

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสงขลามิ่วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสงขลา โดยจำแนกตามวิธีการจ่ายเงิน แหล่งของเงิน และความเพียงพอในการจัดสรรเงิน รวมทั้งปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอไว้ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน

1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

1.1.2 ข้อมูลปริมาณความรับผิดชอบงาน

1.1.3 ข้อมูลการรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.2 ข้อมูลของสถานีนอามัย

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอามัย

1.2.2 ข้อมูลผลการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1.2.3 ข้อมูลแนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 แนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน แบ่งเป็น 2 ส่วน

2.1 แนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 แนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงินและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

ส่วนที่ 4 ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้การจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n = 135)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	31.9
หญิง	92	68.1
อายุ (ปี)		
21-40	94	69.6
41-60	41	30.4
	$\bar{x} = 36.8, SD. = 9.6$	
สถานที่ทำงาน		
สถานีอนามัยทั่วไป	113	83.7
สถานีอนามัยขนาดใหญ่	22	16.3
ตำแหน่งงาน		
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	40	29.6
นักวิชาการสาธารณสุข	22	16.3
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	49	36.3
พยาบาลวิชาชีพ	10	7.4
พยาบาลเทคนิค	12	8.9
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	2	1.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	61	45.2
ปริญญาตรี	73	54.1
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
การใช้เวลาานออกราชการ		
เปิดกิจการส่วนตัว	8	5.9
อยู่เวรรักษาพยาบาล	57	42.2
ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	3	2.3
อื่น ๆ (กิจธุระส่วนตัว)	67	49.6

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n = 135)	
	จำนวน	ร้อยละ
การใช้เวลาวันหยุดราชการ		
เปิดกิจการส่วนตัว	12	8.9
อยู่เวรรักษาพยาบาล	41	30.4
อื่น ๆ (กิจธุระส่วนตัว)	82	60.7
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน (ปี)		
≤ 10	106	78.5
11-20	21	15.6
21-30	3	2.2
≥ 31	5	3.7
$\bar{x} = 7.4, SD. = 7.6$		
การอบรมในด้านการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ครั้ง)		
เคยได้รับการอบรม	87	64.5
1-5 ครั้ง	83	61.5
6-10 ครั้ง	4	3.0
$\bar{x} = 1.4, SD. = 1.7$		
ไม่เคยได้รับการอบรม	48	35.5

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.1) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 31.9) โดยมีอายุเฉลี่ย 36.8 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยทั่วไป (ร้อยละ 83.7) และปฏิบัติงานในสถานอนามัยขนาดใหญ่ (ร้อยละ 16.3) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีตำแหน่งงาน เจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 36.3) รองลงมาเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข (ร้อยละ 29.6) และนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 16.3) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 54.1) รองลงมาจบอนุปริญญา/เทียบเท่า (ร้อยละ 45.2) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 0.7) ตามลำดับ การใช้เวลานอกราชการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งจะทำกิจธุระส่วนตัว (ร้อยละ 49.6) รองลงมาอยู่เวรรักษาพยาบาล (ร้อยละ 42.2) และเปิดกิจการส่วนตัว (ร้อยละ 5.9) ตามลำดับ การใช้เวลาวันหยุดราชการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งจะทำกิจธุระส่วนตัว (ร้อยละ 60.7) รองลงมาอยู่เวรรักษาพยาบาล (ร้อยละ 30.4) และเปิดกิจการส่วนตัว (ร้อยละ 8.9) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.4 ปี การอบรมในด้านการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยได้รับการอบรมเฉลี่ยคนละ 1.4 ครั้ง

1.1.2 ข้อมูลปริมาณความรับผิดชอบงาน

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปริมาณความรับผิดชอบงาน

งาน	ปริมาณความรับผิดชอบงาน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข n = 135)							
	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2		ระดับที่ 3		ระดับที่ 4	
	(≤ 25 %)		(26-50 %)		(51-75 %)		(≥ 76 %)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การส่งเสริมสุขภาพ	70	51.9	47	34.8	14	10.3	4	3.0
การควบคุม-ป้องกันโรค	81	60.0	37	27.4	11	8.2	6	4.4
การรักษาพยาบาล	74	54.8	51	37.8	5	3.7	5	3.7
การฟื้นฟูสภาพ	132	97.8	2	1.5	0	0	1	0.7

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีปริมาณความรับผิดชอบงานด้านส่งเสริมสุขภาพมีน้อยกว่าร้อยละ 25 (ร้อยละ 51.9) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีปริมาณความรับผิดชอบงานด้านควบคุม-ป้องกันโรคน้อยกว่าร้อยละ 25 (ร้อยละ 60.0) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีปริมาณความรับผิดชอบงานด้านรักษาพยาบาลน้อยกว่าร้อยละ 25 (ร้อยละ 54.8) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณความรับผิดชอบงานด้านฟื้นฟูสภาพน้อยกว่าร้อยละ 25 (ร้อยละ 97.8)

1.1.3 ข้อมูลการรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตาราง 9 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงาน หลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปริมาณงาน	การรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงาน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข n = 135)					
	เพิ่มขึ้น		ลดลง		เท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสร้างเสริมสุขภาพ						
งานอนามัยแม่และเด็ก	68	50.4	1	0.7	66	48.9
งานโภชนาการ	32	23.7	3	2.2	100	74.1
งานอนามัยโรงเรียน	41	30.4	1	0.7	93	68.9
งานวางแผนครอบครัว	37	27.4	1	0.7	97	71.9
งานผู้สูงอายุ	66	48.9	0	0	69	51.1
งานเยี่ยมบ้าน	82	60.7	0	0	53	39.3
งานทันตสาธารณสุข	38	28.1	2	1.5	95	70.4
งานสุขศึกษา	49	36.3	0	0	86	63.7
งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	49	36.3	0	0	86	63.7
งานควบคุม-ป้องกันโรค	47	34.8	0	0	88	65.2
การรักษาพยาบาล	96	71.2	6	4.4	33	24.4
การฟื้นฟูสุขภาพ	38	28.1	0	0	97	71.9

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นในงานเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 60.7) และงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 50.4) ในขณะที่มีปริมาณงานลดลงในงานโภชนาการ (ร้อยละ 2.2) และงานทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 1.5) และมีปริมาณงานเท่าเดิมในงานโภชนาการ (ร้อยละ 74.1) รองลงมาในงานวางแผนครอบครัว (ร้อยละ 71.9) และงานทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 70.4) ตามลำดับ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณงานด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 71.2) และการรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านการฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพเท่าเดิม (ร้อยละ 71.9)

1.2 ข้อมูลของสถานีนามัย

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัยปี พ.ศ. 2544 และ 2545

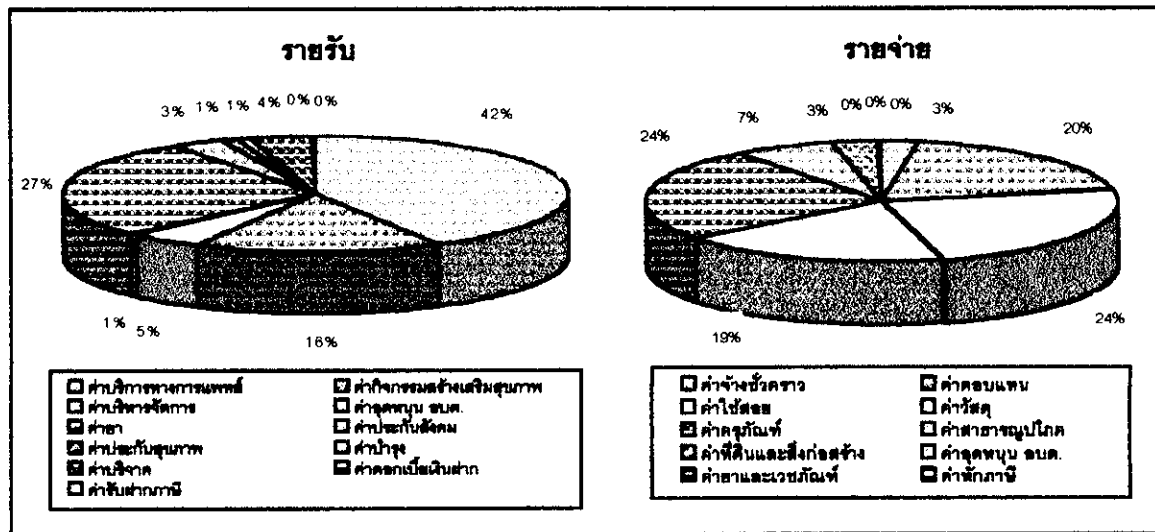
ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย	พ.ศ. (สถานีนามัย n = 40)			
	2544		2545	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ (หมู่บ้าน)				
≤ 5	21	52.5	21	52.5
≥ 6	19	47.5	19	47.5
จำนวนหมู่บ้าน : เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน = 2.1 หมู่บ้าน				
จำนวนหลังคาเรือน (หลัง)				
≤ 2,000	34	85.0	34	85.0
≥ 2,001	6	15.0	6	15.0
จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (คน)				
≤ 10,000	36	90.0	36	90.0
≥ 10,001	4	10.0	4	10.0
จำนวนประชากร : เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน = 2,196.7, 2,264.1 คน				
เพศ				
ชาย	123,564	49.8	126,787	49.6
หญิง	124,661	50.2	129,052	50.4

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบน้อยกว่า 5 หมู่บ้าน (ร้อยละ 52.5) หากวิเคราะห์จำนวนหมู่บ้านต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน เท่ากับ 2.1 หมู่บ้าน ในปี 2544 และปี 2545 โดยมีจำนวนหลังคาเรือนน้อยกว่า 2,000 หลังคาเรือน (ร้อยละ 85.0) จำนวนประชากรที่รับผิดชอบน้อยกว่า 10,000 คน (ร้อยละ 90.0) หากวิเคราะห์จำนวนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน เท่ากับ 2,196.7, 2,264.1 คน ในปี 2544 และปี 2545 โดยมีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.2 ร้อยละ 50.4) ในปี 2544 และปี 2545

1.2.2 ข้อมูลผลการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลการจัดสรรเงินด้านรายจ่าย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2544 - 31 มีนาคม 2546

ผลการจัดสรรเงินด้านรายจ่าย 1 ตุลาคม 2544 - 31 มีนาคม 2546 (สถานีอนามัย n = 40)				
รายรับ	\bar{x}	SD.	รายจ่าย	SD.
ค่าบริการทางการแพทย์ (เงินโอน)	157,379.8	103,649.6	ค่าจ้างชั่วคราว	6,845.8
ค่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (เงินโอน)	59,864.5	77,331.9	ค่าตอบแทน	53,262.5
ค่าบริการจัดการ	16,965.0	44,587.2	ค่าใช้สอย	65,376.1
ค่าอุดหนุนจาก อบต.	2,768.8	7,203.0	ค่าวัสดุ	50,374.0
ค่ายา	102,999.5	124,017.4	ค่าครุภัณฑ์	69,436.6
ค่าประกันสังคม	12,268.4	24,518.9	ค่าสาธารณูปโภค	18,499.6
ค่าประกันสุขภาพ (500 บาท)	4,988.6	9,603.2	ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	8,156.6
ค่าบำรุง	2,379.0	8,462.5	ค่าอุดหนุนจาก อบต.	625.0
ค่าบริการ	15,422.0	38,711.8	ค่ายาและเวชภัณฑ์	91.6
ค่าดอกเบี้ยเงินฝาก	216.1	209.4	ค่าหักภาษี ณ ที่จ่าย	392.9
ค่ารับฝากภาษี ณ ที่จ่าย	340.2	1,157.6		
รวม	375,591.8	238,306.9	รวม	273,060.7
				205,902.1



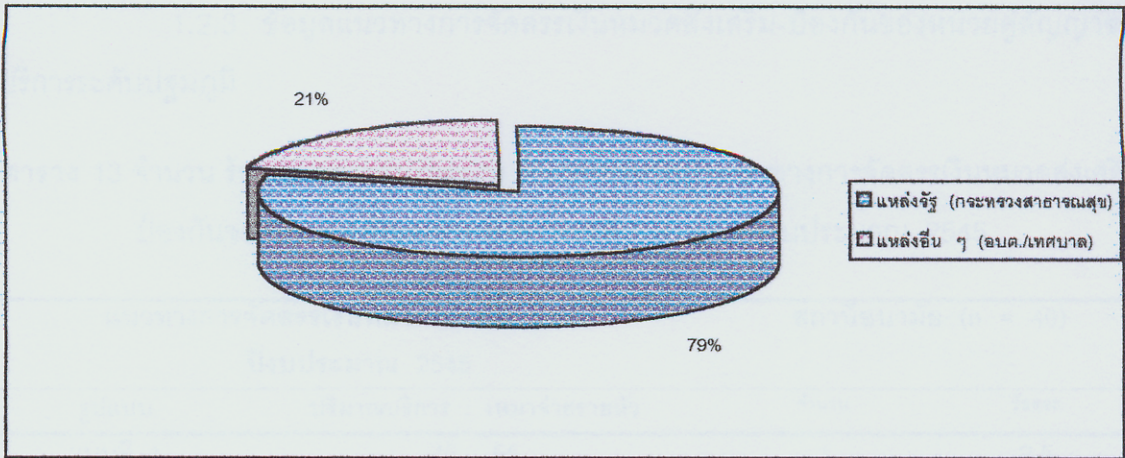
ภาพประกอบ 9 ร้อยละ ของผลการจัดสรรเงิน จำแนกตามด้านรายรับ-รายจ่าย

จากตาราง 11 และภาพประกอบ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายรับเฉลี่ย 375,591.8 บาท โดยรายรับที่ได้จะเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นเงินโอนเฉลี่ย 157,379.8 บาท (ร้อยละ 41.9) รองลงมาเป็นค่าเช่าเฉลี่ย 102,999.5 บาท (ร้อยละ 27.4) และค่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นเงินโอนเฉลี่ย 59,864.5 บาท (ร้อยละ 16.0) ตามลำดับ รายจ่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายจ่ายเฉลี่ย 273,060.7 บาท โดยรายจ่ายที่ใช้จะเป็นค่าครุภัณฑ์เฉลี่ย 69,436.7 บาท (ร้อยละ 25.4) รองลงมาเป็นค่าใช้สอยเฉลี่ย 65,376.1 บาท (ร้อยละ 23.9) และค่าตอบแทนเฉลี่ย 53,262.5 บาท (ร้อยละ 19.5) ตามลำดับ (ภาคผนวก ง ตาราง 21 หน้า 114)

1.2.2.1 ข้อมูลผลการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2544 - 31 มีนาคม 2546

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	รายรับ						รายจ่าย					
	จากแหล่งรัฐบาล		จากแหล่งอื่น ๆ		จากแหล่งรัฐบาล		จากแหล่งรัฐบาล		จากแหล่งอื่น ๆ		จากแหล่งอื่น ๆ	
	\bar{x}	SD.	\bar{x}	SD.	\bar{x}	SD.	\bar{x}	SD.	\bar{x}	SD.	\bar{x}	SD.
งานอนามัยแม่และเด็ก	1,125.0	4,158.3	762.3 (5.4)	1,945.7	1,125.0 (7.2)	4,158.3	860.0	2,731.2	111.0 (0.8)	569.3	860.0 (5.5)	2,731.2
งานโภชนาการ	125.0	790.6	182.0 (1.3)	821.4	125.0 (0.8)	790.6	125.0	790.6	182.0 (1.3)	821.4	125.0 (0.8)	790.6
งานอนามัยโรงเรียน	0	0	821.3 (5.8)	1,803.7	0 (0)	0	0	0	821.3 (5.8)	1,803.7	0 (0)	0
งานวางแผนครอบครัว	3,181.9	10,809.9	2,205.4 (15.5)	4,524.1	3,181.9 (20.3)	10,809.9	208.8	1,320.3	198.0 (1.4)	851.5	208.8 (1.3)	1,320.3
งานผู้สูงอายุ	0	0	65.0 (0.5)	290.5	0 (0)	0	0	0	65.0 (0.5)	290.5	0 (0)	0
งานเยี่ยมบ้าน	0	0	259.1 (1.8)	936.7	0 (0)	0	0	0	259.1 (1.8)	936.7	0 (0)	0
งานทันตสาธารณสุข	0	0	302.5 (2.1)	1,099.5	0 (0)	0	0	0	302.5 (2.1)	1,099.5	0 (0)	0
งานสุขภาพศึกษา	10,162.5	23,560.2	9,287.7 (65.4)	19,026.2	10,162.5 (64.9)	23,560.2	59,864.5	77,331.9	14,194.2 (100)	22,884.5	15,663.1 (100)	28,874.7
งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค												
งานควบคุม-ป้องกันโรค												
รวม	59,864.5	77,331.9	14,194.2 (100)	22,884.5	15,663.1 (100)	28,874.7	59,864.5	77,331.9	14,194.2 (100)	22,884.5	15,663.1 (100)	28,874.7



ภาพประกอบ 10 ร้อยละ ของผลการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามแหล่งของเงิน

จากตาราง 12 และภาพประกอบ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันจากแหล่งรัฐบาลเฉลี่ย 59,864.5 บาท โดยที่กลุ่มตัวอย่างได้ใช้เงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันจากแหล่งรัฐบาลเฉลี่ย 22,884.5 บาท ซึ่งเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันจะใช้ในการควบคุม-ป้องกันโรคเฉลี่ย 9,287.7 บาท (ร้อยละ 65.4) รองลงมาจากผู้สูงอายุเฉลี่ย 2,205.4 บาท (ร้อยละ 15.5) และงานวางแผนครอบครัวเฉลี่ย 821.3 บาท (ร้อยละ 5.8) ตามลำดับ การได้รับเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันที่ได้รับจากแหล่งอื่น ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันเฉลี่ย 15,663.1 บาท ซึ่งเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันจะใช้ในการควบคุม-ป้องกันโรคเฉลี่ย 10,162.5 บาท (ร้อยละ 64.9) รองลงมาจากผู้สูงอายุเฉลี่ย 3,181.9 บาท (ร้อยละ 20.3) และงานอนามัยแม่และเด็กเฉลี่ย 1,125.0 บาท (ร้อยละ 7.2) ตามลำดับ (ภาคผนวก ง ตาราง 22 หน้า 114)

1.2.3 ข้อมูลแนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันของหน่วยคู่สัญญาของ บริการระดับปฐมภูมิ

ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลแนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-
ป้องกันของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2545

แนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน		สถานีนามชัย (n = 40)	
ปีงบประมาณ 2545			
รูปแบบ	ปริมาณบริการ : เหม่าจ่ายรายหัว	จำนวน	ร้อยละ
แบบที่ 1	45 : 55	1	2.5
แบบที่ 2	50 : 50	31	77.5
แบบที่ 3	80 : 20	8	20.0

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน
ของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีวิธีการจ่ายเงินรูปแบบที่ 2 ซึ่งมีวิธีการจ่ายเงิน
แบบปริมาณบริการต่อวิธีการจ่ายเงินแบบเหม่าจ่ายรายหัว เท่ากับ 50 : 50 (ร้อยละ 77.5) รองลงมา
มีวิธีการจ่ายเงินรูปแบบที่ 3 ซึ่งมีวิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการต่อวิธีการจ่ายเงินแบบเหม่าจ่าย
รายหัว เท่ากับ 80 : 20 (ร้อยละ 20.0) และมีวิธีการจ่ายเงินรูปแบบที่ 1 มีวิธีการจ่ายเงินแบบ
ปริมาณบริการต่อวิธีการจ่ายเงินแบบเหม่าจ่ายรายหัว เท่ากับ 45 : 55 (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 แนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

2.1 แนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2545

แนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2545 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข n = 135)						
การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	มี		ไม่มี		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในด้าน						
การกำหนดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	121	89.6	9	6.7	5	3.7
การกำหนดงบประมาณ	100	74.1	24	17.8	11	8.1
การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม	124	91.8	9	6.7	2	1.5
การฝึกทักษะของบุคลากร	106	78.6	18	13.3	11	8.1
การสร้างเสริมสุขภาพที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ	99	73.3	21	15.6	15	11.1
ความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ	99	73.3	19	14.1	17	12.6
การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในด้าน						
การรณรงค์ให้ชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	126	93.4	6	4.4	3	2.2
การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม	55	40.7	63	46.7	17	12.6
การสนับสนุนชุมชนให้มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	79	58.5	47	34.8	9	6.7
การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพในด้าน						
การสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการพัฒนาชุมชน	105	77.8	20	14.8	10	7.4
การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ						
คน	100	74.1	28	20.7	7	5.2
งบประมาณ	72	53.3	51	37.8	12	8.9
การสนับสนุนชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วม	128	94.8	4	3.0	3	2.2
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพในด้าน						
การถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชน	125	92.6	4	3.0	6	4.4
การสนับสนุนประชาชนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง	127	94.0	4	3.0	4	3.0
การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขให้มีการสร้างเสริมสุขภาพในด้าน						
บุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ	122	90.4	5	3.7	8	5.9
บุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานมีการทำวิจัย	15	11.1	105	77.8	15	11.1
บุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานได้รับการฝึกอบรม	109	80.8	18	13.3	8	5.9

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยที่กลุ่มตัวอย่างให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 91.8) รองลงมา มีการกำหนดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 89.6) และมีการฝึกทักษะของบุคลากรในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 78.6) ตามลำดับ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรณรงค์ให้ชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 93.4) และมีการสนับสนุนให้ชุมชนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการอนุรักษ์ธรรมชาติ (ร้อยละ 58.5) และกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งยังไม่มีกิจกรรมในการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน (ร้อยละ 46.7) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 94.8) รองลงมา มีการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน (ร้อยละ 77.8) และมีการสนับสนุนคนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (ร้อยละ 74.1) ตามลำดับ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนประชาชนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 94.0) และมีการถ่ายทอดความรู้ทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชน (ร้อยละ 92.6) การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขให้มีการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคคลและชุมชน (ร้อยละ 90.4) และบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานได้รับการฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 80.8) แต่บุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานยังไม่มีการทำงานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 77.8)

2.2 แนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน (วิธีการจ่ายเงิน แหล่งของเงิน ความเพียงพอในการจัดสรรเงิน)

2.2.1 แนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน จำแนกตามวิธีการจ่ายเงิน

ตาราง 15 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน จำแนกตามวิธีการจ่ายเงิน ปีงบประมาณ 2545

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	วิธีการจ่ายเงิน ปีงบประมาณ 2545 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข n = 135)											
	วิธีการจ่ายเงินที่ใช้จากโครงการ 30 บาท			วิธีการจ่ายเงินที่ไม่ใช่จากโครงการ 30 บาท								
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ						
ปริมาณบริการ	เหมาะจ่ายรายหัว		ปริมาณบริการและ		งบประมาณยอดรวม							
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ						
งานอนามัยแม่และเด็ก	89	66.0	27	20.0	18	13.3	1	0.7	6	4.4	129	95.6
งานโภชนาการ	84	62.3	29	21.5	11	8.1	11	8.1	10	7.4	125	92.6
งานอนามัยโรงเรียน	88	65.2	29	21.5	11	8.1	7	5.2	2	1.5	133	98.5
งานวางแผนครอบครัว	88	65.2	28	20.7	19	14.1	0	0	0	0	135	100
งานผู้สูงอายุ	85	63.0	26	19.3	14	10.3	10	7.4	25	18.5	110	81.5
งานเยี่ยมบ้าน	78	57.8	26	19.3	13	9.6	18	13.3	3	2.2	132	97.8
งานทันตสาธารณสุข	85	63.0	28	20.7	12	8.9	10	7.4	0	0	135	100
งานสุขศึกษา	74	54.8	27	20.0	10	7.4	24	17.8	0	0	135	100
งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	87	64.5	27	20.0	20	14.8	1	0.7	0	0	135	100
งานควบคุม-ป้องกันโรค	87	64.5	31	23.0	13	9.5	4	3.0	50	37.0	85	63.0

หมายเหตุ ไม่มีวิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเดียวเป็นต้น

จากตาราง 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการ โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งใช้ในงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 66.0) รองลงมางานอนามัยโรงเรียน (ร้อยละ 65.2) และงานวางแผนครอบครัว (ร้อยละ 65.2) ตามลำดับ วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวใช้ในงานควบคุม-ป้องกันโรค (ร้อยละ 23.0) รองลงมางานโภชนาการ (ร้อยละ 21.5) และงานอนามัยโรงเรียน (ร้อยละ 21.5) ตามลำดับ วิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการและเหมาจ่ายรายหัว โดยที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ร้อยละ 14.8) รองลงมางานวางแผนครอบครัว (ร้อยละ 14.1) และงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 13.3) ตามลำดับ และวิธีการจ่ายเงินแบบงบประมาณยอดรวมใช้ในงานควบคุม-ป้องกันโรค (ร้อยละ 37.0) รองลงมางานผู้สูงอายุ (ร้อยละ 18.5) และงานโภชนาการ (ร้อยละ 7.4) ตามลำดับ ส่วนวิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเดียวเป็นโบนัส ยังไม่มีการใช้ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 100)

2.2.2 แนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน จำนวนตามแหล่งของเงิน

ตาราง 16 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน จำนวนตามแหล่งของเงิน ปีงบประมาณ 2545

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	การใช้แหล่งของเงิน ปีงบประมาณ 2545 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข n = 135)							
	จากแหล่งรัฐบาล			จากแหล่งอื่น ๆ				
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช้	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช้		
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
งานอนามัยแม่และเด็ก	134	99.3	1	0.7	6	4.4	129	95.6
งานโภชนาการ	124	91.9	11	8.1	10	7.4	125	92.6
งานอนามัยโรงเรียน	128	94.8	7	5.2	2	1.5	133	98.5
งานวางแผนครอบครัว	135	100	0	0	0	0	135	100
งานผู้สูงอายุ	125	92.6	10	7.4	25	18.5	110	81.5
งานเยี่ยมบ้าน	117	86.7	18	13.3	3	2.2	132	97.8
งานทันตสาธารณสุข	125	92.6	10	7.4	0	0	135	100
งานสุขศึกษา	111	82.2	24	17.8	0	0	135	100
งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	134	99.3	1	0.7	0	0	135	100
งานควบคุม-ป้องกันโรค	131	97.0	4	3.0	50	37.0	85	63.0

หมายเหตุ ไม่มีการใช้แหล่งเงินจากกระทรงอื่น ๆ และเอกชน

จากตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ใช้แหล่งของเงินจากรัฐบาล โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ในงานวางแผนครอบครัว (ร้อยละ 100) รองลงมางานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 99.3) และงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ร้อยละ 99.3) ตามลำดับ การใช้แหล่งของเงินจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล โดยที่กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งใช้ในงานควบคุม-ป้องกันโรค (ร้อยละ 37.0) รองลงมางานผู้สูงอายุ (ร้อยละ 18.5) และงานโภชนาการ (ร้อยละ 7.4) ตามลำดับ ส่วนการใช้แหล่งของเงินจากกระทรวงอื่น ๆ และเอกชนยังไม่มีการใช้ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 100)

2.2.3 แนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน จำแนกตามความเพียงพอในการจัดสรรเงิน

ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน จำแนกตามความเพียงพอในการจัดสรรเงิน ปีงบประมาณ 2545

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	จากแหล่งรัฐบาล															
	เพียงพอ			ไม่เพียงพอ			เพียงพอ			ไม่เพียงพอ						
	การนำไปใช้			การนำไปใช้			การนำไปใช้			การนำไปใช้						
	ใช้	ไม่ใช้	ไม่ใช้	ใช้	ไม่ใช้	ไม่ใช้	ใช้	ไม่ใช้	ไม่ใช้	ใช้	ไม่ใช้	ไม่ใช้				
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
งานอนามัยแม่และเด็ก	73	54.1	62	45.9	61	45.2	74	54.8	2	1.5	133	98.5	4	3.0	131	97.0
งานโภชนาการ	66	48.9	69	51.1	58	43.0	77	57.0	2	1.5	133	98.5	8	5.9	127	94.1
งานอนามัยโรงเรียน	66	48.9	69	51.1	62	45.9	73	54.1	1	0.7	134	99.3	1	0.7	134	99.3
งานวางแผนครอบครัว	75	55.6	60	44.4	60	44.4	75	55.6	0	0	135	100	0	0	135	100
งานผู้สูงอายุ	72	53.3	63	46.7	53	39.3	82	60.7	17	12.6	118	87.4	8	5.9	127	94.1
งานเยี่ยมบ้าน	65	48.1	70	51.9	52	38.5	83	61.5	3	2.2	132	97.8	0	0	135	100
งานทันตสาธารณสุข	71	52.6	64	47.4	54	40.0	81	60.0	0	0	135	100	0	0	135	100
งานสุขศึกษา	64	47.4	71	52.6	47	34.8	88	65.2	0	0	135	100	0	0	135	100
งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	78	57.8	57	42.2	56	41.5	79	58.5	0	0	135	100	0	0	135	100
งานควบคุม-ป้องกันโรค	71	52.6	64	47.4	60	44.4	75	55.6	25	18.5	110	81.5	25	18.5	110	81.5

2.2.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงินและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน
ปีงบประมาณ 2545

	ระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงิน ปีงบประมาณ 2545 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข n = 135)			แปลผล	
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ		
	จำนวน	ร้อยละ			
วิธีการจ่ายเงินตามโครงการ 30 บาท					
ปริมาณบริการ	102	75.6	33	24.4	เพียงพอ
อัตราเดียวเป็นเงินสด	79	58.5	56	41.5	เพียงพอ
เหมาจ่ายรายหัว	85	63.0	50	37.0	เพียงพอ
วิธีการจ่ายเงินที่ไม่ใช่โครงการ 30 บาท					
งบประมาณยอดรวม	84	62.2	51	37.8	เพียงพอ
แหล่งของเงินที่ได้มาจากรัฐบาล (กระทรวงสาธารณสุข)	100	74.1	35	25.9	เพียงพอ
แหล่งของเงินที่ได้มาจากแหล่งอื่น ๆ (ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข)	64	47.4	71	52.6	ไม่เพียงพอ
ความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากรัฐบาล (กระทรวงสาธารณสุข)	91	67.4	44	32.6	เพียงพอ
ความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากแหล่งอื่น ๆ (ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข)	62	46.0	73	54.0	ไม่เพียงพอ

จากตาราง 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการ โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเพียงพอ (ร้อยละ 75.6) วิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเดียว เป็นโบนัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าเพียงพอ (ร้อยละ 58.5) วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าเพียงพอ (ร้อยละ 63.0) วิธีการจ่ายเงินแบบงบประมาณยอดรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าเพียงพอ (ร้อยละ 62.2) แหล่งของเงินที่ได้มาจากรัฐบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเพียงพอ (ร้อยละ 74.1) แหล่งของเงินที่ได้มาจากแหล่งอื่น ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.6) ความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากรัฐบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าเพียงพอ (ร้อยละ 67.4) และความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากแหล่งอื่น ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.0)

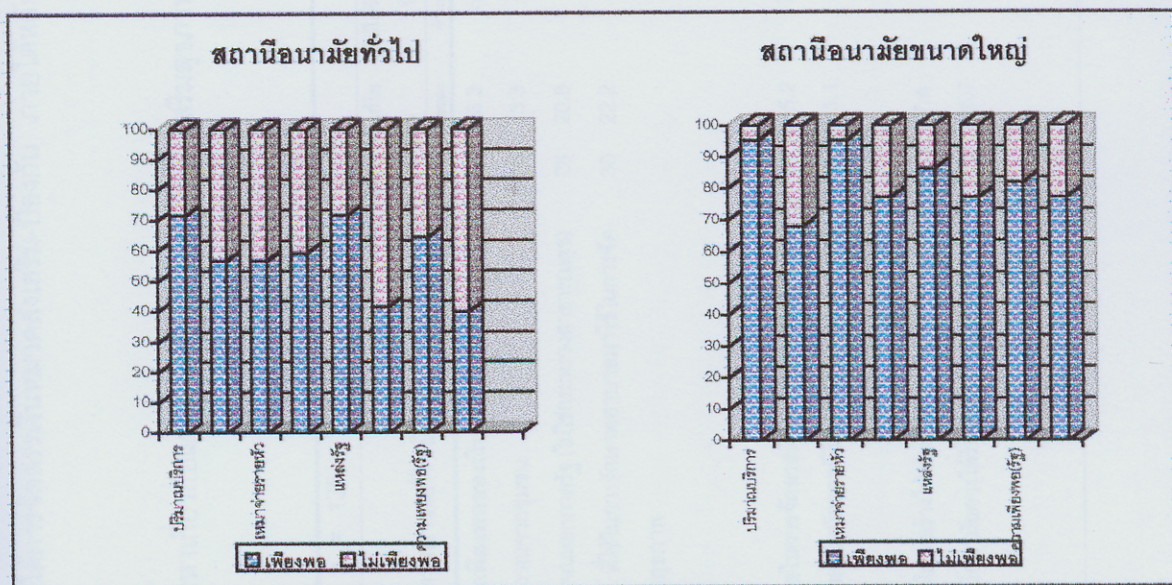
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงินและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

ตาราง 19 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงินและ การจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน ปีงบประมาณ 2545

	ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงิน ปีงบประมาณ 2545 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข n = 135)						U test	P-value		
	สถานีอนามัยทั่วไป (n = 113)			สถานีอนามัยขนาดใหญ่ (n = 22)						
	ไม่เพียงพอ		เพียงพอ		ไม่เพียงพอ					
การจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
วิธีการจ่ายเงินตามโครงการ 30 บาท										
ปริมาณบริการ	103	71.7	32	28.3	134	95.4	1	4.6	947.5	0.02*
อัตราเดียวเป็นเงินสด	86	56.7	49	43.3	128	68.1	7	31.9	1,099.5	0.32
แจกจ่ายรายหัว	86	56.7	49	43.3	134	95.4	1	4.6	760.5	0.00*
วิธีการจ่ายเงินที่ไม่ใช้โครงการ 30 บาท										
งบประมาณยอดรวม	89	59.3	46	40.7	130	77.2	5	22.8	1,019.5	0.11
แหล่งของเงินที่ได้มาจากรัฐบาล (กระทรวงสาธารณสุข)	103	71.7	32	28.3	132	86.4	3	13.6	1,060.5	0.15
แหล่งของเงินที่ได้มาจากแหล่งอื่น ๆ (ไม่กระทรวงสาธารณสุข)	69	41.6	66	58.4	130	77.2	5	22.8	799.5	0.00*
ความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากรัฐบาล (กระทรวงสาธารณสุข)	95	64.6	40	35.4	131	81.9	4	18.1	1,029.0	0.12
ความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากแหล่งอื่น ๆ (ไม่กระทรวงสาธารณสุข)	67	39.9	68	60.1	130	77.2	5	22.8	777.5	0.00*

หมายเหตุ * P-value ≤ 0.05

Mann-Whitney U test (not normality distribution)



ภาพประกอบ 11 เปรียบเทียบร้อยละ ของความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงิน
หมวดส่งเสริม-ป้องกัน ระหว่างสถานีนามัยทั่วไป และสถานีนามัยขนาดใหญ่

จากตาราง 19 และภาพประกอบ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงินและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน โดยเปรียบเทียบกับสถานีนามัยทั่วไป และสถานีนามัยขนาดใหญ่ พบว่า สถานีนามัยทั่วไปส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 71.1) รองลงมา มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแหล่งของเงินที่ได้มาจากรัฐบาลอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 71.7) และมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากรัฐบาลอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 64.6) ตามลำดับ สถานีนามัยขนาดใหญ่ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 95.4) รองลงมา มีความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 95.4) และมีความคิดเห็นเกี่ยวกับแหล่งของเงินที่ได้มาจากรัฐบาลอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 86.4) ตามลำดับ เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงินและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า วิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการ วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว แหล่งของเงินที่ได้มาจากแหล่งอื่น ๆ และ ความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากแหล่งอื่น ๆ โดยเปรียบเทียบสถานีนามัยทั่วไป และสถานีนามัยขนาดใหญ่ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ภาคผนวก ง ตาราง 23 หน้า 115)

ส่วนที่ 4 ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหากับแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้หลัก
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสงขลา

ตาราง 20 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหากับแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ภายใต้การจัดสรรเงินหมวดส่งเสริมป้องกัน

ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข n = 135)

ปัญหา	มี		ไม่มี		แนวทางการแก้ไขปัญหา		ได้รับการแก้ไข		ไม่ได้รับการแก้ไข	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาความไม่เพียงพอของเงิน										
ขาดการสนับสนุนงบประมาณจากชุมชน	5	3.8					18	13.3		
ขาดการสนับสนุนงบประมาณนอกภาครัฐ (ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข)	3	2.2					28	20.8		
งบประมาณภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุขมีงบประมาณอยู่อย่างจำกัด)										
งบประมาณ UC ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีอยู่อย่างจำกัด	85	62.9					30	22.2		
งบประมาณ UC ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมีอยู่อย่างจำกัด	4	3.0								
งบประมาณ NON-UC ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีอยู่จำกัด	0	0								
ปัญหานโยบายในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริมป้องกัน										
นโยบายของผู้บริหารไม่ชัดเจน	86	63.7	49	36.3			61	45.2	74	54.8
ผู้บริหารขาดความตระหนักและขาดสั้ยทัศนคติในการสร้างเสริมสุขภาพ	36	26.7					15	11.1		
ขาดภาวะผู้นำ และโครงสร้างที่เข้มแข็ง	20	14.8								
ผู้ที่มีพันธนโยบายส่วนใหญ่เป็นผู้บริหารในสถานเือนามัย	6	4.4					10	7.4		
ผู้ที่มีพันธนโยบายส่วนใหญ่เป็นผู้บริหารในสถานเือนามัย และเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบงาน	19	14.1					36	26.7		
	5	3.7								

ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข n = 135)

ปัญหา	มี		ไม่มี		แนวทางการแก้ไขปัญหา		ได้รับการแก้ไข		ไม่ได้รับการแก้ไข	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาวิธีการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน	77	57.0	58	43.0	การแก้ปัญหาวิธีการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน	45	33.3	90	66.7	
ผู้บริหารงานในระดับอำเภอ (CUP) ไม่ได้ชี้แจงวิธีการจัดสรรเงิน	4	2.9			ผู้บริหารงานในระดับอำเภอ (CUP) ควรมีการประชุมชี้แจงวิธี	23	17.1			
ผู้บริหารงานในระดับอำเภอ (CUP) มีการชี้แจงวิธีการจัดสรรเงิน	32	23.7			การจัดสรรเงินที่ชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย					
ผู้บริหารในสถานีอนามัยขาดความเข้าใจในวิธีการจัดสรรเงิน	8	5.9			การจัดสรรเงินควรแบ่งเป็นหมวดหมู่ที่ชัดเจน	11	8.1			
ผู้ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยขาดความเข้าใจในวิธีการจัดสรรเงิน	14	10.4			พัฒนาขั้นตอนที่ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้จ่ายเงิน	11	8.1			
การจัดสรรเงินไม่ได้แบ่งเป็นหมวดหมู่ที่ชัดเจน	9	6.7								
มีความยุ่งยากในการระเบียบการใช้จ่ายเงินทำให้เกิดความไม่สะดวกในการจ่าย	10	7.4								
ปัญหาความล่าช้าในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน	88	65.2	47	34.8	การแก้ไขปัญหาความล่าช้าในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน	58	43.0	77	57.0	
ระยะเวลาในการดำเนินการจัดสรรเงินมีความล่าช้า	60	44.5			ควรมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	25	18.6			
มีความยุ่งยากในกฎระเบียบการใช้จ่ายเงิน	28	20.7			ลดขั้นตอนที่ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้จ่ายเงิน	33	24.4			
ปัญหาความล่าช้าของข้อมูลให้นำมาใช้ในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน	66	48.9	69	51.1	การแก้ไขปัญหาความล่าช้าของข้อมูลที่นำมาใช้ในการจัดสรรเงิน	53	39.3	82	60.7	
อำเภอ (CUP) ส่งข้อมูลมาให้สถานีอนามัยล่าช้า	25	18.5			หมวดส่งเสริม-ป้องกัน					
สถานีอนามัยส่งข้อมูลไปให้อำเภอ (CUP) ล่าช้า	34	25.2			ติดตามข้อมูลที่มีความล่าช้า	22	16.3			
ข้อมูลไม่มีครบถ้วน	7	5.2			ลดความซ้ำซ้อนของรายงาน	18	13.4			
ปัญหาระบบการติดตามประเมินผลในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน	66	48.9	69	51.1	ขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน	13	9.6			
อำเภอ (CUP) ไม่เห็นความสำคัญในการติดตามประเมินผล	14	10.4			กรณีมีปัญหาติดตามประเมินผลในการจัดสรรเงินควรส่งเสริมป้องกัน	49	36.3	86	63.7	
อำเภอ (CUP) ไม่มีรูปแบบในการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน	52	38.5			อำเภอ (CUP) ควรเห็นความสำคัญในการติดตามประเมินผล	21	15.6			
					อำเภอ (CUP) ควรมีการประชุมชี้แจงจัดทำแผนการออกติดตามประเมินผล	8	5.9			
					อำเภอ (CUP) ควรมีรูปแบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน	20	14.8			

จากตาราง 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยประสบปัญหาความไม่เพียงพอของเงิน (ร้อยละ 71.9) ซึ่งเคยประสบปัญหาเรื่องงบประมาณด้านหน้าที่ใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมืออยู่อย่างจำกัด (ร้อยละ 62.9) รองลงมาขาดการสนับสนุนงบประมาณจากชุมชน (ร้อยละ 3.8) และงบประมาณด้านสุขภาพด้านหน้าที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมืออยู่อย่างจำกัด (ร้อยละ 3.0) ตามลำดับ โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งได้รับการแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 56.3) ด้วยวิธีการนำงบประมาณสุขภาพด้านหน้าที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมาใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 22.2) รองลงมาขอสนับสนุนงบประมาณนอกภาครัฐ (ร้อยละ 20.8) และขอสนับสนุนงบประมาณจากชุมชน (ร้อยละ 13.3) ตามลำดับ การประสบปัญหานโยบายในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยประสบปัญหา นโยบายในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน (ร้อยละ 63.7) ซึ่งเคยประสบปัญหาเรื่องนโยบายของผู้บริหารไม่ชัดเจน (ร้อยละ 26.7) รองลงมาผู้บริหารขาดความตระหนักและขาดวิสัยทัศน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 14.8) และผู้รับฟังนโยบายส่วนใหญ่เป็นผู้บริหารงานในสถานีนามัย (ร้อยละ 14.1) ตามลำดับ โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 54.8) การประสบปัญหาวิธีการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยประสบปัญหาวิธีการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน (ร้อยละ 57.0) ซึ่งเคยประสบปัญหาเรื่องผู้บริหารงานในระดับอำเภอ (CUP) มีการชี้แจงวิธีการจัดสรรเงิน แต่ยังไม่ชัดเจน (ร้อยละ 23.7) รองลงมาผู้ปฏิบัติงานในสถานีนามัยขาดความเข้าใจในวิธีการจัดสรรเงิน (ร้อยละ 10.4) และมีความยุ่งยากในกระบวนการใช้จ่ายเงินทำให้เกิดความไม่สะดวกในการจ่าย (ร้อยละ 7.4) ตามลำดับ โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 66.7) การประสบปัญหาความล่าช้าในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยประสบปัญหาความล่าช้าในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน (ร้อยละ 65.2) ซึ่งเคยประสบปัญหาเรื่องระยะเวลาในการดำเนินการจัดสรรเงินมีความล่าช้า (ร้อยละ 44.5) และมีความยุ่งยากในกระบวนการใช้จ่ายเงิน (ร้อยละ 20.7) โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 57.0) การประสบปัญหาความล่าช้าของข้อมูลที่นำมาใช้ในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เคยประสบปัญหา (ร้อยละ 51.1) การประสบปัญหากระบวนการติดตามประเมินผลในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เคยประสบปัญหา (ร้อยละ 51.1)

การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดสงขลา รวมทั้งสิ้น 13 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอสทิงพระ อำเภอจะนะ อำเภอนาทวี อำเภอเทพา อำเภอระโนด อำเภอรัตภูมิ อำเภอสะเดา อำเภอหาดใหญ่ อำเภอนาหม่อม อำเภอบางกล่ำ อำเภอสิงหนคร และอำเภอคลองหอยโข่ง ได้สถานีนีโอนามัย จำนวน 40 แห่ง ได้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 135 คน

ผลการศึกษาข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสายพิน ลาภหลาย (2544) ที่ได้ศึกษาผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.2) และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอรุณี วิศิษฎ์พร (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีนีโอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.9) และสอดคล้องกับข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2546) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในสถานีนีโอนามัยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 36.8 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอรุณี วิศิษฎ์พร (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเจ้าหน้าที่สถานีนีโอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35.9 ปี และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า "ปีที่แล้วเค้าก็มีโครงการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกษียณอายุราชการก่อนกำหนดทำให้รุ่นน้อง ๆ ได้เข้ามาทำงานกันมากขึ้น" สถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานีนีโอนามัยทั่วไป (ร้อยละ 83.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2542) ที่ได้ศึกษาการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพตามโครงการ ทสอ. (2535-2544) พบว่า จำนวนสถานีนีโอนามัยระหว่าง ปี พ.ศ. 2530-2541 มีทั้งสิ้น 9,477 แห่ง แบ่งเป็นสถานีนีโอนามัยทั่วไป 7,977 แห่ง และสถานีนีโอนามัยขนาดใหญ่ 1,500 แห่ง ตำแหน่งงาน และระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 36.3) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 54.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอรุณี วิศิษฎ์พร (2546) ที่ได้

ศึกษาการประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 42.3) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 61.1) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2542) ที่ได้ศึกษาการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพตามโครงการ ทสอ. (2535-2544) พบว่า กรอบอัตรากำลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2539-2540) กำหนดให้มีอัตรากำลังได้ 5 คน คือหัวหน้าสถานีอนามัย ระดับ 6 จำนวน 1 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 3-5 หรือ 6 ว. หรือ 7 ว. จำนวน 1 ตำแหน่ง และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2-5 จำนวน 3 ตำแหน่ง และสถานีอนามัยขนาดใหญ่สามารถมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพอย่างละ 1 ตำแหน่ง จากการกำหนดกรอบอัตรากำลังจึงมีตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในอัตราส่วนที่มากกว่าตำแหน่งอื่น นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มการผลิตบุคลากรสำหรับสถานีอนามัย และได้กำหนดกรอบอัตรากำลังสำหรับสำหรับเจ้าหน้าที่ระดับปริญญาตรี เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ให้สูงขึ้นและเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ การใช้เวลานอกราชการ และการใช้เวลาวันหยุดราชการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งใช้เวลานอกราชการในการทำกิจกรรมส่วนตัว (ร้อยละ 49.6) และใช้เวลาวันหยุดราชการในการทำกิจกรรมส่วนตัว (ร้อยละ 60.7) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “นอกจากที่จะอยู่เวรรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยซึ่งได้มีการกำหนดระยะเวลาในการให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงแล้ว ส่วนใหญ่ที่ใช้เวลานอกราชการและวันหยุดราชการในการดูแลครอบครัว ทำสวน ทำงานบ้าน พักผ่อน ฯลฯ” ประสพการณ์การปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสพการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.4 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “ปีที่แล้วเค้าก็มีโครงการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกษียณอายุราชการก่อนกำหนดทำให้รุ่นน้อง ๆ ได้เข้ามาทำงานกันมากขึ้น” การอบรมในด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 64.5) โดยได้รับการอบรมเฉลี่ยคนละ 1.4 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอรุณี วิศิษฎ์พร (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 92.6) จำนวนครั้งที่เข้ารับฟังการประชุมชี้แจงนโยบายการจัดบริการเฉลี่ย 1.9 ครั้ง และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอำพล จินดาวัฒน์ (2541) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาบบบริการที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีเครือข่ายพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและพัฒนาวิชาการ เพราะการจัดบริการเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพจำเป็น

ต้องมีการพัฒนาบุคลากรและองค์ความรู้ ซึ่งจะช่วยพัฒนางานในระหว่างการปฏิบัติงาน ตลอดจนรูปแบบการจัดบริการตลอดเวลา (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542; ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2544)

1.1.2 ข้อมูลปริมาณความรับผิดชอบงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีปริมาณความรับผิดชอบงานด้านส่งเสริมสุขภาพมีน้อยกว่าร้อยละ 25 (ร้อยละ 51.9) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีปริมาณความรับผิดชอบงานด้านควบคุม-ป้องกันโรคน้อยกว่าร้อยละ 25 (ร้อยละ 60.0) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีปริมาณความรับผิดชอบงานด้านรักษาพยาบาลน้อยกว่าร้อยละ 25 (ร้อยละ 54.8) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณความรับผิดชอบงานด้านฟื้นฟูสภาพน้อยกว่าร้อยละ 25 (ร้อยละ 97.8) ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาวิจัยของพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (2543) ที่ได้ศึกษาการจัดบริการสาธารณสุขในอนาคต ภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจ พบว่า ความรับผิดชอบในกระบวนการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐาน ควรอยู่ในระดับอำเภอ/เขตสาธารณสุขหรือเทศบาลในการกำหนดนโยบาย และสนับสนุนเงินให้สถานบริการทางการแพทย์ในระดับตำบล/เทศบาล ให้เป็นหน่วยจัดบริการ หากหน่วยงานให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปฏิบัติงานน้อย ประชาชนจะต้องมารับบริการด้านรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า *“ตั้งแต่มีโครงการ 30 บาททำให้ผู้ป่วยมารักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยเพิ่มมากขึ้นกว่าตอนที่ยังไม่มีโครงการ 30 บาท เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นรวมทั้งสถานีอนามัยได้เปิดให้บริการ 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์”*

1.1.3 ข้อมูลการรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นในงานเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 60.7) ในขณะที่มีปริมาณงานลดลงในงานโภชนาการ (ร้อยละ 2.2) และมีปริมาณงานเท่าเดิมในงานโภชนาการ (ร้อยละ 74.1) การรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณงานด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 71.2) และการรับรู้การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านการฟื้นฟูสภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณงานด้านการฟื้นฟูสภาพเท่าเดิม (ร้อยละ 71.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสายพิณลาภหลาย (2544) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้านในทางปริมาณงานเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือร้อยละ 51.5 และ 61.4 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสมชาติ ทองหิน (2543) ที่ได้ศึกษาการประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณ

สำหรับบริการสุขภาพของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร พบว่า ปริมาณผลงานการให้บริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยบัตร สปร. ที่มารับบริการในสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้น ในขณะที่ปริมาณงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนนัก และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า "ตั้งแต่มีโครงการ 30 บาททำให้ผู้ป่วยมารักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัยเพิ่มมากขึ้นกว่าตอนที่ยังไม่มีโครงการ 30 บาท เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น รวมทั้งสถานีนอนามัยได้เปิดให้บริการ 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์"

1.2 ข้อมูลของสถานีนอนามัย

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบน้อยกว่า 5 หมู่บ้าน (ร้อยละ 52.5) หากวิเคราะห์จำนวนหมู่บ้านต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน เท่ากับ 2.1 หมู่บ้าน ในปี 2544 และปี 2545 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของของอรุณี วิศิษฎ์พร (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 1 คน เท่ากับ 2.31 หมู่บ้าน หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 1 คน เท่ากับ 2.25 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนน้อยกว่า 2,000 หลังคาเรือน (ร้อยละ 85.0) จำนวนประชากรที่รับผิดชอบน้อยกว่า 10,000 คน (ร้อยละ 90.0) ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) ที่ได้กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชากรอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ หากวิเคราะห์จำนวนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน เท่ากับ 2,196.7, 2,264.1 คน ในปี 2544 และปี 2545 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอุสาห์ เพ็งภารา, นงนิตย์ จงจิระศิริ และ เปรมจิต หงษ์อำไพ (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานี โดยการประเมินผลปัจจุบันนำเข้าด้านบุคลากร พบว่า การกระจายตัวของบุคลากรในหลายพื้นที่ยังไม่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) ได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นทีมให้บริการต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 : 1,250 คน

1.2.2 ข้อมูลผลการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายรับเฉลี่ย 375,591.8 บาท โดยรายรับที่ได้จะเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นเงินโอนเฉลี่ย 157,379.8 บาท (ร้อยละ 41.9) รองลงมาเป็นค่ายาเฉลี่ย 102,999.5 บาท (ร้อยละ 27.4) และค่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นเงินโอนเฉลี่ย 59,864.5 บาท (ร้อยละ 16.0) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (2544) พบว่า จำนวนเงินที่

ได้จัดสรรในปีงบประมาณ 2545 ทั้งหมด 76,165,846 ล้านบาท แบ่งเป็นกองทุนผู้ป่วยใน 21,935,764 ล้านบาท กองทุนบริการปฐมภูมิ 54,230,081 ล้านบาท (ผู้ป่วยนอก 41,586,551 ล้านบาท ส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค 12,643,520 ล้านบาท) และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (2543) ที่ได้ศึกษาการจัดบริการสาธารณสุขในอนาคต ภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจ พบว่า หากหน่วยงานให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปฏิบัติงานน้อย ประชาชนจะต้องมารับบริการด้านรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพมากขึ้นทำให้ต้องจ่ายงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “รายรับส่วนใหญ่ของสถานอนามัยจะเป็นรายรับที่เกิดจากค่าบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลโอนมาให้กับสถานอนามัยตามจำนวนประชากรที่มากขึ้นทะเบียน 30 บาท ถ้าหากสถานอนามัยมีจำนวนประชากรที่มากขึ้นทะเบียนมากก็จะได้เงินมากขึ้น ถ้าหากสถานอนามัยมีจำนวนประชากรที่มากขึ้นทะเบียนน้อยก็จะได้เงินน้อย” รายจ่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายจ่ายเฉลี่ย 273,060.7 บาท โดยรายจ่ายที่ใช้จะเป็นค่าครุภัณฑ์เฉลี่ย 69,436.7 บาท (ร้อยละ 25.4) รองลงมาเป็นค่าใช้สอยเฉลี่ย 65,376.1 บาท (ร้อยละ 23.9) และค่าตอบแทนเฉลี่ย 53,262.5 บาท (ร้อยละ 19.5) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “รายจ่ายส่วนใหญ่ของสถานอนามัยจะเป็นรายจ่ายที่เกิดจากการซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เนื่องจากพอมมีโครงการ 30 บาททำให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลต้องลงมาปฏิบัติงานที่สถานอนามัย อุปกรณ์ทางการแพทย์ก็มีไม่เพียงพอ บางครั้งก็ต้องค้างจ่ายที่ร้านเอาไว้ก่อน”

1.2.2.1 ข้อมูลผลการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันจากแหล่งรัฐบาลเฉลี่ย 59,864.5 บาท โดยกลุ่มตัวอย่างได้ใช้เงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันจากแหล่งรัฐบาลเฉลี่ย 22,884.5 บาท ซึ่งเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันจะใช้งานควบคุม-ป้องกันโรคเฉลี่ย 9,287.7 บาท (ร้อยละ 65.4) การได้รับเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันที่ได้รับจากแหล่งอื่น ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันเฉลี่ย 15,663.1 บาท ซึ่งเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันจะใช้งานควบคุม-ป้องกันโรคเฉลี่ย 10,162.5 บาท (ร้อยละ 64.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุรเกียรติ อชานานุกาฬ (2541) ที่ได้ศึกษาการทบทวนวิวัฒนาการนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขที่มีการกระจายทั่วถึงทุกระดับ มีการดำเนินยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานในขอบเขตทั่วประเทศมานานสองทศวรรษ และประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง เช่นการวางแผนครอบครัว การรณรงค์ให้ภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันภาวะการขาดอาหาร เป็นต้น อย่างไรก็ตามกิจกรรมเหล่านี้มักดำเนินการโดยภาคสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ในลักษณะแยกส่วน ภาคอื่น ๆ ของสังคม องค์กรพัฒนาเอกชนมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของลือชา วนรัตน์ และ

สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช (2543) ที่ได้ศึกษากระจายอำนาจหรือกระจายความรับผิดชอบด้านสาธารณสุข พบว่า รัฐและครัวเรือนใช้จ่ายด้านสุขภาพปีละประมาณ 1.3 แสนล้านบาท โดยเป็นรายจ่ายจากครัวเรือนร้อยละ 54 และรายจ่ายจากภาครัฐร้อยละ 46 แหล่งรายจ่ายภาครัฐที่ใหญ่ที่สุด คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเป็นแหล่งรายจ่ายจากราชการส่วนท้องถิ่นร้อยละ 4 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ วินัย ลีสมิติ (2543) ที่ได้ศึกษาการกระจายอำนาจการคลังสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : บทพิสูจน์ความสามารถของท้องถิ่น พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลรับผิดชอบการคลังสุขภาพของการดูแลสุขภาพเพียงบางส่วน ทั้งนี้ต้องขึ้นกับศักยภาพทางการเงินและการบริหาร ซึ่งปัญหาของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่สำคัญ คืองบประมาณไม่เพียงพอ (วินัย ลีสมิติ และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2546) และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “หากดูจากสภาพของ อบต. จะแบ่งออกเป็น 5 ชั้น ซึ่งขึ้นกับรายได้ของ อบต. โดยที่ อบต. ชั้น 1 จะมีงบประมาณมากกว่า และมีฝ่ายสาธารณสุขทำให้เค้าเข้าใจงานด้านสาธารณสุขมากกว่า แต่ อบต. ชั้น 2-5 ไม่มีฝ่ายสาธารณสุขทำให้เค้าไม่เข้าใจงานเราสักเท่าไร เค้าเอาแต่สนใจเรื่องการทำถนน ประปาหมู่บ้าน ฯลฯ”

1.2.3 ข้อมูลแนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการต่อวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว เท่ากับ 50 : 50 (ร้อยละ 77.5) ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (2544) พบว่า จังหวัดสงขลา ได้ใช้รูปแบบการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (exclusive capitation) ในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อนำไปสู่การมีมาตรฐานกลไกการจ่ายเงินของสถานพยาบาล และเพื่อประกันความเสี่ยงให้กับหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ถึงแม้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาได้วางแนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันไว้ให้เครือข่าย 2 ส่วน คือร้อยละ 80 จัดสรรตามปริมาณงาน (ร้อยละ 10 งบบริหารจัดการ ร้อยละ 40) นำหนักการให้บริการ ร้อยละ 30 โครงการพิเศษ และร้อยละ 20 ความครอบคลุมของบัตรและงานบริการ) ที่เหลืออีกร้อยละ 20 จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว (โครงการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสาธารณสุข สร้างแรงจูงใจ) แต่การจัดสรรจริงขึ้นอยู่กับแต่ละเครือข่ายสถานพยาบาลในการตกลงและหาเกณฑ์ร่วมกันระหว่าง CUP ว่าจะจัดสรรให้เท่าไรในลักษณะไหน และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “อำเภอของพี่จะใช้รูปแบบการจ่ายเงินเหมือนกับจังหวัด แต่ไม่ได้แบ่งเงินตามสัดส่วนที่จังหวัดได้กำหนดไว้ เนื่องจากสถานีอนามัยบางแห่งมีประชากรที่มาขึ้นทะเบียน 30 บาทมาก เค้าก็จะได้เงินเยอะกว่าที่อื่น ดังนั้นในอำเภอของพี่จึงแบ่งสัดส่วนเป็น 50:50 เพื่อให้เกิดความยุติธรรม”

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

2.1 ข้อมูลแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยที่กลุ่มตัวอย่างให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 91.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอินเฟลด์ และ ไวท์ลอค (Infeld and Whitelaw, 2002) ที่ได้ศึกษานโยบายการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า นโยบายหลักจะมีผลกระทบและเงื่อนไขที่เป็นไปได้ในการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และสอดคล้องกับยุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO., 1986) ว่าด้วยการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้นต้องกำหนดวิธีการที่หลากหลาย แต่สอดคล้อง และสนับสนุนกัน โดยอาศัยการประสานกิจกรรมที่จะนำไปสู่การเสริมสุขภาพมากขึ้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2544)

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรณรงค์ให้ชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 93.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของเพทเทอร์สัน, แอ็ทวูด และ เยทส์ (Peterson, Atwood and Yates, 2002) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า บริบทในการประสพผลสำเร็จของโปรแกรมพื้นฐานนั้นจะต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพของชุมชนเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและความต้องการทางด้านสุขภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2544) แต่กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งยังไม่มีกิจกรรมในการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน (ร้อยละ 46.7) ซึ่งยังไม่เป็นไปตามยุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO., 1986) ว่าด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพนั้นต้องมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นมาตรการที่จำเป็น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2544)

การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 94.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอำพล จินดาวัฒน์ (2541) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า สถานบริการด้านสุขภาพควรมีสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดกับชุมชน โดยจัดบริการเน้นชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอะเคอแมน และคณะ (Akerman et al., 2002) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า สิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และการนำมาใช้จะเป็นเครื่องมือในการสร้างความสามารถของชุมชน และสอดคล้องกับยุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO., 1986) ว่าด้วยการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งนั้นต้องอาศัยกิจกรรมชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม ซึ่งการดำเนินการตามกลวิธีเหล่านั้นเพื่อ

บรรลุสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม ได้แก่ การทำให้ชุมชนมีอำนาจ ให้เกิดความเป็นเจ้าของ และควบคุมงานที่ตนเองริเริ่ม รวมทั้งอนาคตของชุมชนเอง การพัฒนาชุมชนต้องระดมทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งวัตถุและบุคคลภายในชุมชนเพื่อยกระดับการพึ่งตนเองได้ และการสนับสนุนจากสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นได้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การมีส่วนร่วมของสาธารณชน (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2544)

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนประชาชนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 94.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวิจัยของนิทสัน ศิริโชติรัตน์ (2541) ที่ได้ศึกษาการปรับระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการถ่ายทอดความรู้ และแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้การรณรงค์ทางสื่ออย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพก็จะช่วยให้ประชาชนตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และสอดคล้องกับยุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO., 1986) นั้นต้องพัฒนาบุคคลและสังคมโดยการให้ข้อมูลข่าวสารการศึกษาเพื่อสุขภาพ และเพิ่มทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตในการกระทำเช่นนี้จำต้องเพิ่มทางเลือกต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนในการที่จะสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองมากขึ้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2544)

การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขให้มีการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคคลและชุมชน (ร้อยละ 90.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของนิทสัน ศิริโชติรัตน์ (2541) ที่ได้ศึกษาการปรับระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ถ้าหากผู้กำหนดนโยบาย หรือผู้ที่มีสิทธิตัดสินใจมีความเข้าใจในหลักการของการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริงก็จะทำให้การปรับเปลี่ยนระบบการบริการสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่บุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานยังไม่มีการทำวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 77.8) ซึ่งยังไม่เป็นไปตามยุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO., 1986) ว่าการปรับบริการสุขภาพจำต้องมีความใส่ใจเรื่องการวิจัยด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2544) และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า "...ตอนนี้ที่ได้ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น โดยบอกข้อมูลผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลทางด้านสุขภาพมากขึ้น แต่หน่วยงานของพี่เองก็ยังไม่มีการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและยังไม่มีการทำวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากพี่ไม่เข้าใจวิธีการในการทำวิจัย และพี่ก็ต้องอยู่เวรรักษาพยาบาล"

2.2 แนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน (วิธีการจ่ายเงิน แหล่งของเงิน ความเพียงพอในการจัดสรรเงิน)

2.2.1 แนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน จำแนกตามวิธีการจ่ายเงิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการ โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งใช้ในงานอนามัยแม่ และเด็ก (ร้อยละ 66.0) วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวใช้ในงานควบคุม-ป้องกันโรค (ร้อยละ 23.0) วิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการและเหมาจ่ายรายหัวใช้ในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ร้อยละ 14.8) วิธีการจ่ายเงินแบบงบประมาณยอดรวมใช้ในงานควบคุม-ป้องกันโรค (ร้อยละ 37.0) ส่วนวิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเดียวเป็นโบนัสยังไม่มีการใช้ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 100) ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (2544) พบว่า จังหวัดสงขลา ได้ใช้รูปแบบการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (exclusive capitation) ในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อนำไปสู่การมีมาตรฐานกลไกการจ่ายเงินของสถานพยาบาล และเพื่อประกันความเสี่ยงให้กับหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ถึงแม้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้วางแนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันไว้ให้เครือข่าย 2 ส่วน คือร้อยละ 80 จัดสรรตามปริมาณงาน (ร้อยละ 10 งบบริหารจัดการ ร้อยละ 40 น้ำหนักการให้บริการ ร้อยละ 30 โครงการพิเศษ และร้อยละ 20 ความครอบคลุมของบัตรและงานบริการ) ที่เหลืออีกร้อยละ 20 จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว (โครงการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสาธารณสุข สร้างแรงจูงใจ) แต่การจัดสรรจริงขึ้นอยู่กับแต่ละเครือข่ายสถานพยาบาลในการตกลงและหาเกณฑ์ร่วมกันระหว่าง CUP ว่าจะจัดสรรให้เท่าไรในลักษณะไหน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอุสฮาห์ เฟิงภารา, นงนิตย์ จงจิระศิริ และ เปรมจิต หงษ์อำไพ (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดปัตตานี พบว่า รูปแบบการบริหารงบประมาณ UC กรณีส่งเสริมสุขภาพ-ป้องกันโรคภายใน CUP จังหวัดปัตตานีจะจัดสรรให้ตามสัดส่วนประชากร ร่วมกับผลงานการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ-ป้องกันโรค และโครงการพิเศษด้านส่งเสริม-ป้องกัน แต่งบประมาณในระดับพื้นที่ สถานอนามัยยังไม่มีชัดเจนเกี่ยวกับการจ่ายค่าตอบแทนโบนัสต่าง ๆ และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า "ถึงแม้ว่าจังหวัดได้มีแนวทางอย่างนั้นก็จริง แต่ความจริงแล้วขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของแต่ละ CUP ว่าจะตกลงกันอย่างไร สัดส่วนในแต่ละงานเป็นอย่างไรในเวลาเข้าประชุม ส่วนใหญ่ในจังหวัดสงขลาจะจัดสรรตามปริมาณงานที่ได้ทำไป และตามจำนวนประชากรที่มาขึ้นทะเบียนทำบัตร 30 บาท แต่พอเราไปลงไปเยี่ยมบ้านในพื้นที่ ค่าไม่เคยให้โบนัสตอบแทน"

2.2.2 แนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน จำแนกตามแหล่งของเงิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ใช้แหล่งของเงินจากรัฐบาล โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ในงานวางแผนครอบครัว (ร้อยละ 100) การใช้แหล่งของเงินจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลเกือบครึ่งใช้ในงานควบคุม-

ป้องกันโรค (ร้อยละ 37.0) ส่วนการใช้แหล่งของเงินจากกระทรวงอื่น ๆ และเอกชนยังไม่มีการใช้ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 100) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุรเกียรติ์ อาชานานุกาฬ (2541) ที่ได้ศึกษาการทบทวนวิวัฒนาการนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขที่มีการกระจายทั่วถึงทุกระดับ มีการดำเนินยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานในขอบเขตทั่วประเทศมานานสองทศวรรษ และประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง เช่นการวางแผนครอบครัว การรณรงค์ให้ภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันภาวะการขาดอาหาร เป็นต้น อย่างไรก็ตามกิจกรรมเหล่านี้มักดำเนินการโดยภาคสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ในลักษณะแยกส่วน ภาคอื่น ๆ ของสังคมองค์กรพัฒนาเอกชนมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของลีอชา วรรัตน์ และ สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช (2543) ที่ได้ศึกษากระจายอำนาจหรือกระจายความรับผิดชอบด้านสาธารณสุข พบว่า รัฐและครัวเรือนใช้จ่ายด้านสุขภาพปีละประมาณ 1.3 แสนล้านบาท โดยเป็นรายจ่ายจากครัวเรือนร้อยละ 54 และรายจ่ายจากภาครัฐร้อยละ 46 แหล่งรายจ่ายภาครัฐที่ใหญ่ที่สุดคือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเป็นแหล่งรายจ่ายจากราชการส่วนท้องถิ่นร้อยละ 4 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “หากดูจากสภาพของ อบต. จะแบ่งออกเป็น 5 ชั้น ซึ่งขึ้นกับรายได้ของ อบต. โดยที่ อบต. ชั้น 1 จะมีงบประมาณมากกว่า และมีฝ่ายสาธารณสุขทำให้เค้าเข้าใจงานด้านสาธารณสุขมากกว่า แต่ อบต. ชั้น 2-5 ไม่มีฝ่ายสาธารณสุขทำให้เค้าไม่เข้าใจงานเราสักเท่าไร เค้าเอาแต่สนใจเรื่องการทำถนน ประปาหมู่บ้าน ฯลฯ”

2.2.3 แนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน จำแนกตามความเพียงพอในการจัดสรรเงิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการใช้เงินที่ได้จากแหล่งรัฐบาล โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งใช้ในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ร้อยละ 57.8) และกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งใช้เงินไม่เพียงพอในงานอนามัยโรงเรียน (ร้อยละ 45.9) ส่วนความเพียงพอในการใช้เงินที่ได้จากแหล่งอื่น ๆ มีความเพียงพอในการใช้ในงานควบคุม-ป้องกันโรค (ร้อยละ 18.5) และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เงินไม่เพียงพอในงานควบคุม-ป้องกันโรค (ร้อยละ 18.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ วินัย ลีสมีทธิ์ (2543) ที่ได้ศึกษาการกระจายอำนาจการคลังสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : บทพิสูจน์ความสามารถของท้องถิ่น พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลรับผิดชอบการคลังสุขภาพของการดูแลขั้นปฐมภูมิเพียงบางส่วน ทั้งนี้ต้องขึ้นกับศักยภาพทางการเงินและการบริหาร ซึ่งปัญหาของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่สำคัญ คืองบประมาณไม่เพียงพอ (วินัย ลีสมีทธิ์ และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2546) และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของจงกล เลิศเธียรดำรง และคณะ (2541) ที่ได้ศึกษาการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า งบที่จัดสรรในงานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขศึกษา งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป งานควบคุมโรคติดต่อเฉพาะ งานให้

ภูมิคุ้มกันโรค งานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ และงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ เหล่านี้ถือเป็นงบประมาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ที่เหลือนอกจากนี้ถือเป็นงบประมาณที่ภาครัฐจัดสรรแล้วก่อให้เกิดผลต่อการส่งเสริมสุขภาพทางอ้อม และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “ถ้าหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจหลักการในการใช้จ่ายเงิน มีการวางแผนการใช้จ่ายเงินล่วงหน้า ก็จะทำให้มีการใช้จ่ายเงินอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำให้มีเงินเหลือ เนื่องจากการทำให้คนมีสุขภาพดี ไม่ต้องใช้เงินจำนวนมากมายอะไรนัก แต่ถ้าเป็นการรักษาที่ปลายเหตุจะต้องใช้เงินจำนวนมาก”

2.2.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงินและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการ โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นเพียงพอ (ร้อยละ 75.6) วิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเดียว เป็นโบนัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าเป็นเพียงพอ (ร้อยละ 58.5) วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าเป็นเพียงพอ (ร้อยละ 63.0) วิธีการจ่ายเงินแบบงบประมาณยอดรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าเป็นเพียงพอ (ร้อยละ 62.2) แหล่งของเงินที่ได้มาจากรัฐบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นเพียงพอ (ร้อยละ 74.1) แหล่งของเงินที่ได้มาจากแหล่งอื่น ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าเป็นไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.6) ความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากรัฐบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าเป็นเพียงพอ (ร้อยละ 67.4) และความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากแหล่งอื่น ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าเป็นไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอุสาห์ เพ็งภารา, นงนิตย์ จงจิระศิริ และ เปรมจิต หงษ์อำไพ (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานี พบว่า หลายพื้นที่มีความเห็นว่าจังหวัดจัดสรรงบประมาณสำหรับการส่งเสริมป้องกันให้ระดับสถานีอนามัยน้อยเกินไป และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ วินัย ลีสmith (2543) ที่ได้ศึกษาการกระจายอำนาจการคลังสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : บทพิสูจน์ความสามารถของท้องถิ่น พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลรับผิดชอบการคลังสุขภาพของการดูแลขั้นปฐมภูมิเพียงบางส่วน ทั้งนี้ต้องขึ้นกับศักยภาพทางการเงินและการบริหาร ซึ่งปัญหาของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่สำคัญ คืองบประมาณไม่เพียงพอ (วินัย ลีสmith และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2546) และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “ที่ว่างบส่งเสริม ฯ ที่ได้จากโครงการ 30 บาทนะ เพียงพอสำหรับสถานีอนามัย ถ้าหากเรารู้จักใช้มันและมีการวางแผนการใช้งบประมาณไว้ก่อน แต่ถ้าเป็นงบที่ อบต./เทศบาลให้กับสถานีอนามัย ที่คิดว่าไม่เพียงพอนะ เพราะว่าอบต./เทศบาลของพี่มีขนาดเล็ก รายได้ของ อบต.เองก็มีไม่มาก”

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงิน และการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความเพียงพอในการจัดสรรเงินและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า วิธีการจ่ายเงินแบบปริมาณบริการ วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว แหล่งของเงินที่ได้มาจากแหล่งอื่น ๆ และความเพียงพอในการจัดสรรเงินจากแหล่งอื่น ๆ โดยเปรียบเทียบสถานีนามัยทั่วไป และสถานีนามัยขนาดใหญ่ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอุสาคี เฟ็งภารา, นงนิตย์ จงจิระศิริ และ เปรมจิต หงษ์อำไพ (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานี พบว่า หลายพื้นที่มีความเห็นว่างจังหวัดจัดสรรงบประมาณสำหรับการส่งเสริมป้องกันให้ระดับสถานีนามัยน้อยเกินไป และวิธีการเบิกจ่ายเงินงบประมาณไม่ชัดเจน มิได้กำหนดขอบเขตความแตกต่างระหว่างสถานีนามัยที่เป็น PCU และเครือข่ายโดยคำนึงถึงความเป็นธรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2542) ที่ได้ศึกษาการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพตามโครงการ ทสอ. (2535-2544) พบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการพัฒนาสถานีนามัย จึงได้มีการจัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย (ทศอ.) โดยมีการกำหนดเป้าหมายในภาพรวม ได้แก่ การเพิ่มงบประมาณทุกด้านให้แก่สถานีนามัย และการแบ่งระดับและประเภทของสถานีนามัยตามขนาดของประชากรที่รับผิดชอบ โดยได้กำหนดสถานีนามัยเป็น 2 ประเภท คือสถานีนามัยทั่วไป หมายถึง สถานีนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ มีบทบาทและความรับผิดชอบ 4 งาน ได้แก่ การบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชุมชน งานบริหาร งานวิชาการ งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด และสถานีนามัยขนาดใหญ่ หมายถึง สถานีนามัยทั่วไปจำนวนหนึ่งซึ่งถูกคัดเลือกให้พัฒนาขึ้นเป็นสถานีนามัยขนาดใหญ่ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย ซึ่งจะพิจารณาสถานีนามัยจำนวน 1 ใน 5 ของสถานีนามัยทั่วประเทศโดยคัดเลือกจากสถานีนามัยที่ตั้งอยู่ศูนย์กลางของชุมชนทั้งทางด้านคมนาคม สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อันจะทำให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่กว้างขวางกว่าสถานีนามัยทั่วไป สถานีนามัยขนาดใหญ่มีบทบาทเช่นเดียวกับสถานีนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางอย่างสูงกว่า เช่นงานทันตกรรมพื้นฐานซึ่งยังไม่มีในสถานีนามัยทั่วไป นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เสมือนเป็นที่เลี้ยงสนับสนุนสถานีนามัยทั่วไปที่กำหนดเป็นสถานีนามัยลูกข่ายทั้งในด้านบริการ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย การบริหาร และวิชาการ (<http://www.mohanamai.com>, 2546) และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “จังหวัด

สงขลามีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด ทำให้มีการจัดสรรเงินตามรายหัวประชากรที่มาขึ้นทะเบียนกับสถานีนอนามัย แต่สถานีนอนามัยของพี่เป็นสถานีนอนามัยทั่วไปที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบไม่มาก ไม่เหมือนกับสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ที่เค้ามียุทธศาสตร์ในเขตรับผิดชอบมากกว่า จึงได้รับเงินจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวมากกว่า รวมทั้งสถานีนอนามัยของพี่ยังไม่มีทันตภิบาลทำให้เงินที่ได้รับจัดสรรน้อย เพราะถ้า CUP ใช้หลักเกณฑ์พิจารณาตามปริมาณผลงานแล้ว สถานีนอนามัยขนาดใหญ่จะได้เงินมากกว่า เพราะสถานีนอนามัยขนาดใหญ่มีทันตภิบาล เค้ามียุทธศาสตร์มากกว่าเรา เค้ามียุทธศาสตร์มากกว่าเรา แต่เค้าไม่มีการจ่ายเงินแบบโบนัสหรือ เพราะพี่ลงเยี่ยมบ้านเค้ายังไม่มีเงินให้เลย แต่ถ้าพี่ขอสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. มาจัดทำโครงการด้านสาธารณสุขก็จะได้รับงบประมาณน้อยเพราะ อบต. ในเขตรับผิดชอบของพี่ไม่ค่อยมีงบประมาณ แต่ถ้าเป็น อบต. ชั้น 1 จะมีจำนวนเงินรายได้มาก เราก็สามารถของบประมาณเพิ่มขึ้นได้"

ส่วนที่ 4 ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้การจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

ผลการศึกษาข้อมูลปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยประสบปัญหาความไม่เพียงพอของเงิน (ร้อยละ 71.9) ซึ่งเคยประสบปัญหาเรื่องงบประมาณด้านสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีอยู่อย่างจำกัด (ร้อยละ 62.9) โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งได้รับการแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 56.3) ด้วยวิธีการนำงบประมาณด้านสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมาใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 22.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2541) ที่ได้ศึกษาการทบทวนวิวัฒนาการนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ประเทศแคนาดานั้นถือว่าเป็นผู้นำในการพัฒนาแนวคิดใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามประเทศแคนาดาก็ยังมีปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ คืองบประมาณด้านนี้ยังมีอยู่อย่างจำกัด และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (2546) ที่ได้ศึกษาระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย-คำถามวิจัยที่สำคัญ พบว่า การคาดการณ์รายจ่ายสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบคือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นภาระงบประมาณไม่น้อยเพียงไร จำเป็นต้องหาแหล่งงบประมาณเพิ่มหรือไม่ และจากแหล่งใด และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอมร นนทสุต (2545) ที่ได้ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการบริหารแผน ได้แก่ ระบบงบประมาณและการเงิน ซึ่งรวมไปถึงงบประมาณทางฝ่ายองค์กรชุมชนเอง ความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกที่ได้รับหรือควร

แสวงหามาได้ และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “ในช่วงแรก ๆ ของโครงการ 30 บาท กว่าพีจะได้รับบสงเสริม-ป้องกันก็มีความล่าช้า บางครั้งเงินที่จะนำมาใช้ในงานก็ไม่เพียงพอ จึงทำโครงการเพื่อไปของบประมาณจาก อบต.มาใช้ก่อน”

การประสบปัญหานโยบายในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยประสบปัญหานโยบายในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน (ร้อยละ 63.7) ซึ่งเคยประสบปัญหาเรื่องนโยบายของผู้บริหารไม่ชัดเจน (ร้อยละ 26.7) โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 54.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสายพิณ ลาภหลาย (2544) ที่ได้ศึกษาถึงอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบ หรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ ได้แก่ นโยบายของผู้บริหารไม่ชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของของอุส่าห์ เฟิงภารา, นางนิตย์ จงจิระศิริ และ เปรมจิต หงษ์อำไพ (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานี โดยการประเมินผลปัจจุบันนำเข้า พบว่า ปัจจุบันนำเข้าด้านนโยบายขององค์กรในระดับผู้บริหารงานยังขาดการวิเคราะห์นโยบายเพื่อแปลงไปสู่การปฏิบัติทำให้ในระดับพื้นที่ไม่มีการวางแผนเพื่อกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานจะรอให้มีการสั่งการจาก คปสอ. หรือ สสอ. และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “ในช่วงแรก ๆ ของการดำเนินงานตามโครงการ 30 บาท นโยบายของผู้บริหารยังไม่แน่นอน พอพีเข้าไปประชุมก็เปลี่ยนแปลงอีก”

การประสบปัญหาวิธีการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยประสบปัญหาวิธีการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน (ร้อยละ 57.0) ซึ่งเคยประสบปัญหาเรื่องผู้บริหารงานในระดับอำเภอ (CUP) มีการชี้แจงวิธีการจัดสรรเงิน แต่ยังไม่ชัดเจน (ร้อยละ 23.7) โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 66.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสายพิณ ลาภหลาย (2544) ที่ได้ศึกษาถึงอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบ หรือวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ ได้แก่ การชี้แจงเรื่องการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ยังไม่ชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของของอุส่าห์ เฟิงภารา, นางนิตย์ จงจิระศิริ และ เปรมจิต หงษ์อำไพ (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานี โดยการประเมินผลปัจจุบันนำเข้า พบว่า เมื่อผู้บริหารขาดวิธีการนำไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์ทำให้ในระดับพื้นที่ไม่มีการวางแผนเพื่อกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน และวิธีการปฏิบัติ และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “ถ้าหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจหลักการในการใช้จ่ายเงิน มีการวางแผนการใช้จ่ายเงินล่วงหน้า ก็จะทำให้มีการใช้จ่ายเงินอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น”

การประสบปัญหาความล่าช้าในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยประสบปัญหาความล่าช้าในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน (ร้อยละ 65.2) ซึ่งเคยประสบปัญหาเรื่องระยะเวลาในการดำเนินการจัดสรรเงินมีความล่าช้า (ร้อยละ 44.5) โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 57.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของนุศราพร เกษสมบุญ, ปัตพงษ์ เกษสมบุญ และ กรแก้ว จันทภาษา (2546) ที่ได้ศึกษาข้อเสนอรูปแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ (8 ใน 10) มีความเห็นว่ระยะเวลาในการดำเนินการจัดสรรงบประมาณมีความล่าช้า และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอุสาคี เฟิงภารา, นงนิตย์ จงจิระศิริ และ เปรมจิต หงษ์อำไพ (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานี โดยการประเมินผลปัจจัยนำเข้า พบว่า การใช้จ่ายเงินในระดับพื้นที่ค่อนข้างจะล่าช้า และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “กว่าเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันจะลงมาในระดับสถานีอนามัยจะช้าตั้งแต่แรก พี่ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร”

การประสบปัญหาความล่าช้าของข้อมูลที่นำมาใช้ในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เคยประสบปัญหา (ร้อยละ 51.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของนุศราพร เกษสมบุญ, ปัตพงษ์ เกษสมบุญ และ กรแก้ว จันทภาษา (2546) ที่ได้ศึกษาข้อเสนอรูปแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัญหาความล่าช้าในการส่งข้อมูลจะพบในบางอำเภอเท่านั้น และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “พี่ไม่ค่อยเจอปัญหานี้เท่าไร เนื่องจากสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้”

การประสบปัญหาระบบการติดตามประเมินผลในการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เคยประสบปัญหา (ร้อยละ 51.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของนุศราพร เกษสมบุญ, ปัตพงษ์ เกษสมบุญ และ กรแก้ว จันทภาษา (2546) ที่ได้ศึกษาข้อเสนอรูปแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า การจัดให้มีระบบการติดตามประเมินผลการจัดสรรงบประมาณมีความจำเป็น ซึ่งจะช่วยให้ทราบข้อบกพร่องรวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดสรรงบประมาณ เพื่อสามารถนำมาประยุกต์และปรับปรุงพัฒนาระบบให้ดีขึ้น และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่า “ก่อนที่จะมีโครงการ 30 บาท ก็มีทีมของอำเภอมาประเมินผลงานทุกปีอยู่แล้ว ซึ่งการที่มีทีมมาประเมินผลงานก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบข้อบกพร่องต่าง ๆ และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น”