเพื่อลดค่าใช้จ่ายคือสร้างระบบถ่วงดุลและการเงินสนับสนุน การกำหนดจำนวนบริการที่เหมาะสม การประเมินการใช้เทคโนโลยี การบริหารจัดการเพื่อการใช้ทรัพยากร และการทบทวนบทบาทของสถานบริการต่าง ๆ

สำหรับในประเทศไทยมาตรการการคลังสาธารณสุข ที่ใช้จะโน้มเอียงไปทางการจ่ายเงินเมื่อมารับบริการสาธารณสุข (จ่ายประมาณ 40% ของต้นทุนเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐหรือจ่ายเต็มราคาเมื่อใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน) ส่วนการใช้หลักประกันล่วงหน้ายังครอบคลุมประชาชนบางกลุ่มไม่ใช่ทั้งหมดและการจ่ายเงิน (หรือการจัดสรรงบประมาณ) ให้แก่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังเป็นวิธีจ่ายย้อนหลังตามความเป็นจริง จึงทำให้ค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศสูงถึงร้อยละ 5.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศในปี 2535 ซึ่งสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้านที่อยู่ในระดับร้อยละ 3 - 4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศเท่านั้น นอกจากนั้นประชาชนที่ยากจนยังต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่สูง (เทียบกับรายได้ครัวเรือน) เมื่อเจ็บป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงต้องพัฒนาปรับปรุงระบบการคลังสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมยิ่งขึ้น จากการศึกษาของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2535 โดยเป็นการศึกษาถึงแหล่งของเงินและการไหลเวียนของตัวเงินไปสู่สถานบริการต่าง ๆ หรือกลุ่มผู้ให้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยพบว่า รายจ่ายจากครัวเรือนสูงถึงร้อยละ 73.7 เมื่อเทียบกับรายจ่ายของรัฐบาลและนายจ้างคิดเป็นร้อยละ 26.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนมีการใช้บริการสุขภาพมากเกินความจำเป็นเมื่อเทียบกับสภาวะสุขภาพ

ในขณะที่เดียวกันภาครัฐที่มีหน้าที่ให้บริการและควบคุมกำกับก็ยังไม่มีความสามารถในการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้เพียงพอ

สำหรับรูปแบบในการปฏิรูปการคลังสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันของต่างประเทศในแถบทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกาที่ดำเนินการปฏิรูปด้านการเงินการคลังสาธารณสุขของประเทศอย่างได้ผลโดยพิจารณาถึงวิธีการจัดสรรเงินและการจัดบริการดังตาราง 1

ตาราง 1 รูปแบบการปฏิรูปการคลังสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันของต่างประเทศ

แหล่งเงิน	วิธีการจัดสรรเงิน	การจัดบริการ
<ul style="list-style-type: none"> -กลไกการแข่งขันระหว่างบริษัทประกันเอกชน (เช่น HMOs) -การเพิ่มประกันสุขภาพเอกชนแบบสมัครใจ -การเพิ่มประกันสุขภาพแบบบังคับ 	<ul style="list-style-type: none"> -การทำสัญญาจ้างเหมาบริการ (negotiated contracting) -การเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชน (fee for service with capping) -ให้สถานบริการระดับต้นหรือมีกรรมกรถือเงินในการจ่ายให้แก่โรงพยาบาล (GP fund holder) -จ่ายแบบเหมาจ่ายผสมกับวิธีอื่นให้แก่ GP -กำหนดราคาขาย (reference pricing) -กำหนดบัญชียา (positive lists) -การให้มีส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยในการใช้บริการ (co-payment and deductibles) 	<ul style="list-style-type: none"> -โรงพยาบาลเป็นอิสระในการบริหารจัดการ (quasi-autonomous management of public hospitals) -ให้มีการแข่งขันในการจัดบริการระหว่างแพทย์และโรงพยาบาล (competition service between provider) -กระจายอำนาจการบริหารจัดการ (decentralization service delivery) -ให้ GP เป็น gate keeper -privatizing service provider -เพิ่มการประสานงานระหว่างบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมเช่นในกลุ่มผู้สูงอายุ -การเพิ่มคุณภาพของการจัดระบบบริการ (quality improvement)
<p>การพัฒนาระบบข้อมูล (improved information system)</p> <p>เน้นการจัดบริการด้านการป้องกันโรค (enhanced preventive services)</p> <p>สิทธิผู้ป่วย (patient right)</p>		

แหล่งที่มา : Saltman R. (1995)

สรุปได้ว่าการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่สำคัญคือ การปรับระบบการจัดการทางด้านเงินให้แก่สถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ เน้นการลงทุนในด้านสุขภาพให้มากขึ้น

และปรับระบบการเงินการคลังโดยเน้นนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งรูปแบบการจัดสรรเงินงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้นำแนวคิดของการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขมาใช้โดยต้องการที่จะส่งเสริมหรือสนับสนุนให้สถานพยาบาล/ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่ดีในการให้บริการตลอดจนเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการด้วย โดยเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมมากขึ้น จะเห็นได้จากการจ่ายค่าตอบแทนตามน้ำหนักบริการให้กับผลงานการเยี่ยมบ้าน

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2543) ได้กล่าวถึงวิธีการจ่ายเงินหรือค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่จะมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของระบบการเงินการคลังและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งนี้เนื่องจากพบว่าวิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการที่แตกต่างกันนั้นจะมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่แตกต่างกันและส่งผลกระทบต่อต้นทุน การบริการและปริมาณงานที่ต่างกัน การจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการมี 2 ระดับด้วยกันคือการจ่ายแก่สถานพยาบาลและการจ่ายให้แก่บุคลากรผู้ให้บริการ วิธีการทั้งสองระดับนี้อาจมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับบริบทของระบบบริการสาธารณสุขของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2541) ได้พบว่ารูปแบบในการปฏิรูปการคลังสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันของต่างประเทศในแถบทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกาเป็นการปฏิรูปที่ได้ผล โดยพิจารณาถึงวิธีการจัดสรรเงินและการจัดบริการซึ่งการดำเนินงานปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขในต่างประเทศนั้นมีจุดเด่นหลายประการที่แตกต่างกับประเทศไทยในปัจจุบัน เช่น มีการแข่งขันกันระหว่างวิสาหกิจเอกชนโดยใช้กลไกของการตลาดเข้ามาช่วยในการผูกขาด การมีกรรมการหรือผู้จ่ายเงินให้กับสถานบริการหรือผู้ให้บริการและการมีแพทย์ประจำครอบครัวทำหน้าที่เป็นสถานบริการด่านแรก (gate keeper)

วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลของประเทศต่าง ๆ สามารถจัดได้เป็น 7 วิธีหลักดังนี้

1. การจ่ายตามปริมาณการบริการ (fee-for-service) หมายถึงการจ่ายตามปริมาณรายการกิจกรรมที่ให้บริการ (payment per item of service) เช่นปริมาณของบริการขั้นสูงตร บริการรักษาพยาบาล และยา รวมเข้าด้วยกันแล้วเรียกเก็บ
2. การจ่ายตามปริมาณผู้ป่วย (case payment) เป็นการจ่ายให้ตามชุดบริการหรือรายของผู้ป่วยที่ให้บริการ ไม่แยกตามรายการกิจกรรมเหมือนในกรณีแรก การจ่ายแบบนี้จะเป็นราคา

กลางที่กำหนดไม่สัมพันธ์กับต้นทุนจริงของการให้บริการแต่ละครั้งของแต่ละสถานพยาบาล เช่น การจ่ายแบบ DRGs

3. การจ่ายตามวันนอนของผู้ป่วย (daily charge) เป็นการจ่ายแบบราคาเดียว (flat rate) ตามจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

4. การจ่ายแบบราคาเดียวเป็นโบนัสให้ (flat rate or bonus payment) เป็นการจ่ายโดยตรงตามอัตราที่ตกลงกันและมักเป็นยอดรวมสำหรับบริการที่จัด มักเป็นการจ่ายให้กับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

5. การจ่ายแบบเหมาจ่าย (capitation) เป็นการจ่ายแบบเหมารวมในการให้บริการแก่รายชื่อคนที่มาขึ้นทะเบียนซึ่งมักเป็นรายปี อัตราการเหมาจ่ายอาจแตกต่างกันตามกลุ่มของผู้ป่วย เช่น สำหรับผู้สูงอายุ

6. การจ่ายแบบเงินเดือน (salary) รายได้ของผู้ให้บริการจะไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณงานที่ทำหรือต้นทุนของบริการที่จัด

7. การจ่ายแบบยอดรวม (global budget) งบประมาณในการดำเนินการทั้งหมด (รวมหมดค่าแรงและดำเนินการทั้งหมด) จะถูกกำหนดล่วงหน้าแต่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในการใช้ภายใต้ยอดที่กำหนด

วิธีการจ่ายเงินแต่ละวิธีนั้นจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการและส่งผลกระทบต่อปริมาณของบริการ ต้นทุน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้น เนื่องจากการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (ambulatory care) มิได้แยกออกจากบริการผู้ป่วยใน (hospital care) ดังนั้นวิธีการจ่ายเงินให้แก่บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจึงไม่ค่อยแตกต่างกัน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2543) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (empirical evidence) ของผลกระทบต่อวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการต่อปริมาณบริการและโครงสร้างองค์ประกอบของบริการสามารถสรุปได้ดังในตาราง 2

ตาราง 2 วิธีการจ่ายเงินวิธีต่าง ๆ ที่มีผลต่อแรงจูงใจในการจัดบริการของผู้ให้บริการ

วิธีการจ่ายเงิน	ปริมาณบริการ		โครงสร้างองค์ประกอบบริการ	
	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนบริการที่เรียกเก็บเงินได้	ปริมาณบริการที่ให้ บริการแต่ละครั้ง	บริการทดแทนที่มีราคาแพง
1. ปริมาณบริการ	+	+	+	+
2. รายป่วย	0	+	-	+
3. รายวันนอนในโรงพยาบาล	+	+	-	+
4. อัตราเดียวเป็นโบนัส	+	0	-	0
5. เหมมาจ่าย	+	0	-	-
6. เงินเดือน	-	0	-	0
7. ยอดรวม	-	0	-	0

แหล่งที่มา : World Health Organization. (1993)

+ : ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการเพิ่มปริมาณบริการ/โครงสร้างองค์ประกอบบริการให้ได้สูงสุด

- : ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการ/โครงสร้างองค์ประกอบบริการให้ได้สูงสุด

0 : ดัชนีดังกล่าวไม่เหมาะสมกับวิธีการจ่ายแบบนี้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ทราบ

การจ่ายตามปริมาณบริการ จะทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจสูงสุดในการให้บริการ ซึ่งจะส่งผลให้ปริมาณบริการทั้งในแง่ของจำนวนผู้รับบริการและจำนวนบริการที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีแรงจูงใจทำให้ผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะให้บริการที่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มได้หรือบริการที่มีราคาแพงกว่าเนื่องจากจะทำให้ตนเองมีรายได้เพิ่มมากขึ้น หลักฐานที่บ่งชี้ปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ดีคือ ด้านพฤติกรรมกรให้บริการของแพทย์ในอเมริกา หรือในกรณีของโรงพยาบาลเอกชน , คลินิก

การจ่ายตามรายผู้ป่วย จากหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการแก่กลุ่มโรคที่ให้ผลตอบแทนสูงกว่า และบริการที่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมได้ นอกจากนั้นยังพบว่ามีปัญหาการเปลี่ยนการวินิจฉัยโรคไปสู่ผู้ที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้สูงกว่า (DRGs creep) และมีแนวโน้มการเปลี่ยนการให้บริการจากผู้ป่วยในไปสู่ผู้ป่วยนอกซึ่งสามารถเรียกเก็บเงินได้ตามปริมาณบริการและการ admit ข้าของผู้ป่วยรายเดิม

การจ่ายให้รายวันแก่ผู้ป่วยใน พบว่าผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการที่ให้ในผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากการจ่ายไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณบริการแต่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนและมีแรงจูงใจในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยและเก็บผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลนานขึ้น เนื่องจากวันหลัง ๆ ของการรักษา มักมีต้นทุนในการจัดบริการต่ำ

การจ่ายอัตราเดียวเป็นโบนัส จะทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการแก่ผู้ป่วยมากขึ้นและมีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อลดต้นทุนในการจัดบริการ

การจ่ายแบบเหมาจ่าย ผู้ให้บริการจะมีแรงจูงใจในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นทะเบียนกับตนเองเพราะจะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น ซึ่งนั่นหมายถึงผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการของตนเองให้ดียิ่งขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็มีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการที่จัดให้ ผู้ป่วยแต่ละรายและบริการที่มีราคาแพงเนื่องจากจะทำให้ต้นทุนการจัดบริการเพิ่มมากขึ้น

การจ่ายให้ผู้ให้บริการแบบเงินเดือนนั้น ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดปริมาณงานทั้งจำนวนผู้ป่วยและจำนวนบริการที่จัดให้แต่ละราย

การจ่ายแบบงบประมาณยอดรวม ก็เช่นเดียวกับการจ่ายแบบเงินเดือน นอกจากนั้นงบประมาณยอดรวมยังทำให้มีแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการลดชนิดของบริการที่มีราคาแพงเพื่อลดต้นทุนในการจัดบริการ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า วิธีการจ่ายเงินแต่ละวิธีจะมีแรงจูงใจต่อการจัดบริการที่แตกต่างกันดังนั้นก็จะมีผลกระทบต่อการจัดบริการทั้งในแง่บวกและแง่ลบ จุดแข็งและจุดอ่อนของวิธีการจ่ายเงินแต่ละวิธีสามารถสรุปได้ดังในตาราง 3

ตาราง 3 จุดแข็งและจุดอ่อนของรูปแบบหรือวิธีการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในแต่ละวิธี

วิธีการจ่ายเงิน (payment mechanism)	จุดแข็ง (strength)	จุดอ่อน (weakness)
1. ปริมาณบริการ (fee-for-service)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการรับผลตอบแทนตามผลงานที่ตนทำ - ง่ายในการวิเคราะห์ผลงานของผู้ให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะเงินเฟ้อทางการแพทย์ - ทำให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการที่มากเกินไปและไม่จำเป็น - อุปสงค์เทียม
2. รายป่วย (case payment)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการรับผลตอบแทนตามผลงานดีพอสมควร - มีแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการลดและควบคุมต้นทุนในการจัดบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีความยุ่งยากและซับซ้อนเชิงเทคนิคในการนำไปใช้แล้วอาจนำไปสู่การไม่ตรงของการจ่ายค่าตอบแทนและผลงาน - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้การวินิจฉัยที่ผิดไปเพื่อเพิ่มค่าตอบแทนเลือกกรณีที่กำลังสูง
3. รายวัน (daily charge)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดทรัพยากรที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการเก็บผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเกินความจำเป็น
4. อัตราเดียวเป็นโบนัส (flat rate/bonus)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการได้รับค่าตอบแทนตามผลงานที่ตนทำ - ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการจัดบริการที่ต้องการส่งเสริม เช่น บริการด้านส่งเสริม ป้องกันโรค 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เหมาะสมกับบริการที่มีความซับซ้อนมาก

ตาราง 3 (ต่อ)

วิธีการจ่ายเงิน (payment mechanism)	จุดแข็ง (strength)	จุดอ่อน (weakness)
5. เหม่าจ่าย (capitation)	<ul style="list-style-type: none"> ง่ายต่อการบริหารจัดการ - สนับสนุนให้เกิดการจัดทำงบประมาณแบบล่วงหน้า - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดต้นทุนของการจัดบริการ - เพิ่มทางเลือกให้แก่ประชาชนถ้าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแพทย์เวชปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ และปฏิเสธผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง - อาจก่อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นในกลุ่มที่ขึ้นทะเบียน - ยากในการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ให้บริการ
6. เงินเดือน (salary)	<ul style="list-style-type: none"> - การบริหารจัดการง่ายที่สุด - สนับสนุนให้เกิดการทำงานงบประมาณล่วงหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> - สูญเสียการที่ผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ยกเว้นเงินเดือนของผู้ให้บริการจะขึ้นกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ - ก่อให้เกิดแรงจูงใจของผู้ให้บริการได้ง่ายในการให้บริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและลดผลผลิตภาพ (productivity)
7. ยอดรวม (global budget)	<ul style="list-style-type: none"> - บริหารจัดการง่าย - ส่งเสริมให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร - เป็นการจัดทำงบประมาณล่วงหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดจำนวนผู้ป่วยและปริมาณบริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

แหล่งที่มา : World Health Organization. (1993)

ในการประยุกต์ใช้ส่วนใหญ่จะมีการผนวกวิธีการจ่ายเงินวิธีการต่าง ๆ เข้าด้วยกันมากกว่าใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพื่อแก้ไขจุดอ่อนและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลนั้นจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่าง ๆ ที่แตกต่างกันเพราะฉะนั้นการผนวกรูปแบบวิธีการจ่ายเงินประเภทต่าง ๆ เข้าด้วยกันโดยเลือกเอาข้อดีข้อเสียของแต่ละประเภทมาชดเชยหรือว่าเสริมกัน จะทำให้ได้รูปแบบ

การจ่ายเงินที่เหมาะสมต่อไป เช่น การผนวกการจ่ายตามปริมาณบริการตามอัตราที่กำหนด (fee schedule) เข้ากับงบประมาณยอดรวมในการจ่ายให้แก่บริการผู้ป่วยนอกของประเทศเยอรมันนี้เป็นต้น แนวโน้มการประยุกต์ใช้วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการนั้นนำไปสู่วิธีการจ่ายเงินที่เป็นการจ่ายแบบรวม (more aggregated or more global payment mechanism) มากกว่าการจ่ายแยกรายกิจกรรม และการจ่ายแบบล่วงหน้า (prospective payment) การจ่ายแบบงบประมาณยอดรวม (global budget) เป็นที่นิยมในการจ่ายให้แก่โรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใน โดยให้โรงพยาบาลมีความเป็นอิสระในการถ่ายเทงบประมาณหมวดต่าง ๆ แต่อยู่ภายใต้งบประมาณยอดรวมเท่านั้น (อำนาจ กาจันะ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และนทีรัตน์ ไกรลาศ. 2542ก)

ตาราง 4 วิธีการประยุกต์ใช้วิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการหรือผู้ให้บริการ

วิธีการจ่ายเงิน (payment mechanism)	หน่วยของบริการที่จ่ายให้	สถานบริการหรือผู้ให้บริการ		
		Health centre	Hospital	Professional Provider (Hospital)
ปริมาณบริการ	แต่ละกิจกรรมหรือแต่ละราย	/	/	/
รายป่วย	ตามรายป่วยแต่ละรายและอัตราการจ่าย		/	
รายวันนอนใน โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย/วันนอน	/	/	
อัตราเดียวเป็นโบนัส	การลงทุนหรือบริการเฉพาะ เช่น บริการด้านการส่งเสริมป้องกันโรค	/	/	/
เหมาจ่าย	บริการทุกอย่างสำหรับผู้ขึ้นทะเบียน ภาพในเวลาที่กำหนด			/
เงินเดือน	สำหรับการทำงานระยะเวลา 1 เดือน			/
ยอดรวม	บริการทุกอย่างของสถานบริการภายใน ระยะเวลาที่กำหนด	/	/	

แหล่งที่มา : World Health Organization. (1993)

วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในรูปแบบของความสัมพันธ์ไตรภาคีระหว่างผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายที่สาม ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการจัดสรรงบประมาณไปสู่

ผู้ให้บริการและบริการประเภทต่าง ๆ จะมีผลต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศและส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบการคลังสาธารณสุขโดยรวมนอกจากนั้นวิธีการจ่ายเงินยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการซึ่งจะมีผลต่อประสิทธิภาพเชิงการผลิต (technical efficiency) เชิงการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency) และ คุณภาพบริการ (quality of care) อย่างไรก็ตามวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการแต่ภาวะทางการตลาดที่มีการแข่งขันกันมากน้อยเพียงใดก็มีอิทธิพลในการกำหนดและอาจมีมากกว่าด้วยซ้ำ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2543)

จากการศึกษาของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2538) ทบทวนวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่แพทย์และบุคลากรอื่น ๆ ในประเทศไทยพบว่า มีมากมายหลายวิธีตั้งแต่ เงินเดือน เงินเพิ่มค่าวิชาชีพ ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าตอบแทนการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ เงินเพิ่มสำหรับแพทย์สาขาขาดแคลน เงินเพิ่มพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินค่าตอบแทนตามปริมาณงานนอกเวลาราชการ ค่าตอบแทนเสี่ยงภัยเอเดส์ ค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ประกันตนของประกันสังคม เป็นต้น และศุภสิทธิ์ พรรณารุณิภัย และคณะ (2539) ได้ประเมินผลกระทบของการจ่ายเงินค่าตอบแทนบุคลากรการแพทย์ในระบบจ่ายตามปริมาณงานและไม่ทำเวชปฏิบัติครอบครัว พบว่าการจ่ายค่าตอบแทนแบบต่าง ๆ ไม่ค่อยมีผลกระทบต่อสถานภาพทางการเงินของสถานบริการมากนัก ค่าตอบแทนตามปริมาณบริการมีอัตราเพิ่มและเป็นสัดส่วนของรายจ่ายที่สูงที่สุดและสามารถเพิ่มผลงานการบริการนอกเวลาได้ เงินเพิ่มพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวช่วยทำให้เกิดความพึงพอใจในวิชาชีพมากขึ้นแต่ก็ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันระหว่างวิชาชีพอย่างไรก็ดีการละเมิดจริยธรรม (moral hazard) พบได้ในการจ่ายค่าตอบแทนทั้งสองชนิด นอกจากนี้ยังพบว่าการบริหารจัดการของโรงพยาบาลมีบทบาทน้อยในการแก้ปัญหาการละเมิดจริยธรรม

สรุปได้ว่าวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการแต่ละวิธีจะมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่แตกต่างกันโดยจะส่งผลกระทบต่อต้นทุน การบริการ และปริมาณงานที่แตกต่างกัน ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจึงได้ใช้วิธีการจัดสรรเงินงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่รวมวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ 2 วิธีด้วยกันคือ การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวและตามปริมาณผลงานที่ใช้เกณฑ์การจ่ายตามน้ำหนักบริการทั้งนี้เพื่อแก้ไขจุดอ่อนและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงินวิธีใดวิธีหนึ่ง

2. นโยบายการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากไร้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นโครงการที่รัฐบาลให้การอุดหนุนงบประมาณทั้งหมด เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อย ผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยากไร้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลต่าง ๆ เข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพได้มาตรฐานจากสถานพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ มุ่งเน้นที่จะสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคม และถือเป็นมาตรการการกระจายรายได้ให้กับประชาชนทางอ้อม เนื่องจากการช่วยเหลือลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของประชาชนที่ยากไร้ เป็นนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2518 ซึ่งระยะแรกในการดำเนินงานได้จัดทำเป็นโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล โดยหัวหน้าสถานพยาบาลจะเป็นผู้กำหนดใครคือผู้มีรายได้น้อย ต่อมาจึงได้มีการปรับปรุงแนวทางและวิธีการปฏิบัติให้มีการออกบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2527 การออกบัตรสงเคราะห์ตามระเบียบดังกล่าวได้ดำเนินการไปแล้ว 4 ครั้ง คือในปีงบประมาณ 2524 , 2527, 2530 และ 2533 ในปี พ.ศ. 2536 - 2537 กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันปรับปรุงระเบียบดังกล่าว และเปลี่ยนชื่อเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 และได้มีการออกบัตรใหม่ในชื่อบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 โดยบัตรดังกล่าวหมดอายุการใช้งานเมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2540 ที่ผ่านมา ซึ่งจะต้องดำเนินการออกบัตรใหม่

ในการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลนี้ ยังคงยึดถือระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 เป็นหลักแต่ได้มีการปรับปรุงกระบวนการออกบัตรและขึ้นทะเบียนใหม่ โดยกำหนดให้ออกบัตรเป็นรายบุคคลและให้มีการขึ้นทะเบียนโดยระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลกลางสำหรับใช้ประโยชน์ต่อไป รวมทั้งได้เสนอให้ใช้กลวิธีสังคมช่วยแนะในการเข้าถึงผู้มีรายได้น้อยจริง ๆ และการเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิสวัสดิการเลือกสถานพยาบาลประจำครอบครัวหลักและเครือข่าย 2 แห่ง การออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลครั้งนี้ได้ขยายการออกบัตรให้ครอบคลุมไปยังผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ เด็ก 0-12 ปี นักเรียน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว และภิกษุ/ผู้นำศาสนา ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอยู่แล้ว โดยให้

ดำเนินการออกบัตรเป็นรายบุคคลและขึ้นทะเบียนโดยอนุโลมเช่นเดียวกันกับผู้มีรายได้น้อย (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2540 ; อำนวย กาจีนะ, สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และนทีรัตน์ ไกรลาศ, 2542ข ; Mongkolsmai. D., 1993)

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2540) ได้กำหนดนโยบายการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2541-2543 ดังนี้คือ

1. เกณฑ์การตัดสินผู้สมควรได้รับสวัสดิการ เป็นไปตามระเบียบฯ คือ
 - 1.1 คนโสดมีรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท
 - 1.2 บุคคลในครอบครัวเดียวกัน รายได้รวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท
 - 1.3 ผู้เยาว์ซึ่งไม่ได้อยู่ในอุปการะของบุคคลตาม 1.1 หรือ 1.2 และรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท
2. เปิดโอกาสให้ผู้มีรายได้น้อย แสดงความจำนงค์ขอรับสิทธิได้ทุก 3 เดือน
3. ในการคัดกรองเพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยได้รับสวัสดิการอย่างแท้จริงให้ใช้กลวิธีสังคมช่วยแนะนำร่วมกับการประเมินรายได้
4. ให้คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิทุกระดับดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้แสดงความจำนงค์ขอสิทธิอย่างเข้มงวดและจริงจัง และพิจารณาตรวจสอบบททวนผู้ได้รับสิทธิเป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสม
5. สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล สำหรับบัตรถาวรมีอายุคราวละไม่เกิน 3 ปี และบัตรชั่วคราวมีอายุคราวละไม่เกิน 1 ปี ทั้งนี้นับแต่วันออกบัตร เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย
6. การระบุสถานพยาบาลในบัตรให้ผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีแพทย์ประจำ ซึ่งตั้งอยู่ในภูมิลำเนาหรือไปรับบริการได้สะดวก 1 แห่ง เป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวหลัก และเลือกสถานพยาบาลระดับต้นที่ไม่มีแพทย์ซึ่งตั้งอยู่ในภูมิลำเนาหรือไปรับบริการได้สะดวกที่สุด (ถ้ามี) อีก 1 แห่ง เช่น สถานีอนามัยเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวเครือข่าย ทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักการที่ให้ผู้มีสิทธิได้มีโอกาสพบแพทย์เช่นเดียวกับบัตรประกันสุขภาพ
7. ให้จังหวัด/กรุงเทพมหานครดำเนินการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อยเป็นรายบุคคล และขึ้นทะเบียนเพื่อทำฐานข้อมูล
8. คงไว้ซึ่งระบบการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ที่มีแพทย์หรือระหว่างเครือข่าย

9. ในการมอบบัตรให้ทำความเข้าใจในเรื่องการเข้ารับบริการ สิทธิและอื่น ๆ ที่จำเป็น พร้อมทั้งมอบคู่มือบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลให้กับผู้มีสิทธิเป็นรายครอบครัว

10. ออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า

ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

- เด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปีบริบูรณ์
- ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์
- ผู้พิการตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- พระภิกษุ สามเณร หรือผู้นำศาสนาอื่น ๆ
- ทหารผ่านศึกและครอบครัว

ยกเว้นผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ และลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ

สิทธิของผู้ได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

1. มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว และเจ้าหน้าที่ให้การดูแลด้านสุขภาพของผู้ได้รับบัตรให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

2. เมื่อเจ็บป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่จำเป็นจนสิ้นสุดการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลประจำครอบครัว ที่ระบุในบัตรรวมทั้งเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้น โดยไม่ต้องเสียเงินอีกโดยคุ้มครองค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

2.1 ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการในการวางแผนครอบครัว ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรือสารอาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจนและอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดโรค

2.2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าแว่นตา

2.3 ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องทดลองและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้ป่วยใน แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษและค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

2.4 ค่าอุดฟันธรรมชาติ ค่าถอนฟัน ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิก (acrylic) เป็นฐาน

2.5 ค่าห้องและค่าอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษายาบาล ยกเว้นค่าห้องพิเศษทั้งนี้หากเป็นการบาดเจ็บเพราะอุบัติเหตุจากรถ ซึ่งผู้บาดเจ็บจะได้รับการคุ้มครองและให้ใช้สิทธิตาม “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535” ก่อนโดยให้ผู้ป่วยมอบอำนาจและสำเนาเอกสารที่จำเป็นให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเงินค่ารักษายาบาลจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทน

3. ผู้ได้รับบัตรเมื่อใช้สิทธิรับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาลแห่งหนึ่งแล้วจะใช้สิทธิเพื่อเข้ารับการรักษายาบาลสำหรับโรคเดียวกันในสถานพยาบาลแห่งอื่นในวันเดียวกันนั้นอีกไม่ได้ เว้นแต่กรณีแพทย์ผู้ทำการรักษาจะนัดหมายโดยเฉพาะ หรือกรณีที่มีการเจ็บป่วยเกิดจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือผู้ได้รับบัตรยินยอมชำระค่ารักษายาบาลตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ

หน้าที่และการปฏิบัติเมื่อจะใช้สิทธิรับบริการ

1. ต้องแสดงบัตรพร้อมบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารอื่นที่ทางราชการออกให้ (เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ควรยื่นบัตรทันทีที่ไปขอรับบริการ)

2. ต้องเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลประจำครอบครัวที่ระบุไว้ในบัตร หรือสถานพยาบาลเครือข่ายของสถานพยาบาลประจำครอบครัวนั้น ๆ เว้นแต่ในกรณีดังต่อไปนี้ให้เข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลแห่งอื่นได้

2.1. เมื่อหนังสือนำส่งตัวจากสถานพยาบาลประจำครอบครัวให้ไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น

2.2. เมื่อการเจ็บป่วยเกิดจากอุบัติเหตุหรือป่วยฉุกเฉิน

2.3. ผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานพยาบาลแห่งอื่นเห็นสมควรให้ผู้ได้รับบัตรเข้ารับการรักษายาบาลได้

3. ผู้ได้รับบัตรต้องปฏิบัติตามระเบียบของสถานพยาบาลประจำครอบครัวและต้องขอรับการรักษายาบาลในเวลาทำการปกติของสถานพยาบาลนั้น เว้นแต่ในกรณีที่การเจ็บป่วยเกิดจากอุบัติเหตุหรือป่วยฉุกเฉิน

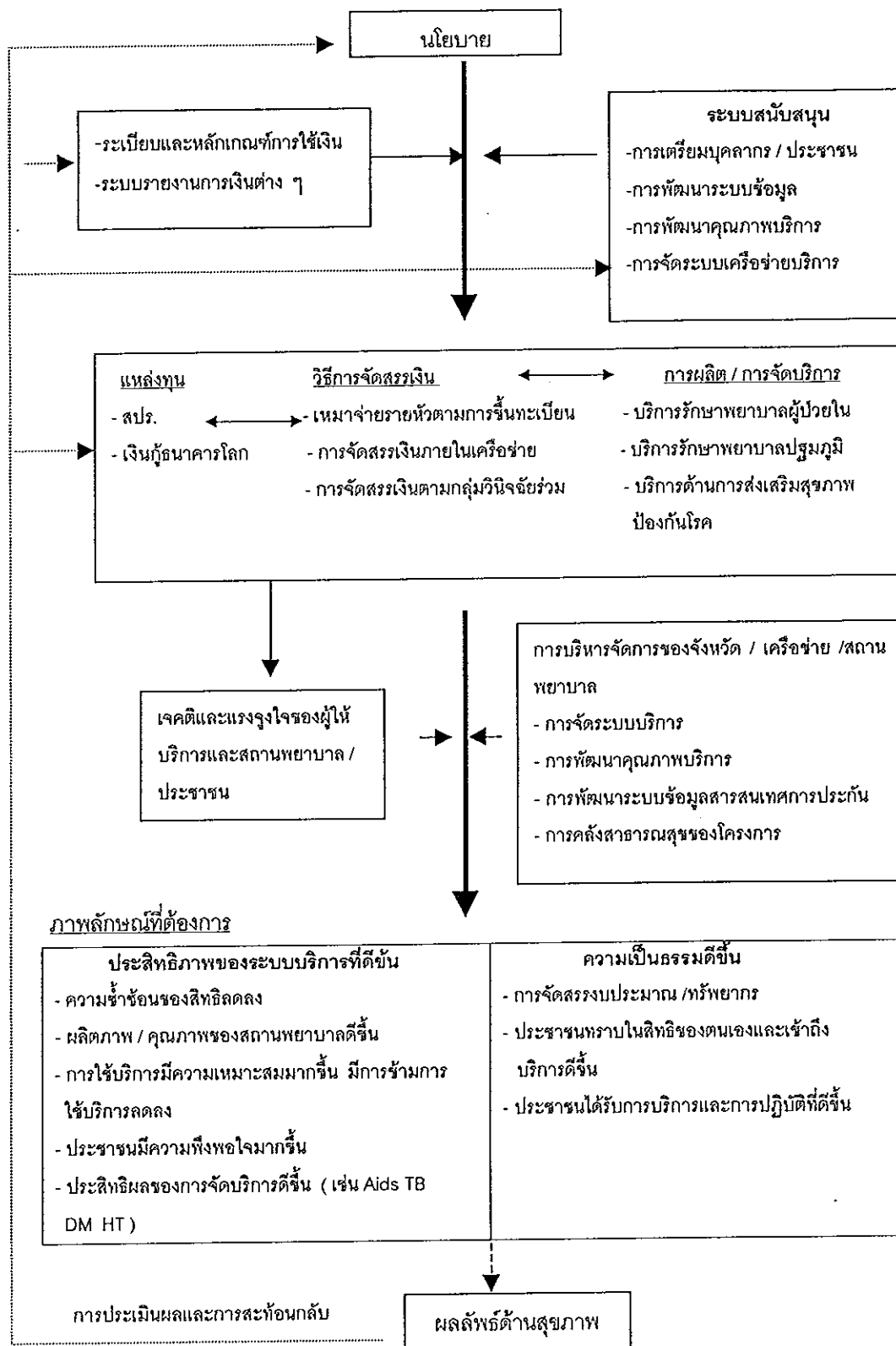
หากผู้ได้รับบัตรไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนดไว้ก็จะไม่ได้รับสิทธิฟรีในการรักษายาบาลและต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2540)

การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุขโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) มีแนวคิดหลักคือ รูปแบบและวิธีการจัดสรรเงินให้แก่สถานพยาบาล

เป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นผลผลิตภาพของสถานพยาบาล ให้เงินไหลตามจำนวนผู้ป่วย (Money follow patients) และสนับสนุนให้สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ มีแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการและการจัดบริการให้เหมาะสมกับสถานภาพของตนเองเป้าหมายคือ รูปแบบที่พัฒนาจะต้องเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดบริการของสถานพยาบาลระดับต้นและการจัดบริการของโรงพยาบาลได้ ขณะเดียวกันก็ต้องไม่สร้างแรงจูงใจในการให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่มาทำการแข่งขันกับโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือสถานเอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากทำให้ระบบขาดประสิทธิภาพและมีการแออัดของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลใหญ่โดยที่ไม่มีความจำเป็นและระบบที่ดีต้องสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายให้บริการของสถานพยาบาลระดับต้น ที่มีความเข้มแข็งเนื่องจากมีต้นทุนในการจัดบริการที่ต่ำและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและรอบด้านมากกว่า นั่นคือต้องสนับสนุนให้สถานเอนามัยมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้น มีแรงจูงใจในการให้บริการมากขึ้น ขณะเดียวกันก็ต้องให้โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการออกไปพัฒนาคุณภาพของสถานเอนามัยเพื่อลดต้นทุนการจัดบริการและความแออัดของผู้ป่วยที่ไม่ควรต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลลง ส่งเสริมให้มีการลงทุนในบริการที่จะให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น คือต้องสนับสนุนให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเนื่องจากให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพที่สูง ซึ่งภาพลักษณ์สุดท้ายที่ต้องการ คือ 1) ผลผลิตภาพของสถานพยาบาลทุกระดับควรดีขึ้น 2) ความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ลดลง โดยเฉพาะการข้ามไปใช้บริการระดับปฐมภูมิลดลง (รักษา ส่งเสริม ป้องกัน) ประชาชนมีการใช้บริการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับระดับของสถานพยาบาล 3) คุณภาพของบริการดีขึ้นโดยเฉพาะสถานบริการระดับต้น 4) ประชาชนมีความพึงพอใจในการจัดบริการเพิ่มขึ้น 5) ประสิทธิภาพของการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาลในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดดีขึ้น และ 6) ประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสเข้าถึงบริการ และได้รับบริการที่เท่าเทียมกับกลุ่มอื่นไม่ถูกเลือกปฏิบัติ (อำนาจ กาจันะ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และนทีรัตน์ ไกรลาศ, 2542ก) และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2539) ได้กล่าวว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2538 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 41 บัญญัติไว้ว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ" เป็นการรับรองสิทธิของบุคคลที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและรับรองสิทธิของผู้ยากไร้ที่จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า บทบัญญัตินี้ไม่เคยบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับใดมาก่อน

จากแนวนโยบายรัฐดังกล่าวข้างต้น มีปรัชญาและรากฐานความคิดสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ปรัชญาความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะคนจนไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้สูงอายุและคนพิการ ความยากไร้ เศรษฐฐานะ ความพิการจะไม่ใช่เครื่องกีดกันไม่ให้เข้าถึงบริการได้โดยรัฐจะจัดบริการให้โดยไม่เสียมูลค่า 2) กำหนดว่าคุณภาพของบริการทางสาธารณสุขจะต้องมีมาตรฐาน 3) การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในระบบสาธารณสุขมากขึ้น 4) การป้องกันโรคติดต่ออันตรายจัดให้เป็นหน้าที่ของรัฐเท่านั้นและเป็นบริการที่ไม่คิดมูลค่าแก่ประชาชน นอกจากนี้แล้ว สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2538) ได้กล่าวว่าการมีหลักประกันด้านสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ เนื่องจากไม่ว่าประชาชนจะเป็นคนยากจนหรือร่ำรวย ไม่ว่าจะเป็ชนชาติใด ๆ มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยและมีความต้องการการดูแลทางสุขภาพได้ในทุกเวลา ชีตกันทางด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม สังคมใด ๆ ไม่น่าจะเป็นอุปสรรคที่ทำให้ประชาชนซึ่งมีความจำเป็นเนื่องจากการเจ็บป่วยไม่ได้รับการดูแลในยามที่ต้องการ

ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดของการปฏิรูปโครงการ สปร.



แหล่งที่มา : อำนวย กาจีนะ, สัมฤทธิ์ ศรีอึ้งสวัสดิ์ และนทีรัตน์ ไกรลาศ. (2542ก)

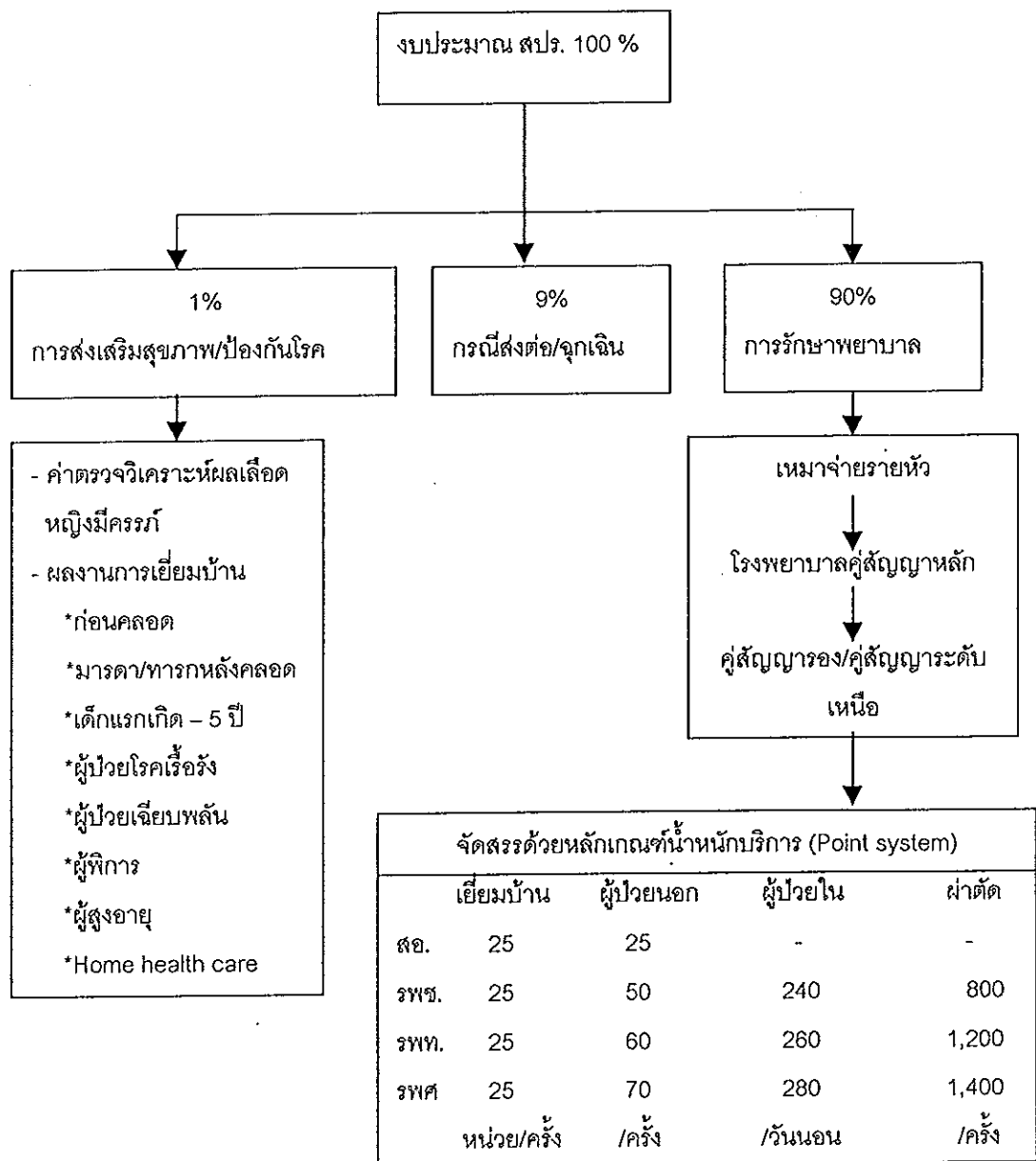
จากกรอบแนวคิดดังกล่าวนำมาสู่รูปแบบวิธีการจ่ายเงินที่ค่อนข้างเป็นที่ยอมรับกันว่ามีประสิทธิภาพ คือการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขปฐมภูมิ แบบเหมาจ่ายรายหัว ตามการเลือกขึ้นทะเบียน ให้แก่เครือข่ายสถานพยาบาลระดับต้นสำหรับการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบปฐมภูมิ โดยมีโรงพยาบาลเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวหลัก และมีสถานเฝ้าระวังเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวรอง โดยโรงพยาบาลจะทำหน้าที่ในการจ่ายเงินต่อให้กับสถานเฝ้าระวังภายใต้หลักเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้น และการจ่ายค่าบริการของโรงพยาบาล (รักษาพยาบาลผู้ป่วยใน) ตามผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์รวมกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ให้บริการของแต่ละโรงพยาบาลภายใต้งบประมาณยอดรวมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดบริการของสถานพยาบาลได้ ในส่วนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา นั้นรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ใช้วิธีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายรายหัวและตามปริมาณผลงาน โดยเลือกให้หลักเกณฑ์การจ่ายตามน้ำหนักบริการ (point system) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาผลิตภาพและประสิทธิผลของบริการ (รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ)

3. รูปแบบการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล(สปร.) ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

รูปแบบการจัดสรรงบประมาณของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เน้นที่การเปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงินในระบบการเงินการคลังสาธารณสุขใหม่ เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการให้บริการสาธารณสุขในระดับต้น (primary care) และทุติยภูมิ (secondary care) เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เกิดความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณโดยจัดสรรตามผลงานบริการ ดังนั้นจึงมีความพยายามในการปฏิรูปคือ การลดจำนวนกองทุนให้เหลือน้อยลงหรือนำมาบริหารร่วมกัน (multiple funds, single manager) จากความพยายามดังกล่าวจึงเกิดแนวคิดและการดำเนินการในการรวมกองทุน (merging funds) ของบัตรประกันสุขภาพกับงบประมาณ สปร. เข้าด้วยกันในปีงบประมาณ 2541 และบริหารจัดการตามแผนที่กำหนดไว้ แต่การดำเนินการตามแผนที่วางไว้พบว่าติดขัดด้านกฎระเบียบและความเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชาในขณะนั้น จึงปรับกลยุทธ์ด้วยการนำเฉพาะงบประมาณ สปร. มาพิจารณาจัดสรรรูปแบบใหม่ในช่วง 6 เดือนหลังของปีงบประมาณ 2542 (เดือน เมษายน - กันยายน 2542) โดยอาศัยความรู้ในการประกันสุขภาพของระบบประกันสังคมมาเป็นพื้นฐานปรับใช้กับเงินงบประมาณ สปร. และกำหนดวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปยังสถานพยาบาลในระดับโรงพยาบาลที่ประชาชนหรือผู้ประกันตนลงทะเบียนเลือกเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (main

contractor) โดยมีคณะกรรมการประสานงานโครงการประกันสุขภาพระดับอำเภอที่มีตัวแทนจาก ฝ่ายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และโรงพยาบาล มาทำหน้าที่บริหารจัดการในการ เรียกเก็บและจัดสรรเงินค่ารักษาพยาบาลตามน้ำหนักบริการที่กำหนดให้แก่สถานพยาบาล คู่สัญญารอง (sub contractor) และสถานพยาบาลคู่สัญญาระดับเหนือ (supra contractor) โดยมีรูปแบบการจัดสรรดังภาพประกอบ 3 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2542)

ภาพประกอบ 3 รูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร. ช่วง 6 เดือนหลัง (งวดที่ 2) ของ ปีงบประมาณ 2542



รูปแบบการจัดสรรงบประมาณสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2539 ถึงปีงบประมาณ 2542 ได้ยึดนโยบายของจังหวัด และกฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านมติของคณะกรรมการพิจารณางบประมาณสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลระดับจังหวัด (กสปรจ.) มีรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2542)

ปีงบประมาณ 2539 -2541 ได้มีการแบ่งสัดส่วนของเงินเพื่อรักษาพยาบาลร้อยละ 90 การส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 1 ส่วนอีกร้อยละ 9 สำรองไว้กรณีค่าใช้จ่ายแพ่งหรือสนับสนุนสถานื่อนามัยที่ขาดแคลน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้จัดสรรตามปริมาณงานและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้จัดสรรต่อให้หน่วยบริการระดับต้นอีกครั้งหนึ่ง

ปีงบประมาณ 2542 ได้มีการแบ่งสัดส่วนของเงินเพื่อการรักษาพยาบาลร้อยละ 90 การส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 1 ส่วนอีกร้อยละ 9 สำรองไว้กรณีส่งต่อ/ถูกเงิน การใช้บริการข้ามเครือข่ายอำเภอในจังหวัด และต่างจังหวัด โดยมีการจัดสรรเป็น 2 งวด ๆ ละ 6 เดือน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

งวดที่ 1 (เดือนตุลาคม 2541 – เดือนมีนาคม 2542) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการคำนวณจัดสรรตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดเข้าบัญชี สปร. ของโรงพยาบาลประจำอำเภอ เพื่อให้สถานื่อนามัยเบิกเป็นค่ายา/ค่าตอบแทน หรือใช้จ่ายตามระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนด (ยกเว้นไม่ให้ซื้อครุภัณฑ์และการเดินทางไปต่างประเทศ)

งวดที่ 2 (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2542) สสจ. จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ตามการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการลำดับที่ 2 คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main contractor) ซึ่งจัดสรรเข้าบัญชี สปร. ของโรงพยาบาล ๆ จะจัดสรรต่อให้กับสถานพยาบาลเครือข่ายตามเกณฑ์นำหน้าบริการด้วยการบริหารจัดการของคณะกรรมการประสานงานโครงการประกันสุขภาพระดับอำเภอซึ่งมีตัวแทนทั้งจากฝ่ายโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานื่อนามัยร่วมพิจารณาโดยแยกทะเบียนคุมรายรับ - รายจ่ายเป็นรายหน่วยบริการและโรงพยาบาล Main contractor ต้องเป็นภาระด้านการจัดทำบัญชีและเบิก - จ่ายเงินทั้งนี้สถานื่อนามัยสามารถใช้จ่ายเงินงบประมาณในส่วนที่ได้รับการจัดสรรทั้งที่เป็นเวชภัณฑ์ และค่าตอบแทนใช้สอยวัสดุได้ทุกอย่างตามที่ระบุในคู่มือการบริหารงบประมาณและการบัญชี สปร. โดยขอเบิก-จ่ายจากบัญชี สปร. ของโรงพยาบาลที่มีสมุดทะเบียนคุมยอดการใช้จ่ายเงินเป็นรายสถานื่อนามัย รวมทั้งกรณีที่มีการจัดซื้อจัดจ้างอื่น ๆ ซึ่งวิธีนี้สถานื่อนามัยไม่จำเป็นต้องเปิดบัญชี สปร. เพิ่มอีก (อ้างอิงจากหนังสือที่ ส.ธ. 0223/09 ว 10 ลงวันที่ 15

มกราคม 2542 เรื่อง แจ้งรายละเอียดการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2542) โดยในงวดที่ 2 จะแบ่งการโอนเงินเป็น 3 ครั้ง (2 เดือน/ครั้ง)

สำหรับงบ สปปร. ที่กันไว้ร้อยละ 1 เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค วิธีการเบิก - จ่าย ให้ยึดตามแนวทางและข้อตกลงของคณะกรรมการพิจารณาและในส่วนร้อยละ 9 กรณีส่งต่อ/ฉุกเฉิน สสจ. จ่ายแทนหน่วยบริการในการใช้บริการข้ามเครือข่ายอำเภอในจังหวัดและต่างจังหวัด

วิธีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลเครือข่าย (งวดที่ 2) แบ่ง เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

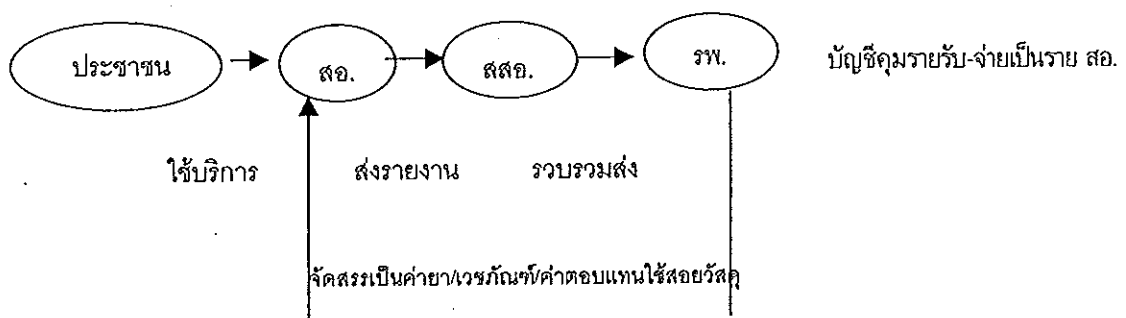
ลักษณะที่ 1 การเรียกเก็บภายในเครือข่ายเดียวกัน

เครือข่ายเดียวกัน หมายถึง การใช้บริการตามขั้นตอนตามสถานบริการที่ระบุไว้ในบัตร สปร./การใช้บริการต่างหน่วยบริการประจำครอบครัวแห่งที่ 1 (สถานีอนามัย) แต่โรงพยาบาล คู่สัญญาหลักเดียวกัน (หน่วยบริการประจำครอบครัวแห่งที่ 2) โดยแบ่งเป็นกรณีต่าง ๆ ดังนี้

กรณีที่ 1 การใช้บริการตามสถานบริการที่ระบุไว้ในบัตร

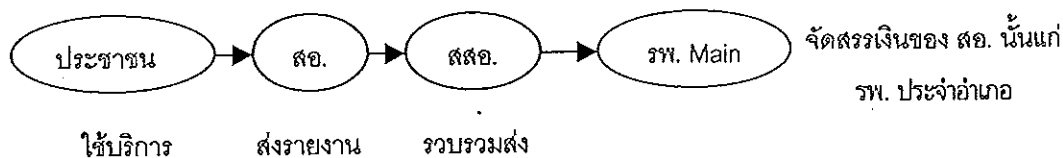
1. การเลือกหน่วยบริการประจำครอบครัวแห่งที่ 1 และหน่วยบริการประจำครอบครัวแห่งที่ 2 ในเขตอำเภอเดียวกัน การส่งรายงานและการเรียกเก็บเงินจะเป็นดังภาพประกอบ 4

ภาพประกอบ 4 การส่งรายงานและการเรียกเก็บเงินภายในเขตอำเภอเดียวกัน



2. การเลือกหน่วยบริการประจำครอบครัวแห่งที่ 1 ภายในอำเภอ แต่เลือกหน่วยบริการ ประจำครอบครัวแห่งที่ 2 ต่างอำเภอ ได้แก่พื้นที่ที่อยู่เขตรอยต่อ และอยู่ใกล้ รพ. ต่างอำเภอมากกว่า รพ. ประจำอำเภอ การเรียกเก็บเป็นดังภาพประกอบ 5

ภาพประกอบ 5 การส่งรายงานและการเรียกเก็บเงินในเขตต่างอำเภอ



ในกรณีนี้คณะกรรมการประสานงานโครงการประกันสุขภาพระดับอำเภอควรมีการตกลงกับหน่วยบริการแห่งที่ 1 และประสานงานกับ รพ. Main contractor ต่างอำเภอ ในเรื่องข้อมูล, รูปแบบรายงาน, การจัดส่งรายงาน/การจัดสรรเงินจาก รพ. Main contractor ต่างอำเภอ มาไว้ที่ รพ. ประจำอำเภอ และให้หน่วยบริการแห่งที่ 1 สามารถเบิกจ่ายค่ายา/เวชภัณฑ์/ค่าตอบแทนใช้สอยวัสดุได้ ซึ่งเป็นหน้าที่ในการบริการจัดการของคณะกรรมการฯ

3. การเลือกหน่วยบริการประจำครอบครัวแห่งที่ 1 ภายในอำเภอ แต่เลือกหน่วยบริการประจำครอบครัวแห่งที่ 2 ต่างจังหวัด

กรณีนี้ รพ. Main contractor ต่างจังหวัดจะได้รับการจัดสรรเงินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามจำนวนผู้ประกันตนในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่เลือกหน่วยบริการแห่งที่ 2 เป็นโรงพยาบาลต่างจังหวัด และถ้าประชาชน/ผู้ประกันตนใช้บริการภายในเครือข่ายสถานบริการที่ให้บริการจะต้องส่งรายงานผลงานไปที่ สสอ. รวบรวมส่งผ่าน สสจ. เพื่อเรียกเก็บเงินกับ รพ. Main ต่างจังหวัด ซึ่งทาง สสจ. จะดำเนินการประสานงานกับ รพ. Main ต่างจังหวัด ในส่วนรายละเอียดของการดำเนินการให้อีกครั้งหนึ่ง

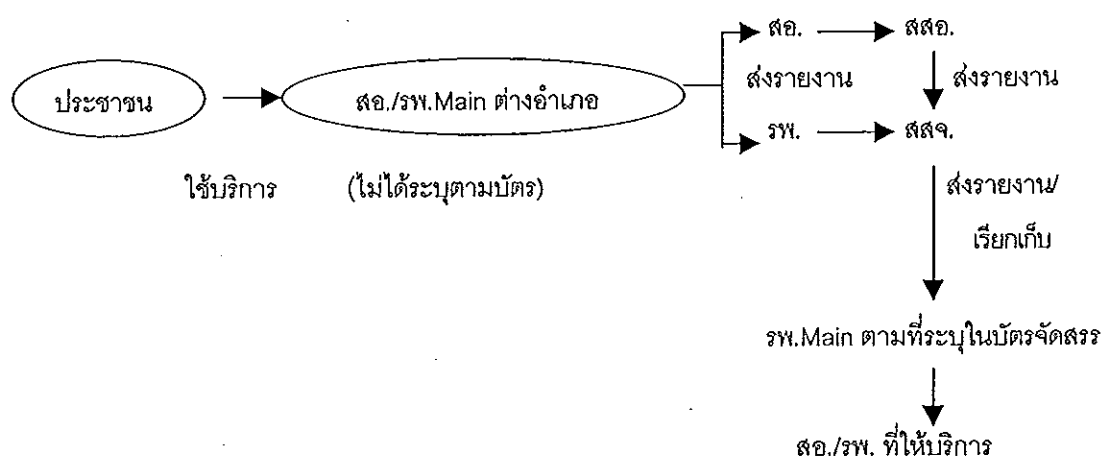
กรณีที่ 2 การใช้บริการต่างหน่วยบริการประจำครอบครัวแห่งที่ 1 แต่เลือกหน่วยบริการประจำครอบครัวแห่งที่ 2 เดียวกัน

เช่น การใช้บริการที่ สอ. อื่นในเขตอำเภอเดียวกัน ที่ไม่ได้ระบุในบัตร สอ. ที่ให้บริการสามารถเรียกเก็บเงินโดยส่งรายงานผลงานไปยัง สสอ. รวบรวมส่ง รพ. Main contractor และรูปแบบการจัดสรรเป็นลักษณะเดียวกับภาพประกอบ 5

ลักษณะที่ 2 การเรียกเก็บเงินต่างเครือข่าย

ต่างเครือข่ายหมายถึง ผู้ประกันตนไม่ได้ไปใช้บริการตามที่ระบุไว้ในบัตรหรือใช้บริการข้ามเขตอำเภอ มีรูปแบบการเรียกเก็บเงิน ดังภาพประกอบ 6

ภาพประกอบ 6 การเรียกเก็บเงินต่างเครือข่าย



4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการให้บริการ

แรงจูงใจ (motivation) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษานหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคล (Dececco and Crawford, 1997) การศึกษาเรื่องแรงจูงใจเป็นการศึกษาสาเหตุที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมของบุคคลเพื่อให้ทราบสาเหตุที่บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ (ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2520)

ความหมายของแรงจูงใจ

คำว่าแรงจูงใจหรือการจูงใจ (motivation) ได้มีท่านผู้รู้ต่าง ๆ ได้ให้ความหมายไว้คล้ายคลึงกันโดยกล่าวถึงการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการนั้นซึ่งมีสาเหตุมาจากสิ่งกระตุ้นหรือแรงกระตุ้นที่เกิดจากแรงขับ (drive) หรือความต้องการ (needs) ของบุคคล การที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วแสดงพฤติกรรมได้ออกมาแสดงว่ามีแรงขับเกิดขึ้นจึงทำให้แสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (อรัทัย ชื่นมณูชัย, 2519 ; บุญเดิม พันรอบ ,มปป. ;

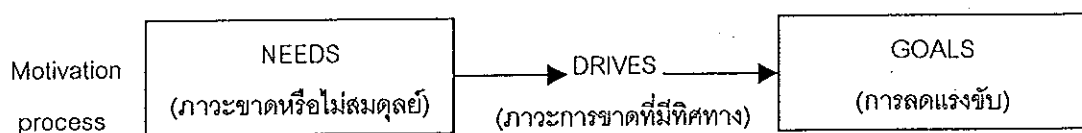
จำนงค์ สมประสงค์, 2524 ; เฉลิมพล ตันสกุล, 2541 ; Kagan and Havemann, 1968 ; Eggens and Kauchak, 1994 ; Feldman, 1993)

ดังนั้นแรงจูงใจจึงหมายถึง สภาวะหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นแรงกระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคลกระทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ที่ใช้วิธีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายรายหัวและตามปริมาณผลงานที่ใช้เกณฑ์น้ำหนักบริการ วิธีการจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณผลงานที่ใช้เกณฑ์น้ำหนักบริการนี้น่าจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ให้บริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ ซึ่งแสดงพฤติกรรมโดยการเพิ่มหรือลดปริมาณงานประจำบางอย่าง

กระบวนการของแรงจูงใจ

วงจรของแรงจูงใจประกอบด้วยส่วนประกอบ 3 ประการที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกันและมีผลกระทบต่อกันคือ ความต้องการ (need) แรงขับ (drive) และเป้าหมาย (goals) (อรรถัย ชื่นมณูชัย, 2519 ; เฉลิมพล ตันสกุล, 2541) ดังภาพประกอบ 7

ภาพประกอบ 7 วงจรของแรงจูงใจ



NEEDS คือสภาวะที่ขาดแคลนซึ่งเกิดขึ้นเมื่อใดก็ตามที่มีความไม่สมดุลย์ทางสรีระหรือทางใจ

DRIVES เป็นตัวสำคัญของกระบวนการแห่งการมีแรงจูงใจ หรือวงจรแห่งแรงจูงใจเพราะแรงขับหรือ drive จะเป็นตัวมุ่งกระทำ (action oriented) และเสริมกำลังเพื่อไปสู่เป้าหมาย

GOALS หรือเป้าหมายเป็นจุดสุดท้ายของวงจรแรงจูงใจ ความหมายของ goals ในวงจรแรงจูงใจหมายถึงอะไรก็ได้ที่จะทำให้แรงขับลดลงหรือบรรเทาความต้องการ เพราะฉะนั้นการบรรลุเป้าหมายก็มีความโน้มเอียงที่จะให้ภาวะสมดุลย์ทางกายหรือทางใจกลับมีขึ้นมาใหม่

ความสำคัญของแรงจูงใจ

พฤติกรรมของมนุษย์เป็นไปโดยมีจุดมุ่งหมายปลายทาง หรือมีเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่งอยู่เสมอและพฤติกรรมส่วนใหญ่มักมีแนวทางมุ่งไปยังเป้าหมายที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการสนองความต้องการพื้นฐานทางกายให้สมใจ ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมที่มีแรงจูงใจ (characteristics of motivated behavior) เมื่อใดก็ตามที่มีแรงจูงใจเกิดขึ้นไม่ว่าแรงจูงใจนั้นจะเกิดจากการเรียนรู้หรือติดตัวมาแต่กำเนิดล้วนทำให้เกิดความเคลื่อนไหวหรือเกิด activity มุ่งไปยังเป้าหมายต่าง ๆ ทั้งสิ้นหรือไม่ก็มุ่งไปสู่สิ่งล่อใจ (incentives) บางอย่างที่ยังเชิญมาสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจบางประการที่ได้เรียนรู้มา ซึ่งลักษณะของการจูงใจเมื่อบุคคลมีสภาพการจูงใจเกิดขึ้นจะมีลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นคือ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2534) 1) Energizing or Activating คือเมื่อมีสภาพการจูงใจก็ต้องมีพลังเกิดขึ้นเพื่อจะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งได้สำเร็จ 2) Direction คือเมื่อมีสภาพการจูงใจเกิดขึ้นก็ต้องมีทิศทางหรือแนวทางที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่วางไว้แล้วก็ทำไปในแนวทางนั้นเพื่อลดแรงผลักดัน 3) Sustaining คือเมื่อเกิดสภาพการจูงใจขึ้นสภาพการนั้นจะเป็นความคิดที่เกาะอยู่เป็นความรู้สึกที่จะไปให้ถึงจุดมุ่งหมายนั้นตราบดีที่ความมุ่งหมายยังไม่สำเร็จความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ตลอดไป

ประเภทของแรงจูงใจ

เจลิมพล ดันสกูล (2541) ได้แบ่งชนิดของการจูงใจออกเป็น 3 ประเภทคือ 1) แรงจูงใจภายนอก (extrinsic motivation) เป็นสภาพการจูงใจที่เกิดขึ้นจากสิ่งเร้าภายนอกได้แก่ เงิน ตำแหน่ง ยศ ปริญาบัตร ชื่อเสียง ฯลฯ สามารถเร้าให้คนต้องทำงานนอกจากนี้ยังรวมถึงคำชมเชยซึ่งออกมาในรูปของคำพูด สีน้หน้า หรือทำทางอีกด้วย 2) แรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) เป็นสภาพการจูงใจที่เกิดขึ้นโดยไม่ต้องใช้วัตถุเป็นเครื่องล่อแต่เกิดมาจากความสนใจ ความพอใจ ความชอบ ความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น โดยไม่หวังสินจ้างรางวัลหรือตำแหน่งในหน้าที่การงาน สภาพการจูงใจทั้งภายในและภายนอกนั้นจะมีความสัมพันธ์กันคือ การที่จะทำกิจกรรมอะไรขึ้นมาสักอย่างระยะแรกอาจเป็นเพราะได้รับผลตอบแทนแต่เมื่อทำกิจกรรมนั้นไปแล้วเกิดมีความรู้สึกว่ารางวัลหรือเงินที่ได้รับไม่จำเป็นอีกต่อไปแต่ทำเพราะรักในกิจกรรมนั้นเสียแล้วแต่ถ้าจะกล่าวว่าคุณภาพการจูงใจแบบใดมีอิทธิพลต่อกิจกรรมของคนมากที่สุดอาจกล่าวได้ว่าถ้าต้องการให้เกิดกิจกรรมนั้นอย่างทันใจ รวดเร็ว การจูงใจโดยใช้รางวัลได้ผลมากที่สุดแต่ถ้าพูดถึงความต่อเนื่องของระยะเวลาและความคงทนของกิจกรรมนั้นแล้วสภาพการจูงใจที่เกิดขึ้นจากภายในนั้นได้ผลดี

ที่สุด 3) แรงจูงใจที่เกิดขึ้นมาจากความต้องการทางร่างกาย (internal motivation) เป็นสภาพการจูงใจที่เกิดขึ้นจากความต้องการทางร่างกาย (physiological needs) เช่น ความหิว ความกระหาย ความต้องการขับถ่าย ความต้องการทางเพศเหล่านี้จะเป็นตัวการบังคับให้คนมีกิจกรรมเพื่อลดความต้องการนั้น ซึ่งทฤษฎีของอับบราฮัม มาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้สรุปเกี่ยวกับการจูงใจของมนุษย์ไว้ว่ามนุษย์เป็นสัตว์ที่มีความต้องการอย่างไม่มีที่สิ้นสุดและมีความเห็นต่อไปว่าเป็นไปไม่ได้ที่จะทำให้ความต้องการของมนุษย์แต่ละคนได้รับความพึงพอใจเพราะมนุษย์แต่ละคนมีลำดับขั้นของความต้องการ ซึ่งมาสโลว์ได้ชี้ให้เห็นถึงการจูงใจคนที่สำคัญคือ การที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมนั้นจำเป็นต้องเข้าใจถึงธรรมชาติแห่งความต้องการของบุคคลอย่างถ่องแท้เสียก่อน ดังนั้นความพึงพอใจในการทำงานของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ย่อมขึ้นอยู่กับผลตอบแทนที่ได้รับการตอบสนองความต้องการตามลำดับขั้นของแต่ละบุคคลด้วย

เฮอริชเบอร์ก (Herzberg, 1956) ได้ศึกษาเพิ่มเติมจากทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ โดยเน้นถึงความเข้าใจปัจจัยที่อยู่ภายในบุคคลอันเป็นสาเหตุทำให้บุคคลปฏิบัติในแนวทางเฉพาะตน เฮอริชเบอร์กศึกษาว่า คนเราต้องการอะไรจากงานคำตอบที่ได้ค้นพบคือ ความต้องการความสุขจากการทำงาน นั่นคือสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานเขาอธิบายว่าปัจจัยที่ส่งผลถึงความพึงพอใจในงานกับปัจจัยที่ส่งผลถึงความไม่พึงพอใจในงานนั้นแยกออกจากกันและไม่เหมือนกัน เป็นปัจจัยที่เกิดจากสองกลุ่ม จึงให้ชื่อทฤษฎีของเขาว่า ทฤษฎีสองปัจจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน โดยมีสมมุติฐานว่า ความพึงพอใจในงานที่ทำจะเป็นสิ่งจูงใจสำหรับผลการปฏิบัติงานที่ดี องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดความสุขจากการทำงานมีอยู่ 2 ประการคือ ปัจจัยจูงใจ (motivation) เป็นตัวทำให้เกิดความพึงพอใจ (satisfiers) เป็นตัวสนับสนุนทำให้คนทำงานมากขึ้น อันเนื่องมาจากแรงจูงใจภายในที่เกิดจากการทำงาน เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวกและการจูงใจที่แท้จริง ได้แก่ 1) ความสำเร็จของงาน (achievement) คือความสำเร็จที่ได้รับเมื่อผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าเขาทำงานสำเร็จ หรือมีความต้องการจะทำให้สำเร็จ 2) ความก้าวหน้า (advancement) แต่ละบุคคลจะได้รับการก้าวหน้าก็โดยการพัฒนาให้เกิดทักษะใหม่ ๆ มีความสามารถและเต็มใจที่จะเพิ่มเติมความรู้ 3) การยอมรับนับถือ (recognition) เป็นผลมาจากความสำเร็จ 4) ความรับผิดชอบ (responsibility) บุคคลต้องการโอกาสที่จะได้มีความรับผิดชอบ ถ้าเกิดความรับผิดชอบขึ้นแล้วการถูกคุกคามจากภายนอกก็จะลดลง 5) ลักษณะของงาน (work itself) ความพึงพอใจในงานของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับว่าได้ปฏิบัติงานที่พึงพอใจด้วย ปัจจัยค้ำจุน (hygiene factors) เป็นตัวที่ป้องกันความไม่พึงพอใจ

(dissatisfiers) เป็นแรงจูงใจภายนอกที่เกิดจากสภาวะแวดล้อมของการทำงาน เป็นตัวที่มีความสัมพันธ์น้อยมากกับปัจจัยจูงใจได้แก่ 1) เงินเดือน (salary) ผลตอบแทนจากการทำงาน เช่น ค่าจ้าง เงินเดือน หรือสิ่งอื่น ๆ ที่ได้มาจากการปฏิบัติงาน 2) โอกาสก้าวหน้า (possibility of growth) บุคคลมีโอกาสดำเนินการแต่งตั้ง โยกย้ายตำแหน่งในหน่วยงาน 3) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal relationship) หมายถึงการสังสรรค์ของบุคคลกับบุคคลอื่นในสถานการณ์ต่าง ๆ 4) สถานภาพ (status) หมายถึงสถานภาพของบุคคลในสายตาคณะอื่น 5) การนิเทศงาน (supervision) หมายถึงการให้คำแนะนำสามารถวิเคราะห์ความสามารถของผู้ทำงานได้ 6) นโยบาย และการบริหาร (policy and administration) ความสามารถในการบริหารงานให้สอดคล้องกับนโยบายนั้น 7) สภาพแวดล้อมในการทำงาน (working condition) สภาพที่เหมาะสมในการทำงาน ปริมาณงานที่ได้รับมอบหมาย 8) สภาพความเป็นอยู่ (personal life) หมายถึงสภาวะการณ์ของบุคคลที่ทำให้มีความสุขในช่วงเวลาที่ไม่ทำงานซึ่งทำให้คนมีความรู้สึกที่ดีต่อการทำงานของเขา 9) ความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน (job security) ความรู้สึกว่าจะปลอดภัยจะได้ทำงานในตำแหน่งและสถานที่นั้นคงทน ปัจจัยจูงใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้คนเกิดความพึงพอใจในการทำงานถ้ามีสิ่งเหล่านี้จะทำให้คนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนปัจจัยค้ำจุนทำหน้าที่เป็นตัวป้องกันมิให้คนเกิดความไม่พึงพอใจในงานขึ้น เมื่อใดที่บุคคลได้รับการตอบสนองปัจจัยชนิดนี้ อย่างเพียงพอแล้วความไม่พึงพอใจจะหมดไป แต่มิได้หมายความว่าความพึงพอใจจะเกิดขึ้น ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อปัจจัยจูงใจได้รับการตอบสนอง หรืออีกนัยหนึ่งถ้าคนได้รับปัจจัยค้ำจุนเพียงพอไม่ได้หมายความว่า คนนั้นจะทำงานเต็มความสามารถของเขา เขาจะทำงานเต็มหรือไม่เต็มความสามารถอยู่ที่ได้รับการตอบสนองปัจจัยจูงใจเท่านั้น ในบางครั้งจึงมีผู้เรียกทฤษฎีนี้ว่า "ทฤษฎีปัจจัยจูงใจ - ปัจจัยค้ำจุน" (motivation - hygiene theory)

นอกจากนี้จางง์ สมประสงค์ (2524) ได้กล่าวถึงการใช้ตัวจูงใจในการทำงานเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสิ่งจูงใจที่ใช้ในการทำงานประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ ดังนี้คือ 1) เงิน (money) ในวงการอุตสาหกรรมใช้เงินเป็นสิ่งจูงใจในการทำงานมากที่สุดเพื่อส่งเสริมให้คนทำงานเพิ่มประสิทธิภาพสูงขึ้น ระบบค่าจ้างเป็นสิ่งจูงใจที่มีส่วนสัมพันธ์โดยตรงต่อผลงานหรือผลผลิตย่อมมีประสิทธิภาพเป็นพิเศษในการกระตุ้นการทำงาน 2) ความมั่นคง (security) บุคคลส่วนใหญ่ต้องการมีความรู้สึกมั่นคงในงานที่ตนทำอยู่ เขาต้องการมีความรู้สึกว่าเขาจะได้รับการคุ้มครองป้องกันมิให้ต้องออกจากงานและขาดรายได้โดยง่าย 3) การยกย่อง (praise) เป็นสิ่งที่คนควรจะได้รับเมื่อเขาปฏิบัติหน้าที่ดีเด่นแต่อย่างไรก็ตามการยกย่องชมเชยควรเก็บไว้ใช้ให้ถูกต้องตามกาลเทศะด้วยความจริงใจ 4) การมีความรู้สึกว่าได้เป็นเจ้าของ (belongingness) คนที่เข้าทำงานใหม่ควรได้รับ

การปฏิบัติในทางที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเขามีความสำคัญต่อหน่วยงานและคนที่อยู่ก่อนก็ให้ความช่วยเหลือแก่เขาเพื่อเป็นการสนองความต้องการให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเขาได้มีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของ 5) การแข่งขัน (competition) เป็นวิธีที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมตามที่ปรารถนาได้บุคคลอาจแข่งขันกับตัวเองหรือแข่งขันกับเพื่อนร่วมงานด้วยกัน 6) ความรู้ผลของงาน (knowledge of results) เป็นสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้นและช่วยเป็นอุปกรณ์การเรียนรู้อีกด้วย และ 7) การเข้ามีส่วนร่วม (participation) ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการจูงใจที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง เพราะช่วยกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติงานอย่างเต็มใจ นอกจากวิธีการจูงใจโดยให้รางวัลแล้วยังอาจต้องใช้การจูงใจในทางลบเพื่อที่จะจูงใจพฤติกรรมของบุคคลให้หันมาสนใจในการทำงาน ซึ่งวิธีการจูงใจในทางลบได้แก่ การตำหนิ การตัดเงินเดือน การลดขั้นเงินเดือน การให้ออกจากงาน และการไล่ออกจากงาน

จะเห็นได้ว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ใช้วิธีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายรายหัวและตามปริมาณผลงานที่ใช้เกณฑ์น้ำหนักบริการต้องการที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจและเจตคติที่ดีในการให้บริการและเพิ่มคุณภาพบริการด้วย ตลอดจนเป็นการสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ให้บริการ ดังนั้นวิธีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายรายหัวและตามปริมาณผลงานที่ใช้เกณฑ์น้ำหนักบริการน่าจะเป็นแรงจูงใจภายนอกหรือปัจจัยค้ำจุนที่ทำให้ผู้ให้บริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ โดยการเพิ่มหรือลดปริมาณงานประจำที่ทำอยู่บางอย่าง

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยนำผลกระทบต่อผู้ให้บริการที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์บทที่ 1 มาออกแบบระเบียบวิธีการวิจัยดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (cross sectional research) เป็นการศึกษาวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างคือผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัยของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเพื่อประเมินผลกระทบที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนามัย ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ปี 2543

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัย จำนวน 205 แห่ง ซึ่งมีผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัยของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 632 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัยของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา รวมทั้งสิ้นจำนวน 163 คน คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการประมาณจากจำนวนประชากร คือ ร้อยละ 25 ของประชากร (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ขัมภลลิขิต และทัศนีย์ นะแสง, 2539)

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงานประจำในสถานื่อนามัยเมื่อมีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 2 ส่วน

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะของผู้ให้บริการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ได้แก่ อายุราชการ ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัย บทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน สถานภาพเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณฯ การเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงการจัดสรรงบประมาณฯ จำนวนครั้ง การเข้ารับฟังการจัดสรรงบประมาณฯ การปฏิบัติหน้าที่ด้านการเงิน สปร. ของสถานื่อนามัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ต่องานประจำในด้านปริมาณงานประจำและเวลาที่ใช้จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง จำนวน 56 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ โดยให้ผู้ตอบประเมินค่าตามน้ำหนัก โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ผลกระทบที่ได้รับทำให้ปริมาณงานประจำและการใช้เวลาเพิ่มขึ้น = 3

ผลกระทบที่ได้รับทำให้ปริมาณงานประจำและการใช้เวลาเท่าเดิม = 2

ผลกระทบที่ได้รับทำให้ปริมาณงานประจำและการใช้เวลาลดลง = 1

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัย ในการปฏิรูประบบการเงินการคลังเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด จำนวน 15 ข้อ โดยถือเกณฑ์การตัดสินว่าถ้าเลือกคำตอบถูกต้อง 1 คะแนน ถ้าเลือกคำตอบผิดไม่ได้คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ โดยการกำหนดอิงกลุ่มเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ ซึ่งการกำหนดคะแนนแต่ละ

กลุ่มมีวิธีการโดยใช้เกณฑ์อิงกลุ่ม (norm criteria) จากวิธีการดังกล่าวนี้สามารถจัดระดับความรู้เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยได้ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า $\bar{X} - 1 \text{ S.D}$ มีระดับความรู้ในระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 1 \text{ S.D}$ มีระดับความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนสูงกว่า $\bar{X} + 1 \text{ S.D}$ มีระดับความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยในเรื่องการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

2. แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงานประจำและเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการงานประจำแต่ละอย่างในสถานีอนามัยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ (แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึกภาคผนวก ค) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การกำหนดตัวอย่างแบบมีมิติ (dimensional sampling technique) เพื่อให้ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังนี้

ตาราง 5 การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

แนวทางการเลือก	จำนวน (คน)	
	ผู้บริหาร	ผู้ปฏิบัติ
1. เขตที่ตั้งของอำเภอ		
- เขตเมือง	1	1
- เขตชนบท (เขตติดต่อกับต่างจังหวัด)	1	1
2. เขตที่ตั้งของสถานีอนามัยในอำเภอ		
- เขตเมือง	1	1
- เขตชนบท (เขตติดต่อกับต่างอำเภอ)	1	1
รวม	4	4

3. แบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนามัย ปีงบประมาณ 2541 และ 2542 ซึ่งประกอบด้วย ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (ภาคผนวก ค)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การนิเทศงานของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. การตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน จากอำเภอนครหลวง แล้วนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงตามวิธีของครอนบาค อัลฟา (Cronbach' alpha coefficient) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540) ส่วนที่ 3 ใช้วิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) สูตร KR - 20 (เรณา พงษ์เรืองพันธ์, 2540) ได้ค่าความเที่ยง 0.94 และ 0.76 ตามลำดับ และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นรายข้อ (item analysis) เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก (discriminant power) รายข้อ แบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ร้อยละ 20 ขึ้นไปเป็นข้อที่มีอำนาจจำแนกสูงอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2537) แบบสอบถามในส่วนที่ 3 นี้ได้ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 51.7

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อขอความร่วมมือ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. มอบแบบสอบถามผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปยังผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย ตามกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามในวันประชุมประจำเดือนและส่งคืนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จภายใน 2 สัปดาห์

4. ทบทวนแบบสอบถามทั้งหมดนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

1. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

หลังจากตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลและให้คะแนนแบบสอบถามแล้วนำมาป้อนข้อมูลจากแบบสอบถามทุกฉบับด้วยโปรแกรม Epi info version 6 และแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัยใช้โปรแกรม Microsoft Excel โดยให้โปรแกรมทำการประเมินผลข้อมูลเป็นข้อมูลรายสถานีอนามัยและในภาพรวมของอำเภอ และนำข้อมูลเหล่านั้นไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC + (Package for the Science / Personal Computer) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่ามัธยฐาน (median) ร้อยละ (percentage) การประมาณค่าในรูปของอัตราภาคแห่งความเชื่อมั่น (95 % confidence interval) (เต็มศรี ชำนิจารกิจ, 2531)

1.2 ผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำและเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่างที่ได้จากแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และหาความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงของปริมาณงานแต่ละงาน และความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงของเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่างในแต่ละงานโดยใช้สถิติไคส์แควร์ (chi - square) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001

1.3 ปริมาณผลงานจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่ามัชฌิมเลขคณิตหรือค่าเฉลี่ย (arithmetic mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สัมประสิทธิ์ของการกระจาย (coefficient of variation) (สมชาย สุพันธุ์วณิช, 2526)

1.4 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานเลขคณิตหรือค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะวิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ของความคิดเห็นในด้านปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จัดกลุ่มคำ หมวดหมู่ และสร้างข้อสรุป

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาเรื่องผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยศึกษาจากผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัย จาก 5 อำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 163 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 2 ส่วน

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะผู้ให้บริการ

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ แบ่งเป็น 3 ส่วน

2.1 ผลการวิเคราะห์ด้านผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่องานประจำในด้านปริมาณงานประจำ

2.2 ผลการวิเคราะห์ด้านผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง

2.3 ผลการวิเคราะห์ด้านปริมาณผลงานการให้บริการจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนอนามัยด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการในการปฏิรูประบบการเงินการคลังเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ด้านปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการต่อรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานเอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ข้อมูลทั่วไปที่ได้จากแบบสอบถาม จำนวน 163 ชุด นำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นความถี่ในรูปของร้อยละ และ 95 % C.I. โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะของผู้ให้บริการเป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ให้บริการได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการจำแนกตามลักษณะของผู้ให้บริการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 163)	ร้อยละ	95 % C.I.
เพศ			
ชาย	73	44.8	44.2 - 45.2
หญิง	90	55.2	54.6 - 55.8
กลุ่มอายุ			
ต่ำกว่า 25 ปี	29	17.8	17.3 - 18.3
25 - 35 ปี	61	37.4	36.8 - 38.0
36 - 45 ปี	50	30.7	30.1 - 31.2
46 - 55 ปี	18	11.0	10.7 - 11.4
มากกว่า 55 ปี	5	3.1	2.9 - 3.3
มัธยฐาน = 33.0 ปี, (95% C.I) = 31.6 - 34.4)			
สถานภาพสมรส			
โสด	44	27.0	26.5 - 27.5
คู่	111	68.1	67.5 - 68.7
หม้าย/หย่า/แยก	8	4.9	4.6 - 5.1
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าอนุปริญญา	27	16.6	16.1 - 17.0
อนุปริญญา/เทียบเท่า	60	36.8	36.2 - 37.4
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	76	46.6	46.0 - 47.2

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 163)	ร้อยละ	95 % C.I
ตำแหน่งในปัจจุบัน			
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	93	57.1	56.5 - 57.7
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	46	28.2	27.8 - 28.8
นักวิชาการสาธารณสุข	18	11.0	10.7 - 11.4
พยาบาลเทคนิค	5	3.1	2.9 - 3.3
พยาบาลวิชาชีพ	1	0.6	0.5 - 0.7
รายได้ต่อเดือน			
น้อยกว่า 6000 บาท	10	6.1	5.8 - 6.4
6001 - 10,000 บาท	53	32.5	32.0 - 33.1
10,001 - 14,000 บาท	61	37.4	36.8 - 38.0
14,001 - 18,000 บาท	32	19.6	19.2 - 20.1
มากกว่า 18,000 บาท	7	4.3	4.1 - 4.5
มัธยฐาน = 11,900 บาท, (95% C.I = 11,316 - 12,483)			

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการได้แก่ อายุราชการ ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่สถานอนามัย บทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน สถานภาพเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณฯ การเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงการจัดสรรงบประมาณฯ จำนวนครั้งการเข้ารับฟังการจัดสรรงบประมาณฯ การปฏิบัติหน้าที่ด้านการเงิน สปร. ของสถานอนามัย

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการจำแนกตามลักษณะการปฏิบัติงาน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 163)	ร้อยละ	95 % C.I
อายุราชการ			
น้อยกว่า 5 ปี	40	24.5	24.0 - 25.0
5 - 15 ปี	55	33.7	33.2 - 34.3
16 - 25 ปี	57	35.0	34.4 - 35.5
มากกว่า 25 ปี	11	6.7	6.4 - 7.1
มัธยฐาน = 12.0 ปี, (95% C.I = 10.7 - 13.3)			
ประสบการณ์การปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย			
น้อยกว่า 5 ปี	61	37.4	36.8 - 38.0
5 - 15 ปี	49	30.1	29.5 - 30.6
16 - 25 ปี	48	29.4	28.9 - 30.0
มากกว่า 25 ปี	5	3.1	2.9 - 3.3
มัธยฐาน = 8.0 ปี, (95% C.I = 6.7 - 9.3)			
บทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน			
ผู้บริหาร (หัวหน้าสถานีอนามัย)	55	33.7	33.2 - 34.3
นักวิชาการ	14	8.6	8.3 - 8.9
ผู้ให้บริการ	94	57.7	57.1 - 58.3
สถานภาพปี 2542 ที่มีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่			
ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย	161	98.8	98.6 - 98.9
ปฏิบัติงานที่สาธารณสุขอำเภอ	2	1.2	1.1 - 1.4
การเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่			
เคย	51	31.3	30.7 - 31.8
ไม่เคย	112	68.7	68.2 - 69.3
จำนวนครั้งการเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่			
1 ครั้ง	40	24.5	23 - 26.1
2 ครั้ง	8	4.9	3.5 - 6.3
3 ครั้ง	3	1.8	0.9 - 2.7
มัธยฐาน = 1.0 ครั้ง, (95% C.I = 0.9 - 1.1)			
การปฏิบัติหน้าที่ด้านการเงิน สปร. ของสถานีอนามัย			
ปฏิบัติ	55	33.7	33.1 - 34.3
ไม่ปฏิบัติ	108	66.3	65.7 - 66.8

จากตาราง 6 พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.2, 95%C.I.= 55.6 - 55.8) มีอายุระหว่าง 25 - 35 ปี (ร้อยละ 37.4, 95%C.I.= 36.8 - 38.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 33 ปี (มัธยฐาน = 33.0, 95% C.I.= 31.6 - 34.4) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 68.1, 95%C.I.= 67.5 - 68.7) รองลงมา มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 27.1, 95%C.I.= 26.5 - 27.5)

ระดับการศึกษาของผู้ให้บริการส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 46.6, 95%C.I.=46.0 - 47.2) รองลงมาได้แก่ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 36.8, 95%C.I.= 36.2 - 37.4) ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานประจำสถานื่อนามัยมากที่สุดได้แก่เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 57.1, 95%C.I.= 56.5 - 57.7) รองลงมาได้แก่เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข (ร้อยละ 28.2, 95%C.I.= 27.8 - 28.8) และนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 11, 95%C.I.= 10.7 - 11.4) ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีรายได้ประจำต่อเดือนช่วง 10,001-14,000 บาท (ร้อยละ 37.4, 95%C.I.= 36.8 - 38.0) รองลงมาช่วงรายได้ 6,001- 10,000 บาท (ร้อยละ 32.5, 95%C.I.= 32.0 - 33.1) โดยในภาพรวมมีรายได้เฉลี่ย 11,900 บาทต่อเดือน (มัธยฐาน = 11,900, 95%C.I.= 11,316 - 12,483)

จากตาราง 7 ด้านอายุราชการของผู้ให้บริการโดยภาพรวมมีอายุราชการเฉลี่ย 12 ปี (มัธยฐาน =12.0, 95%C.I.=10.7 - 13.3) และด้านประสบการณ์การปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัย โดยภาพรวมมีประสบการณ์เฉลี่ย 8 ปี (มัธยฐาน = 8.0, 95%C.I.= 6.7 - 9.3) บทบาทการปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัยส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการ (ร้อยละ 57.7, 95%C.I.= 57.1 - 58.3) รองลงมาได้แก่ ผู้บริหาร (ร้อยละ 33.7, 95%C.I.= 33.2 - 34.3) และนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 8.6, 95%C.I.= 8.3 - 8.9) ปี พ.ศ. 2542 เป็นปีที่มีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัย (ร้อยละ 98.8, 95%C.I.= 98.6 - 98.9) และผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงเรื่องการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ (ร้อยละ 68.7, 95%C.I.= 68.2 - 69.3) โดยภาพรวมจำนวนครั้งที่ผู้ให้บริการเคยเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงเรื่องการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ เฉลี่ย 1 ครั้ง (มัธยฐาน =1.0, 95%C.I.= 0.9 - 1.1) ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการเงิน สปร. ของสถานื่อนามัย (ร้อยละ 66.3, 95%C.I.= 65.7 - 66.8)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ แบ่งเป็น 3 ส่วน

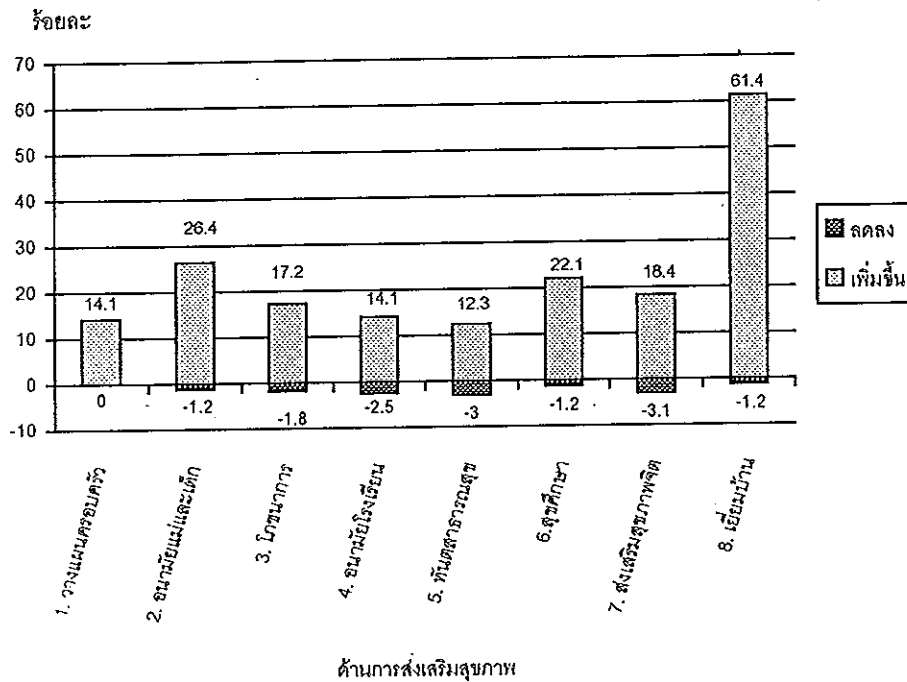
2.1 ผลการวิเคราะห์ด้านผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต้องงานประจำในด้านปริมาณงานประจำ

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการส่งเสริมสุขภาพในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิม หรือลดลง

งานประจำ	ปริมาณงานประจำ (n=163)				p - value*
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	เปลี่ยนแปลง	
1. การวางแผนครอบครัว	23(14.1)	140(85.9)	0(0.0)	23(14.1)	<.001
2. การอนามัยแม่และเด็ก	43(26.4)	118(72.4)	2(1.2)	45(27.6)	<.001
3. การโภชนาการ	28(17.2)	132(81.0)	3(1.8)	31(19.0)	<.001
4. การอนามัยโรงเรียน	23(14.1)	136(83.4)	4(2.5)	27(16.6)	<.001
5. งานทันตสาธารณสุข	20(12.3)	138(84.7)	5(3.0)	25(15.3)	<.001
6. งานสุขศึกษา	36(22.1)	125(76.6)	2(1.2)	38(23.3)	<.001
7. การส่งเสริมสุขภาพจิต	30(18.4)	128(78.5)	5(3.1)	35(21.5)	<.001
8. การเยี่ยมบ้าน	100(61.4)	61(37.4)	2(1.2)	102(62.6)	<.001
รวม	303(23.2)	978(75.0)	23(1.8)	326(25)	<.001

* χ^2 test

ภาพประกอบ 8 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการส่งเสริมสุขภาพในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง



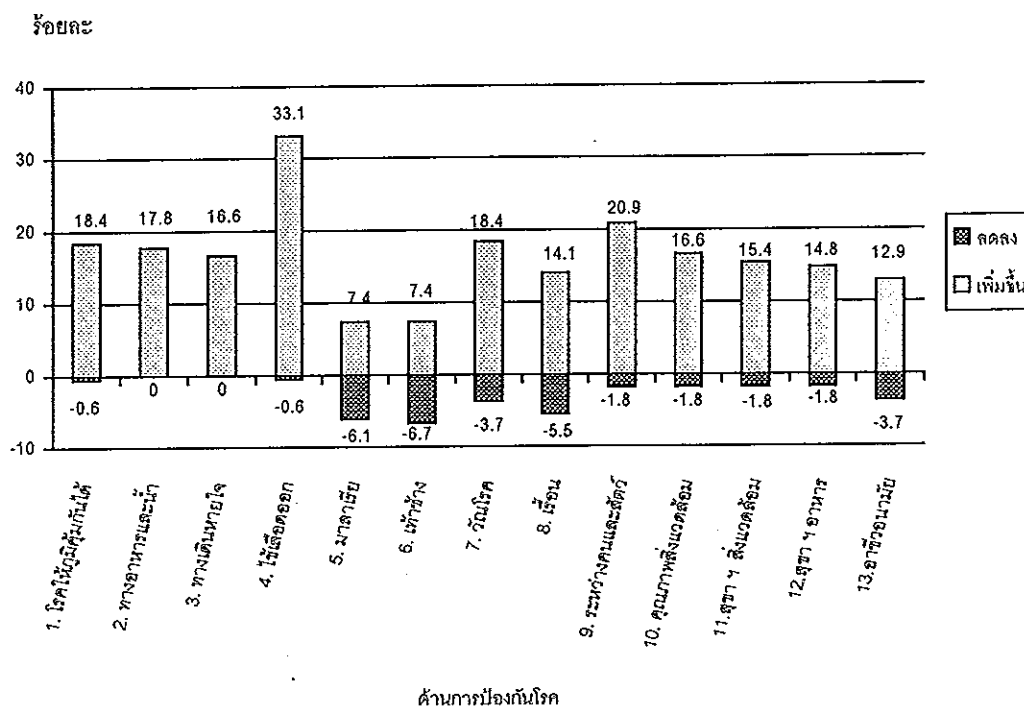
จากตาราง 8 และ ภาพประกอบ 8 พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.0) ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการส่งเสริมสุขภาพเท่าเดิม และร้อยละของผู้ที่ตอบว่าปริมาณงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 23.2) มากกว่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าปริมาณงานลดลง (ร้อยละ 1.8) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงพบว่างานทุกงานมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และงานที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ งานเยี่ยมบ้านโดยมีการเปลี่ยนแปลงในทางปริมาณงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 61.4)

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการป้องกันโรคในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง

งานประจำ	ปริมาณงานประจำ (n=163)				p - value*
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	เปลี่ยนแปลง	
1.งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้งูมีคู้มกันได้	30(18.4)	132(81.0)	1(0.6)	31(19.0)	<.001
2.งานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ	29(17.8)	134(82.2)	0(0.0)	29(17.8)	<.001
3.งานควบคุมโรคติดต่อเชื้อทางเดินหายใจ (เด็กต่ำกว่า 5 ปี)	27(16.6)	136(83.4)	0(0.0)	27(16.6)	<.001
4. งานควบคุมโรคไข้เลือดออก	54(33.1)	108(66.3)	1(0.6)	55(33.7)	<.001
5. งานควบคุมโรคมาลาเรีย	12(7.4)	141(86.5)	10(6.1)	22(13.5)	.670
6. งานควบคุมโรคเท้าช้าง	12(7.4)	140(85.9)	11(6.7)	23(14.1)	.835
7. งานควบคุมโรคฉี่หนู	30(18.4)	127(77.9)	6(3.7)	36(22.1)	<.001
8. งานควบคุมโรคเรื้อน	23(14.1)	131(80.4)	9(5.5)	32(19.6)	.013
9. งานควบคุมโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์	34(20.9)	126(77.3)	3(1.8)	37(22.7)	<.001
10.งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม	27(16.6)	133(81.6)	3(1.8)	30(18.4)	<.001
11.งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	25(15.4)	135(82.8)	3(1.8)	28(17.2)	<.001
12.งานสุขาภิบาลอาหาร	24(14.8)	136(83.4)	3(1.8)	27(16.2)	<.001
13.งานอาชีวอนามัย	21(12.9)	136(83.4)	6(3.7)	27(16.6)	.004
รวม	348(16.5)	1,715(80.9)	56(2.6)	404(19.1)	<.001

* χ^2 test

ภาพประกอบ 9 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการป้องกันโรคในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง



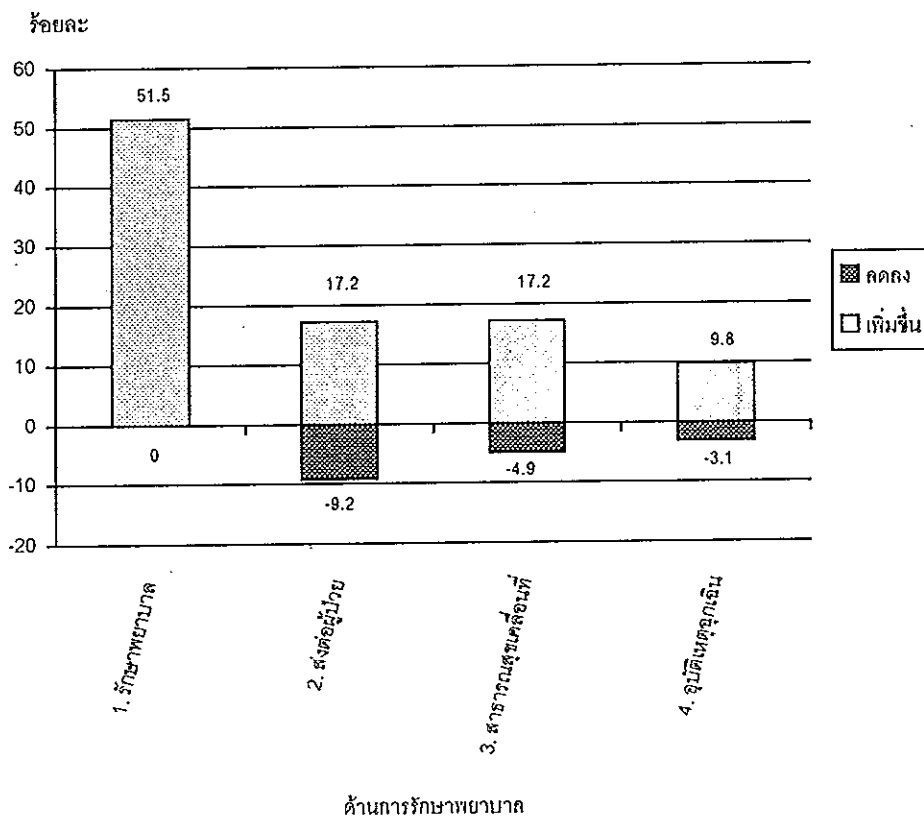
จากตาราง 9 และภาพประกอบ 9 พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.9) ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการป้องกันโรคเท่าเดิม และร้อยละของผู้ที่ตอบว่าปริมาณงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 16.5) มากกว่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าปริมาณงานลดลง (ร้อยละ 2.6) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงพบว่า งานควบคุมโรคมาลาเรียและงานควบคุมโรคเท้าช้างไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนงานอื่น ๆ ในด้านนี้ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p \leq .05$) และงานที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ งานควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยเปลี่ยนแปลงในทางปริมาณงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 33.1)

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการรักษาพยาบาลในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง

งานประจำ	ปริมาณงานประจำ (n=163)				p - value*
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	เปลี่ยนแปลง	
1.การให้บริการรักษาพยาบาล	84(51.5)	79(48.5)	0(0.0)	84(51.5)	<.001
2.การให้บริการส่งต่อผู้ป่วย (refer)	28(17.2)	120(73.6)	15(9.2)	43(26.4)	.047
3.การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่	28(17.2)	127(77.9)	8(4.9)	36(22.1)	<.001
4.งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ สาธารณสุข	16(9.8)	142(87.1)	5(3.1)	21(12.9)	.016
รวม	156(23.9)	468(71.8)	28(4.3)	184(28.2)	<.001

* χ^2 test

ภาพประกอบ 10 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการรักษาพยาบาลในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง



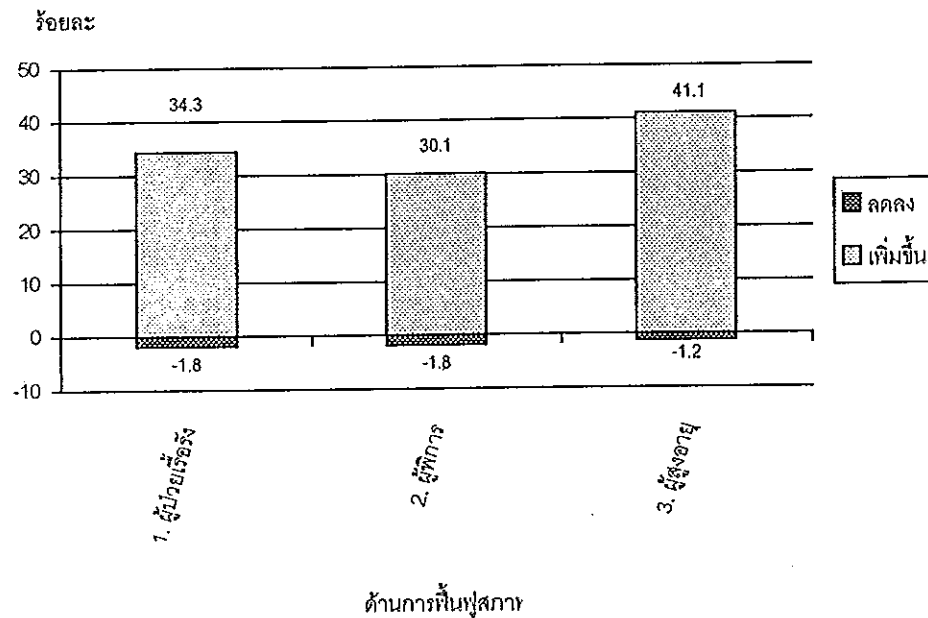
จากตาราง 10 และภาพประกอบ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.8) ตอบว่า การจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการรักษาพยาบาล เท่าเดิม และร้อยละของผู้ที่ตอบว่าปริมาณงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 16.1) มากกว่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าปริมาณงานลดลง (ร้อยละ 0.6) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงพบว่า งานทุกงานมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p \leq .05$) และงานที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ งานการให้การรักษายาบาลโดยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ปริมาณงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 51.5)

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการฟื้นฟูสภาพในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง

งานประจำ	ปริมาณงานประจำ (n=163)				p - value*
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	เปลี่ยนแปลง	
1. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง	56(34.3)	104(63.8)	3(1.8)	59(36.1)	<.001
2. การฟื้นฟูสภาพผู้พิการและ ทุพพลภาพ	49(30.1)	111(68.1)	3(1.8)	52(31.9)	<.001
3. การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ	67(41.1)	94(57.7)	2(1.2)	69(42.3)	<.001
รวม	172(35.2)	309(63.2)	8(1.6)	180(36.8)	<.001

* χ^2 test

ภาพประกอบ 11 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการฟื้นฟูสภาพในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง



จากตาราง 11 และภาพประกอบ 11 พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.2) ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อปริมาณงานประจำด้านการฟื้นฟูสภาพเท่าเดิม และร้อยละของผู้ที่ตอบว่าปริมาณงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 35.2) มากกว่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าปริมาณงานลดลง (ร้อยละ 1.6) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงพบว่างานทุกงานมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และงานที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ งานฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโดยมีการเปลี่ยนแปลงในทางปริมาณงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 41.1)

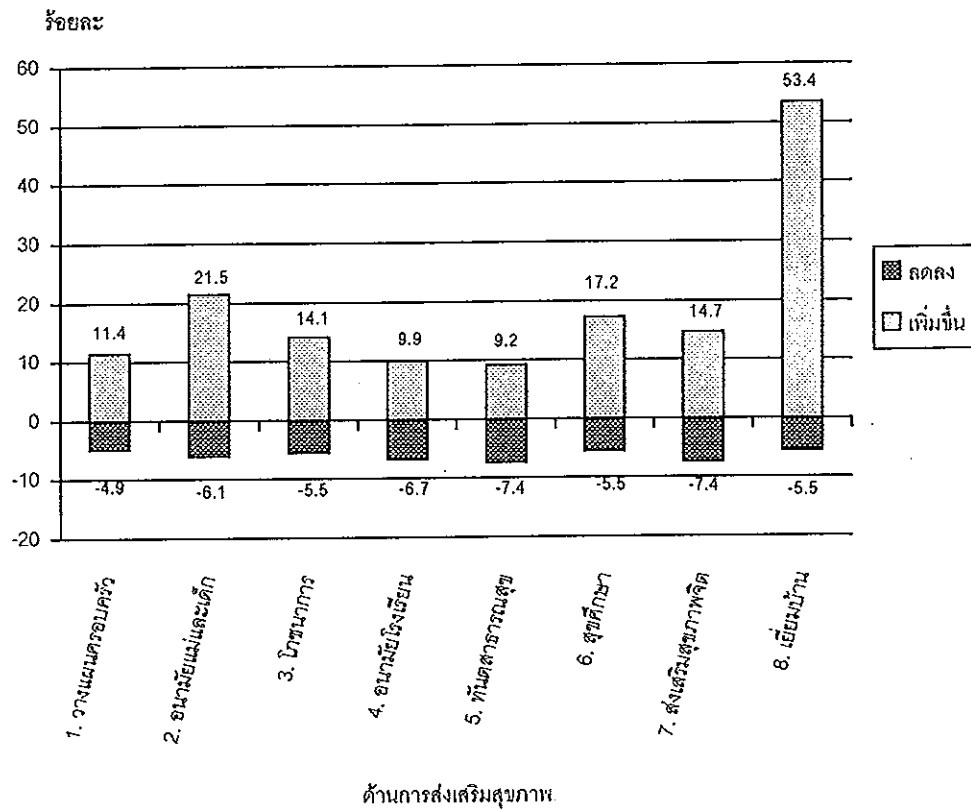
2.2 ผลการวิเคราะห์ด้านผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการส่งเสริมสุขภาพในทางเพิ่มขึ้นเท่าเดิมหรือลดลง

งานประจำ	เวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง (n=163)				
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	เปลี่ยนแปลง	p - value*
1. การวางแผนครอบครัว	18(11.4)	137(84.0)	8(4.9)	26(16.3)	.050
2. การอนามัยแม่และเด็ก	35(21.5)	118(72.4)	10(6.1)	45(27.6)	<.001
3. การโภชนาการ	23(14.1)	131(80.4)	9(5.5)	32(19.6)	.013
4. การอนามัยโรงเรียน	16(9.9)	136(83.4)	11(6.7)	27(16.6)	.336
5. งานทันตสาธารณสุข	15(9.2)	136(83.4)	12(7.4)	27(16.6)	.564
6. งานสุขศึกษา	28(17.2)	126(77.3)	9(5.5)	37(22.7)	.002
7. การส่งเสริมสุขภาพจิต	24(14.7)	127(77.9)	12(7.4)	36(22.1)	.046
8. การเยี่ยมบ้าน	87(53.4)	67(41.1)	9(5.5)	96(58.9)	<.001
รวม	246(18.9)	978(75.0)	80(6.1)	326(25.0)	<.001

* χ^2 test

ภาพประกอบ 12 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการส่งเสริมสุขภาพในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง



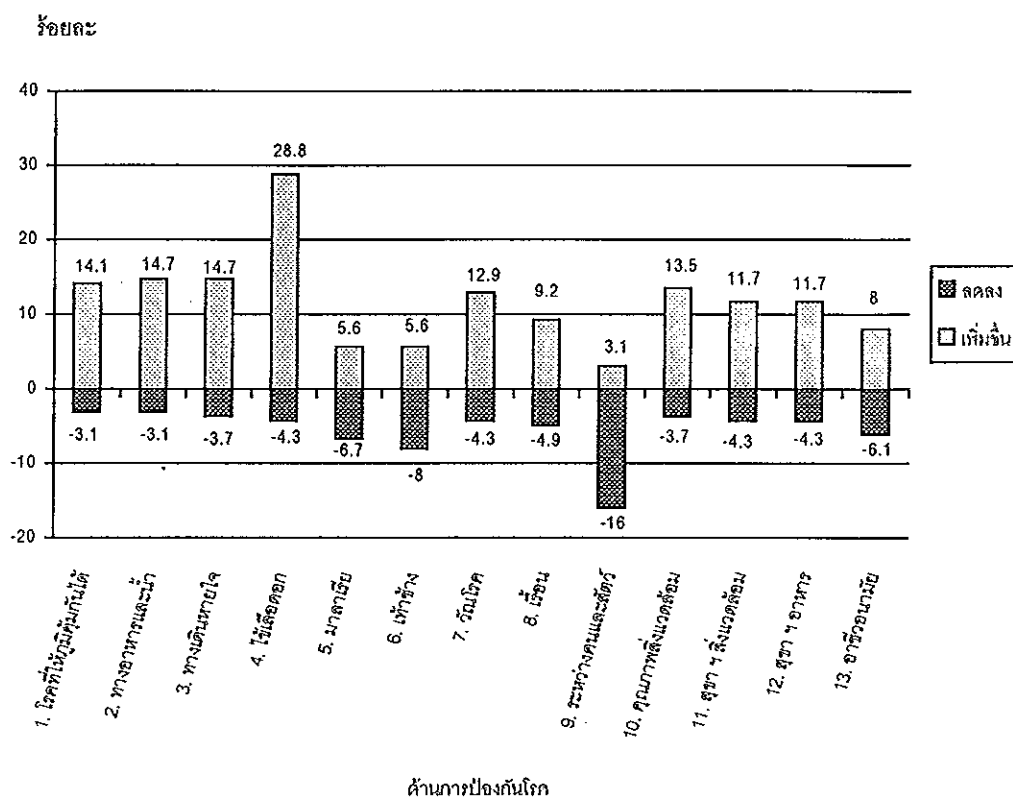
จากตาราง 12 และภาพประกอบ 12 พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.0) ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพเท่าเดิมและร้อยละของผู้ที่ตอบว่าเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 18.9) มากกว่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการลดลง (ร้อยละ 6.1) และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงของเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการพบว่างานอนามัยโรงเรียนและงานทัศนสาธารณสุขไม่มีการเปลี่ยนแปลงเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนงานอื่น ๆ ในด้านนี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p \leq .05$) และงานที่มีการเปลี่ยนแปลงเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการมากที่สุดคืองานการเยี่ยมบ้านโดยเปลี่ยนแปลงในทางที่จัดสรรเวลาเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 53.4)

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณสปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการป้องกันโรคในทางเพิ่มขึ้นเท่าเดิมหรือลดลง

งานประจำ	เวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง (n=163)				
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	เปลี่ยนแปลง	p - value*
1.งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้ภูมิคุ้มกันได้	23(14.1)	135(82.8)	5(3.1)	28(17.2)	<.001
2.งานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ	24(14.7)	134(82.2)	5(3.1)	29(17.8)	<.001
3.งานควบคุมโรคติดต่อเชื้อทางเดินหายใจ (เด็กต่ำกว่า 5 ปี)	24(14.7)	133(81.6)	6(3.7)	30(18.4)	<.001
4. งานควบคุมโรคไข้เลือดออก	47(28.8)	109(66.9)	7(4.3)	54(33.1)	<.001
5. งานควบคุมโรคมาลาเรีย	9(5.6)	143(87.7)	11(6.7)	20(12.3)	.655
6. งานควบคุมโรคเท้าช้าง	9(5.6)	141(86.4)	13(8.0)	22(13.6)	.394
7. งานควบคุมโรคฉี่หนู	21(12.9)	135(82.8)	7(4.3)	28(17.2)	.008
8. งานควบคุมโรคเรื้อรัง	15(9.2)	140(85.9)	8(4.9)	23(14.1)	.144
9. งานควบคุมโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์	5(3.1)	132(80.9)	26(16.0)	31(19.1)	<.001
10.งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม	22(13.5)	135(82.8)	6(3.7)	28(17.2)	.002
11.งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	19(11.7)	137(84.0)	7(4.3)	26(16.0)	.019
12.งานสุขาภิบาลอาหาร	19(11.7)	137(84.0)	7(4.3)	26(16.0)	.019
13.งานอาชีวอนามัย	13(8.0)	140(85.9)	10(6.1)	23(14.1)	.532
รวม	250(11.8)	1,751(82.6)	118(5.6)	368(17.4)	<.001

* χ^2 test

ภาพประกอบ 13 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการป้องกันโรคในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง



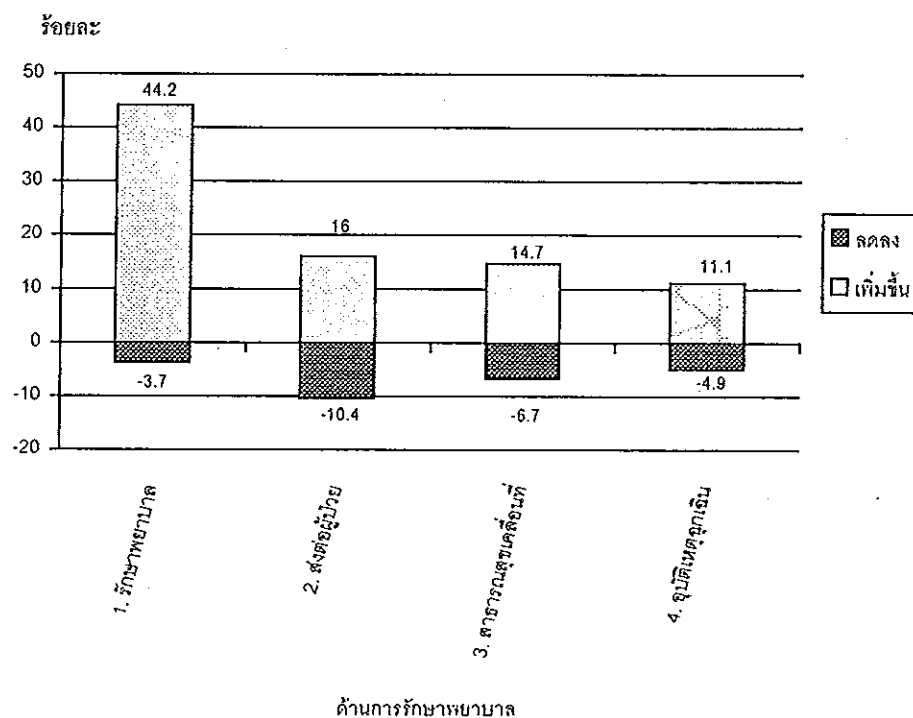
จากตาราง 13 และภาพประกอบ 13 พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.6) ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการด้านการป้องกันโรคเท่าเดิม และร้อยละของผู้ที่ตอบว่าเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 11.8) มากกว่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการลดลง (ร้อยละ 5.6) และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงของเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการพบว่างานควบคุมโรคมาลาเรีย งานควบคุมโรคเท้าช้าง งานควบคุมโรคเรื้อน และงานอาชีวอนามัย ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนงานอื่น ๆ ในด้านนี้ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p \leq .05$) และงานที่มีการเปลี่ยนแปลงเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการมากที่สุดคือ งานควบคุมไข่เลือดออกโดยเปลี่ยนแปลงในทางที่จัดสรรเวลาเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 28.8)

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการรักษาพยาบาลในทางเพิ่มขึ้นเท่าเดิมหรือลดลง

งานประจำ	เวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง (n=163)				
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	เปลี่ยนแปลง	p - value*
1.การให้บริการรักษาพยาบาล	72(44.2)	85(52.1)	6(3.7)	78(47.9)	<.001
2.การให้บริการส่งต่อผู้ป่วย (Refer)	26(16.0)	120(73.6)	17(10.4)	43(26.4)	.170
3.การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่	24(14.7)	128(78.5)	11(6.7)	35(21.4)	.028
4.งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ สาธารณสุข	18(11.1)	137(84.0)	8(4.9)	26(16.0)	.050
รวม	140(21.5)	470(72.1)	42(6.4)	182(27.9)	<.001

* χ^2 test

ภาพประกอบ 14 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการรักษาพยาบาลในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง



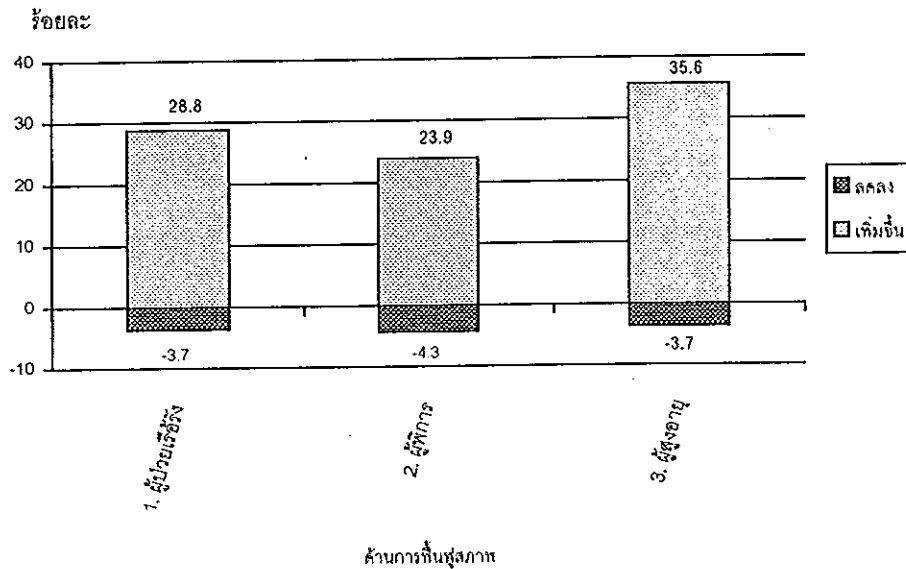
จากตาราง 14 และภาพประกอบ 14 พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.1) ตอบว่า การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่าเดิม และร้อยละของผู้ที่ตอบว่าเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 21.5) มากกว่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการลดลง (ร้อยละ 6.4) และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงของเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการ พบว่างานการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนงานอื่น ๆ ในด้านนี้ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p \leq .05$) และงานที่มีการเปลี่ยนแปลงเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการมากที่สุดคือ งานการให้บริการรักษาพยาบาลโดยเปลี่ยนแปลงในทางที่จัดสรรเวลาเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 44.2)

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการฟื้นฟูสภาพในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง

งานประจำ	เวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง (n=163)				p - value*
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	เปลี่ยนแปลง	
1. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง	47(28.8)	110(67.5)	6(3.7)	53(32.5)	<.001
2. การฟื้นฟูสภาพผู้พิการและ ทุพพลภาพ	39(23.9)	117(71.8)	7(4.3)	46(28.2)	<.001
3. การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ	58(35.6)	99(60.7)	6(3.7)	64(39.3)	<.001
รวม	144(29.4)	326(66.7)	19(3.9)	163(33.3)	<.001

* χ^2 test

ภาพประกอบ 15 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผู้ให้บริการที่ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำด้านการฟื้นฟูสภาพในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง



จากตาราง 15 และภาพประกอบ 15 พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) ตอบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพเท่าเดิม และร้อยละของผู้ที่ตอบว่าเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 29.4) มากกว่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการลดลง (ร้อยละ 3.9) และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงของเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการพบว่างานทุกงานมีการเปลี่ยนแปลงเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และงานที่มีการเปลี่ยนแปลงเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการมากที่สุดคือ งานฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโดยเปลี่ยนแปลงในทางที่จัดสรรเวลาเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 35.6)

2.3. ปริมาณผลงานการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานื่อนามัย ปีงบประมาณ 2541 และ 2542

จากข้อมูลแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานื่อนามัยที่ได้รับการตอบกลับจากสถานื่อนามัย จำนวน 45 แห่ง จากทั้งหมด 52 แห่ง หรือ ร้อยละ 86.5 พบว่ามีข้อมูลบางแห่งที่ขาดความสมบูรณ์หลายส่วน แบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานื่อนามัยปีงบประมาณ 2541 และ 2542 นำเสนอปริมาณผลงานการให้บริการด้านละ 1 งาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (งานอนามัยแม่และเด็ก : ดูแลหญิงมีครรภ์) การป้องกันโรค (งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้ภูมิคุ้มกันได้ : EPI) และการรักษาพยาบาล (งานการรักษาพยาบาล) ส่วนด้านการฟื้นฟูสภาพนั้นดูจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานื่อนามัยของทั้ง 5 อำเภอจำแนกรายสถานื่อนามัยแล้วพบว่าไม่มีการบันทึกการให้บริการงานในด้านนี้และจากการสอบถามผู้ให้บริการพบว่าการให้บริการงานในด้านนี้จะรวมอยู่กับงานการเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบด้วยการเยี่ยมก่อนคลอด มารดา/ทารกหลังคลอด เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้พิการและผู้สูงอายุ รวมทั้ง Home health care ด้วย และเหตุผลที่นางานประจำมาเสนอเพียงด้านละ 1 งาน เนื่องจากต้องการที่จะตรวจสอบปริมาณผลงานที่ได้จากแบบสอบถามกับปริมาณผลงานที่ปฏิบัติจริงว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่อย่างไร โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงผลงานแต่ละด้านจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานื่อนามัยของแต่ละสถานื่อนามัย ใช้เกณฑ์ในการเลือกคือปริมาณผลงานที่มีการลงบันทึกทุกสถานื่อนามัยและสอดคล้องกับปริมาณงานที่ได้จากการตอบแบบสอบถามแล้วนำมาหาร้อยละของปริมาณงานที่เพิ่มจากปีงบประมาณ 2541 (ตาราง 29 ภาคผนวก ข) ส่วนงานด้านอื่น ๆ นั้นนำเสนอเพียงปริมาณผลงานของปีงบประมาณ 2541 และ 2542 (ตาราง 26 -28 ภาคผนวก ข)

จากตาราง 29 ภาคผนวก ข ผู้วิจัยได้นำปริมาณผลงานการให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้ภูมิคุ้มกันได้ และงานการรักษาพยาบาลของแต่ละสถานื่อนามัยมาจัดรูปแบบปริมาณผลงานในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงได้ 8 รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 เพิ่มขึ้นทุกงาน

รูปแบบที่ 2 งานอนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้น + งานควบคุมโรคฯเพิ่มขึ้น + การรักษาพยาบาล
เท่าเดิมหรือลดลง

รูปแบบที่ 3 งานอนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้น + งานควบคุมโรคฯ เท่าเดิมหรือลดลง+ การรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

รูปแบบที่ 4 งานอนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้น + งานควบคุมโรคฯเท่าเดิมหรือลดลง + การรักษาพยาบาลเท่าเดิมหรือลดลง

รูปแบบที่ 5 งานอนามัยแม่และเด็กเท่าเดิมหรือลดลง + งานควบคุมโรคฯเพิ่มขึ้น + การรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

รูปแบบที่ 6 งานอนามัยแม่และเด็กเท่าเดิมหรือลดลง+งานควบคุมโรคฯเพิ่มขึ้น + การรักษาพยาบาลเท่าเดิมหรือลดลง

รูปแบบที่ 7 งานอนามัยแม่และเด็กเท่าเดิมหรือลดลง+ งานควบคุมโรค ฯ เท่าเดิมหรือลดลง + การรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

รูปแบบที่ 8 เท่าเดิมหรือลดลงทุกงาน

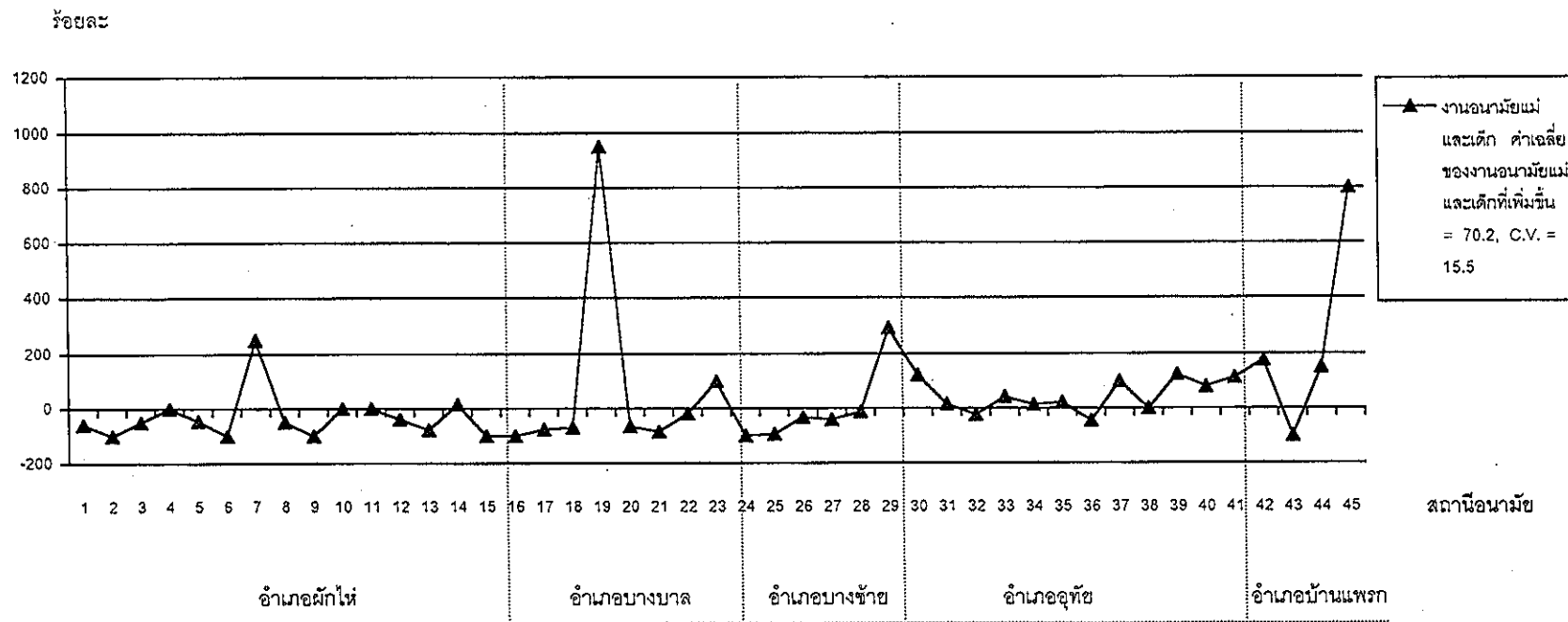
ตาราง 16 สรุปรูปแบบการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของปริมาณผลงานในหมวดต่าง ๆ จากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนอนามัย

รูปแบบ	ปริมาณผลงานในหมวด			จำนวนสถานีอนามัย (n = 45)
	อนามัยแม่และเด็ก	ควบคุมโรค ฯ	รักษาพยาบาล	
1	▲	△	△	5(11.1)
2	▲	△	▼	2(4.4)
4	▲	▼	▼	5(11.1)
3	▲	▼	△	9(20.0)
5	▼	△	△	11(24.5)
7	▼	▼	△	8(17.8)
6	▼	△	▼	0(0.0)
8	▼	▼	▼	5(11.1)
รวม				45 (100)

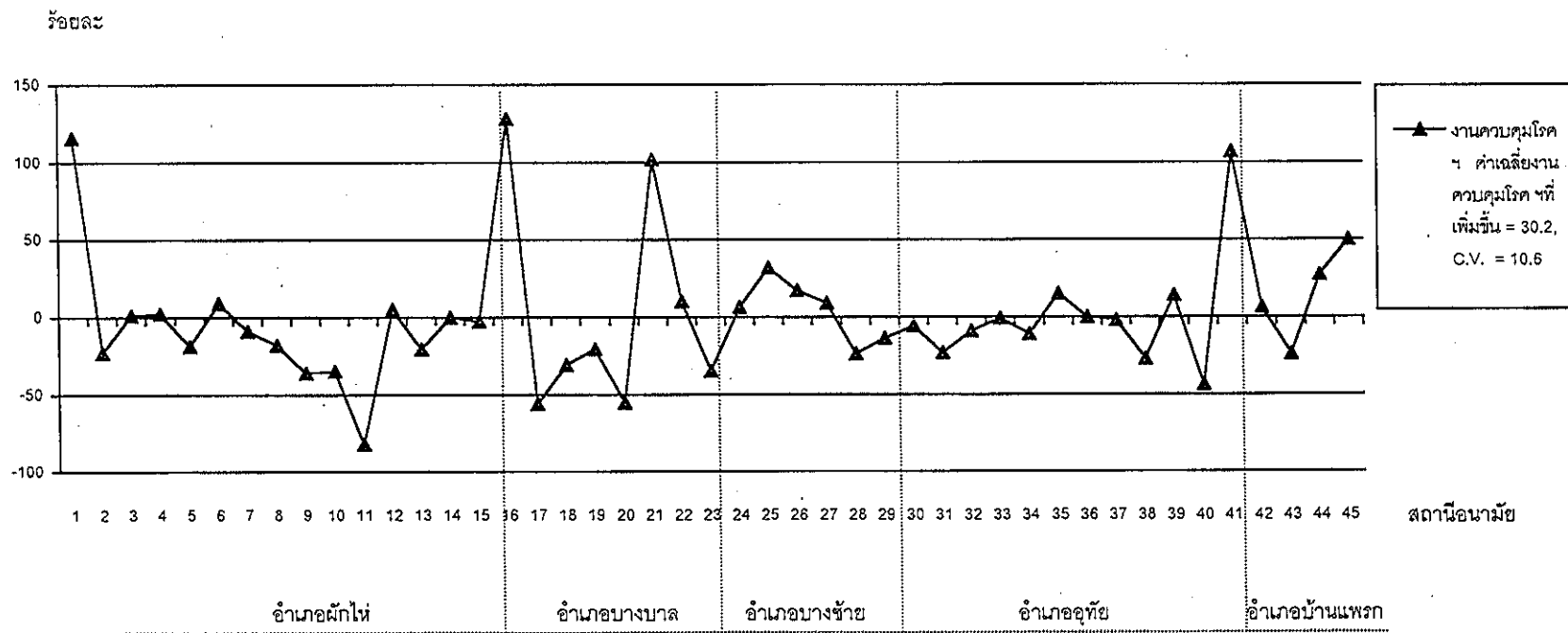
หมายเหตุ : ▲ = ปริมาณงานเพิ่มขึ้น, ▼ = ปริมาณงานเท่าเดิมหรือลดลง

จากตาราง 16 สรุปรูปแบบการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของปริมาณผลงานในหมวดต่างๆ จากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัยพบว่า ส่วนใหญ่งานอนามัยแม่และเด็กเท่าเดิมหรือลดลงและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นซึ่งรวมแล้วร้อยละ 42.3 ส่วนที่เหลือนั้นมีลักษณะที่หลากหลายกัน แต่อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่จะพบว่ามี การเท่าเดิมหรือลดลงของงานอนามัยแม่และเด็กคือร้อยละ 53.4 ในขณะที่เพิ่มขึ้นมีเพียงเล็กน้อยร้อยละ 46.6 เมื่อเทียบกับที่พบว่าเพิ่มขึ้น งานการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 73.4 ในขณะที่สถานีอนามัยที่พบว่าปริมาณผลงานการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นมีจำนวนมากกว่สถานีอนามัยที่พบว่าปริมาณผลงานเท่าเดิมหรือลดลงคือร้อยละ 26.6 เมื่อเทียบกับส่วนที่พบว่าเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณางานอนามัยแม่และเด็กควบคู่กับการรักษาพยาบาลแล้วก็พบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ 42.3 มีลักษณะการเท่าเดิมหรือลดลงของงานอนามัยแม่และเด็กแต่เพิ่มในงานการรักษาพยาบาล แต่ถ้าพิจารณารวมควบคู่ ทั้ง 3 งานพร้อมกันแล้วลักษณะของปริมาณผลงานที่เพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงที่พบบ่อยที่สุดคืองานอนามัยแม่และเด็กเท่าเดิมหรือลดลงแต่ไปเพิ่มในงานควบคุมโรคฯ และการรักษาพยาบาล ดังนั้นเมื่อกล่าวโดยสรุปคือ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเท่าเดิมหรือลดลงของงานอนามัยแม่และเด็ก และไปเพิ่มในงานการรักษาพยาบาล

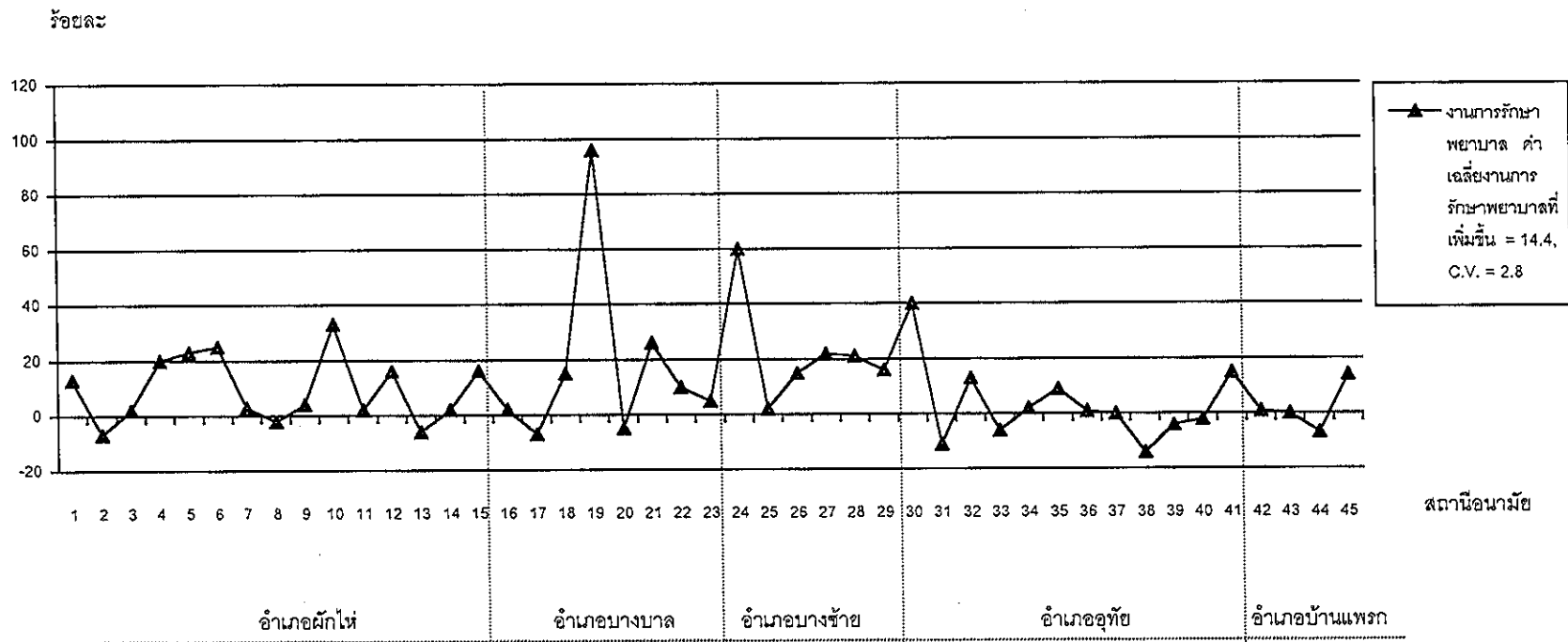
ภาพประกอบ 16 กราฟเส้นแสดงร้อยละของงานอนามัยแม่และเด็กที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2541 จำแนกโดยสถานอนามัย



ภาพประกอบ 17 กราฟเส้นแสดงร้อยละของงานควบคุมโรคติดต่อที่ให้มีค้ำกันได้ที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2541 จำแนกรายสถานีอนามัย



ภาพประกอบ 18 กราฟเส้นแสดงร้อยละของงานการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2541 จำแนกสถานีนอนามัย



จากภาพประกอบ 16, 17 และ 18 ร้อยละของงานอนามัยแม่และเด็ก งานควบคุมโรคติดต่อ ที่ให้ภูมิคุ้มกันได้ และงานการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2541 จำแนกตามสถานีอนามัยของแต่ละอำเภอตามลำดับ พบว่าสถานีอนามัยในแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกันในเรื่องของงานในหมวดต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ของการกระจาย (coefficient of variation : c.v.) ซึ่งมีค่าตั้งแต่ -5.9 % ถึง 8.1% โดยอำเภอที่มีความแตกต่างกันมากที่สุดคือ อำเภอบางซ้าย (c.v. = 8.1%) รองลงมาได้แก่อำเภอบางบาล และอำเภอผักไห่ (c.v. = 6.0% และ -5.9% ตามลำดับ) อำเภอที่สถานีอนามัยมีความแตกต่างกันน้อยที่สุดคือ อำเภออุทัย และอำเภอบ้านแพรก (c.v. = 2.6%) เมื่อพิจารณาอำเภอผักไห่แล้วจะพบว่าความแตกต่างระหว่างสถานีอนามัยโดยรวมมีปริมาณผลงานลดลงเหมือนกัน (c.v. = -5.9%) แต่อย่างไรก็ตามความแตกต่างระหว่างสถานีอนามัยโดยรวมทั้ง 5 อำเภอก็มีความแตกต่างกันน้อยมาก (c.v. = 2.7%) งานอนามัยแม่และเด็ก งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้ภูมิคุ้มกันได้ และงานการรักษาพยาบาลเมื่อพิจารณางานทั้ง 3 งาน พบว่าปริมาณผลงานที่เปลี่ยนแปลงไปมีความแตกต่างกันมากที่สุดระหว่างสถานีอนามัยคือ งานอนามัยแม่และเด็ก (c.v. = 15.5%) และงานที่มีความแตกต่างกันน้อยที่สุดคือ งานการรักษาพยาบาล (c.v. = 2.8%) เมื่อพิจารณางานทั้ง 3 งานเปรียบเทียบกันงานอนามัยแม่และเด็กมีการเพิ่มขึ้นแตกต่างกันระหว่างสถานีอนามัยมากกว่างานควบคุมโรคติดต่อที่ให้ภูมิคุ้มกันได้ และงานการรักษาพยาบาล

เนื่องจากพบว่าการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของปริมาณผลงานในแต่ละหมวดของสถานีอนามัยแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันดังจะเห็นได้จาก ตาราง 29 ภาคผนวก ข และภาพประกอบ 16, 17 และ 18 ซึ่งผลที่จะทำให้ปริมาณงานเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงจึงอาจจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับงบประมาณ สปร. อย่างเดียวแต่อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีกมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของงานในหมวดต่าง ๆ ได้แก่ปัจจัย (ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ตาราง 24, 25 ภาคผนวก ก) เกี่ยวกับที่ตั้งของสถานีอนามัยความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่สถานีอนามัย (ได้จากการตอบของผู้ให้บริการ) จำนวนผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยแต่ละแห่ง รวมถึงอายุของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย และจำนวนประชากรที่รับผิดชอบมาหาความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของงานในหมวดต่าง ๆ

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของงาน
อนามัยแม่และเด็ก

ปัจจัยด้าน	ปริมาณงาน		รวม	p – value*
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิมหรือลดลง		
	n (%)	n (%)	n (%)	
ความสะดวกในการเดินทาง				
สะดวก	14(37.8)	23(62.2)	37(82.2)	.169
ไม่สะดวก	1(12.5)	7(87.5)	8(17.8)	
จำนวนผู้ให้บริการต่อ สอ.				
2 – 3 คน	12(31.6)	26(68.4)	38(84.4)	
4 – 5 คน	3(42.9)	4(57.1)	7(15.6)	.429
อายุของผู้ให้บริการ (สูงสุดใน สอ.)				
30 - 40 ปี	8(36.4)	14(63.6)	22(48.9)	
41 - 50 ปี	5(29.4)	12(70.6)	17(37.8)	.908
> 50 ปี	2(33.3)	4(66.7)	6(13.3)	
จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ				
< 1,000 คน	0(0.0)	4(100.0)	4(8.9)	
1,001 - 3,000 คน	9(29.0)	22(71.0)	31(68.9)	.076
> 3,000 คน	6(60.0)	4(40.0)	10(22.2)	

* χ^2 test

จากตาราง 17 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสะดวกในการเดินทางมารับ
บริการที่สถานีอนามัย จำนวนผู้ให้บริการ อายุของผู้ให้บริการ และประชากรที่รับผิดชอบกับการ
เพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของงานอนามัยแม่และเด็กล้วนไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของงาน
ควบคุมโรคติดต่อที่ให้งุมิคุ้มกันได้

ปัจจัยด้าน	ปริมาณงาน		รวม n (%)	p – value*
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิมหรือลดลง		
	n (%)	n (%)		
ความสะดวกในการเดินทาง				
สะดวก	12(32.4)	25(67.6)	37(82.2)	.291
ไม่สะดวก	4(50.0)	4(50.0)	8(17.8)	
จำนวนผู้ให้บริการต่อ สอ.				
2 – 3 คน	14(36.8)	24(36.2)	38(84.4)	.516
4 – 5 คน	2(28.6)	5(71.4)	7(15.6)	
อายุของผู้ให้บริการ (สูงสุดใน สอ.)				
30 - 40 ปี	7(31.8)	15(68.2)	22(48.9)	
41 - 50 ปี	7(41.2)	10(58.8)	17(37.8)	.908
> 50 ปี	2(33.3)	4(66.7)	6(13.3)	
จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ				
< 1,000 คน	1(25.0)	3(75.0)	4(8.9)	
1,001 - 3,000 คน	12(38.7)	19(61.3)	31(68.9)	.890
> 3,000 คน	3(30.0)	7(70.0)	10(22.2)	

* χ^2 test

จากตาราง 18 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสะดวกในการเดินทางมารับ
บริการที่สถานเอนามัย จำนวนผู้ให้บริการ อายุของผู้ให้บริการ และประชากรที่รับผิดชอบกับการ
เพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ให้งุมิคุ้มกันได้ล้วนไม่มีความ
สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของงาน
การรักษาพยาบาล

ปัจจัยด้าน	ปริมาณงาน		รวม n (%)	p - value*
	เพิ่มขึ้น n (%)	เท่าเดิมหรือลดลง n (%)		
ความสะดวกในการเดินทาง				
สะดวก	23(62.2)	14(37.8)	37(82.2)	.400
ไม่สะดวก	6(75.0)	2(25.0)	8(17.8)	
จำนวนผู้ให้บริการต่อ สอ.				
2 - 3 คน	25(65.8)	13(34.2)	38(84.4)	.484
4 - 5 คน	4(57.1)	3(42.9)	7(15.6)	
อายุของผู้ให้บริการ (สูงสุดใน สอ.)				
30 - 40 ปี	13(59.1)	9(40.9)	22(48.9)	
41 - 50 ปี	11(64.7)	6(35.3)	17(37.8)	.576
> 50 ปี	5(83.3)	1(16.7)	6(13.3)	
จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ				
< 1,000 คน	2(50.0)	2(50.0)	4(8.9)	
1,001 - 3,000 คน	21(67.7)	10(32.3)	31(68.9)	.691
> 3,000 คน	6(60.8)	4(40.0)	10(22.2)	

* χ^2 test

จากตาราง 19 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสะดวกในการเดินทางมารับ
บริการที่สถานีอนามัย จำนวนผู้ให้บริการ อายุของผู้ให้บริการ และประชากรที่รับผิดชอบกับการ
เพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงของงานการรักษาพยาบาลล้วนไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการในการปฏิรูประบบ
การเงินการคลังเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของความรู้ของผู้ให้บริการที่ทราบเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัด
สรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่จำแนกรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
1. วัตถุประสงค์ในการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของจังหวัด เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและความเป็นธรรมในการจัดสรรงบ ประมาณ	134	82.2
2. รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่กำหนดวิธี การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และตามน้ำหนัก บริการ (point system)	152	93.3
3. วิธีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลเครือข่าย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือการเรียกเก็บภายในเครือข่ายและการเรียก เก็บต่างเครือข่าย	153	93.9
4. รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่เป็นการ ปฏิรูปลักษณะที่มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการลงสู่ระดับ อำเภอ	144	88.3
5. รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีขั้นตอน การจ่ายเงินจาก สสจ. → สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก → สถานพยาบาลคู่สัญญารอง/ระดับเหนือกว่า	152	93.3
6. วิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่กำหนดวิธีการจ่ายเงิน ตามน้ำหนักบริการของการเยี่ยมบ้านของผู้ให้บริการที่สถานี อนามัย 30 หน่วยต่อครั้ง	69	42.3
7. วิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่กำหนดวิธีการจ่ายเงิน ตามน้ำหนักบริการของผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัย 25 หน่วย ต่อครั้ง	108	66.3

ตาราง 20 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
8. สถานบริการของรัฐบาลทุกแห่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ สปร.ข้ามเขตภายในเครือข่ายเดียวกันได้	102	62.6
9. โรงพยาบาลชุมชนสามารถเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ สปร. ข้ามเขตจากสถานีอนามัยได้ตามน้ำหนักบริการคือ 50 หน่วยต่อครั้ง	99	60.7
10. คณะกรรมการที่ทำหน้าที่จัดสรรเงิน สปร. ตามน้ำหนักบริการประกอบด้วยตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย	73	44.8
11. การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่สถานีอนามัยได้รับการจัดสรรเงินจากโรงพยาบาลประจำอำเภอ	109	66.9
12. ผู้ป่วยต่างจังหวัดที่ใช้สิทธิ สปร. เข้ามาใช้บริการในสถานบริการของรัฐบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาทางจังหวัดพระนครศรีอยุธยาไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการข้ามเขตได้	123	75.5
13. งบประมาณ สปร. ไม่สามารถจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานล่วงเวลา (OT) ได้	76	46.6
14. งบประมาณ สปร. ให้ได้เฉพาะการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์	75	46.0
15. สถานีอนามัยสามารถใช้จ่ายเงินงบประมาณ สปร. ในส่วนที่ได้รับการจัดสรรโดยขอเบิก - จ่ายจากบัญชี สปร. ของโรงพยาบาลประจำอำเภอ (main contractor) ที่มีสมุดทะเบียนคุมยอดการใช้จ่ายเงินเป็นรายสถานีอนามัย	101	62.0

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการในเรื่องความรู้เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่		จำนวน (n=163)	ร้อยละ
ระดับสูง	(มากกว่า 13 คะแนน)	5	3.1
ระดับปานกลาง	(ตั้งแต่ 8.4 – 13 คะแนน)	136	83.4
ระดับต่ำ	(น้อยกว่า 8.4 คะแนน)	22	13.5
รวม		163	100

จากตาราง 20 พบว่าความรู้เรื่องรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของผู้ให้บริการนั้นส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องวัตถุประสงค์ (ร้อยละ 82.2) รูปแบบการจ่ายเงินเป็นแบบการเหมาจ่ายรายหัวและตามน้ำหนักบริการ (ร้อยละ 93.3) วิธีการเรียกเก็บเงินของสถานพยาบาลเครือข่าย (ร้อยละ 93.9) รูปแบบการจัดสรรเป็นการกระจายอำนาจการบริหารจัดการลงสู่ระดับอำเภอและขั้นตอนการจ่ายเงิน (ร้อยละ 88.3 และ 93.3 ตามลำดับ) แต่มีบางเรื่องที่มีผู้ให้บริการไม่ถึงครึ่งมีความรู้ได้แก่ คณะกรรมการที่ทำหน้าที่ในการจัดสรรเงินตามน้ำหนักบริการ (ร้อยละ 44.8) เงินงบประมาณ สปร. สามารถจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานล่วงเวลาได้และไม่ได้อาศัยเฉพาะการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ (ร้อยละ 46.6 และ 46.0 ตามลำดับ) จากตาราง 21 พบว่าความรู้เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.4)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ด้านปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการต่อ
รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อ
รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

ข้อมูลด้าน	จำนวน (n = 163)	ร้อยละ
ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการดำเนินงาน*		
- เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ	121	74.2
- เจ้าหน้าที่ขาดขวัญ กำลังใจ และแรงจูงใจในการทำงาน	112	68.7
- ประชาชนยังไม่รับทราบและมองไม่เห็นความสำคัญ	110	67.5
- นโยบายของผู้บริหารไม่ชัดเจน	96	58.9
- ขาดการติดตามนิเทศ ควบคุม กำกับจากหน่วยงานและผู้บังคับบัญชา	64	39.3
- การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ยังไม่มีกระจายความรู้สู่ระดับล่าง (ผู้ปฏิบัติงาน)	9	5.5
ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงาน*		
- ควรให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่สถานีอนามัยโดยตรง	34	20.9
- ควรจัดสัดส่วนของการแบ่งเงิน สปร. ตามน้ำหนักบริการที่สถานีอนามัยให้เท่ากับโรงพยาบาลในกรณีโรคเดียวกัน	24	14.7
- งานเยี่ยมบ้านควรมีการส่งผลงานให้ผู้นิเทศงานตรวจสอบความถูกต้อง	20	12.3
- ควรมีการจัดสัมมนาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการประสานงานที่ดี	10	6.1
- งบประมาณ สปร. ควรจะจัดสรรมาที่สถานีอนามัยโดยตรงไม่ควรผ่านหน่วยงานอื่นอีก	8	4.9
- ควรมีการกำหนดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลต่างเครือข่ายว่าจังหวัดใดใช้ได้หรือไม่ได้กับจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	6	3.7

หมายเหตุ: * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 22 พบว่าปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการต่อรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ผู้ให้บริการได้ให้ความคิดเห็นว่าสาเหตุที่เป็นปัญหาในการดำเนินงานเมื่อมีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ในปีงบประมาณ 2542 ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ เจ้าหน้าที่ขาดขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการทำงาน ประชาชนยังไม่ทราบและมองไม่เห็นความสำคัญ และนโยบายของผู้บริหารยังไม่ชัดเจน (ระดับจังหวัด/อำเภอ) นอกจากนี้แล้วผู้ให้บริการได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ได้แก่ ควรให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่สถานีอนามัยโดยตรง ควรพิจารณาสัดส่วนการแบ่งเงิน สปร. ตามน้ำหนักบริการที่สถานีอนามัยให้เท่ากับโรงพยาบาลในกรณีโรคเดียวกัน และงานเยี่ยมบ้านควรมีการส่งผลงานให้ผู้นิเทศงานตรวจสอบความถูกต้อง

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการ เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่อปริมาณงานประจำและเวลาที่ใช้จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่างรวมทั้งปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร. ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ที่มีต่อปริมาณงานประจำและเวลาที่ใช้จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง รวมทั้งปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร. ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา การศึกษานี้ได้แบ่งผู้ให้บริการออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 4 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 4 คน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลได้นำมาวิเคราะห์ตามเนื้อหา (content analysis) พบว่าผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่อยู่ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. ด้านผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ต่อการบริการทั่วไปของสถานีอนามัย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติพบว่า การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อค่าบริการทั่วไปของสถานีอนามัยคือ จำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ใช้สิทธิ สปร. มีทั้งผู้รับบริการในเขตพื้นที่และนอกเขตพื้นที่ที่เป็นเขตติดต่อภายในจังหวัดและต่างจังหวัดที่ข้ามเขตมาใช้บริการ ซึ่งจะไม่มีปัญหาในเรื่องของการเก็บค่า

บริการข้ามเขตสามารถเรียกเก็บกลับคืนมาได้จากจังหวัดต้นสังกัดหรืออำเภอภายในเขตจังหวัดเดียวกันและมีผลกระทบในเรื่องของงบประมาณของ สอ. ที่ได้รับถ้าผู้รับบริการที่ใช้สิทธิ สปร. น้อยงบประมาณก็จะได้รับน้อยด้วยดังคำกล่าวของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติดังนี้

"สำหรับ สอ. ของพี่คิดว่าไม่มีผลกระทบอะไรเท่าไรนะเพราะคนไข้ไม่ค่อยเยอะ ส่วนมากเป็นคนไข้นอกเขตมากกว่า ส่วนคนไข้ที่ใช้สิทธิ สปร. ในพื้นที่จะไปรับบริการที่ รพ. อยุธยา เพราะเขาเลือก รพ. อยุธยา และเป็นเขตติดต่อด้วย" (ผู้บริหาร 1)

"ในด้านของคนไข้ที่เพิ่มขึ้น เพราะเป็นพื้นที่ที่มีคนมารับบริการเยอะแล้วสะดวกสบาย คิดว่าการจัดสรรแบบนี้แล้วทำให้คนไข้เพิ่มขึ้นเยอะ" (ผู้บริหาร 2)

"ผลของผู้รับบริการที่ใช้สิทธิ สปร. จะมารับบริการเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่จะเป็นคนในพื้นที่และเขตใกล้เคียงเขตติดต่อด้วย" (ผู้บริหาร 3)

"จำนวนคนไข้ที่ใช้สิทธิ สปร. เพิ่มขึ้นเยอะมากจากเดิม" (ผู้บริหาร 4)

"คิดว่าไม่มีผลกระทบนะคะ ในด้านปริมาณคนไข้มารับบริการ เพราะว่าถ้าข้ามเขตมาเราก็คงเบื่อกับต้นสังกัดของจังหวัดนั้นก็จะมีคนไข้ข้ามเขตมารับบริการ" (ผู้ปฏิบัติ 1)

"คนไข้มารับบริการมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้สิทธิ สปร. และผู้ที่มีโรคประจำตัว" (ผู้ปฏิบัติ 2)

"ก็มีผลนะคะ คือถ้าคนไข้หายหรือคนที่มาใช้สิทธิ สปร. กับเราน้อยจำนวนเงินที่เราได้รับจากการให้บริการก็น้อยลงด้วยทำให้งบของ สอ. น้อยตามไปด้วย" (ผู้ปฏิบัติ 3)

"ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นพวกที่ใช้สิทธิ สปร. ทั้งนั้นเลยและมีคนไข้ที่มาจากที่อื่นมาใช้บริการที่เรา ๆ ก็สามารถเรียกเก็บจากที่อื่นได้ ซึ่งเราจะได้เงินเพิ่มมากขึ้น" (ผู้ปฏิบัติ 4)

2. ด้านผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ต่อปริมาณงานประจำ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการทั้งกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติพบว่าทั้ง 2 กลุ่มจะให้คำตอบที่เหมือนกันคือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อปริมาณงานประจำด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ จะมีงานที่เพิ่มขึ้นคืองานด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ และงานการเยี่ยมบ้านที่เพิ่มขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ส่วนในด้านอื่น ๆ นั้นปริมาณการให้บริการจะเท่าเดิมไม่เพิ่มและไม่ลด ดังคำกล่าวของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติดังนี้

"จะมีในเรื่องของการรักษาที่เพิ่มขึ้น ส่วนด้านอื่น ๆ ก็เท่าเดิม" (ผู้บริหาร 1)

"การให้บริการส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาโรคทั่ว ๆ ไป เช่น ปวดหัว ภาวะอาหารปวดท้อง ไข้หวัด และการออกเยี่ยมบ้านเราจะออกทุกวัน" (ผู้บริหาร 2)

"งานที่เพิ่มขึ้นจะเป็นการให้บริการด้านการรักษาและการให้สุขภาพ" (ผู้บริหาร 3)

"ผลกระทบด้านนี้จะเป็นด้านการรักษาที่เพิ่มขึ้นส่วนด้านอื่น ๆ ก็เหมือนเดิม" (ผู้บริหาร 4)
 "จะมีด้านการรักษาและการเยี่ยมบ้านที่เพิ่มขึ้น ส่วนด้านอื่น ๆ ก็เท่าเดิมคือไม่เพิ่มไม่ลด"

(ผู้ปฏิบัติ 1)

"การเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้นเพราะมีค่าตอบแทนให้ และการให้บริการจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น" (ผู้ปฏิบัติ 2)

"งานที่เพิ่มขึ้นจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และเยี่ยมหลังคลอด ซึ่งลักษณะการเยี่ยมจะเป็นแบบเราไปเยี่ยม 1 case เช่น เยี่ยมหลังคลอดแล้วเราไปเจอผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นความดัน เบาหวาน เราก็จะอาศัยเยี่ยมไปเลย แล้วกลับมาเขียนรายงานลงเป็น 1 case เพื่อที่จะได้เอาไปเรียกเก็บตามผลงาน" (ผู้ปฏิบัติ 3)

"การให้บริการส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาพยาบาล การวางแผนครอบครัวและการเยี่ยมบ้านที่เพิ่มขึ้น" (ผู้ปฏิบัติ 4)

3. ด้านผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ต่อเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง

ผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ในด้านเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่างจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานพบว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ไม่มีผลต่อเวลาที่ใช้ในการให้บริการงานประจำทั้ง 4 ด้าน การให้บริการในแต่ละวันจะมีการวางแผนล่วงหน้าว่าจะให้บริการอะไรบ้างในแต่ละวัน เวลาไหนจะทำอะไรมีการแบ่งเวลาอยู่แล้ว ยกเว้นถ้าแบ่งเวลาไม่ถูกหรือถ้ามีช่วงอบรมหรือรณรงค์เข้ามาก็จะไม่มีเวลาให้บริการงานประจำที่ทำอยู่ ดังคำกล่าวของผู้ให้บริการดังต่อไปนี้

"ด้านเวลาในการให้บริการในแต่ละวันเพียงพอนะครับ เพราะมีการวางแผนอยู่แล้ว" (ผู้บริหาร 1)

"ในเรื่องของเวลาไม่มีผลกระทบนะ เพราะมีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 4 คน คือจะจัดเวรกันให้การักษา ส่วนพวกที่ไม่เกี่ยวข้องก็จะออกไปเยี่ยมบ้าน" (ผู้บริหาร 2)

"การใช้เวลาในการให้บริการในแต่ละวันเพียงพอเพราะผู้บริหารสั่งให้สถานีนีออนามัยทำงาน 24 ชั่วโมง" (ผู้บริหาร 3)

"ที่นี้ในเรื่องเวลาไม่มีผลกระทบนะก็ให้บริการเหมือนเดิม" (ผู้บริหาร 4)

"ถ้าไม่มี case เยี่ยมบ้านก็จะให้บริการที่นี้ทุกวัน" (ผู้ปฏิบัติ 1)

"จะมีการวางแผนให้การพยาบาล ในช่วงเช้าจะเป็นการรักษาพยาบาลและบ่ายจะออกเยี่ยมบ้าน" (ผู้ปฏิบัติ 2)

“ถ้าไม่มีงานอื่นเข้ามาการใช้เวลาในการให้บริการแต่ละอย่างเพียงพอครับไม่มีผลกระทบอะไร” (ผู้ปฏิบัติ 3)

“ส่วนใหญ่เราจะ plan ไว้ว่าเราจะให้บริการอะไร เวลาไหน และจะผลัดกันออกไปเยี่ยมบ้านว่าใครจะออกวันไหน ใครจะอยู่ที่ สอ.” (ผู้ปฏิบัติ 4)

4. ด้านความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการในเรื่องรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในบทบาทของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานพบว่าผู้ให้บริการยังขาดความรู้ในเรื่องรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ เนื่องจากขาดการถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นระบบในทุกระดับ นโยบายหรือการชี้แจงยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ผู้ที่เข้าไปรับฟังการอบรมหรือประชุมชี้แจงจะเป็นหัวหน้าสถานีนอมนามัยและผู้รับผิดชอบงาน ยังไม่มีการกระจายความรู้สู่ผู้ปฏิบัติงานในระดับล่าง และขาดการติดตามนิเทศให้ความรู้จากผู้บังคับบัญชาในระดับที่เหนือกว่าดังกล่าวของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติดังนี้

“บุคลากรในหน่วยงานยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่ชัดเจนในขั้นตอนของ สปร” (ผู้บริหาร 1)

“ทีมผู้นิเทศมาก็ได้แต่เกริ่น ๆ ในที่คณะ คปสอ. ไปประชุมอำเภอที่ก็พูดกันอย่างนี้ อยู่ สอ. ต้องอาศัยการเรียนรู้ ถ้าไม่เรียนรู้ก็ไม่ทันเขาแยะเลยก็เหมือนกับโดนปิดกัน ประชุมแต่ละครึ่งส่วนมากก็จะให้หัวหน้าไป เรื่องการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่อำเภอก็ไปก็พอรู้บ้างแต่ไม่ได้ลงรายละเอียด รูปแบบตรงนี้ควรให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับรู้ ให้รู้ชัดว่าข้อเท็จจริงเป็นอย่างไร” (ผู้บริหาร 2)

“นโยบายหรือการชี้แจงเรื่องการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ยังไม่ชัดเจน” (ผู้บริหาร 3)

“พี่ไม่ค่อยเข้าใจอะไรเท่าไรเพราะของพี่จะเป็นคนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องนี้เข้าไปฟังการประชุมชี้แจง พอกลับมาจาก 70 ก็อาจจะเหลือ 50 หรือ 25 คงไม่ลึกซึ้งเท่าไรหรอก ไม่ละเอียดเหมือนที่เจ้าตัวเข้าไปฟังหรอกนะ” (ผู้บริหาร 4)

“อยากให้เจ้าหน้าที่ของแต่ละสถานีนอมนามัยได้รับทราบเท่ากันทุกคนไม่เพียงแต่หัวหน้าสถานีนอมนามัยเท่านั้นที่ได้รับฟังการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ สปร. เพราะหัวหน้าจะทำเกี่ยวกับเรื่องเงิน สปร.” (ผู้ปฏิบัติ 1)

“ควรจัดให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานโดยตรงและชี้แจงรายละเอียดของการทำงานบนลงล่าง” (ผู้ปฏิบัติ 2)

“การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ยังไม่มีมีการกระจายความรู้สู่ระดับล่าง อยากให้ผู้บังคับบัญชาจากหน่วยเหนือติดตามนิเทศให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน” (ผู้ปฏิบัติ 3)

“เท่าที่ผ่านมามีการอบรมชี้แจงเรื่องอะไรจะเรียกเฉพาะผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน เวลาเขากลับมาก็ถ่ายทอดให้ฟัง แต่ก็ไม่หมดเหมือนกับที่เราเข้าไปรับฟังด้วยตนเอง ควรให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้หมดทุกคน” (ผู้ปฏิบัติ 4)

5. ด้านปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

ด้านปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานพบว่า ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกิดจากการดำเนินงานมีทั้งส่วนที่เหมือนกันและแตกต่างกันคือ ส่วนที่เหมือนกันได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ไม่เข้าใจขั้นตอนของการจัดสรรเงิน สปร. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม่มีการชี้แจงระบบการจัดสรรเงิน สปร. ให้ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทราบอย่างละเอียด รูปแบบของรายงานมากขึ้นและมีความซับซ้อนหลายขั้นตอน และผู้ให้บริการได้เสนอแนะให้มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ระดับตำบลเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ทุกคนไม่เฉพาะเจาะจงว่าคนใดคนหนึ่ง นอกจากนี้ยังเสนอให้การจ่ายตามน้ำหนักบริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลควรเท่ากันในกรณีโรคเดียวกัน ในด้านผลงานการเยี่ยมบ้านควรมีการทบทวนการจัดสรรน่าจะเป็นการเน้นผลงานบนสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลมากกว่า และควรมีการตรวจสอบผลงานการเยี่ยมบ้านที่สถานีอนามัยรายงานขึ้นไปว่าผลงานที่ได้มีแต่ปริมาณหรือคุณภาพด้วย ควรลดรูปแบบของรายงานการเยี่ยมบ้านที่ซับซ้อน การชี้แจงเรื่องงบประมาณที่ สอ. ได้รับควรชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ สอ. ได้รับทราบทุกคน ดังคำกล่าวของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติดังนี้

“ควรปรับปรุงในเรื่องของการทำรายงานการเยี่ยมบ้านเพราะรายงานมีมากและซับซ้อน และควรจัดส่วนแบ่ง สปร. ที่ สอ. ให้เท่ากับโรงพยาบาลในกรณีโรคเดียวกันรักษาที่ สอ. หรือโรงพยาบาลควรจ่ายตามน้ำหนักบริการที่เท่ากัน” (ผู้บริหาร 1)

“ในเรื่องของการบริการเยี่ยมบ้านผมว่าจะดูเป็นจริงก็ได้เป็นการโกหกก็ได้มันขึ้นอยู่กับว่าใครเขียนมากเขียนน้อยและที่สำคัญควรมีการตรวจสอบผลงานการเยี่ยมบ้านที่แต่ละ สอ. รายงานขึ้นไปว่ามีแต่ปริมาณหรือคุณภาพด้วย” (ผู้บริหาร 2)

“ควรจัดประชุมชี้แจงหรืออบรมเจ้าหน้าที่ระดับตำบลให้ทราบในเรื่องของการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ทุกคน” (ผู้บริหาร 3)

"การจัดสรรงบประมาณน่าจะโปร่งใสมีการกระจายให้รับรู้ทุกคนไม่ใช่รับรู้แต่เฉพาะผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบงาน ส่วนใหญ่เขาจะให้ผู้บริหารรับรู้และทำการจัดสรร" (ผู้ปฏิบัติ 1)

"การจัดสรรงบประมาณแบบนี้ต้องเหนื่อยขึ้นทุกอย่าง อย่างในเรื่องของรายงานก็ต้องทำส่งเขา เรื่องการเยี่ยมบ้านก็ต้องทำรายงานมากขึ้น" (ผู้ปฏิบัติ 3)

"สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม่มีการชี้แจงระบบ สปร. แบบใหม่ให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทราบอย่างละเอียด" (ผู้ปฏิบัติ 4)

ในส่วนที่มีความแตกต่างกันคือผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานบางคนมองเห็นว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่นี้เป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้บริการมีความกระตือรือร้นในการทำงานเพื่อที่จะได้รับงบประมาณเพิ่มมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานดังนี้

"การจัดสรรตามผลงานก็ดีแล้วเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทำงานมากขึ้น เพื่อให้ได้รับการจัดสรรเงินมาก ๆ" (ผู้บริหาร 4)

"การจัดสรรแบบนี้ดีแล้วนะจะทำให้เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน คือถ้าไม่มี case เยี่ยมบ้านก็ไม่ได้เงิน" (ผู้ปฏิบัติ 2)

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป จากผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในศึกษาครั้งนี้จำนวน 163 คน ลักษณะทั่วไปของผู้ให้บริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคือร้อยละ 55.2 สอดคล้องกับสมหมาย เกิดกล้า (2541) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.8) และสอดคล้องกับ สุจิตร์ คงจันทร์ (2543) เรื่องการประเมินผลบุคลากรในด้านการจัดการข้อมูลการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในจังหวัดสงขลาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.8) ซึ่งจากการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา (2542) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานในสถานีอนามัย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาพบว่า เพศหญิงมีผลต่อการปฏิบัติงานในสถานีอนามัยมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องมาจากภาระกิจหรืองานที่ปฏิบัติที่สถานีอนามัยมีทั้งงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งล้วนเป็นงานที่ต้องการความละเอียด ใช้ระยะเวลายาวนานเป็นงานที่จำเจ ต้องอาศัยความอดทน ซึ่งเป็นงานที่เพศหญิงจะทำได้ดีกว่าเพศชายที่มีธรรมชาติความอดทนน้อย ไม่ชอบงานจำเจ ดังนั้นเพศหญิงจึงสามารถที่จะสร้างผลงานของสถานีอนามัยได้ดีกว่าเพศชาย (เกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา, 2542) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 23 - 35 ปี ร้อยละ 37.4 จะเห็นได้ว่าผู้ให้บริการที่ศึกษาส่วนใหญ่

อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งอีริกสัน (ดรูณี คุณศรี, 2536 อ้างตาม Erikson. n.d.) ได้กล่าวว่าผู้ใหญ่ตอนต้น (20 - 35 ปี) เป็นวัยที่เติบโตเต็มที่คือมีการเจริญถึงขีด มีวุฒิภาวะพร้อมที่จะทำงานประกอบอาชีพ มีครอบครัวและมีโอกาสที่จะกระตุ้นให้คนกลุ่มนี้ทำงานได้เต็มความสามารถและพัฒนางานด้านการให้บริการต่อไปได้ ซึ่งอายุของผู้ให้บริการสอดคล้องกับอายุราชการอยู่ในกลุ่มเดียวกันโดยมีอายุราชการเฉลี่ย 12 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 46.6 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยส่วนใหญ่คือ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 57.1 มีรายได้เฉลี่ย 10,001- 4,000 บาทต่อเดือน

ลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการมีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยโดยเฉลี่ย 8 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์ (2539) เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดสงขลาพบว่า มีประสบการณ์การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานโดยเฉลี่ย 9 ปี และการศึกษาของบุปผา ศิริวิรัมย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2531) เรื่อง การประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติงานตามแผนงานการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลพบว่า มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระยะเวลาเฉลี่ย 7.7 ปี บทบาทการปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการ ร้อยละ 57.7 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สมชาติ ทองหิน (2543) เรื่องการประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธรพบว่า บทบาทในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้บริหาร (ร้อยละ 66.7) ปี 2542 ซึ่งเป็นปีที่มีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัย ร้อยละ 98.8 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.7 ไม่เคยเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงเรื่องการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ผู้ให้บริการที่เคยเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงเรื่องการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ส่วนใหญ่เคยเข้ารับฟัง 1 ครั้ง ร้อยละ 24.5 สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาติ ทองหิน (2543) เรื่องการประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธรพบว่าผู้ให้บริการมีประสบการณ์ในการเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงเรื่องโครงการปฏิรูประบบการบริการคลัส 1 ครั้ง (ร้อยละ 35.9)

2. ผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ในด้านปริมาณงานประจำ จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปริมาณงานประจำจากการตอบแบบสอบถามของผู้ให้บริการพบว่า

ปริมาณงานประจำของงานทั้ง 4 ด้านได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณงานทุกด้านโดยมีการเปลี่ยนแปลงของงานทั้งในด้านปริมาณงานเพิ่มขึ้น เท่าเดิมและลดลง ปริมาณงานด้านการส่งเสริมสุขภาพงานที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ งานการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ปริมาณงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 61.4) และงานที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดคือ งานทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 12.3) ปริมาณงานด้านการป้องกันโรคงานที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคืองานควบคุมโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 33.1) และงานที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลยได้แก่งานควบคุมโรคมาลาเรียและงานควบคุมโรคเท้าช้าง ปริมาณงานด้านการรักษาพยาบาล งานที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านนี้มากที่สุดคือ งานการรักษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ปริมาณงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 51.5) ส่วนปริมาณงานด้านการฟื้นฟูสภาพ งานที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 41.1) จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวอภิปรายได้ว่าลักษณะของงานประจำทุกงานมีการเปลี่ยนแปลงยกเว้นงานควบคุมโรคมาลาเรีย และงานควบคุมโรคเท้าช้างที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงสาเหตุที่งานทั้ง 2 งานนี้ไม่เปลี่ยนแปลงอาจเนื่องมาจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นจังหวัดที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงไม่มีการทำงานในด้านนี้ การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานนั้นเป็นผลเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนระบบการจัดสรรเงิน โดยการจัดสรรตามปริมาณผลงาน (performance based) ทำให้ผู้ให้บริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2543) ที่พบว่าวิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการที่แตกต่างกันจะมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและส่งผลกระทบต่อต้นทุน การบริการและปริมาณงานที่ต่างกัน และสอดคล้องกับ ฮารี วัลยะเสรี และคณะ (2542) ได้กล่าวว่า กลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) ให้กับผู้ให้บริการมีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ ซึ่งการจ่ายตามปริมาณผลงานที่จังหวัดใช้นั้นเป็นการจ่ายตามน้ำหนักบริการ (point system) คือสถานื่อนามัยแห่งใดให้บริการมากก็จะได้รับการจัดสรรงบประมาณมากตามไปด้วยโดยใช้วิธีการนับจำนวนครั้งของผู้มารับบริการ ซึ่งวิธีนี้ก็ส่งผลให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่จะเพิ่มปริมาณผลงานการให้บริการของแต่ละสถานื่อนามัยเพื่อที่จะให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณ สปร. มากตามไปด้วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานื่อนามัยในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลนำมาจัดรูปแบบของปริมาณผลงานในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลงพบว่าลักษณะของปริมาณผลงานทั้ง 3 ด้านนี้ส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางปริมาณงานเท่าเดิมหรือลดลงของงานอนามัยแม่และเด็ก และไปเพิ่ม

ในงานการรักษาพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาติ ทองหิน (2543) เรื่องการประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานอนามัยในจังหวัดยโสธรพบว่าปริมาณผลงานการให้บริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยบัตร สปร. ที่มารับบริการที่สถานอนามัยเพิ่มขึ้น ในขณะที่ปริมาณงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคลดลง

ส่วนของงานการเยี่ยมบ้านผู้วิจัยได้นำปริมาณผลงานการเยี่ยมบ้านแยกออกจากงานด้านส่งเสริมสุขภาพเพราะจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การเยี่ยมบ้านที่ผู้ให้บริการออกไปเยี่ยมคือผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมารดาหลังคลอด ซึ่งในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุจะรวมอยู่ในกลุ่มของงานด้านการฟื้นฟูสภาพ (จากแบบสำรวจกิจกรรมการเยี่ยมบ้านจะได้อธิบายในลักษณะย่อตรงโดยไม่ได้แจกแจงละเอียด) ดังคำกล่าวของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานดังนี้

“งานด้านฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่แล้วเราจะไม่ได้ลงบันทึกเพราะจะรวมอยู่กับการเยี่ยมบ้าน ถ้าจะลงก็ลงแต่การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ” (ผู้ปฏิบัติ 2)

“งานที่เพิ่มขึ้นจะเป็นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และเยี่ยมหลังคลอด ลักษณะการเยี่ยมบ้านจะเป็นแบบเราไปเยี่ยม 1 case เช่น เยี่ยมหลังคลอดแล้วไปเจอผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เราก็จะอาศัยเยี่ยมไปเลย แล้วกลับมาเขียนรายงานเพื่อที่จะได้เรียกเก็บตามผลงาน” (ผู้ปฏิบัติ 3)

“case เยี่ยมบ้านส่วนใหญ่เป็นแม่และเด็ก และผู้สูงอายุ เยี่ยมก่อนคลอด เยี่ยมหลังคลอด และก็มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” (ผู้บริหาร 2)

และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ให้บริการในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติให้คำตอบที่เหมือนกันคือ ผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่องานประจำคือคนไข้มารับบริการมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ใช้สิทธิ สปร. ทำให้งานด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นและการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนงานด้านอื่นมีปริมาณเท่าเดิม ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“คนไข้มารับบริการมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิ สปร.” (ผู้ปฏิบัติ 2)

“ผลกระทบด้านนี้จะเป็นด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ส่วนด้านอื่น ๆ ก็เหมือนเดิม” (ผู้บริหาร 4)

“จะมีด้านการรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้านที่เพิ่มขึ้น ส่วนด้านอื่น ๆ ก็เท่าเดิมคือไม่เพิ่มและไม่ลด” (ผู้ปฏิบัติ 1)

“งานเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นเพราะมีคำตอบแทนให้” (ผู้ปฏิบัติ 2)

การวิเคราะห์ผลจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานอนามัยอภิบาลได้ว่าผลการปฏิบัติงานจริงที่พบปริมาณงานที่เพิ่มคือ การรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน (ตาราง

29 และ 30 ภาคผนวก ข) ดังได้กล่าวแล้วว่า การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของจังหวัดนั้น เป็นการจ่ายตามน้ำหนักบริการโดยนับจำนวนครั้งของการให้บริการ และนอกจากนี้แล้วยังให้ผลตอบแทนด้านงานการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งเท่ากับน้ำหนักการให้บริการผู้ป่วยที่สถานีนอมาลัย 1 ครั้งเช่นกัน เมื่อดูผลงานการเยี่ยมบ้านของแต่ละสถานีนอมาลัยจะพบว่าส่วนใหญ่ปริมาณผลงานการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นและมีข้อสังเกตคือผลงานการเยี่ยมบ้านในปีงบประมาณ 2541 สถานีนอมาลัยบางแห่งไม่มีการจัดบันทึกผลการปฏิบัติงาน อาจเป็นเพราะปีงบประมาณ 2541 ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนการเยี่ยมบ้านดังนั้นจึงไม่มีการจัดบันทึกรายงาน และผลการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มอาจเป็นเพราะการรักษาพยาบาลเป็นงานที่ทำได้โดยใช้เวลาน้อยกว่าการให้บริการงานด้านอื่นและเป็นการปฏิบัติงานเชิงรับอยู่ที่สถานีนอมาลัย นอกจากนี้แล้วยังสามารถนำไปคิดค่าตอบแทนตามน้ำหนักบริการได้สะดวกกว่างานด้านอื่น ๆ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปริมาณงานที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ให้บริการกับผลงานที่ได้จากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนอมาลัยพบว่ามีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการเพิ่มขึ้น เเท่าเดิมหรือลดลงของงานในหมวดต่าง ๆ ที่พบจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนอมาลัย โดยใช้ปัจจัยในด้านของผู้ให้บริการ ได้แก่ จำนวนผู้ให้บริการ อายุของผู้ให้บริการ (อายุที่สูงสุดใน สอ.) จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ และความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่สถานีนอมาลัยของผู้รับบริการ (ได้จากการตอบของผู้ให้บริการ) มาหาความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้น เเท่าเดิมหรือลดลงของงานในหมวดต่าง ๆ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้น เเท่าเดิมหรือลดลงของงานในหมวดต่าง ๆ ที่พบจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนอมาลัย ผู้วิจัยจึงได้ตั้งข้อสังเกตว่าการศึกษานี้ อาจจะมีเรื่องของความลำเอียงได้ ซึ่งแหล่งที่มาของความลำเอียงได้แก่

(1) ความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลใน 2 ช่วง พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องของรูปแบบและลักษณะการบันทึกรายงาน คือในช่วงที่ไม่มีการจ่ายตามน้ำหนักบริการอาจจะไม่มีการบันทึก หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจึงมีการบันทึกที่เป็นรูปแบบและละเอียดมากขึ้นจะเห็นได้จากกรณีของการบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าวของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานดังนี้

“เมื่อก่อนนี่จะเป็นเล่มเป็นแบบสมุดเยี่ยมบ้านนะ แต่เดี๋ยวนี้จะบันทึกเป็น case กลับมาเราก็จะเขียนว่าเราไปให้สุขศึกษาอะไรเขาบ้าง โรคอะไร สถานที่ บ้านเลขที่ และทำอะไรให้กับเขาบ้าง เมื่อเสร็จแล้วเราก็จะจัดรวบรวมให้กับ สสอ. เป็นราย case” (ผู้บริหาร 1)

“ในเรื่องของการทำรายงานเยี่ยมบ้านเดิม ๆ จะไม่มีเป็นเพียงแค่สมุดเฉย ๆ ไม่มีรายงานการเยี่ยมบ้านเลยตอนนี้รายงานการเยี่ยมบ้านมันจะเป็นแผ่นและลงรายละเอียดการเยี่ยม”

(ผู้บริหาร 3)

“เขาจะมีเพิ่มขึ้นมาเขียนว่าชื่ออะไร ให้บริการอะไร มีจำนวนครั้งของการให้บริการเพื่อที่จะได้เอาไปเรียกเก็บตามผลงาน” (ผู้ปฏิบัติ 2)

“ส่วนใหญ่จะเป็น case ที่โรงพยาบาล refer มา เช่น เยี่ยมหลังคลอด ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ก็จะใช้สิทธิ สปร. การเยี่ยมแล้วแต่เวลาของเรา ลักษณะของรายงานที่ลงก็จะเน้น สปร. มากที่สุดเท่าที่ทำมา” (ผู้ปฏิบัติ 4)

แต่ผู้วิจัยคาดว่าส่วนนี้คงไม่มีผลมาก เมื่อดูผลการวิจัยแล้วก็ไม่ได้พบการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกันอย่างนัก

(2) จากการตอบแบบสอบถามผู้ให้บริการต้องการตอบที่จะให้ดูดีจากผลการตอบ (prevarication) เวลาไปสอบถามก็จะตอบว่าทำงานมากขึ้นทำให้เกิดความลำเอียงตรงนี้ได้จากการตอบแบบสอบถามผู้ให้บริการตอบว่าปริมาณงานเพิ่มขึ้นมากเมื่อเทียบกับปริมาณงานที่พบจริงแต่อาจจะเพิ่มไม่มากจากที่ตอบแบบสอบถาม

(3) ความแตกต่างในเรื่องปริมาณงานในหมวดต่าง ๆ ระหว่างสถานีนอนามัยมีความผันแปรมากดูได้จากค่าสัมประสิทธิ์ของการกระจาย (ภาพประกอบ 16,17 และ18)

2.2 ผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ในด้านเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่างจากการตอบแบบสอบถามของผู้ให้บริการพบว่า เวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการงานประจำแต่ละอย่างมีการเปลี่ยนแปลงโดยเปลี่ยนในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง เวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ เวลาที่จัดสรรมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ งานการเยี่ยมบ้านเปลี่ยนแปลงในทางที่จัดสรรเวลาการให้บริการเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 53.4) ด้านการป้องกันโรคงานที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดสรรเวลามากที่สุดคือ งานควบคุมโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 28.8) ด้านการรักษาพยาบาล งานการรักษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรเวลาการให้บริการมากที่สุด (ร้อยละ 44.2) และด้านการฟื้นฟูสภาพมีการเปลี่ยนแปลงมากในงานการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 35.6) และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ให้บริการในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยให้คำตอบที่เหมือนกันคือ ในด้านเวลาการให้บริการมีการวางแผนล่วงหน้าแล้วว่าจะให้บริการอะไร โดยบริการที่ให้ในแต่ละวันจะเป็นการรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน ดังนั้นเวลาที่ผู้ให้บริการจัดสรรในแต่ละวันจึงเป็นในเรื่องของการรักษาพยาบาล และการเยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ในเรื่องของเวลา...จะจัดเวรกันให้การรักษาพยาบาล ส่วนพวกที่ไม่เกี่ยวข้องก็จะออกเยี่ยมบ้าน” (ผู้บริหาร 2)

“ถ้าไม่มี case เยี่ยมบ้านก็จะให้บริการที่นี่ทุกวัน” (ผู้บริหาร 1)

“จะมีการวางแผนให้การรักษา ในช่วงเช้าจะเป็นการรักษาพยาบาล และบ่ายจะออกเยี่ยมบ้าน” (ผู้ปฏิบัติ 2)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผู้ให้บริการตอบและจากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่าเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ การรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่าผลกระทบต่อปริมาณงานจะสอดคล้องกับผลกระทบด้านเวลาที่ใช้จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่างในด้านของการรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้านที่มีปริมาณงานเพิ่มขึ้นและใช้เวลาในการให้บริการเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรเงินจึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อที่จะได้รับผลตอบแทนตามผลงาน นอกจากนี้แล้วอาจเป็นผลมาจากการรักษาพยาบาลเป็นการทำงานที่สะดวก มีเครื่องมือครบ และประกอบกับสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความศรัทธาของผู้รับบริการให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอมา้ยเพื่อให้ผู้รับบริการมารับบริการที่สถานีนอมา้ยมากขึ้นเพื่อที่จะได้รับค่าตอบแทนตามผลงานมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุเมธ ทิพย์ชาติ (2533) เรื่องการปฏิบัติงานและการรับรู้ในบทบาทการให้บริการสาธารณสุขประจำสถานีนอมา้ยในจังหวัดพิษณุโลกพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เวลาในการปฏิบัติงานแต่ละสัปดาห์ไปในด้านการรักษาพยาบาลด้วย เหตุผลว่าการทำงานด้านนี้มีความสะดวก สบาย มีเครื่องมือครบและได้ใช้ความรู้ความสามารถมากกว่าและสามารถใช้เป็นเครื่องมือสร้างความเชื่อมั่นและความศรัทธาของประชาชนให้กับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอมา้ยเพื่อให้ประชาชนมารับบริการมากขึ้น

ส่วนงานด้านการเยี่ยมบ้าน ผู้ให้บริการใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านมากขึ้นเช่นกันซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดงบประมาณ สปร. แบบใหม่นี้เป็นแรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้ผู้ให้บริการทำงานมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจ และสอดคล้องกับเฉลิมพล ดันสกุล (2541) ที่กล่าวว่าคนที่คนเราจะทำอะไรสักอย่างต้องมีแรงผลักดันที่เป็นตัวชักนำให้ทำอย่างนั้น สิ่งที่ชักนำให้แสดงออกมามองไม่เห็นแต่สามารถทราบได้ว่ามีหรือไม่มีโดยดูที่พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาให้เห็น และแรงผลักดันที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเรียกว่า แรงจูงใจ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ใช้วิธีการจ่ายเงินตามน้ำหนักบริการนั้นเป็นแรงจูงใจ ซึ่งเป็นแรงจูงใจภายนอกหรือปัจจัยจำจุน (hygiene factors) ที่ทำให้ผู้ให้บริการ

เปลี่ยนพฤติกรรมในการให้บริการโดยพยายามทำให้ผลงานมากขึ้นเพื่อที่จะได้รับผลตอบแทนมากตามไปด้วย ดังคำกล่าวของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติดังนี้

“การจัดสรรตามผลงาน...เป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทำงานมากขึ้น เพื่อให้ได้รับการจัดสรรเงินมาก ๆ” (ผู้บริหาร 4)

“การจัดสรรแบบนี้ดีแล้วทำให้เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน คือถ้าไม่มี case เยี่ยมบ้านก็ไม่ได้เงิน” (ผู้ปฏิบัติ 2)

2.3 ด้านความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการในเรื่องรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.4) มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา ศิริวิศมี และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2531) เรื่องการประเมินผลความรู้ทัศนคติ ทักษะและการปฏิบัติงานตามแผนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลซึ่งพบว่าบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตร์ คงจันทร์ (2543) เรื่องการประเมินผลบุคลากรในด้านการจัดการข้อมูลการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในจังหวัดสงขลาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลมีความรู้เรื่องการจัดการข้อมูลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายชื่อแล้วพบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องวัตถุประสงค์ และไม่ถึงครึ่งที่มีความรู้เกี่ยวกับหลักการปฏิบัติจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทั้งในระดับผู้บริหาร (หัวหน้าสถานีอนามัย) และระดับผู้ปฏิบัติงานจะได้รู้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ เฉพาะผู้บริหารและคนที่ทำงานด้านการเงิน สปร. ของสถานีอนามัย เมื่อคนที่ไปรับฟังการประชุมชี้แจงกับมาแล้วก็จะมาถ่ายทอดให้กับผู้ที่อยู่ที่สถานีอนามัยแต่ลักษณะการถ่ายทอดนั้นจะเป็นการชี้แจงเพียงวัตถุประสงค์ทั่ว ๆ ไปไม่ได้ลงลึกถึงรายละเอียดของขั้นตอนอย่างแท้จริงเพราะคนที่ไปรับฟังการประชุมชี้แจงเองก็รับนโยบายมาไม่หมด การปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยต้องอาศัยการเรียนรู้ดังคำกล่าวของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติดังนี้

“ที่มผู้นิเทศมาก็ได้แต่เกริ่น ๆ ในคณะ คปสอ. ไปประชุมอำเภอที่ก็พูดกันอยู่แบบนี้ อยู่สอ. ต้องอาศัยการเรียนรู้ ... ประชุมแต่ครั้งเดียวส่วนมากก็จะให้หัวหน้าไป การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่อำเภอก็ไปก็พอรู้บ้างแต่ไม่ได้ลงรายละเอียด” (ผู้บริหาร 2)

“พี่ไม่ค่อยเข้าใจอะไรเท่าไร เพราะของพี่จะเป็นคนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องนี้เข้าไปฟังการประชุมชี้แจง พอกลับมาจาก 70 ก็อาจจะเหลือ 50 หรือ 25 คงไม่ลึกซึ้งเท่าไรหรอก ไม่ละเอียดเหมือนที่เจ้าตัวเข้าไปรับฟังหรอกนะ” (ผู้บริหาร 4)

“อยากให้เจ้าหน้าที่ของแต่ละสถานีอนามัยได้รับทราบทุกคนไม่เพียงแต่หัวหน้าสถานีอนามัยเท่านั้นที่ได้รับฟังการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ สปร. เพราะหัวหน้าจะทำงานเกี่ยวกับเรื่องเงิน สปร.” (ผู้ปฏิบัติ 1)

“เท่าที่ผ่านมาการอบรมชี้แจงเรื่องอะไรจะเรียกเฉพาะผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เวลาเขากลับมาก็ถ่ายทอดให้ฟัง แต่ก็ไม่หมดเหมือนกับที่เราเข้าไปรับฟังด้วยตนเอง” (ผู้ปฏิบัติ 4)

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นอภิปรายได้ว่ารูปแบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่นั้นเป็นการให้ข้อมูลจากผู้บริหารระดับสูงไปสู่ผู้ปฏิบัติงานตามลำดับ โดยเป็นการกำหนดนโยบายหลักจากผู้บริหารในจังหวัด การที่ผู้บริหารในจังหวัดทุกระดับมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือวางแผนทุกขั้นตอนของการดำเนินงานจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้แก่บุคลากรทุกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับอรุณ รักธรรม (2533) ที่กล่าวว่า การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงจะลดลงถ้าข้อตกลงในโครงการนั้นมาจากผู้บริหารระดับสูง ทำให้ลดความขัดแย้งและให้ความร่วมมือภายใต้การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ ซึ่งสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2539) ได้มีข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์การพัฒนาคความรู้เพื่อสนับสนุนให้สถานีอนามัยมีการทำงานอยู่บนพื้นฐานของความรู้จริง ในการศึกษาภาพลักษณ์ของสถานีอนามัยในสองทศวรรษหน้า เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความแข็งแกร่งในการปฏิบัติงานโดยให้มีการพัฒนาและเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับการบริหารจัดการ สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลอย่างเป็นรูปธรรมจริงจังและชัดเจนในเรื่องของการให้ข้อมูล

2.4 จากการศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ได้แก่ ผู้ให้บริการขาดความรู้ ความเข้าใจในวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน นโยบายของผู้บริหารไม่ชัดเจน นอกจากนี้แล้วประชาชนยังไม่รับทราบและมองไม่เห็นความสำคัญของการใช้สิทธิ สปร. และผู้ให้บริการได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ คือ ควรให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยโดยตรงทุกคน จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ให้บริการทั้งในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติจะกล่าวในสิ่งที่เหมือนกันคือ ผู้ให้บริการขาดความรู้ ไม่เข้าใจขั้นตอนของการจัดสรรเงิน สปร. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม่ชี้แจงระบบการจัดสรรเงิน สปร. ให้ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทราบ นโยบายหรือการชี้แจงเรื่องการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ยังไม่ชัดเจน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“บุคลากรในหน่วยงานขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่ชัดเจนในขั้นตอนของ สปร.” (ผู้บริหาร 1)

“การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ยังไม่มีการกระจายความรู้สู่ระดับล่าง อยากให้ผู้บังคับบัญชาจากหน่วยเหนือติดตามนิเทศให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน” (ผู้ปฏิบัติ 3)

“สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม่มีการชี้แจงระบบ สปร. แบบใหม่ให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทราบอย่างละเอียด” (ผู้ปฏิบัติ 4)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ลักษณะการดำเนินงานการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของจังหวัดเป็นนโยบายหลักจากผู้บริหารแล้วส่งการลงมายังผู้ปฏิบัติ โดยไม่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานให้รับทราบนโยบายและวิธีปฏิบัติ ซึ่งลักษณะของการจัดอบรมให้ความรู้จะรับทราบเฉพาะผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของงบประมาณในการที่จะจัดอบรมหรือประชุมชี้แจงให้ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยได้รับทราบทุกคนจึงต้องอาศัยการถ่ายทอดนโยบายจากบนลงล่าง (การสื่อสารตามแนวตั้ง) ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับผู้ที่รับนโยบายมาว่าจะสามารถนำมาถ่ายทอดแก่ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยได้มากน้อยเพียงใดซึ่งการนำมาถ่ายทอดนั้นอาจจะไม่ครบถ้วน

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติพบว่า ผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ส่วนใหญ่มีผลกระทบในด้านปริมาณงานประจำเพิ่มขึ้น ได้แก่ การรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน ส่วนในด้านเวลาที่จัดสรรสำหรับการให้บริการงานประจำพบว่ามีวางแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะจัดสรรเวลาในการให้บริการอะไร เวลาที่ใช้ในการให้บริการจะเป็นด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยและการออกเยี่ยมบ้าน ช่วงเช้าเป็นการให้บริการที่สำนักงาน ช่วงบ่ายผู้ให้บริการจะออกเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ดีสวัสดิ์ และคณะ (2530) เรื่องการศึกษาปริมาณงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลพบว่า บุคลากรในสถานีอนามัยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการรักษาพยาบาลในสำนักงาน และส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับลักษณะเต็มศิริกุลชัย (2529) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลพบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการรักษาพยาบาล ผลกระทบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ผู้ให้บริการ ในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเห็นเหมือนกันว่าผู้ให้บริการขาดความรู้ ไม่เข้าใจวิธีการจัดสรร และไม่มีการกระจายความรู้สู่ผู้ปฏิบัติในระดับล่าง นอกจากนี้แล้วผู้ให้บริการได้มีข้อเสนอแนะให้จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคน และควรปรับปรุงในเรื่องของการทำรายงานการเยี่ยมบ้านเพราะรายงานมีมากและซับซ้อน ควรทบทวนการจัดสรรเงิน สปร. ที่ สอ. ให้ได้รับเทียบเท่ากับ รพ. ในกรณีโรคเดียวกัน และควรมีการตรวจสอบผลงานการเยี่ยมบ้านที่แต่ละ สอ. รายงานขึ้นไปว่ามีแต่ปริมาณหรือคุณภาพด้วย ผลการ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอภิปรายได้ว่า การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่เป็นแรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้ผู้ให้บริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการให้บริการ โดยการเพิ่มหรือลดปริมาณงานบางอย่างที่สามารถให้ค่าตอบแทนผลงานได้ง่าย ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ได้กล่าวไว้ในตอนต้น และสอดคล้องกับจำนงค์ สมประสงค์ (2524) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ตัวจูงใจ (incentive) คือสิ่งที่ทำให้ร่างกายพยายามแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา ตัวจูงใจช่วยให้เพิ่มกำลังการกระทำของร่างกาย และสิ่งจูงใจในการทำงานที่สำคัญคือ เงิน (money) มีส่วนสัมพันธ์โดยตรงต่อการเพิ่มปริมาณผลงานมีประสิทธิภาพพิเศษในการกระตุ้นผลงาน ดังคำกล่าวของผู้บริหารและผูปฏิบัติงานดังนี้

“การจัดสรรตามผลงานก็ดีแล้วเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทำงานมากขึ้น เพื่อให้ได้รับการจัดสรรเงินมาก ๆ” (ผู้บริหาร 4)

“การจัดสรรแบบนี้ดีแล้วนะจะทำให้เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน คือถ้าไม่มี case เยี่ยมบ้านก็ไม่ได้เงิน” (ผู้ปฏิบัติ 2)

และสาเหตุที่ผู้ให้บริการไม่มีความรู้ และไม่เข้าใจวิธีการจัดสรรงบประมาณอาจเนื่องมาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณเป็นลักษณะการสั่งการแบบทางเดียว ทำให้บุคลากรไม่ได้รับรู้และเข้าใจกันอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นผู้บริหารระดับสูงควรจะให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญกับการแจ้งข้อมูลข่าวสารให้แก่บุคลากรในระดับผูปฏิบัติงานเพื่อให้นโยบายเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับเรดดิ้ง (Redding, 1973) ที่ได้ทำการวิจัยที่มหาวิทยาลัยเปอร์ดูเกี่ยวกับการสื่อสารในองค์กรพบว่า การบอกให้บุคลากรได้รับรู้ถึงข้อมูลการเปลี่ยนแปลงล่วงหน้าเกี่ยวกับนโยบายจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบังคับบัญชาที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้แล้ว การวิจัยของโกรฟว์ และริชาร์ด (Grove and Richard, 1967) ยังพบว่าหากผู้บริหารได้เห็นความสำคัญหรือเน้นนโยบายเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไปยังบุคลากรในองค์กรแล้วจะทำให้การดำเนินงานขององค์กรเป็นไปตามเป้าหมายได้เป็นอย่างดี และกรีท สืบสนธิ (2525) ได้กล่าวว่าการให้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานจะช่วยให้การทำงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ดังนั้นสามารถที่จะสรุปได้ว่าการที่ผู้บริหารให้ข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพแก่บุคลากรในระดับผูปฏิบัติงานจะช่วยให้ผลงานโดยทั่ว ๆ ไปขององค์กรมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้เนื่องจากทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรจะมีการรับรู้ข้อมูลที่แตกต่างกันตามลักษณะของการสื่อสารและการถ่ายทอดระหว่างบุคลากรในองค์กร

วิจารณ์ผลการวิจัย

จากสมมุติฐานการวิจัยได้กล่าวไว้ว่าเมื่อวิธีการจ่ายค่าตอบแทนเปลี่ยนแปลงไปก็จะสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการให้บริการซึ่งส่งผลให้การศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานของการวิจัยซึ่งกล่าวมาโดยตอนต้นคือ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในด้านของค่าตอบแทนซึ่งจะทำให้เกิดแรงจูงใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ให้บริการไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสะท้อนออกมาในรูปของปริมาณงานที่เปลี่ยนแปลงไปโดยจะเห็นได้จากผลการศึกษาซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มของงานในบางหมวดและลดลงโดยบางหมวด ซึ่งคำอธิบายสำหรับปรากฏการณ์นี้ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นเพราะว่างานการรักษายาบาลเป็นการให้บริการเชิงรับอยู่ที่สถานีนามัยซึ่งง่ายและเห็นผลงานมากกว่างานด้านอื่นจึงทำให้มุ่งเน้นงานด้านการรักษายาบาล ส่วนการเยี่ยมบ้านมีผลงานการให้บริการมากขึ้นเนื่องจากการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงานซึ่งแต่ก่อนไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้สำหรับการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้แล้วยังไม่มีการตรวจสอบผลงานการเยี่ยมบ้านด้วย และจากผลการศึกษาพบว่าปริมาณงานที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ให้บริการกับปริมาณงานที่ได้จากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนามัยและการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการมีทิศทางเดียวกันแต่อาจจะต่างกันคือ ในทิศทางที่เพิ่มขึ้นทิศทางเดียวกัน คือ เมื่อไปสัมภาษณ์ปริมาณงานก็เพิ่ม และเมื่อไปสำรวจจากกิจกรรมที่บันทึกการให้บริการของสถานีนามัยก็พบว่าเพิ่มแต่จำนวนที่เพิ่มอาจไม่เท่ากัน จากแบบสอบถามอาจจะสูงกว่ามากและจากการสัมภาษณ์การทำงานก็เพิ่มมากขึ้นด้วย

สรุปรวมคืองานทุกงานของผู้ให้บริการไปด้วยกันในลักษณะที่เพิ่มโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของการรักษายาบาล และการเยี่ยมบ้าน อาจจะมีการชดเชยโดยการลดลงในด้านอื่น เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ แต่ไม่มีผลใด ๆ จากการศึกษาเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นด้านปริมาณงานว่ามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแล้วปริมาณงานจะเปลี่ยนแปลงอย่างไร การศึกษาจำกัดเพียงบางส่วนไม่ได้ตอบคำถามทั้งหมด ซึ่งคำถามหลักคือ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแล้วคุณภาพบริการดีขึ้นหรือไม่ เพราะฉะนั้นผลการศึกษาจึงไม่อาจบอกได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ทำให้คุณภาพบริการดีขึ้นหรือไม่ และผลการศึกษาสามารถนำไปอธิบายได้เฉพาะจุดเวลา ซึ่งเฉลิมพล ต้นสกุล (2541) ได้กล่าวว่า การที่คนเราจะทำกิจกรรมอะไรขึ้นมาสักอย่างระยะแรกอาจเป็นเพราะได้รับผลตอบแทน แต่เมื่อทำกิจกรรมนั้นไปแล้วเกิดมีความรู้สึกว่ารางวัลหรือค่าตอบแทนที่ได้รับไม่จำเป็นอีกต่อไปแต่ทำเพราะใจรักที่จะทำ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาต่อไปเพื่อแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมของผู้ให้บริการในระยะยาว

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง (cross sectional research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้าน 1) ปริมาณงานประจำ 2) เวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง และเพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ รวมทั้งเพื่อสำรวจปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในพื้นที่ 5 อำเภอได้แก่ อำเภอผักไห่ อำเภอบางบาล อำเภอบางซ้าย อำเภอบางบาล และอำเภอบ้านแพรกซึ่งผู้ให้บริการมีจำนวนทั้งสิ้น 163 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ มัชยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ของการกระจาย การประมาณค่าในรูปของอันตรภาคแห่งความเชื่อมั่น และสถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

สรุปผลการวิจัย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1.1 ด้านปริมาณงานประจำ พบว่าการปฏิบัติงานประจำทั้ง 4 ด้านได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการเปลี่ยนแปลงในทางปริมาณงานเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง ปริมาณงานที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดทั้งจากที่ผู้ให้บริการตอบแบบสอบถาม จากการสัมภาษณ์และปริมาณงานจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัยที่นำมาจัดรูปแบบปริมาณผลงานในทางเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง คืองานการรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน โดยเปลี่ยนแปลงในทางปริมาณงานเพิ่มขึ้น

1.2 ด้านเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง พบว่าจากการตอบแบบสอบถามของผู้ให้บริการการจัดสรรเวลาสำหรับงานประจำแต่ละอย่างมีการเปลี่ยนแปลง โดยเปลี่ยนแปลงในทางที่จัดสรรเวลาสำหรับการให้บริการเพิ่มขึ้น เท่าเดิมหรือลดลง และงานที่มีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรเวลามากที่สุดคืองานการรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าผู้ให้บริการจัดสรรเวลาในการให้บริการรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้านมากในแต่ละวัน

2. ด้านความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่พบว่า ระดับความรู้ของผู้ให้บริการในเรื่องรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องวัตถุประสงค์ของการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ และไม่ถึงครึ่งที่มีความรู้เกี่ยวกับหลักการหรือวิธีการในการเบิก - จ่ายเงิน

3. ด้านปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เกิดจากการดำเนินงานเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่พบว่า ผู้ให้บริการได้ให้ข้อคิดเห็นสาเหตุที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ 2) เจ้าหน้าที่ขาดขวัญ กำลังใจ และแรงจูงใจในการทำงาน 3) ประชาชนยังไม่รับทราบและมองไม่เห็นความสำคัญ และผู้ให้บริการได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ดังนี้ 1) ควรให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่สถานีอนามัยโดยตรง 2) ควรจัดสัดส่วนของการแบ่งเงิน สปร. ตามน้ำหนักบริการที่สถานีอนามัยให้เท่ากับโรงพยาบาลในกรณีโรคเดียวกัน 3) งานเยี่ยมบ้านควรมีการส่งผลงานให้ผู้นิเทศงานตรวจสอบความถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แม้ว่าผู้วิจัยพยายามดำเนินการเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถแสดงผลได้อย่างเที่ยงตรงและใกล้เคียงกับความเป็นจริงให้มากที่สุดจนสามารถสรุปผลการวิจัยออกมาดังรายงานการวิจัยฉบับนี้ก็ตาม ผู้วิจัยขอยอมรับว่างานวิจัยนี้ยังขาดความสมบูรณ์ตามที่ผู้วิจัยได้คาดหวังไว้หลาย ๆ ด้านซึ่งเป็นข้อจำกัดของระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยจึงไม่สามารถตอบปัญหาที่มีอยู่มากมายได้ และเป็นข้อจำกัดของการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัยที่ไม่สามารถเก็บได้ครบครอบคลุมทุกสถานีอนามัยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่ผู้วิจัยคาดหวังไว้ ผู้วิจัยเห็นว่ายังมีสาระต่าง ๆ ที่สำคัญและ

จำเป็นอีกมากมายที่ควรจะได้มีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องต่อไป ทั้งนี้เพื่อที่จะได้นำคำตอบที่ได้จากการศึกษานั้นไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุขต่อไป

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะใน 2 ลักษณะคือ ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้กับข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรมีการจัดให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่แก่ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย

- เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการให้เกิดความถูกต้องและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
- เพื่อให้การประสานงานในหน่วยงานเป็นแนวทางเดียวกัน

1.2 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรจัดให้มีการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลงานอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการให้ความรู้และแนวทางในการปฏิบัติงานและควบคุมให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์

1.3 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรมีการสร้างระบบการตรวจสอบที่เป็นมาตรฐานโดยคำนึงถึงคุณภาพของผลงาน

1.4 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรมีข้อมูลสารสนเทศที่มีความน่าเชื่อถือและต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์และผลงานของสถานพยาบาลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยได้ทราบทุกคน เนื่องจากเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการจัดสรรเงิน

1.5 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรมีการปรับปรุงรูปแบบการบันทึกรายงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันเนื่องจากต้องใช้เป็นเครื่องมือสำหรับคิดปริมาณผลงานการให้บริการ และลดความซ้ำซ้อนของรายงานที่ต้องใช้เวลามากกับการบันทึก

1.6 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรเพิ่มการจ่ายตามน้ำหนักบริการ (point system) ให้กับงานการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้มากขึ้น เนื่องจากงานทั้งสองนี้เป็นงานที่ใช้งบประมาณน้อยแต่ได้รับผลตอบแทนที่คุ้มค่ากว่างานการรักษาพยาบาล รวมถึงงานสุขภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งในอนาคตจะเป็นปัญหาต่องานสาธารณสุขมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลในภาพรวมทั้งในระดับสถานีนามัยและโรงพยาบาลเพื่อเปรียบเทียบในด้านความเป็นธรรมในการจัดสรรเงินงบประมาณ สปร. แบบใหม่
- 2.2 ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่
- 2.3 ควรมีการศึกษาคุณภาพบริการของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัยเมื่อเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

บรรณานุกรม

กรีฑ สืบสนธิ. 2525. การสื่อสารในองค์กร. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา. 2542. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของกรปฏิบัติงานในสถานเือนามัย
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (รายงานการวิจัย)

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงาน. 2537ก. รายงานการศึกษาดูงานการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศสหราชอาณาจักร สวีเดน เนเธอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 24 มกราคม - 1 กุมภาพันธ์ 2537. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. (สำเนา)

_____. 2537ข. รายงานการศึกษาดูงานการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา ระหว่างวันที่ 4 - 15 พฤษภาคม 2537. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. (สำเนา)

_____. 2540. "ความก้าวหน้าการวิจัยและพัฒนารูปแบบในพื้นที่โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข", เอกสารประกอบการประชุมวันที่ 8 ธันวาคม 2540. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. (สำเนา)

จำนงค์ สมประสงค์. 2524. การบริหารพนักงานเจ้าหน้าที่. พระนคร : กรุงเทพมหานครพิมพ์.

เฉลิมพล ต้นสกุล. 2541. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.

ณรงค์ศักดิ์ อังคสุวพลา. 2541. เอกสารประกอบการประชุม "ภาพรวมของระบบบริการที่พึงประสงค์", จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) วันที่ 1 เมษายน 2541
โรงแรมเรดิสัน. (อัดสำเนา)

- ดรฤณี คุณศรี. 2536. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต เอกบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เต็มศรี ชำนิจารกิจ. 2531. สถิติประยุกษ์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียนฉาย กิระนันท์. 2539. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเต็ม พันรอบ. มปป. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อมรรการพิมพ์.
- บุปผา ศิริวิรัมย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ. 2531. การประเมินผล ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติงานตามแผนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล. รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเพื่อพัฒนานักสาธารณสุขระดับตำบล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. 2541. เอกสารประกอบการประชุม "ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์", กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (สำเนา)
- ปรีชา ดีสวัสดิ์ และคณะ. 2530. การศึกษาปริมาณงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล. รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเพื่อพัฒนานักสาธารณสุขระดับตำบล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์. 2539. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลลิขิต และทัศนีย์ นะแสง. 2539. วิจัยทางการพยาบาล : หลัก
การและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : เทมการพิมพ์.

ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2520. จิตวิทยาทั่วไป.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

เรณา พงษ์เรืองพันธุ์. 2540. การวิจัยทางการพยาบาล. ม.ป.ท.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. 2529. ปัจจัยที่เป็นผลต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ
ตำบล. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิเชียร เกตุสิงห์. 2537. การวิจัยเชิงปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2539. ทุกข์, สมุทัยในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพคนไทย
เอกสารประกอบ การนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปี ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
เรื่อง "ปฏิรูปเพื่อสุขภาพยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ", วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539
ณ โรงแรมรอยัล ออร์คิด เซอราตัน กรุงเทพมหานคร.

ศุภชัย คุณารัตน์พฤกษ์ และอนุวัฒน์ ศุภชติกุล. 2537. "การปฏิรูประบบสาธารณสุขของสหรัฐ
อเมริกา : บทเรียนสำหรับประเทศไทย", วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1
(มกราคม - มีนาคม 2537), 55 - 66.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. 2537. "การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศสหราชอาณาจักร
สวีเดน และเนเธอร์แลนด์", วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2
(เมษายน - มิถุนายน 2537), 109 - 114.

_____. 2538. "ระบบการคลังกับการกระจายอำนาจทางสาธารณสุข", วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม 2538), 195 – 201.

ศุภสิทธิ์ พรธนาภูโณทัย และคณะ. 2539. ผลกระทบของการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในระบบจ่ายตามปริมาณงานและไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (รายงานการวิจัย)

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. 2536. รายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย", วันที่ 11-13 พฤศจิกายน 2536 ณ โรงแรมดุสิตริゾートแอนโปโลคลับจังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย .

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2538. "หลักประกันทางด้านสุขภาพกับระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต", วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2538) ,134 – 144.

_____. 2541. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2534. การจูงใจ. ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2538.

สมชาติ ทองหิน. 2543. การประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานอนามัยในจังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมชาย สุพันธุ์วัฒน์. 2526. หลักชีวสถิติ. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

สมหมาย เกิดกล้า. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2541. "ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูประบบการเงินการคลัง : โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล", วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (ม.ค-มี.ค 2541).

_____. 2543. "ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข", เอกสารประกอบการสอนวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นักศึกษานักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการวิจัยและพัฒนา ระบบสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันที่ 6 - 8 ธันวาคม 2543. นนทบุรี : สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (สำเนา)

สำนักงานประกันสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข. 2540. คู่มือการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลสำหรับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย. นนทบุรี : สำนักงานประกันสุขภาพ.

_____. 2541. "การเตรียมแผนปฏิบัติการสำหรับพื้นที่ตามโครงการเงินกู้ของธนาคารโลกในโครงการ สปร.", เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ วันที่ 14-15 กันยายน 2541. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. (สำเนา)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. 2541. รายงานความก้าวหน้า โครงการวิจัยและพัฒนาการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุข. กันยายน 2541.

_____. 2542. รูปแบบการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) และบัตรประกันสุขภาพตามผู้ลงทะเบียนปีงบประมาณ 2542. (สำเนา)

สุจิตร์ คงจันทร์. 2543. การประเมินผลบุคลากรในด้านการจัดการข้อมูลการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนา ระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2540. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์เลียงเชียง.

สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ. 2538. การจ่ายเงินเพิ่มพิเศษแก่แพทย์กับปัญหาสมองไหล.
กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (รายงานการวิจัย)

สุเมธ ทิพย์ชาติ. 2533. การปฏิบัติงานและการรับรู้ในบทบาทการให้บริการสาธารณสุขของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยในจังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ. 2539. อนาคตสถานีอนามัยไทย (การศึกษาวิจัยประเมิน
ผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย). เล่ม 1. นนทบุรี : สำนักนโยบายและ
แผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. 2538. "หลักประกันสุขภาพแบบสิงคโปร์", วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.
ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 (กรกฎาคม - กันยายน 2538), 152 - 159.

อรรถัย ชื่นมนุชย์. 2519. จิตวิทยาสังคมขั้นสูง. นนทบุรี : โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์หลัง
ปากเกร็ดกรมประชาสงเคราะห์.

อรุณ รัทธธรรม. 2533. พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

อารี วัลยะเสวี และคณะ. 2542. (ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยใน
สองทศวรรษหน้า ข้อเสนอแนะสำหรับการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7.
นนทบุรี : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

อำนาจ กาจันะ, สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์ และนทีรัตน์ ไกรลาศ. 2542 ก. แนวทางการบริหาร
เงินกู้ IBRD (SIP) สำหรับการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรรช่วยเหลือ
เกือบหนึ่งในสี่ 6 จังหวัด พะเยา ยโสธร นครสวรรค์ ปทุมธานี สมุทรสาคร ยะลา.
นนทบุรี : สำนักงานประกันสุขภาพ (สำเนา)

อำนาจ กาจันะ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และนทีรัตน์ ไกรลาศ. 2542 ข. รายงานผลการศึกษา
การรวมการบริหารจัดการงบประมาณสุขภาพ โครงการบัตรประกันสุขภาพ และโครงการ
สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.). นนทบุรี : สำนักงานประกันสุขภาพ.
(สำเนา)

Dececco, J. and Crawford, W. 1974. The psychology of learning and instruction :
educational psychology. 2 nd. ed. N.J. : Prentice – Hall, Inc.

Eggens, P. and Kauchak, D. 1994. Educational psychology : Classroom connected.
2 nd. Ed. New York : Macmillan College Publishing Company.

Feldman, R.S. 1993. Understanding psychology. 3 rd . ed. New York : Mc Graw -
Hill ,Inc.

Grove, K. and Richard, K. 1967. Perceive Effectiveness of Principle Teacher
Communication Practices. Department of Education Service. Graduate School.
The Pennsylvania University.

Hurzburg, F., Bernard, M. and Babala, B. S. 1959. The Motivation to Work. New York
: John Wiley and Sons.

Kagan , J.Q. and Havemann , E. 1968. Psychology: An introduction . New York :
Harcourt, Brace .& World .

Maslow, A.M. 1970. Motivation and Personlity. New York : Harper & Row.

Mongkolsmai. D. 1993. "The Social Welfare for Health Card" Paper presented at a National Workshop on Health Financing in Thailand organized by the NESDB, MOPH and Economic Development Institute of the World Bank at Dusit Resort and Polo Club. Phetburi. 12 – 13 November.

Redding, W.C. 1973. Communication Within the Organization. New York Industrial Communication Council and Lafayette.

Saltman R. 1995. "Applying Planned Market Logic to Developing Countries' Health System : An Initial Exploration", Forum on Health Sector Reform. Discussion paper no. 4 WHO.

Wibulpolprasert S. 1994. "Health Economic : A New Strategy for Health Development", Health Systems Research Journal. 2, 2. 91 – 108.

World Health Organization. 1993. Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services. Technical Report Series 829. Geneva : World Health Organization.

ภาคผนวก ก
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 23 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อรูปแบบหรือวิธีการ จัดสรรงบประมาณสปร. แบบใหม่

ผลการจัดสรรงบประมาณ ฯ ทำให้เกิด	ความคิดเห็น (n = 163)	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
- ผู้ให้บริการมีความพยายามที่จะทำงานมากขึ้น	111(68.1)	52(31.9)
- ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่จะเพิ่มหรือลดปริมาณงานการให้บริการ บางอย่างแก่ผู้มารับบริการ	88(54.0)	75(46.0)
- รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ มีความ ยุ่งยาก ซับซ้อน หลายขั้นตอน	76(46.6)	87(53.4)
- ผู้ให้บริการจะให้บริการแก่ผู้มารับบริการอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ เลือกสิทธิการรักษา	128(78.5)	35(21.5)
- ผู้ให้บริการจัดเวลาการให้บริการนอกเวลาแก่ผู้มารับบริการมากขึ้น	89(54.6)	74(45.4)
- ผู้รับบริการสามารถให้บริการได้ง่ายและทั่วถึงมากขึ้น	126(77.3)	37(22.7)
- อัตราการเรียกเก็บค่าบริการข้ามเขตระหว่างสถานบริการมีความ เหมาะสมเหมาะสม	110(67.5)	53(32.5)
- ผู้ให้บริการจะให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการรักษา พยาบาลมากขึ้น	107(65.5)	56(34.4)
- สถานีอนามัยได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการมากขึ้น	111(68.1)	52(31.9)
- เกิดการพัฒนาสถานีอนามัย	134(82.2)	29(17.8)

ตาราง 24 จำนวนผู้ให้บริการและประชากรที่รับผิดชอบจำแนกรายสถานีนอามัย ปีงบประมาณ
2541 และ 2542

สถานีนอามัย	จำนวนผู้ให้บริการ (คน)		จำนวนประชากร (คน)	
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ	
	2541	2542	2541	2542
อำเภอฝักไถ่				
A1	2	2	1,962	1,821
A2	4	4	4,454	4,725
A3	3	3	2,486	2,510
A4	2	2	2,005	2,093
A5	3	3	1,327	1,701
A6	3	3	1,898	1,702
A7	3	3	1,706	1,851
A8	3	3	1,022	995
A9	2	2	1,499	1,523
A10	2	2	1,559	1,732
A11	3	3	3,290	3,934
A12	3	3	3,354	3,138
A13	3	3	1,556	1,635
A14	3	3	1,756	1,936
A15	3	3	2,039	2,243
อำเภอบางบาล				
B1	2	2	2,076	2,159
B2	3	3	1,474	1,909
B3	2	2	846	893
B4	3	3	1,341	1,424
B5	2	2	799	811
B6	2	2	654	713
B7	3	3	1,708	1,805
B8	2	2	1,380	1,474

ตาราง 24 (ต่อ)

สถานีอนามัย	จำนวนผู้ให้บริการ (คน)		จำนวนประชากร (คน)	
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ	
	2541	2542	2541	2542
อำเภอบางชัย				
C1	3	3	2,796	2,789
C2	3	3	2,493	2,092
C3	3	3	1,651	1,611
C4	4	4	2,443	2,177
C5	3	3	1,436	1,459
C6	5	5	3,938	3,958
อำเภออุทัย				
D1	2	2	2,135	2,280
D2	3	3	2,740	3,026
D3	4	4	1,701	1,770
D4	5	5	3,091	3,271
D5	2	2	3,131	3,102
D6	2	2	3,059	3,039
D7	5	5	3,402	3,533
D8	3	3	2,024	1,948
D9	2	2	1,312	1,326
D10	4	4	3,401	3,401
D11	3	3	2,033	2,062
D12	2	2	2,068	2,079
อำเภอบ้านแพรง				
E1	3	3	1,939	2,046
E2	3	3	1,181	1,046
E3	3	3	1,247	1,236
E4	3	3	1,806	1,802
รวม	131	131	93,218	95,780

ตาราง 25 ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่สถานีอนามัยของผู้รับบริการ

สถานีอนามัย	ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่สถานีอนามัย	
	สะดวก	ไม่สะดวก
อำเภอฝักไถ่		
A1	/	
A2	/	
A3	/	
A4	/	
A5	/	
A6	/	
A7	/	
A8	/	
A9	/	
A10	/	
A11	/	
A12	/	
A13	/	
A14	/	
A15		/
อำเภอบางบาล		
B1		/
B2		/
B3	/	
B4	/	
B5	/	
B6	/	
B7	/	
B8	/	
อำเภอบางซ้าย		
C1		/
C2	/	
C3	/	

ตาราง 25 (ต่อ)

สถานีอนามัย	ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการที่สถานีอนามัย	
	สะดวก	ไม่สะดวก
C4		/
C5		/
C6	/	
อำเภออุทัย		
D1	/	
D2	/	
D3	/	
D4	/	
D5	/	
D6	/	
D7	/	
D8	/	
D9	/	
D10	/	
D11	/	
D12	/	
อำเภอบ้านแพรง		
E1		/
E2	/	
E3	/	
E4		/
รวม	37	8

ภาคผนวก ข
ปริมาณผลงานการให้บริการที่สถานีอนามัย

ตาราง 26 ปริมาณผลงานการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจำแนกรายสถานอนามัย ปีงบประมาณ 2541 และ 2542

กิจกรรม	สถานอนามัย																			
	A1		A2		A3		A4		A5		A6		A7		A8		A9			
	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ			
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42		
1. การวางแผนครอบครัว																				
- รับบริการคุมกำเนิด (ยาเม็ด, ยาฉีด)	คน	164	174	188	254	104	94	70	79	99	93	90	95	105	125	69	60	47	54	
2. การอนามัยแม่และเด็ก																				
- ดูแลหญิงมีครรภ์ทั้งหมด	คน	31	13	6	0	2	1	0	0	24	13	24	0	2	7	2	1	4	0	
3. การโภชนาการ																				
- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก	คน	96	82	156	132	102	115	114	73	70	76	103	107	122	11	52	48	51	48	
4. การอนามัยโรงเรียน																				
- จำนวนนักเรียนที่ได้รับการตรวจสุขภาพ*	คน	231	346	274	318	110	94	141	150	67	64	131	142	290	292	95	84	61	59	
5. งานทันตสาธารณสุข																				
- หญิงมีครรภ์ (ANC 1) ได้ทันตศึกษา และตรวจช่องปาก	คน	13	3	2	0	2	2	0	0	13	12	0	0	0	0	1	0	1	0	0
6. การส่งเสริมสุขภาพจิต (โรคจิต, ลมชัก, ปัญญาอ่อน)																				
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลจาก สอ.	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7. งานสุศึกษา																				
- ให้สุศึกษารายบุคคล	คน	125	136	153	164	153	128	64	81	53	81	91	72	54	86	71	83	42	51	
8. การเยี่ยมบ้าน**																				
- จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน	ครั้ง	นำเสนอตาราง 30																		

หมายเหตุ * ระดับก่อนประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา

** รวม CASE ก่อนคลอด, มารดา/ทารกหลังคลอด, เด็กแรกเกิด-5 ปี, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/เจ็บพลัน, ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ, Home health care

ตาราง 26 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานีออนามัย																		
	A10		A11		A12		A13		A14		A15		B1		B2		B3		
	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. การวางแผนครอบครัว																			
- ปรึกษาการคุมกำเนิด (ยาเม็ด, ยาฉีด)	คน	54	57	146	165	142	140	45	54	63	83	74	75	104	94	136	158	101	96
2. การอนามัยแม่และเด็ก																			
- ดูแลหญิงมีครรภ์ทั้งหมด	คน	0	2	0	1	42	26	31	7	18	21	1	0	3	0	24	6	22	7
3. การโภชนาการ																			
- เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก	คน	112	126	138	152	102	86	85	73	98	76	93	84	102	115	112	126	189	105
4. การอนามัยโรงเรียน																			
- จำนวนนักเรียนที่ได้รับการตรวจสุขภาพ*	คน	0	0	302	317	103	110	193	216	246	289	248	247	110	94	120	111	124	127
5. งานทันตสาธารณสุข																			
- หญิงมีครรภ์ (ANC 1) ได้ทันตศึกษา และตรวจช่องปาก	คน	0	0	0	0	0	10	1	0	2	1	1	0	3	0	10	6	11	8
6. การส่งเสริมสุขภาพจิต (โรคจิต, ลมชัก, ปัญญาอ่อน)																			
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลจาก สอ.	คน	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. งานสุศึกษา																			
- ให้สุศึกษารายบุคคล	คน	84	71	84	72	58	73	18	26	93	81	82	17	153	128	28	39	46	38
8. การเยี่ยมบ้าน**																			
- จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน	ครั้ง	นำเสนอตาราง 30																	

หมายเหตุ * ระดับก่อนประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา

** รวม CASE ก่อนคลอด, มารดา/ทารกหลังคลอด, เด็กแรกเกิด - 5 ปี, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง / เจ็บพลัน, ผู้พิการ / ผู้สูงอายุ, Home health care

ตาราง 26 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานีนอนมัย																		
	B4		B5		B6		B7		B8		C1		C2		C3		C4		
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. การวางแผนครอบครัว																			
- รับบริการคุมกำเนิด (ยาเม็ด, ยาฉีด)	คน	217	214	114	106	101	96	156	165	99	93	136	158	110	77	138	144	111	96
2. การอนามัยแม่และเด็ก																			
- ดูแลหญิงมีครรภ์ทั้งหมด	คน	2	21	14	5	33	5	11	9	1	2	20	0	18	1	22	15	5	3
3. การโภชนาการ																			
- เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก	คน	132	165	103	126	189	135	138	152	70	76	112	125	88	96	98	76	189	135
4. การอนามัยโรงเรียน																			
- จำนวนนักเรียนที่ได้รับการตรวจสุขภาพ *	คน	82	76	51	60	124	127	302	317	67	64	130	111	25	29	124	127	107	104
5. งานทันตสาธารณสุข																			
- หญิงมีครรภ์ (ANC 1) ได้ทันตสุขภาพ และตรวจช่องปาก	คน	0	7	5	4	12	5	7	6	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1
6. การส่งเสริมสุขภาพจิต (โรคจิต, ลมชัก, ปัญญาอ่อน)																			
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลจาก สอ.	คน	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
7. งานสุขภาพ																			
- ให้สุขภาพรายบุคคล	คน	26	34	36	42	45	38	84	72	53	81	28	39	18	21	32	62	48	38
8. การเยี่ยมบ้าน**																			
- จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน	ครั้ง	นำเสนอตาราง 30																	

หมายเหตุ * ระดับก่อนประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา

** รวม CASE ก่อนคลอด, มารดา/ทารกหลังคลอด, เด็กแรกเกิด - 5 ปี, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/เจ็บป่วย, ผู้พิการ / ผู้สูงอายุ, Home health care

ตาราง 26 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานีนอนมัย																		
	C5		C6		D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		
	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. การวางแผนครอบครัว																			
- รับบริการคุมกำเนิด (ยาเม็ด, ยาฉีด)	คน	94	84	216	259	114	106	169	161	114	106	104	94	136	158	217	214	101	96
2. การอนามัยแม่และเด็ก																			
- ดูแลหญิงมีครรภ์ทั้งหมด	คน	17	15	24	94	9	20	18	21	26	20	24	34	23	26	9	11	20	11
3. การโภชนาการ																			
- เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก	คน	98	76	218	210	103	126	129	129	103	128	102	115	112	126	132	165	189	135
4. การอนามัยโรงเรียน																			
- จำนวนนักเรียนที่ได้รับการตรวจสุขภาพ*	คน	107	94	200	234	51	60	101	116	51	60	110	94	130	111	82	76	124	127
5. งานทันตสาธารณสุข																			
- หญิงมีครรภ์ (ANC 1) ได้ทันตศึกษา และตรวจช่องปาก	คน	0	0	29	0	31	2	21	15	26	11	24	32	23	25	9	8	20	11
6. การส่งเสริมสุขภาพจิต (โรคจิต, ลมชัก, บัญญาอ่อน)																			
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลจาก สอ.	คน	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
7. งานสุศึกษา																			
- ให้สุศึกษารายบุคคล	คน	32	68	250	212	36	42	32	36	36	42	153	128	28	39	26	34	46	38
8. การเยี่ยมบ้าน**																			
- จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน	ครั้ง																		

นำเสนอตาราง 30

หมายเหตุ * ระดับก่อนประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา

** รวม CASE ก่อนคลอด, มารดา/ทารกหลังคลอด, เด็กแรกเกิด - 5 ปี, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/เจ็บป่วย, ผู้พิการ / ผู้สูงอายุ, Home health care

ตาราง 26 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานีนอามัย																		
	D8		D9		D10		D11		D12		E1		E2		E3		E4		
	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. การวางแผนครอบครัว																			
- รับบริการคุมกำเนิด (ยาเม็ด, ยาฉีด)	คน	99	93	81	77	124	139	217	214	217	214	106	83	73	95	74	80	74	90
2. การอนามัยแม่และเด็ก																			
- ดูแลหญิงมีครรภ์ทั้งหมด	คน	8	16	0	1	33	74	5	9	15	32	8	22	6	0	6	15	1	9
3. การโภชนาการ																			
- เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก	คน	70	76	92	78	152	163	132	165	132	165	118	121	82	96	58	56	61	63
4. การอนามัยโรงเรียน																			
- จำนวนนักเรียนที่ได้รับการตรวจสุขภาพ *	คน	67	64	65	83	102	115	82	76	82	76	131	117	77	91	85	77	81	95
5. งานทันตสาธารณสุข																			
- หญิงมีครรภ์ (ANC 1) ได้ทันตศึกษา และตรวจช่องปาก	คน	11	7	0	0	29	44	5	11	0	0	6	5	6	1	0	9	0	3
6. การส่งเสริมสุขภาพจิต (โรคจิต, ลมชัก, ปัญญาอ่อน)																			
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลจาก สอ.	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. งานสุขภาพศึกษา																			
- ให้ลูกศึกษารายบุคคล	คน	53	81	52	63	26	63	26	34	26	34	102	98	25	20	32	65	18	21
8. การเยี่ยมบ้าน**																			
- จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน	ครั้ง																		

หมายเหตุ * ระดับก่อนประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา

** รวม CASE ก่อนคลอด, มารดา/ทารกหลังคลอด, เด็กแรกเกิด - 5 ปี, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง / เติบโตช้า, ผู้พิการ / ผู้สูงอายุ, Home health care

ตาราง 27 ปริมาณผลงานการให้บริการด้านการป้องกันโรคจำแนกรายสถานื่อนามัย ปีงบประมาณ 2541 และ 2542

กิจกรรม		สถานื่อนามัย																	
		A1		A2		A3		A4		A5		A6		A7		A8		A9	
		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ	
		41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42
1. งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้อมิคุ้มกันได้ (EPI)																			
- จำนวนเด็กรับบริการที่คลินิกเด็กดี	คน	173	373	431	333	78	88	107	109	118	95	156	170	129	117	77	68	72	46
2. งานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ																			
- จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง	คน	47	42	59	62	26	66	47	58	14	0	27	17	0	33	44	19	10	7
3. งานควบคุมโรคติดต่อทางเดินหายใจเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี*																			
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ใช้หวัด)	คน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ใช้หวัดและได้รับยาปฏิชีวนะ)	คน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. งานควบคุมโรคไข้เลือดออก																			
- ใช้สารกำจัดลูกน้ำ (อะบอท)	หลังคาเรือน	0	437	823	2,681	202	755	446	1,036	838	445	222	448	0	1,092	90	357	0	1
5. งานควบคุมโรคมาลาเรีย																			
- ผู้รับการตรวจโลหิต	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. งานควบคุมโรคเท้าช้าง																			
- เจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยโรคเท้าช้าง	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. งานควบคุมโรคผิวหนัง																			
- สอ. ส่งผู้มีอาการสงสัยไปตรวจ	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. งานควบคุมโรคเรื้อน																			
- ผู้รับการตรวจโรคผื่นหนึ่ง	คน	35	34	369	291	199	180	138	155	319	307	262	212	0	222	208	170	55	58
9. งานควบคุมโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์																			
- ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า	คน	6	0	7	14	0	0	0	4	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0

หมายเหตุ * แบบรายงาน แตกต่างกัน ปีงบประมาณ 2541 โรคปอดบวม 2542 โรคไข้หวัด

ตาราง 27 (ต่อ)

กิจกรรม		สถานีอนามัย																	
		A1		A2		A3		A4		A5		A6		A7		A8		A9	
		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ	
		41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42
10. งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม																			
- รมงค์อนุรักษ์แหล่งน้ำ (อบรมอาสาสมัคร)	หมู่บ้าน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม																			
- สร้างเตาเผาขยะ	ที่	1	0	0	0	0	64	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- จัดหาที่รองรับขยะหรือหลุมหมักขยะ	ที่	0	0	0	0	7	26	0	0	0	0	0	0	0	0	64	0	0	0
12. งานสุขาภิบาลอาหาร																			
- อบรมผู้ประกอบการค้าอาหารและผู้สัมผัสอาหาร	คน	0	0	12	2	6	0	0	0	10	0	0	1	0	0	0	0	6	0
- ตรวจแนะนำร้านจำหน่ายอาหาร	ร้าน	0	6	0	0	5	0	0	0	9	35	13	17	0	0	0	0	0	0
13. งานอาชีวอนามัย																			
- ให้บริการตรวจสุขภาพผู้ประกอบการ	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- ดำรงเพื่อแนะนำสถานประกอบการ	แห่ง	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0

ตาราง 27 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานีนอนามัย																		
	A10		A11		A12		A13		A14		A15		B1		B2		B3		
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. งานควบคุมโรคติดต่อที่เฝ้าระวังกันได้ (EPI)																			
- จำนวนเด็กรับบริการที่คลินิกเด็กดี	คน	116	75	22	4	422	442	89	70	62	62	28	28	36	82	246	108	129	89
2. งานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ																			
- จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง	คน	16	34	5	4	0	2	89	64	5	116	35	50	0	0	42	23	23	0
3. งานควบคุมโรคติดต่อเชื้อทางเดินหายใจเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี*																			
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ให้หวัด)	คน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ให้หวัดและได้รับยาปฏิชีวนะ)	คน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. งานควบคุมโรคไข้เลือดออก																			
- ใช้สารกำจัดลูกน้ำ (อะเบท)	หลังคาเรือน	556	551	478	803	575	952	94	1,090	395	784	212	134	538	1,510	644	520	782	270
5. งานควบคุมโรคมาลาเรีย																			
- ผู้รับการตรวจโลหิต	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. งานควบคุมโรคเท้าช้าง																			
- เจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยโรคเท้าช้าง	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. งานควบคุมโรคผิวหนัง																			
- สอบ. ส่งผู้มีอาการสงสัยไปตรวจ	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. งานควบคุมโรคเรื้อน																			
- ผู้รับการตรวจโรคผิวหนัง	คน	104	0	151	147	171	112	249	250	413	411	256	142	166	152	69	0	62	178
9. งานควบคุมโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์																			
- ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า	คน	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

หมายเหตุ * แยกงานแตกต่างกัน ปีงบประมาณ 2541 โรคปอดบวม 2542 โรคให้หวัด

ตาราง 27 (ต่อ)

กิจกรรม		สถานีอนามัย																	
		A10		A11		A12		A13		A14		A15		B1		B2		B3	
		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ	
		41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42
10. งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม																			
- หนองคูอนุรักษ์แหล่งน้ำ (อปรภรอาสาสมัคร)	หมู่บ้าน	0	0	0	0	10	0	7	0	4	11	6	0	8	0	0	0	0	0
11. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม																			
- สร้างเตาเผาขยะ	ที่	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	13	0	0	0	8	2	0
- จัดหาที่รองรับขยะหรือหลุมหมักขยะ	ที่	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0
12. งานสุขาภิบาลอาหาร																			
-อบรมผู้ประกอบการค้าอาหารและผู้สัมผัสอาหาร	คน	0	0	20	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	30	0	0	6
- ตรวจแนะนำร้านจำหน่ายอาหาร	ร้าน	0	0	25	0	0	0	0	1	9	2	0	9	0	0	20	0	10	0
13. งานอาชีวอนามัย																			
- ให้บริการตรวจสุขภาพผู้ประกอบการ	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
- ดำรงเพื่อแนะนำสถานประกอบการ	แห่ง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ตาราง 27 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานเฝ้าระวัง																		
	B4		B5		B6		B7		B8		C1		C2		C3		C4		
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. งานควบคุมโรคติดต่อที่เฝ้าระวังได้ (EPI)																			
- จำนวนเด็กรับบริการที่คลินิกเด็กดี	คน	76	60	47	21	96	194	80	88	131	85	106	112	107	141	84	98	68	74
2. งานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ																			
- จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง	คน	1	0	0	6	1	0	0	0	0	0	125	243	67	49	33	24	48	40
3. งานควบคุมโรคติดต่อเชื้อทางเดินหายใจเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี*																			
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ใช้หวัด)	คน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ใช้หวัดและได้รับยาปฏิชีวนะ)	คน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. งานควบคุมโรคไข้เลือดออก																			
- ใช้สารกำจัดลูกน้ำ (อะเบท)	หลังคาเรือน	189	318	150	206	215	165	399	464	365	197	14	108	352	0	20	140	669	492
5. งานควบคุมโรคมมาลาเรีย																			
- ผู้รับการตรวจโลหิต	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. งานควบคุมโรคเท้าช้าง																			
- เจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยโรคเท้าช้าง	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. งานควบคุมโรคฉี่หนู																			
- สอ. ส่งผู้มีอาการสงสัยไปตรวจ	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. งานควบคุมโรคเรื้อน																			
- ผู้รับการตรวจโรคผิวหนัง	คน	127	174	34	0	203	305	79	101	132	132	183	293	344	266	231	206	88	128
9. งานควบคุมโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์																			
- ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า	คน	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	0	0	3	0

หมายเหตุ * แบบรายงาน แยกต่างกัน ปีงบประมาณ 2541 โรคปอดนวม 2542 โรคไข้หวัด

ตาราง 27 (ต่อ)

กิจกรรม		สถานีนอนามัย																	
		B4		B5		B6		B7		B8		C1		C2		C3		C4	
		ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ		
		41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42		
10. งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม																			
- รับผิดชอบรักษาแหล่งน้ำ (อบรมอาสาสมัคร)	หมู่บ้าน	0	0	0	0	0	4	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม																			
- สร้างเตาเผาขยะ	ที่	0	0	0	0	0	0	32	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	
- จัดหาที่รองรับขยะหรือหลุมหมักขยะ	ที่	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12. งานสุขาภิบาลอาหาร																			
- อบรมผู้ประกอบการค้าอาหารและผู้สัมผัสอาหาร	คน	45	0	27	0	6	0	0	20	7	0	0	0	0	0	0	0	0	
- ตรวจสอบแนะนำร้านจำหน่ายอาหาร	ร้าน	0	0	0	3	0	7	0	0	13	18	0	0	0	0	0	0	0	
13. งานอาชีวอนามัย																			
- ให้บริการตรวจสุขภาพผู้ประกอบการ	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- สักรางเพื่อแนะนำสถานประกอบการ	แห่ง	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	10	0	9	0	

ตาราง 27 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานีนอนามัย																		
	C5		C6		D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. งานควบคุมโรคติดต่อที่เฝ้าระวังร่วมกันได้ (EPI)																			
- จำนวนเด็กรับบริการที่คลินิกเด็กดี	คน	97	74	423	365	115	108	197	151	371	338	352	347	460	408	59	68	266	265
2. งานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ																			
- จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง	คน	62	22	33	43	34	47	86	50	5	30	28	25	102	100	25	39	37	31
3. งานควบคุมโรคติดต่อเชื้อทางเดินหายใจเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี																			
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ไขหวัด)	คน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ไขหวัดและได้รับยาปฏิชีวนะ)	คน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. งานควบคุมโรคไข้เลือดออก																			
- ใช้สารกำจัดลูกน้ำ (อะเบท)	หลังคาเรือน	140	228	506	0	131	80	348	220	370	20	0	270	20	0	788	0	179	848
5. งานควบคุมโรคมาลาเรีย																			
- ผู้รับการตรวจโลหิต	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. งานควบคุมโรคเท้าช้าง																			
- เจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยโรคเท้าช้าง	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. งานควบคุมโรคผิวหนังโรค																			
- สอ. ส่งผู้มีอาการสงสัยไปตรวจ	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. งานควบคุมโรคเรื้อน																			
- ผู้รับการตรวจโรคผื่นหนัง	คน	81	347	430	545	227	129	102	260	577	562	644	587	368	247	641	744	712	721
9. งานควบคุมโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์																			
- ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า	คน	0	0	0	25	0	4	0	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

หมายเหตุ * แบบรายงาน แยกต่างกัน ปีงบประมาณ 2541 โรคปอดบวม 2542 โรคไขหวัด

ตาราง 27 (ต่อ)

กิจกรรม		สถานีนอนามัย																		
		C5		C6		D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		
		ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ		
		41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
10. งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม																				
- รณรงค์อนุรักษ์แหล่งน้ำ (อบรมอาสาสมัคร)	หมู่บ้าน	0	0	0	0	0	0	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0
11. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม																				
- สร้างเตาเผาขยะ	ที่	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- จัดหาที่รองรับขยะหรือหลุมหมักขยะ	ที่	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12. งานสุขาภิบาลอาหาร																				
- อบรมผู้ประกอบการค้าอาหารและผู้สัมผัสอาหาร	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0
- ตรวจแนะนำร้านค้าจำหน่ายอาหาร	ร้าน	0	0	0	0	0	16	20	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	0
13. งานอาชีวอนามัย																				
- ให้บริการตรวจสุขภาพผู้ประกอบการ	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- สํารวจเพื่อแนะนำสถานประกอบการ	แห่ง	0	0	0	41	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ตาราง 27 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานีนอนมัย																		
	D8		D9		D10		D11		D12		E1		E2		E3		E4		
	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. งานควบคุมโรคติดต่อที่โหมมิคุ้มกันได้ (EPI)																			
- จำนวนเด็กรับบริการที่คลินิกเด็กดี	คน	84	82	79	58	270	309	182	102	165	341	268	284	46	35	77	98	22	33
2. งานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ																			
- จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง	คน	48	41	9	9	51	112	40	74	40	45	35	50	29	27	0	121	4	5
3. งานควบคุมโรคติดต่อทางเดินหายใจเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี*																			
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ใช้หวัด)	คน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ใช้หวัดและได้รับยาปฏิชีวนะ)	คน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. งานควบคุมโรคไข้เลือดออก																			
- ไข้สากกำจัดลูกน้ำ (อะเบท)	หลังคาเรือน	0	0	0	309	1,177	462	155	108	0	0	767	930	235	245	0	295	523	529
5. งานควบคุมโรคมาลาเรีย																			
- ผู้รับการตรวจโลหิต	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. งานควบคุมโรคเท้าช้าง																			
- เจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยโรคเท้าช้าง	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. งานควบคุมโรคผิวหนัง																			
- สอ. ส่งผู้มีอาการสงสัยไปตรวจ	คน	1	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
8. งานควบคุมโรคเรื้อน																			
- ผู้รับการตรวจโรคผิวหนัง	คน	282	301	99	79	408	347	373	365	225	236	918	1,031	105	67	366	422	140	188
9. งานควบคุมโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์																			
- ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า	คน	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0

หมายเหตุ * แบบรายงานแตกต่างกัน ปีงบประมาณ 2541 โรคปอดบวม 2542 โรคไข้หวัด

ตาราง 27 (ต่อ)

กิจกรรม		สถานีอนามัย																	
		D8		D9		D10		D11		D12		E1		E2		E3		E4	
		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ	
		41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42
10. งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม																			
- รมงคือนุรักษ์แหล่งน้ำ (อบรมอาสาสมัคร)	หมู่บ้าน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม																			
- สร้างเตาเผาขยะ	ที่	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0
- จัดหาที่รองรับขยะหรือหลุมหมักขยะ	ที่	0	0	0	0	34	34	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0
12. งานสุขาภิบาลอาหาร																			
- อบรมผู้ประกอบการค้าอาหารและผู้สัมผัสอาหาร	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- ตรวจแนะนำร้านจำหน่ายอาหาร	ร้าน	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	5	7	0	0	0	36
13. งานอาชีวอนามัย																			
- ให้บริการตรวจสุขภาพผู้ประกอบการ	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- สํารวจเพื่อแนะนำสถานประกอบการ	แห่ง	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ตาราง 28 ปริมาณผลงานการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลจำแนกสถานื่อนามัย ปีงบประมาณ 2541 และ 2542

กิจกรรม	สถานื่อนามัย																		
	A1		A2		A3		A4		A5		A6		A7		A8		A9		
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. การให้บริการรักษาพยาบาล																			
- ผู้ป่วยรับการรักษา	ครั้ง	4,324	4,827	5,581	5,287	2,856	2,912	2,044	2,460	2,641	3,247	3,203	3,998	4,006	4,123	3,560	3,492	1,662	1,727
2. การให้บริการส่งต่อผู้ป่วย																			
- รับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ	คน	9	3	34	24	1	0	14	12	3	13	0	5	0	0	0	0	0	2
- ส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ	คน	25	14	52	47	14	35	47	27	5	26	2	21	39	33	16	5	2	1
3. การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่	ครั้ง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและสาธารณภัย																			
- ให้บริการผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร	ครั้ง	8	6	152	202	36	72	0	0	137	41	12	0	45	0	82	54	0	0

ตาราง 28 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานื่อนามัย																		
	A10		A11		A12		A13		A14		A15		B1		B2		B3		
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. การให้บริการรักษาพยาบาล																			
- ผู้ป่วยรับการรักษา	ครั้ง	2,460	3,276	1,176	1,200	4,002	4,632	3,395	3,181	4,743	4,826	2,480	2,876	1,714	1,744	3,432	3,192	1,914	2,199
2. การให้บริการส่งต่อผู้ป่วย																			
- รับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ	คน	5	0	13	15	0	0	25	15	0	6	3	3	0	0	0	35	0	0
- ส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ	คน	7	2	5	1	29	20	28	29	5	7	8	5	7	5	149	107	37	0
3. การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่	ครั้ง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
4. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและสาธารณภัย																			
- ให้บริการผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร	ครั้ง	0	0	1	0	30	0	62	70	43	84	92	52	47	35	49	14	28	23

ตาราง 28 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานีนอนมัย																		
	B4		B5		B6		B7		B8		C1		C2		C3		C4		
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. การให้บริการรักษาพยาบาล																			
- ผู้ป่วยรับการรักษา	ครั้ง	1,700	3,326	1,746	1,656	3,094	3,896	1,379	1,512	1,378	1,447	1,643	2,626	4,018	4,089	4,001	4,616	2,336	2,857
2. การให้บริการส่งต่อผู้ป่วย																			
- รับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ	คน	0	8	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
- ส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ	คน	190	62	8	19	27	24	34	27	32	21	5	0	19	8	0	3	3	4
3. การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่	ครั้ง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและสาธารณภัย																			
- ให้บริการผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร	ครั้ง	6	0	61	71	25	44	61	19	11	6	55	68	26	24	114	0	14	14

ตาราง 28 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานีนอนมัย																		
	C5		C6		D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. การให้บริการรักษาพยาบาล																			
- ผู้ป่วยรับการรักษา	ครั้ง	2,713	3,286	6,358	7,349	1,763	2,459	5,079	4,509	8,675	9,846	8,334	7,872	7,237	7,370	3,378	3,686	10,072	10,188
2. การให้บริการส่งต่อผู้ป่วย																			
- รับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ	คน	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
- ส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ	คน	0	0	40	18	13	15	21	3	44	62	43	24	82	33	16	0	76	83
3. การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่	ครั้ง	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและสาธารณภัย																			
- ให้บริการผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร	ครั้ง	0	0	54	54	11	62	162	102	61	55	55	52	59	35	18	38	106	303

ตาราง 28 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานีนอนมัย																		
	D8		D9		D10		D11		D12		E1		E2		E3		E4		
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
1. การให้บริการรักษาพยาบาล																			
- ผู้ป่วยรับการรักษา	ครั้ง	2,168	2,169	1,326	1,136	3,682	3,546	6,140	6,006	3,885	4,487	5,339	5,385	2,493	2,493	5,639	5,245	2,897	3,295
2. การให้บริการส่งต่อผู้ป่วย																			
- รับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ	คน	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	8	5	0	0	0	0	0	0
- ส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ	คน	17	19	2	0	31	13	18	3	3	0	6	20	12	12	5	27	28	23
3. การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่	ครั้ง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
4. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและสาธารณภัย																			
- ให้บริการผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร	ครั้ง	20	13	20	0	45	37	375	259	10	0	28	39	12	5	4	9	22	12

ตาราง 29 จำนวนและร้อยละ ของปริมาณผลงานด้านงานอนามัยแม่และเด็ก งานควบคุมโรคติดต่อที่เฝ้าระวังได้ และงานการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น จากปีงบประมาณ 2541 จำแนกรายสถานีอนามัยของแต่ละอำเภอ

สถานีอนามัย	งานอนามัยแม่และเด็ก (หน่วย : คน)			งานควบคุมโรคติดต่อที่เฝ้าระวังได้ (หน่วย : คน)			งานการรักษาพยาบาล (หน่วย : ครั้ง)		
	จำนวนผู้รับบริการ		จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นจากปี 2541 n(%)	จำนวนผู้รับบริการ		จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นจากปี 2541 n(%)	จำนวนผู้รับบริการ		จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นจากปี 2541 n(%)
	ปีงบประมาณ 2541	2542		ปีงบประมาณ 2541	2542		ปีงบประมาณ 2541	2542	
อำเภอผักไห่									
A1	31	13	-18(-58)	173	373	200(116)	4,324	4,870	546(13)
A2	6	0	-6(-100)	431	333	-98(-23)	5,681	5,287	-394(-7)
A3	2	1	-1(-50)	77	78	1(1)	2,866	2,912	46(2)
A4	0	0	0(0)	107	109	2(2)	2,044	2,460	416(20)
A5	24	13	-11(-46)	118	95	-23(-19)	2,641	3,247	606(23)
A6	24	0	-24(-100)	156	170	14(9)	3,203	3,998	795(25)
A7	2	7	5(250)	129	117	-12(-9)	4,006	4,123	117(3)
A8	2	1	-1(-50)	77	63	-14(-18)	3,560	3,492	-68(-2)
A9	4	0	-4(-100)	72	46	-26(-36)	1,662	1,727	65(4)
A10	0	2	2(0)	116	75	-41(-35)	2,460	3,276	816(33)
A11	0	1	1(0)	22	4	-18(-82)	1,176	1,200	24(2)
A12	42	26	-16(-38)	422	442	20(5)	4,002	4,632	630(16)
A13	31	7	-24(-77)	89	70	-19(-21)	3,395	3,181	-214(-6)
A14	18	21	3(17)	62	62	0(0)	4,743	4,826	83(2)
A15	1	0	-1(-100)	29	28	-1(-3)	2,480	2,878	398(16)
รวม	187	92	-95(-51)	2,080	2,060	-15(-1)	48,243	52,109	3,866(8)

ตาราง 29 (ต่อ)

สถานีนอนามัย	งานอนามัยแม่และเด็ก (หน่วย : คน)			งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้อุปการะกันได้ (หน่วย : คน)			งานการรักษาพยาบาล (หน่วย : ครั้ง)		
	จำนวนผู้รับบริการ		จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นจากปี 2541 n(%)	จำนวนผู้รับบริการ		จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นจากปี 2541 n(%)	จำนวนผู้รับบริการ		จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นจากปี 2541 n(%)
	ปีงบประมาณ	2542		ปีงบประมาณ	2542		ปีงบประมาณ	2542	
อำเภอบางบาล	2541	2542	n(%)	2541	2542	n(%)	2541	2542	n(%)
B1	3	0	-3(-100)	36	82	46(128)	1,714	1,744	30(2)
B2	24	6	-18(-75)	246	108	-138(-56)	3,432	3,192	-240(-7)
B3	22	7	-15(-68)	129	89	-40(-31)	1,914	2,199	285(15)
B4	2	21	19(950)	76	60	-16(-21)	1,700	3,326	1,626(96)
B5	14	5	-9(-64)	47	21	-26(-55)	1,746	1,656	-90(-5)
B6	33	5	-28(-85)	96	194	98(102)	3,094	3,896	802(26)
B7	11	9	-2(-18)	80	88	8(10)	1,379	1,512	133(10)
B8	1	2	1(100)	131	85	-46(-35)	1,378	1,447	69(5)
รวม	110	55	-55(-50)	841	727	-114(-14)	16,357	18,972	2,615(16)

ตาราง 29 (ต่อ)

สถานอนามัย	งานอนามัยแม่และเด็ก (หน่วย : คน)			งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้อุปการะกันได้อ (หน่วย : คน)			งานการรักษาพยาบาล (หน่วย : ครั้ง)		
	จำนวนผู้รับบริการ		จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นจากปี 2541 n(%)	จำนวนผู้รับบริการ		จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นจากปี 2541 n(%)	จำนวนผู้รับบริการ		จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นจากปี 2541 n(%)
	ปีงบประมาณ	2542		ปีงบประมาณ	2542		ปีงบประมาณ	2542	
อำเภอบางชัย	2541	2542	n(%)	2541	2542	n(%)	2541	2542	n(%)
C1	20	0	-20(-100)	106	112	6(6)	1,643	2,626	983(60)
C2	18	1	-17(-94)	107	141	34(32)	4,018	4,089	71(2)
C3	22	15	-7(-32)	84	98	14(17)	4,001	4,616	615(15)
C4	5	3	-2(-40)	68	74	6(9)	2,336	2,857	521(22)
C5	17	15	-2(-12)	97	74	-23(-24)	2,713	3,286	573(21)
C6	24	94	70(292)	423	365	-58(-14)	6,358	7,349	991(16)
รวม	106	128	22(21)	885	864	-21(-2)	21,069	24,823	3,754(18)
อำเภอบ้านแพรง									
E1	8	22	14(175)	268	284	16(6)	5,339	5,385	46(1)
E2	6	0	-6(-100)	46	35	-11(-24)	2,493	2,493	0(0)
E3	6	15	9(150)	77	98	21(27)	5,639	5,245	-394(-7)
E4	1	9	8(800)	22	33	11(50)	2,897	3,292	395(14)
รวม	21	46	(119)	413	450	37(9)	16,368	16,415	47(0)

ตาราง 29 (ต่อ)

สถานอนามัย	งานอนามัยแม่และเด็ก (หน่วย : คน)			งานป้องกันโรคติดต่อที่ควบคุมกันได้ (หน่วย:คน)			งานการรักษาพยาบาล (หน่วย : ครั้ง)		
	จำนวนผู้รับบริการ ปีงบประมาณ		จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่ม ขึ้นจากปี2541	จำนวนผู้รับบริการ ปีงบประมาณ		จำนวนผู้รับบริการที่ เพิ่มขึ้นจากปี2541	จำนวนผู้รับบริการ ปีงบประมาณ		จำนวนผู้รับบริการที่ เพิ่มขึ้นจากปี2541
	2541	2542	n(%)	2541	2542	n(%)	2541	2542	n(%)
อำเภออุทัย									
D1	9	20	11(122)	115	108	-7(-6)	1,763	2,469	706(40)
D2	18	21	3(17)	197	151	-46(-23)	5,079	4,509	-570(-11)
D3	26	20	-6(-23)	371	338	-33(-9)	8,675	9,846	1,171(13)
D4	24	34	10(42)	352	347	-5(-1)	8,334	7,872	-462(-6)
D5	23	26	3(13)	460	408	-52(-11)	7,237	7,370	133(2)
D6	9	11	2(22)	59	68	9(15)	3,378	3,685	307(9)
D7	20	11	-9(-45)	266	265	-1(0)	10,072	10,188	116(1)
D8	8	16	8(100)	84	82	-2(-2)	2,168	2,169	1(0)
D9	0	1	1(0)	79	58	-21(-27)	1,326	1,136	-190(-14)
D10	33	74	41(124)	270	309	39(14)	3,682	3,546	-136(-4)
D11	5	9	4(80)	182	102	-80(-44)	6,140	6,006	-134(-2)
D12	15	32	17(113)	165	341	176(107)	3,885	4,487	602(15)
รวม	190	275	85(45)	2,600	2,577	-23(-1)	61,739	63,283	1,544(3)

ตาราง 30 ปริมาณผลงานการเยี่ยมบ้าน ปีงบประมาณ 2541 และ 2542 จำแนกราย
สถานีอนามัย

สถานีอนามัย	จำนวน (ครั้ง) การเยี่ยมบ้าน	
	ปีงบประมาณ	
	2541	2542
อำเภอผักไห่		
A1	ND	35
A2	ND	61
A3	ND	75
A4	ND	93
A5	ND	259
A6	ND	175
A7	ND	164
A8	ND	33
A9	ND	38
A10	ND	544
A11	ND	158
A12	ND	47
A13	ND	166
A14	ND	164
A15	ND	50
อำเภอบางบาล		
B1	ND	17
B2	14	15
B3	15	9
B4	5	8
B5	5	7
B6	11	5
B7	7	12
B8	15	19
อำเภอบางซ้าย		
C1	38	96
C2	42	46

ตาราง 30 (ต่อ)

สถานีอนามัย	จำนวน (ครั้ง) การเยี่ยมบ้าน	
	ปีงบประมาณ	
	2541	2542
C3	21	36
C4	26	65
C5	36	32
C6	52	78
อำเภออุทัย		
D1	ND	ND
D2	ND	ND
D3	ND	ND
D4	ND	ND
D5	ND	ND
D6	ND	ND
D7	ND	ND
D8	ND	ND
D9	ND	ND
D10	ND	ND
D11	ND	ND
D12	ND	ND
อำเภอบ้านแพรง		
E1	ND	773
E2	ND	408
E3	ND	276
E4	ND	322
รวม	287	4,286

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เลขที่

การวิจัยเรื่อง

การประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)
แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คำชี้แจง

1. จุดประสงค์ของแบบสอบถามฉบับนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยเรื่อง "การประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ (งานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา" ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ในการศึกษานักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะถูกปกปิดเป็นความลับโดยไม่มีผลเสียหายหรือกระทบต่อตำแหน่งหน้าที่การงานของท่านโดยเด็ดขาด ดังนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้
3. แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 2	ผลกระทบที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ต่องานประจำในด้าน	
2.1	ปริมาณงานประจำ	จำนวน 28 ข้อ
2.2	เวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง	จำนวน 28 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4	ความคิดเห็นในเรื่องการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่	จำนวน 15 ข้อ

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือ

สายพิน ลามหลาย

นักศึกษานักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก หรือกรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. สถานที่ทำงานปัจจุบัน

สถานีนอนามัย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง

Sex

3. อายุ (ระบุ).....ปี

Age

4. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่า/แยก

Status

5. ระดับการศึกษา 1. ต่ำกว่าอนุปริญญา 2. อนุปริญญา/เทียบเท่า
 3. ปริญญาตรี/เทียบเท่า 4. สูงกว่าปริญญาตรี

Educate

6. ตำแหน่ง 1. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข
 3. นักวิชาการสาธารณสุข 4. พยาบาลเทคนิค
 5. พยาบาลวิชาชีพ 6. อื่น ๆ ระบุ.....

Position

7. รายได้ของท่านต่อเดือน (ยังไม่หักค่าใช้จ่าย)..... บาท

Income

8. อายุราชการ.....ปี (นับจำนวนเต็มปีตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน)

Expe

9. ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยปี

Time

10. ปัจจุบันในหน่วยงานท่านปฏิบัติงานในบทบาทอะไร (ปฏิบัติจริง)

Role

1. ผู้บริหาร (หัวหน้าสถานีนอนามัย) 2. นักวิชาการ 3. ผู้ให้บริการ

11. ปีงบประมาณ 2542 มีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ท่านมี
สถานภาพเป็นอย่างไร

Change

1. ปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัย 2. ลาศึกษาต่อ
 3. ปฏิบัติงานที่สาธารณสุขอำเภอ 4. ปฏิบัติงานที่สาธารณสุขจังหวัด
 5. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

12. ท่านเคยเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (จังหวัด/อำเภอ) จัดขึ้นหรือไม่ A1
1. เคย (ระบุ).....ครั้ง 2. ไม่เคย A1.1
13. ท่านเป็นหรือเคยเป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ระดับจังหวัด/อำเภอหรือไม่ A2
1. เป็น 2. ไม่เป็น
14. ท่านเคยเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุข (จังหวัด/อำเภอ) จัดขึ้นเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ สปร.หรือไม่ A3
1. เคย (ระบุ).....ครั้ง 2. ไม่เคย A3.1
15. ท่านเป็นหรือเคยเป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ สปร.ระดับจังหวัด/อำเภอหรือไม่ A4
1. เป็น 2. ไม่เคยเป็น
16. ท่านทำหน้าที่เกี่ยวกับการเงิน สปร. ของสถานีอนามัยหรือไม่ A5
1. ใช่ 2. ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำและเวลาที่จัดสรรสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง

คำชี้แจง ท่านคิดว่าผลกระทบที่ได้รับจากการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ต่อปริมาณงานประจำ และเวลาที่สำหรับงานประจำแต่ละอย่างเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไร กรุณาใส่เครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องว่างที่ตรงตามน้ำหนักที่เป็นจริงของท่านโดยการเลือกตอบจะมีเกณฑ์ดังนี้

ผลกระทบที่ได้รับทำให้ปริมาณงานประจำและเวลาเพิ่มขึ้น = 3
 ผลกระทบที่ได้รับทำให้ปริมาณงานประจำและเวลาเท่าเดิม = 2
 ผลกระทบที่ได้รับทำให้ปริมาณงานประจำและเวลาลดลง = 1

งานประจำ	ปริมาณงานประจำ			การใช้เวลาสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง			
	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	เพิ่มขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	
1. การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion)							
1.1 การวางแผนครอบครัว							D1 <input type="checkbox"/> D29 <input type="checkbox"/>
1.2 การอนามัยแม่และเด็ก							D2 <input type="checkbox"/> D30 <input type="checkbox"/>
1.3 การโภชนาการ							D3 <input type="checkbox"/> D31 <input type="checkbox"/>
1.4 การอนามัยโรงเรียน							D4 <input type="checkbox"/> D32 <input type="checkbox"/>
1.5 งานทันตสาธารณสุข							D5 <input type="checkbox"/> D33 <input type="checkbox"/>
1.6 การสุขศึกษา							D6 <input type="checkbox"/> D34 <input type="checkbox"/>
1.7 การส่งเสริมสุขภาพจิต							D7 <input type="checkbox"/> D35 <input type="checkbox"/>
1.8 การเยี่ยมบ้าน							D8 <input type="checkbox"/> D36 <input type="checkbox"/>
2. การป้องกันโรค (Prevention)							
2.1 การป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ							
2.1.1 งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้ภูมิคุ้มกันได้							D9 <input type="checkbox"/> D37 <input type="checkbox"/>
2.1.2 งานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ							D10 <input type="checkbox"/> D38 <input type="checkbox"/>
2.1.3 งานควบคุมโรคติดต่อทางเดินหายใจ (เด็กต่ำกว่า 5 ปี)							D11 <input type="checkbox"/> D39 <input type="checkbox"/>
2.1.4 งานควบคุมโรคใช้เลือดออก							D12 <input type="checkbox"/> D40 <input type="checkbox"/>
2.1.5 งานควบคุมโรคมาลาเรีย							D13 <input type="checkbox"/> D41 <input type="checkbox"/>

งานประจำ	ปริมาณงานประจำ			การใช้เวลาสำหรับงานประจำแต่ละอย่าง			
	เพิ่ม ขึ้น	เท่า เดิม	ลด ลง	เพิ่ม ขึ้น	เท่า เดิม	ลด ลง	
2.1.6 งานควบคุมโรคเท้าช้าง							D14 <input type="checkbox"/> D42 <input type="checkbox"/>
2.1.7 งานควบคุมโรคผิวหนัง							D15 <input type="checkbox"/> D43 <input type="checkbox"/>
2.1.8 งานควบคุมโรคเรื้อน							D16 <input type="checkbox"/> D44 <input type="checkbox"/>
2.1.9 งานควบคุมโรคติดต่อ ระหว่างคนและสัตว์							D17 <input type="checkbox"/> D45 <input type="checkbox"/>
2.2 การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อม							
2.2.1 งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม							D18 <input type="checkbox"/> D46 <input type="checkbox"/>
2.2.2 งานสุขภาพสิ่งแวดล้อม							D19 <input type="checkbox"/> D47 <input type="checkbox"/>
2.2.3 งานสุขภาพอาหาร							D20 <input type="checkbox"/> D48 <input type="checkbox"/>
2.3.4 งานอาชีพอนามัย							D21 <input type="checkbox"/> D49 <input type="checkbox"/>
3. การรักษาพยาบาล (Curative)							
3.1 การให้บริการรักษาพยาบาล							D22 <input type="checkbox"/> D50 <input type="checkbox"/>
3.2 การให้บริการส่งต่อผู้ป่วย (refer)							D23 <input type="checkbox"/> D51 <input type="checkbox"/>
3.3 การให้บริการสาธารณสุข เคลื่อนที่							D24 <input type="checkbox"/> D52 <input type="checkbox"/>
3.4 งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ สาธารณสุข							D25 <input type="checkbox"/> D53 <input type="checkbox"/>
4. การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitative)							
4.1 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง							D26 <input type="checkbox"/> D54 <input type="checkbox"/>
4.2 การฟื้นฟูสภาพผู้พิการและ ทุพพลภาพ							D27 <input type="checkbox"/> D55 <input type="checkbox"/>
4.3 การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ							D28 <input type="checkbox"/> D56 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล(สปร.) แบบใหม่

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ท่านเห็นว่าถูกและทำเครื่องหมาย X หน้าข้อที่ท่านเห็นว่าผิด
หมายเหตุ คำถามเป็นความรู้เกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ในปีงบประมาณ 2542

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. วัตถุประสงค์ในการจัดสรรงบประมาณ สปร. ของจังหวัดเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณ | K1 | <input type="checkbox"/> |
| 2. รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่กำหนดวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว(capitation) และตามน้ำหนักบริการ (point system) | K2 | <input type="checkbox"/> |
| 3. วิธีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลเครือข่ายแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือการเรียกเก็บภายในเครือข่ายและการเรียกเก็บต่างเครือข่าย | K3 | <input type="checkbox"/> |
| 4. รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่เป็นการปฏิรูปลักษณะที่มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการลงสู่ระดับอำเภอ | K4 | <input type="checkbox"/> |
| 5. รูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีขั้นตอนการจ่ายเงินจาก สสจ. → สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก → สถานพยาบาลคู่สัญญารอง/ระดับเหนือกว่า | K5 | <input type="checkbox"/> |
| 6. วิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่กำหนดวิธีการจ่ายเงินตามน้ำหนักบริการของการเยี่ยมบ้าน 30 หน่วยต่อครั้ง | K6 | <input type="checkbox"/> |
| 7. วิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่กำหนดวิธีการจ่ายเงินตามน้ำหนักบริการของผู้ป่วยนอกที่สถานเอนามัย 25 หน่วยต่อครั้ง | K7 | <input type="checkbox"/> |
| 8. สถานบริการของรัฐบาลทุกแห่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาไม่ สามารถเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ สปร.ข้ามเขตภายในเครือข่ายเดียวกันได้ | K8 | <input type="checkbox"/> |
| 9. โรงพยาบาลชุมชนสามารถเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ สปร.ข้ามเขตจากสถานเอนามัยได้ตามน้ำหนักบริการคือ 50 หน่วยต่อครั้ง | K9 | <input type="checkbox"/> |
| 10. คณะกรรมการที่ทำหน้าที่จัดสรรเงิน สปร. ตามน้ำหนักบริการประกอบด้วยตัวแทนจาก สสอ. และสถานเอนามัย | K10 | <input type="checkbox"/> |

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

- | | |
|--|------------------------------|
| 11. การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่สถานีนีออนามัยได้รับการจัดสรรเงินจาก
โรงพยาบาลประจำอำเภอ | K11 <input type="checkbox"/> |
| 12. ผู้ป่วยต่างจังหวัดที่ใช้สิทธิ สปร. เข้ามาใช้บริการในสถานบริการของจังหวัด
พระนครศรีอยุธยาทางจังหวัดพระนครศรีอยุธยาไม่สามารถเรียกเก็บค่า
บริการข้ามเขตได้ | K12 <input type="checkbox"/> |
| 13. งบประมาณ สปร. ไม่สามารถจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานล่วงเวลา (OT) ได้ | K13 <input type="checkbox"/> |
| 14. งบประมาณ สปร. ใช้ได้เฉพาะการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ | K14 <input type="checkbox"/> |
| 15. สถานีนีออนามัยสามารถใช้จ่ายเงินงบประมาณ สปร. ในส่วนที่ได้รับการจัดสรรโดย
ขอเบิก-จ่ายจากบัญชีสปร. ของโรงพยาบาลประจำอำเภอ (Main contractor) ที่มี
สมุดทะเบียนคุมยอดการใช้จ่ายเงินเป็นรายสถานีนีออนามัย | K15 <input type="checkbox"/> |

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของท่านในเรื่องการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ
เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. ท่านเห็นด้วยกับรูปแบบวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่หรือไม่
<input type="checkbox"/> 1. เห็นด้วย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เห็นด้วย | P1 <input type="checkbox"/> |
| 2. ท่านคิดว่ารูปแบบวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ส่งผลให้เจ้าหน้าที่
สถานีอนามัยมีความพยายามที่จะทำงานมากขึ้นใช่หรือไม่
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | P2 <input type="checkbox"/> |
| 3. ท่านคิดว่ารูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่จะทำให้ท่านมีแรงจูงใจ
ที่จะเพิ่มหรือลดปริมาณการให้บริการบางอย่างแก่ผู้มารับบริการใช่หรือไม่
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | P3 <input type="checkbox"/> |
| 4. ท่านคิดว่าปริมาณการให้บริการที่ลดได้แก่ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพใช่หรือไม่
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | P4 <input type="checkbox"/> |
| 5. ท่านคิดว่ารูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนหลาย
ขั้นตอนหรือไม่
<input type="checkbox"/> 1. ซับซ้อน <input type="checkbox"/> 2. ไม่ซับซ้อน | P5 <input type="checkbox"/> |
| 6. ท่านคิดว่ารูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่จะทำให้ท่านให้บริการแก่
ผู้มารับบริการอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่เลือกสิทธิใช่หรือไม่
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | P6 <input type="checkbox"/> |
| 7. ท่านคิดว่ารูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่จะทำให้ท่านจัดเวลาการให้
บริการนอกเวลาแก่ผู้มารับบริการมากขึ้นใช่หรือไม่
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | P7 <input type="checkbox"/> |
| 8. ท่านคิดว่ารูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่จะทำให้ผู้รับบริการสามารถ
ใช้บริการได้ง่ายและทั่วถึงมากยิ่งขึ้นใช่หรือไม่
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | P8 <input type="checkbox"/> |
| 9. ท่านคิดว่าอัตราการเรียกเก็บค่าบริการข้ามเขตระหว่างสถานบริการมีความเหมาะสมหรือไม่
<input type="checkbox"/> 1. เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2. ไม่เหมาะสม | P9 <input type="checkbox"/> |

ส่วนที่ 4 (ต่อ)

10. ท่านคิดว่ารูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่จะทำให้ท่านให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลมากขึ้นหรือไม่ P10
1. ใช่ 2. ไม่ใช่
11. ท่านคิดว่ารูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ส่งผลให้สถานีนอนามัยของท่านได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ P11
1. ใช่ 2. ไม่ใช่ (ถ้าไม่ใช่ข้ามไปตอบข้อ 13)
12. ท่านคิดว่าเมื่อสถานีนอนามัยของท่านได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการเพิ่มมากขึ้นแล้วจะทำให้สถานีนอนามัยของท่านมียาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเครื่องมือแพทย์ในการให้บริการที่พร้อมมากขึ้นหรือไม่ P12
1. ใช่ 2. ไม่ใช่
13. ท่านคิดว่ารูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ทำให้เกิดการพัฒนาสถานีนอนามัยของท่านในด้านบริการใช่หรือไม่ P13
1. ใช่ 2. ไม่ใช่
14. ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในสถานีนอนามัยเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่เนื่องจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) P14
1. เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ P15
2. เจ้าหน้าที่ยังขาดขวัญ กำลังใจ และขาดแรงจูงใจในการทำงาน P16
3. ขาดการติดตาม นิเทศ ควบคุม กำกับ จากหน่วยงานและผู้บังคับบัญชา P17
4. นโยบายของผู้บริหาร (ระดับจังหวัด/อำเภอ) ยังไม่ชัดเจน P18
5. ประชาชนยังไม่รับทราบและมองไม่เห็นความสำคัญ P19
6. อื่น ๆ ระบุ.....
15. ข้อเสนอแนะ ต่อรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ของจังหวัด (โปรดระบุ)
- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

แบบสำรวจกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนามัย

คำชี้แจง

แบบบันทึกกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานบริการ ปีงบประมาณ 2541 และ 2542 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของปริมาณงานเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ให้แก่สถานบริการของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สถานีนามัย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1. งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรม	ปีงบประมาณ	
	2541	2542
1. การวางแผนครอบครัว		
- รับบริการคุมกำเนิด (ยาเม็ด , ยาฉีด) คน		
2. การอนามัยแม่และเด็ก		
- ดูแลหญิงมีครรภ์ทั้งหมด คน		
3. การโภชนาการ		
- เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก คน		
4. การอนามัยโรงเรียน		
จำนวนนักเรียนที่ได้รับการตรวจสุขภาพ		
- ระดับก่อนประถมศึกษา คน		
- ระดับประถมศึกษา คน		
5. งานทันตสาธารณสุข		
- หญิงมีครรภ์ (ANC 1) ได้ทันตสุขศึกษา และตรวจช่องปาก คน		
- เด็ก 0 - 5 ปี (ก่อนวัยเรียน) ได้รับการทันตกรรม คน		
- เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับการทันตกรรม (5 - 14 ปี)* คน		
6. การส่งเสริมสุขภาพจิต (โรคจิต , ลมชัก, ปัญญาอ่อน)		
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลจาก สอ. คน		
7. งานสุขศึกษา		
- รายบุคคล คน		
- รายกลุ่ม คน/ครั้ง		

1. งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

กิจกรรม	ปีงบประมาณ	
	2541	2542
8. การเยี่ยมบ้าน		
- ก่อนคลอด	ครั้ง	
- มารดา /ทารกหลังคลอด	ครั้ง	
- เด็กแรกเกิด - 5 ปี	ครั้ง	
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง / เจ็บพลัน	ครั้ง	
- ผู้พิการ / ผู้สูงอายุ	ครั้ง	
- Home health care	ครั้ง	
หมายเหตุ		
* ปีงบประมาณ 2541 เนื่องจากแบบบันทึกแต่ละปีมีการเปลี่ยนแปลง		

2. งานด้านการป้องกันโรค

กิจกรรม	ปีงบประมาณ	
	2541	2542
1. งานควบคุมโรคติดต่อที่ให้มีคุ้มกันได้ (EPI)		
- จำนวนเด็กรับบริการที่คลินิกเด็กดี	คน	
2. งานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ		
- จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง	คน	
3. งานควบคุมโรคติดต่อเชื้อทางเดินหายใจเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี		
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ไขหวัด)	คน	
- ผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (ไขหวัดและได้รับยาปฏิชีวนะ)	คน	
4. งานควบคุมโรคไข้เลือดออก		
- ใช้สารกำจัดลูกน้ำ (อะเบท)	หลังคารีออน	
5. งานควบคุมโรคมาลาเรีย		
- ผู้รับการตรวจโลหิต	คน	
6. งานควบคุมโรคเท้าช้าง		
- เจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยโรคเท้าช้าง	คน	

2. งานด้านการป้องกันโรค (ต่อ)

กิจกรรม	ปีงบประมาณ	
	2541	2542
7. งานควบคุมโรคฉี่หนู		
- ส่งผู้มีอาการสงสัยไปตรวจ	คน	
8. งานควบคุมโรคเรื้อน		
- ผู้รับการตรวจโรคผื่นหนัง	คน	
9. งานควบคุมโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์		
- ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า	คน	
10. งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม		
- รณรงค์อนุรักษ์แหล่งน้ำ (อบรมอาสาสมัคร)	หมู่บ้าน	
11. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม		
- สร้างเตาเผาขยะ	ที่	
- จัดหาที่รองรับขยะหรือหลุมหมักขยะ	ที่	
12. งานสุขาภิบาลอาหาร		
- อบรมผู้ประกอบการค้าอาหารและผู้สัมผัสอาหาร	คน/ครั้ง	
- ตรวจแนะนำร้านจำหน่ายอาหาร	ร้าน	
13. งานอาชีวอนามัย		
- ให้บริการตรวจสุขภาพผู้ประกอบการ	คน	
- สืบรวจเพื่อแนะนำสถานประกอบการ	แห่ง	
หมายเหตุ		

3. งานด้านการรักษาพยาบาล

กิจกรรม	ปีงบประมาณ	
	2541	2542
1. การให้บริการรักษาพยาบาล		
- ผู้ป่วยรับการรักษา	ครั้ง	
2. การให้บริการส่งต่อผู้ป่วย		
- รับผู้ป่วยจากสถานบริการอื่นไว้รักษา	คน	
- ส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่สถานบริการอื่น	คน	
3. การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่	ครั้ง	
4. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและสาธารณภัย		
- ให้บริการผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร	คน	
หมายเหตุ		

4. งานด้านการฟื้นฟูสภาพ

กิจกรรม	ปีงบประมาณ	
	2541	2542
1. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง	คน	
2. การฟื้นฟูสภาพผู้พิการและทุพพลภาพ	คน	
3. การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ	คน	
หมายเหตุ		

แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย

1. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่
ว่าอย่างไร
2. การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อค่าบริการทั่วไปของสถานีอนามัยอย่างไร
3. การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่องานประจำ (การส่งเสริมสุขภาพ
การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ) อะไรบ้างและกระทบอย่างไร
4. การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีผลกระทบต่อการจัดสรรเวลาสำหรับการให้บริการ
งานประจำแต่ละอย่างอย่างไร
5. การจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่มีปัญหา อุปสรรคอะไรบ้างต่อการดำเนินงานของท่าน
และถ้าจะปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ ท่านจะให้ข้อเสนอแนะอะไรบ้าง
อย่างไร

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
ภาควิชาบริหารบริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. นายธีรวัช กันตามระ
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 กลุ่มงานระบบบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล นางสาวพิณ ลาภหลาย

วัน เดือน ปีเกิด 1 กรกฎาคม 2514

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรการพยาบาลและ ผดุงครรภ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ	2535
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี) เทียบเท่าปริญญาตรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 1	2537

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2537 - 2538	พยาบาลวิชาชีพ 3 งานห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาล ร.พ. บ้านแพรง ปฏิบัติงาน ร.พ. ผักไห่
พ.ศ. 2539 - 2542	พยาบาลวิชาชีพ 4 งานห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาล ร.พ. ผักไห่
พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 5 งานห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาล ร.พ. ผักไห่