



การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร
: กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ
Health Care Reform Project Evaluation in Yasothon Province : A Study of Internal
Systems and Facilitating Conditions in Primary Care

ทัศนีย์ จันทรสุทธิ

Tassanee Jantarasutti

Order Key 28348
BIB Key 176177

๑
เลขหมู่ RA 541.15 ทบ 2543 ก.2
เลขทะเบียน.....
..... 1/2111 2532

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Science Thesis in Health System Research and Development

Prince of Songkla University

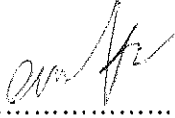
2543

ชื่อวิทยานิพนธ์ การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร
: กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ


ผู้เขียน นางทัศนีย์ จันทรสุทธิ

สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษา

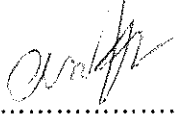

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาคม ใจแก้ว)


.....กรรมการ

(นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ)

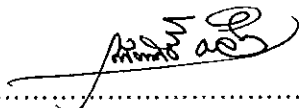
คณะกรรมการสอบ


.....ประธานกรรมการ


(รองศาสตราจารย์ ดร.อาคม ใจแก้ว)


.....กรรมการ

(นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ)

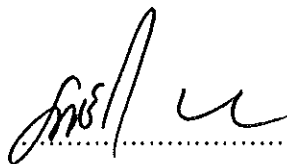

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา)


.....กรรมการ

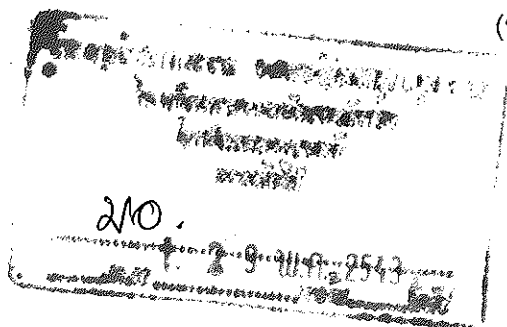
(ดร.วัลลภา คชภักดี)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษา ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข



(รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ บำรุงรักษ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ชื่อวิทยานิพนธ์ การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร
: กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ
ผู้เขียน นางทัศนีย์ จันทรสุทธิ
สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
ปีการศึกษา 2542

บทคัดย่อ

การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร :กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน คือ 1) การขึ้นทะเบียน 2) ระบบข้อมูล 3) ระบบการเงิน 4) การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน 5) การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ 6) การปรับบทบาทหน้าที่ 7) สถานที่ และศึกษาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยในจังหวัดยโสธร จำนวน 103 คน และกลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัย จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบสอบถาม 2) การสัมภาษณ์เจาะลึก 3) การสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยส่งแบบสอบถามถึงสถานีนอมนามัย 110 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ สถานีนอมนามัย 3 แห่ง ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต โดยนักวิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 7.5 for Windows และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติอ้างอิงในการวิเคราะห์ คือ Stepwise Multiple Regression Analysis

ผลการประเมิน พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 - 9,999 บาท รายได้เฉลี่ย 10,652 บาทต่อเดือน อายุราชการอยู่ในช่วง 6-10 ปี ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน ระดับที่ 4-5 และส่วนใหญ่มีจำนวนบุคลากรในสถานีนอมนามัย 3 คน/แห่ง

ผลการประเมินความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน พบว่า ในภาพรวมมีความคิดเห็น เห็นด้วย กับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการ

สาธารณสุข แต่เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า เจ้าหน้าที่สถานเอนามัยมีความคิดเห็น เห็นด้วย กับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ 6 ด้าน คือ 1) การขึ้นทะเบียน 2) ระบบข้อมูล 3) การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน 4) การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ 5) การปรับบทบาทหน้าที่ 6) สถานที่ และมีความคิดเห็น ไม่แน่ใจ กับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ 1 ด้าน คือ ด้านระบบการเงิน

ผลการศึกษานหาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานเอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ พบว่าเพศ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานเอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานเอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่อย่างไรก็ตามสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานเอนามัย ได้ร้อยละ 7 ซึ่งถือว่าน้อยมาก ดังนั้นจึงอาจจะถือได้ว่าไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ายังมีตัวแปรอื่นที่มีผลต่อความเห็นของเจ้าหน้าที่สถานเอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิอีก คือ การชี้แจงทำความเข้าใจ การนิเทศงานทั้งระดับอำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง ตลอดจนนโยบายของผู้บริหาร ก็มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนั้นควรมีการศึกษาตัวแปรเหล่านี้ในเชิงลึกอีกต่อไป

Thesis Title Health Care Reform Project Evaluation in Yasothon Province
 : A Study of Internal Systems and Facilitating Condition in Primary
 care
Author Mrs.Tassanee Jantarasutti
Major Program Health System Research and Development
Academic Year 1999

Abstract

Health Care Reform Project Evaluation in Yasothon Province: A Study of Internal Systems and Facilitating Condition in Primary care aimed to evaluate opinion of health center personnel on the internal systems and facilitating condition in primary care for 7 dimensions: 1) registration 2) information system 3) financial system 4) interaction with the community 5) linkage with hospitals and other health service 6) functional knowledge adapted to local situation and the context of the building of the health center affecting the community health care services, which is an idea of the Health Care Reform Project and study factors affecting opinion of health center personnel on internal systems and facilitating condition in primary care. The study also focused on problems and obstacles of the service, and provides some suggestions. The study method was to collect and analyze data from documents ,field surveys ,in-dept interviews and observations. The study group was the health center personnel in all rural health centers in Yasothon province, one person per center, totaling 103 personnel.

The result shew that the majority of the subjects are female, 30-39 years of age, married, high school graduated with two-year special training in healthcare service, and 5,000 - 9,999 bath income. Most of them was in position of health center personnel for 6-10 years, and 3 staff in rural health center.

On internal systems and facilitating condition in primary care, the subjects to agree that for 7 dimensions affect the common health services. However, the factors which the Health Center personnel to agree to have effects on the community health care

service were registration, information system, interaction with the community, linkage with hospitals and other health service, functional knowledge adapted to local situation and the context of the building of the health center affecting the community health care service. The factor which the health Center personnel was not sure to have some effect on the community health care service was financial system.

Although sex could explain only 7 % of variation on opinion of the subjects on internal systems and facilitating condition in primary care. However, it was very low to predict so it was not associated.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร :กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างสูงจากท่านคณาจารย์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อาคม ใจแก้ว และนายแพทย์ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้มาโดยตลอด ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา ดร.วัลลภา คชภักดี กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รองศาสตราจารย์ นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ ดร.สาวิตรี ลีมีชัยอรุณเรือง ที่ได้ให้คำแนะนำต่างๆ รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกรุณาให้ข้อเสนอแนะและตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ในช่วงก่อนเข้ารับการศึกษาและนายแพทย์สุวิทย์ วิจิตรพันธ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ในช่วงระหว่างเข้ารับการศึกษา ที่ได้กรุณาส่งเสริมและให้การสนับสนุนในการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ คุณชฎาภรณ์ ชื่นตา สำนักงานบริหารโครงการประกันสุขภาพจังหวัดยโสธรและผู้รับผิดชอบงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของจังหวัด ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์และให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาในพื้นที่ คุณสมชาติ ทองหิน คุณนิตยา วงษ์อนันต์ และเภสัชกรหญิงนุศราพร เกษสมบุรณ์ ขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอลำดวน และสาธารณสุขอำเภอค้อวัง ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ได้ร่วมดำเนินการตามโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่มีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และอีกหลายๆท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่จุดประกายริเริ่มหลักสูตรในการพัฒนานักวิจัยระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุข ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่ได้กรุณาสนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณท่านสุทธิ จันทร์สุทธิและเด็กชายกษิดิศ จันทร์สุทธิ ที่เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา คุณพ่อ คุณแม่ คุณน้า และพี่ๆ น้องๆทุกคน ที่ช่วยดูแลครอบครัว ในระหว่างที่กำลังศึกษาและขอขอบพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี

ทัศนีย์ จันทร์สุทธิ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเรื่องการบริหารชั้นปฐมภูมิ.....	9
แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.....	16
ความจำเป็นในการปฏิรูประบบราชการ/ระบบบริการสาธารณสุข.....	22
กระบวนการ/ขั้นตอนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.....	26
องค์ประกอบการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.....	29
ตัวชี้วัดถึงความสำเร็จการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.....	40
วิธีการ & การประเมิน.....	42
การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยและจังหวัดยโสธร.....	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3 วิธีการวิจัย	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	72
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	77
ผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผล.....	98
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	119
สรุปผลการวิจัย	119
ข้อเสนอแนะ.....	123
บรรณานุกรม.....	125
ภาคผนวก ก.	134
ภาคผนวก ข.	143
ภาคผนวก ค. เครื่องมือในการวิจัย.....	160
แบบสอบถาม.....	161
แบบสัมภาษณ์เจาะลึก.....	176
แบบสังเกตการปฏิบัติงาน.....	179
ภาคผนวก ง.	180
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือในการวิจัย	181
รายชื่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่สัมภาษณ์เจาะลึก.....	182
รายชื่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ทดลองใช้แบบสอบถาม.....	183
หนังสือนำส่งแบบสอบถาม.....	184
หนังสือแจ้งรายละเอียดการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	185
ประวัติผู้เขียน	186

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. ลักษณะการจัดการองค์กรและการจัดบริการของหน่วยบริการขั้นต้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว.....	13
2. ผลลัพธ์ของการบริการขั้นต้นในประเทศที่กำลังพัฒนา.....	15
3. จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	78
4. ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียน.....	80
5. ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านระบบข้อมูล.....	82
6. ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านระบบการเงิน.....	84
7. ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน.....	85
8. ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ.....	88
9. ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินงาน.....	90
10. ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านสถานที่.....	92
11. ค่าเฉลี่ยรวมของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ.....	93
12. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล.....	94

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
13. คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ.....	96
14. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการ บริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการขึ้นทะเบียน จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ.....	135
15. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการ บริการขั้นปฐมภูมิ ด้านระบบข้อมูล จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ.....	136
16. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการ บริการขั้นปฐมภูมิ ด้านระบบการเงิน จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ.....	137
17. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการ บริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ.....	138
18. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการ บริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ จำแนก ตามปีที่เริ่มดำเนินการ.....	139
19. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการ บริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนิน กิจกรรม จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ.....	140
20. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการ บริการขั้นปฐมภูมิ ด้านสถานที่ จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ.....	141

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
21. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการ บริการขั้นปฐมภูมิ จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ.....	142
22. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการ ขั้นปฐมภูมิกับตัวแปรอิสระ.....	147
23. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้น ปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียนกับตัวแปรอิสระ.....	148
24. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้น ปฐมภูมิด้านระบบข้อมูลกับตัวแปรอิสระ.....	149
25. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้น ปฐมภูมิด้านระบบการเงิน.....	150
26. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้น ปฐมภูมิด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน.....	151
27. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้น ปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ.....	152
28. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้น ปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรม.....	153
29. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้น ปฐมภูมิด้านสถานที่.....	154
30. ความสัมพันธ์ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและ ปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ รายด้าน จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล.....	155
31. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับระดับความคิดเห็นของ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการขึ้นทะเบียน.....	156

รายการตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตาราง	
32. คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับระดับความคิดเห็นของ เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านระบบข้อมูล.....	157
33. คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับระดับความคิดเห็นของ เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ	158
34. คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับระดับความคิดเห็นของ เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรม.....	159

รายการภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ	
1. การเริ่มต้นคิดเรื่องการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ.....	16
2. แรงกดดันที่ทำให้มีความจำเป็นต้องปฏิรูประบบราชการ.....	23
3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย.....	25
4. ความครอบคลุมประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ปี พ.ศ.2539.....	25
5. รูปแบบของ Primary Care Practice ที่จะให้บริการขั้นปฐมภูมิเข้มแข็งและ เกิดระบบบริการที่ดี.....	37
6. แสดงการเชื่อมโยงระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิกับ Open system.....	39
7. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับการตัดสินใจในแบบจำลองชิป.....	50
8. Basic model for the evaluation framework.....	53
9. กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธร.....	56
10. แสดงการเชื่อมโยงของการประเมินผล (Evaluation matrix).....	66

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

แนวคิดในปัจจุบันยอมรับว่า การประเมิน(Evaluation) ย่อมนำไปสู่การปรับปรุงในทุกด้าน การประเมินผลไม่ใช่การไปพิสูจน์ แต่เป็นการไปแก้ไข ส่งเสริมให้ดีขึ้น (Evaluation is not to prove, but to improve) ทำให้การประเมินได้รับการยอมรับมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการบริหารโครงการซึ่งเป็นแนวทางการบริหารที่ได้นำไปสู่การปฏิบัติอย่างกว้างขวาง การบริหารโครงการต่างๆไม่ว่าจะเป็นโครงการทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองหรือสาธารณสุขก็ตามจะเกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องอาศัยการประเมินโครงการ(project evaluation)ที่เป็นระบบ ผลจากการประเมินโครงการจะทำให้ผู้บริหารได้ทราบจุดเด่นและจุดด้อยของโครงการเพื่อจะได้ดำเนินการแก้ไขโครงการได้ทันทั่วทั้งที่ และเมื่อได้ดำเนินโครงการไปแล้วย่อมต้องการทราบว่าโครงการนั้นได้บรรลุเป้าหมายหรือไม่เพียงใด คู่กับทุนและแรงงานที่ลงทุนไปหรือไม่ ซึ่งคำตอบนี้จะได้จากการประเมินโครงการ โดยสรุปการประเมินโครงการย่อมนำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับปรุงส่วนประกอบของโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดดำเนินโครงการในแง่มุมต่างๆในขณะที่โครงการกำลังดำเนินอยู่ ซึ่งย่อมนำไปสู่ผลสำเร็จของโครงการในที่สุด (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2533)

ประเทศไทยมีสถานื่อนามัย จำนวน 9,010 แห่ง ครอบคลุมตำบลที่ไม่ใช่ที่ตั้งของโรงพยาบาล ร้อยละ 99.63 จากตำบลทั้งสิ้น 7,156 ตำบล และมีตำบลที่มีสถานื่อนามัยมากกว่า 1 แห่งรวม 1,545 ตำบล รับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 4,503 คนต่อแห่ง และเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 คน/แห่ง (สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ, 2539) สำหรับจังหวัดยโสธรมีสถานื่อนามัยจำนวน 110 แห่ง ครอบคลุมทุกตำบล ส่วนมากตั้งอยู่ใกล้กับชุมชนและแต่ละแห่งมีเจ้าหน้าที่ประจำ 2-5 คน เฉลี่ย 2.6 คน ไม่มีแพทย์ประจำ มีพยาบาลวิชาชีพ ประจำ 1 แห่ง พยาบาลเทคนิค ประจำ 44 แห่ง มีสัดส่วนสถานื่อนามัย 1 แห่ง ต่อประชากร 4,684 คน ให้บริการเฉลี่ยแห่งละ 18 คน/วัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2540) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของสถานื่อนามัยด้านบริการสาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยใช้เวลาปฏิบัติงานทั้งในและนอกสำนักงาน ซึ่งเวลาส่วนใหญ่ประมาณ 2 ใน 3 ส่วน จะปฏิบัติงานในสำนักงานเป็นเรื่องเกี่ยวกับระเบียบรายงาน ระบบข้อมูล รongลงมาเป็นงานรักษาพยาบาล ส่วนการปฏิบัติงานนอกสำนักงาน

จะปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเป็นการอบรมและการประชุม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ,2540) และจากการสำรวจผู้มารับบริการตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับจังหวัด แพทย์ผู้ตรวจได้ให้ความเห็นว่า 59.2 % เป็นโรคที่สถานื่อนามัยสามารถรักษาได้ 35.8 % เป็นโรคที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถรักษาได้ และ 5 % เป็นโรคที่สมควรรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด สำหรับที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน แพทย์ผู้ตรวจให้ความเห็นว่า 52 % เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ที่สถานื่อนามัยและ 48% สมควรรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ,2541) ซึ่งจะเห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ข้ามขั้นตอนจากสถานื่อนามัยไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ในบางโรคที่สถานื่อนามัยสามารถรักษาได้ ทำให้ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นโดยไม่จำเป็น สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงความอ่อนแอของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งบริการขั้นต้นหรือบริการระดับปฐมภูมินั้นเป็นบริการระดับแรกที่ทำให้บริการแก่ประชาชนที่เข้ามาใช้บริการในสถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุข ลักษณะการกระจายและคุณภาพของระบบบริการขั้นต้นนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งผลถึงการเข้าถึงบริการของประชาชน ความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ นั้นสามารถแบ่งระดับของการดูแลสุขภาพออกได้เป็น 4 ระดับ ที่สัมพันธ์กับระดับประชากรที่ดูแลและการบริหารจัดการ คือ การดูแลตนเองภายในครอบครัว การดูแลระดับแรกโดยแพทย์ที่รับผิดชอบการบริการในโรงพยาบาลระดับอำเภอและการบริการระดับเขต ซึ่งการดูแลระดับแรกโดยแพทย์ที่รับผิดชอบ เป็นการดูแลระดับที่สองต่อจากการดูแลตนเองภายในครอบครัว เป็นการดูแลระดับแรกโดยแพทย์ที่รับผิดชอบประชากรในท้องถิ่น ประมาณ 2,000 คน ต่อแพทย์หนึ่งคน ซึ่งในต่างประเทศระบบบริการระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการ แต่ในบางประเทศก็มีแพทย์สาขาอื่นหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ สำหรับในประเทศไทย สถานื่อนามัยเป็นสถานบริการระดับแรกที่ทำให้บริการด้านสาธารณสุขโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ไม่ใช่แพทย์เนื่องจากประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์ มีแพทย์ 11.21 ต่อแสนประชากร (สุพิศราศรีวณิชชากร,2538) และจังหวัดยโสธรนั้นมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัยให้การดูแลประชาชน 1,763.9 คนต่อเจ้าหน้าที่หนึ่งคน จากเป้าหมายของการดำเนินงานของการปฏิรูปในเรื่องคุณภาพการบริการ ต้องการให้การบริการนั้นเป็นบริการที่เป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสานซึ่งสถานื่อนามัยสามารถที่จะให้บริการเพื่อตอบสนองเป้าหมายดังกล่าวได้ ด้วยสถานื่อนามัยเป็นสถานบริการระดับต้นของระบบบริการสาธารณสุขที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ทำให้บริการสาธารณสุขและกระจายอยู่ทุกตำบล

ซึ่งถือว่าเป็นข้อได้เปรียบ การที่จะทำให้สถานื่อนามัยดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพจะต้องทำให้เกิดความเข้าใจ การอยู่ใกล้ชิดกับชุมชน การมีส่วนร่วมภาพที่ดี ทำให้เกิดศรัทธาและการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การทำให้สถานื่อนามัยมีศักยภาพและการบริการที่ดีได้ต้องหาแนวทางในการพัฒนา ซึ่งการบริการขั้นปฐมภูมิจะเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนา ข้อได้เปรียบคือเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยอยู่ในสถานบริการด้านแรกสามารถเข้าถึงชุมชนและรู้ปัญหาของชุมชนนั้นๆเป็นอย่างดี และเป็นจุดที่สามารถให้บริการแบบองค์รวมได้ การให้บริการขั้นปฐมภูมิที่เข้มแข็งจะเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่จะทำให้เกิดระบบบริการที่ดี ซึ่งองค์ประกอบหลักของการบริการขั้นปฐมภูมิที่จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การบริการเข้มแข็งมีดังนี้ (คณะกรรมการดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2540) ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการ ทีมผู้ให้บริการ องค์ความรู้ที่ต้องใช้ในการบริการและโครงสร้างที่รองรับการบริการ ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการต้องเป็นระบบที่ไม่ซ้ำของเดิม สร้างขึ้นมาใหม่และมีส่วนเสริมทำให้มองการบริการขั้นปฐมภูมิได้กว้างขึ้นซึ่งสถานื่อนามัยเป็นส่วนหนึ่งของระบบการบริการขั้นปฐมภูมิ ทีมผู้ให้บริการที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานในสถานื่อนามัยที่มีอยู่เฉลี่ย 2.6 คน นั้นยังไม่พอในการปฏิบัติงานต้องเพิ่มเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเข้าไปทำงานเป็นทีมเดียวกันด้วย องค์ความรู้ที่ต้องใช้ในการบริการ ซึ่งความรู้ความสามารถเดิมของเจ้าหน้าที่ทั้งในสถานื่อนามัยและโรงพยาบาลยังไม่พอจะต้องเพิ่มความรู้ในเรื่องการให้การดูแลคนทั้งคน เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน และโครงสร้างที่รองรับการบริการ โครงสร้างของสถานื่อนามัยที่มีอยู่นั้นไม่เพียงพอต้องเพิ่มบางส่วนของโรงพยาบาล คือ แผนกผู้ป่วยนอกเข้ามารวมอยู่ด้วย เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพให้การบริการด้านแรกและเป็นการปรับลดภาระของโรงพยาบาล

จากแนวคิดในเรื่องการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้เกิดระบบบริการที่ดี โดยการพัฒนาการบริการขั้นปฐมภูมิให้เข้มแข็งและมีสถานื่อนามัยเป็นโครงสร้างรองรับการบริการ ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างดำเนินการในจังหวัดยโสธร โครงการนี้มีรูปแบบการทำงานเป็นแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อให้เกิดผลทั้งด้านการพัฒนาระบบบริการและได้ความรู้มาปรับใช้ในระดับนโยบาย การวิจัยประเมินผลโครงการจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงโครงการและเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ซึ่งในการดำเนินการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งใดควรจะได้มีการสำรวจความคิดเห็นในระดับผู้ปฏิบัติงานว่ามีความคิดเห็นไปในทางเดียวกันหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อที่จะได้ปรับให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการประเมินผลในระดับปฏิบัติจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องถึงมุมมองในสถานการณ์จริงๆของผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานื่อนามัยกับแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูป

ระบบบริการสาธารณสุข ในเรื่องปัจจัยที่ทำให้การบริการขั้นปฐมภูมิเข้มแข็งว่าเป็นอย่างไร บริการที่ทำไปแล้วมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างและถ้าจะพัฒนาให้ดีขึ้นจะต้องทำอย่างไร โดยสนใจที่จะประเมินผลในองค์ประกอบหลักตัวหนึ่งของการบริการขั้นปฐมภูมิ คือ ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุน เนื่องจากอยู่ระหว่างดำเนินการในจังหวัดยโสธร ซึ่งมีการขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่

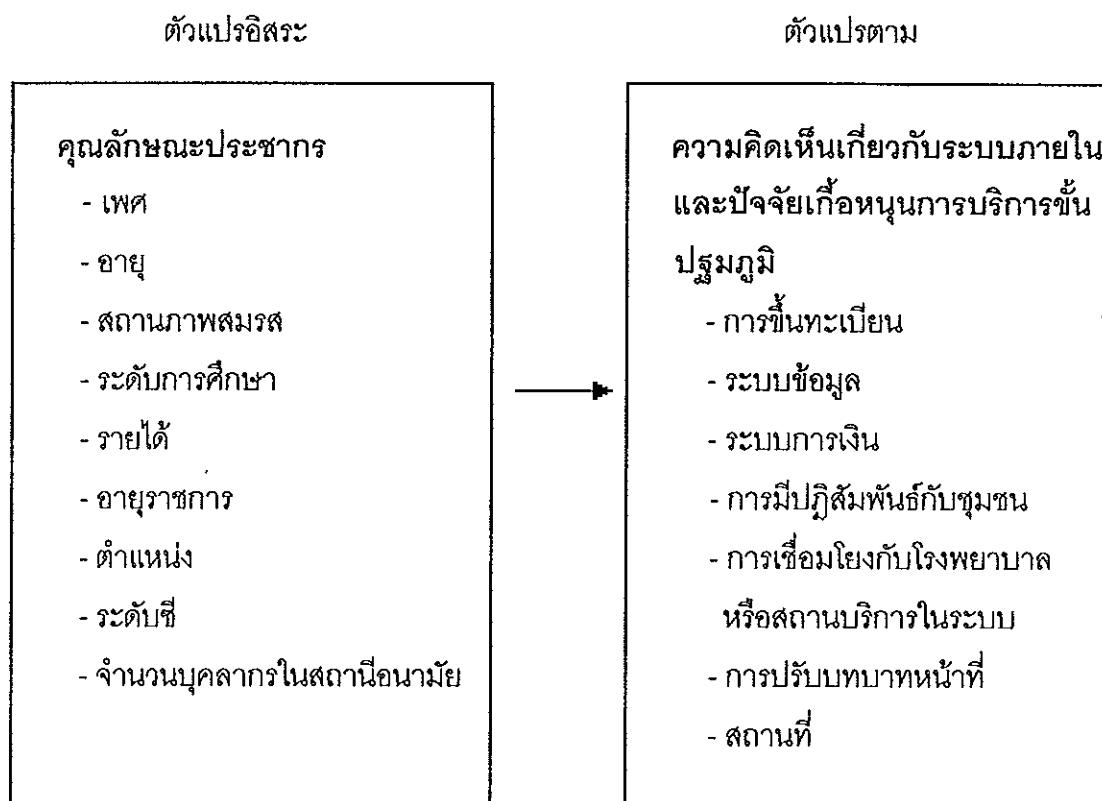
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่ โดยเป็นการประเมินเปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมายสถานบริการ 3 กลุ่ม คือ สถานบริการที่เริ่มดำเนินการ ปี 2540 จำนวน 3 อำเภอ สถานบริการที่เริ่มดำเนินการ ปี 2541 จำนวน 3 อำเภอ และสถานบริการที่เริ่มดำเนินการ ปี 2542 จำนวน 3 อำเภอ รวม 9 อำเภอ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

คำถามการวิจัย

1. ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ที่ได้เริ่มดำเนินการไปแล้วนั้นเป็นอย่างไร
2. มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร ในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ
3. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยใดบ้างที่มีผลต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

กรอบแนวคิด



ขอบเขตการวิจัย

เป็นการประเมินผลกระบวนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ในระหว่างดำเนินการ เป็นการประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ภายใต้องค์ประกอบระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้นปฐมภูมิ 7 ประการคือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่ ที่ก่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ดำเนินการศึกษาโดยวิธีสำรวจเป็นหลัก เสริมด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตที่สถานีนามัยที่ดำเนินโครงการ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การประเมินผลครั้งนี้ประเมินผลเพียงบางส่วนของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจังหวัดยโสธรได้ดำเนินการปฏิรูป 4 ประเด็น คือ ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ปฏิรูประบบการเงินการคลัง พัฒนาศูนย์บริการบุคคลด้านสาธารณสุข และปฏิรูประบบการบริหารจัดการ สำหรับงานวิจัยนี้จะประเมินผลในประเด็นการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยประเมินผลเฉพาะกระบวนการ (Process Evaluation) ภายใต้องค์ประกอบระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ 7 ประการคือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่ ที่ก่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ

2. เนื่องจากเป็นช่วงการดำเนินงานในระยะแรกของโครงการ ผู้วิจัยจึงประเมินผลโดยการสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในองค์ประกอบระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ เพื่อต้องการทราบความเป็นไปได้ในการดำเนินงานต่อไป

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

การประเมินผล หมายถึง การใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาคัดสินคุณค่า ความเหมาะสม ความคุ้มค่าของโครงการ โดยศึกษาพิจารณาไม่ว่าจะมีพื้นฐานจากความคิดเห็น การบันทึกข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลที่เป็นกลาง เกี่ยวกับผลลัพธ์ไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบของโครงการ อันเนื่องมาจากการดำเนินงานที่กำลังกระทำอยู่ เพื่อให้ได้มาซึ่งสารนิเทศที่เป็นประโยชน์ ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจพิจารณาหาทางเลือกของการดำเนินงานและข้อเสนอแนะสำหรับโครงการครั้งต่อไป เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการและการประเมินผลครั้งนี้ยึดการตัดสินใจเป็นหลัก (Decision Making Approach) ได้แก่ การประเมินผลในรูปแบบชิป (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) ซึ่งการวิจัยประเมินผลครั้งนี้พิจารณาเฉพาะการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เท่านั้น โดยไม่ได้ประเมินผลด้านอื่นๆตามแบบจำลองชิป อันได้แก่ สภาพแวดล้อม (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) และผลผลิต (Product)

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข หมายถึง โครงการที่ดำเนินงานโดยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยความช่วยเหลือจากสหภาพยุโรป ซึ่งได้จัดทำโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ.2539-2542 ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อหารูปแบบระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม เป็นระบบที่มีความเป็นธรรม ความเสมอภาค (equity) มีคุณภาพบริการที่ดี (quality of care) มีประสิทธิภาพ (efficiency) ตลอดจนสังคมเข้ามามีส่วนร่วมและสามารถตรวจสอบได้ (social accountability) โดยจังหวัดยโสธรได้ดำเนินการ

ปฏิรูป 4 ประเด็น คือ ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ปฏิรูประบบการเงินการคลัง พัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข และปฏิรูประบบการบริหารจัดการ

ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ หมายถึง ปัจจัยที่สร้างขึ้นมาเป็นระบบเพื่อการปฏิบัติงานภายในสถานีนอมา้ยและปัจจัยที่สนับสนุนหรือมีส่วนให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีนอมา้ย มีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งประกอบด้วย การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอมา้ย ที่มีต่อปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการ หมายถึง การแสดงออกทางด้านความคิดของเจ้าหน้าที่สถานีนอมา้ยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ที่มีผลต่อการให้บริการ

การบริการขั้นปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับต้นอยู่ในชุมชน เน้นคุณภาพการให้บริการเชิงสังคมควบคู่ไปกับเชิงเทคนิคบริการ กล่าวคือ นอกจากผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนและชุมชนได้ดีด้วย จนทำให้การบริการมีความต่อเนื่อง (Continuity) ผสมผสาน(Integration) และมีลักษณะเป็นองค์รวม(Holistic)

สถานีนอมา้ย หมายถึง สถานที่ให้บริการสาธารณสุขของรัฐที่ให้บริการแก่ประชาชนระดับตำบลและหมู่บ้าน และเป็นโครงสร้างที่เหมาะสมในการรองรับการบริการขั้นปฐมภูมิ

เจ้าหน้าที่สถานีนอมา้ย หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอมา้ย ได้แก่ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขพยาบาลเทคนิคและพยาบาลวิชาชีพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงสถานการณ์ของระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ที่ได้ดำเนินการไปแล้วในสถานีนอมา้ย
2. เป็นแนวทางในการนำระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ที่มีผลต่อการให้บริการไปพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการระดับต้น
3. ได้ทราบถึงสถานการณ์ของสถานีนอมา้ยทั้ง 3 ระดับ เกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

4. เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ในการวางแผนการดำเนินงานในระดับ
สถานีนอนมัย อำเภอ จังหวัด และกระทรวง

5. เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาตัดสินใจในการดำเนินงานในช่วงต่อไปกับสำนักงาน
โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและสหภาพยุโรป

สรุปท้ายบท จากที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นบทนำเรื่องการวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ
และทิศทางของการวิจัย ซึ่งรายละเอียดต่างๆ จะนำไปขยายในแต่ละบทต่อไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร :กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมินั้น มีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเรื่องการบริการขั้นปฐมภูมิ
2. แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
3. ความจำเป็นในการปฏิรูประบบราชการ/ระบบบริการสาธารณสุข
4. กระบวนการ /ขั้นตอนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
5. องค์ประกอบการปฏิรูประบบระบบบริการสาธารณสุข
6. ตัวชี้วัดถึงความสำเร็จของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
7. วิธีการ & การประเมิน
8. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยและจังหวัดยโสธร
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเรื่องการบริการขั้นปฐมภูมิ

สมจิต พุกกะวณิชานนท์ (2536) ได้กล่าววาระบบบริการสาธารณสุขที่กล่าวถึงมากในปัจจุบันได้แก่การให้บริการสาธารณสุขระดับต้น (primary health care) ซึ่งมีความหมายต่างไปจากคำว่า การบริการขั้นปฐมภูมิ (primary medical care) ในข้อที่ว่า การให้บริการสาธารณสุขระดับต้นจะครอบคลุมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการจัดการดูแลสุขภาพ ซึ่งชัยชนะ สุวรรณเวช (2536) ได้กล่าวถึงการให้บริการสาธารณสุขระดับต้นว่า เป็นยุทธวิธีที่คลุมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ การกระจายอำนาจ การประสานความร่วมมือทางสุขภาพต่างๆเพื่อไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีที่หัวหน้าในปี พ.ศ.2543 และสำหรับการให้บริการขั้นปฐมภูมิ (primary care) ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ (2536) ได้กล่าวว่าเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านแรกที่เน้นคุณภาพการให้บริการเชิงสังคมควบคู่ไปกับเชิงเทคนิคบริการ กล่าวคือนอกจากผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถในการให้บริการแล้ว ยังต้องมีความรู้และความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชน

และชุมชนได้ดีด้วย จนทำให้การบริการมีความต่อเนื่อง ผสมผสาน และมีลักษณะองค์รวม และได้เสริมถึงบทบาทการบริการขั้นปฐมภูมิว่า เป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าสู่บริการสาธารณสุขของผู้ป่วย เป็นการให้บริการที่มีความต่อเนื่องทั้งตอนป่วยและตอนไม่ป่วย มีลักษณะเป็นองค์รวม ใช้ความรู้ความสามารถในหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง มีการเชื่อมโยงและประสานกับการให้บริการสาธารณสุขในระดับสูงขึ้นตามความจำเป็นของผู้ป่วย ตลอดจนมีความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องในปัญหาของผู้ป่วยและชุมชนตลอดชีวิตของผู้ป่วยและสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ได้เสริมถึงการให้บริการขั้นปฐมภูมิว่าเป็นระบบที่ดูแลคนทุกคนให้มีสุขภาพดีโดยรวม (Holistic) อย่างต่อเนื่อง โดยมีระบบติดตามให้ผู้ป่วยมีที่พึ่งได้อย่างต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว เป็นระบบบริการที่มีความหลากหลาย ทั้งบริการทางสุขภาพแผนตะวันตกและแผนไทย ที่ได้รับการตรวจสอบแล้วรวมทั้งประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการอย่างเหมาะสม และสุพัตรา ศรีวณิชชากร (2541) ได้เสริมว่าการบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการดูแลสุขภาพพื้นฐานที่เป็นบริการด่านแรก ของระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการให้บริการสุขภาพที่พบปะกับบุคคลทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ (First contact and generalist role) และสามารถให้การดูแลสุขภาพปัญหาที่ฉุกเฉินในระยะแรกได้ก่อนที่จะส่งต่อไปยังหน่วยดูแลอื่น เป็นบริการที่ผสมผสานการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพในระดับพื้นฐานที่บุคคล ครอบครัวและชุมชน สามารถมีบทบาทในการดูแลได้ (Integration) อีกทั้งเป็นบริการที่ให้การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงป่วยและตาย ตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงขณะป่วยและการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องหลังจากป่วยแล้ว (Continuity) และจะต้องเป็นการบริการที่เสริมให้ประชาชนเข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเองและสามารถร่วมมือและร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมร่วมกันกับบุคลากรสาธารณสุข (Holistic) การบริการระดับปฐมภูมิไม่ได้เน้นแต่บริการรักษาพยาบาลหรือเพียงแต่การคัดกรองโรคเท่านั้น แต่มีลักษณะเฉพาะที่สามารถเข้าใจปัจจัยทางด้านสังคม จิตวิทยา การสื่อสาร ความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสามารถมีบทบาทร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพทั้งด้านกาย และจิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข เน้นการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ของระบบบริการและสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยและประชาชนที่ดูแล รวมทั้งการประสานงาน ร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพระดับอื่นๆเช่น โรงพยาบาล หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ

รูปแบบการให้บริการสาธารณสุขในอุดมคติ (Ideal health service) ตามแนวคิดหลัก การให้บริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Integrated Health Care System) ต้องมีคุณสมบัติ คือ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2540) เป็นการให้บริการที่เน้นคุณภาพเชิงสังคม ควบคู่ไปกับเชิงเทคนิค บริการ ไม่เพียงแต่ถูกต้องตามหลักการแพทย์เท่านั้น แต่ยังคงคำนึงถึงความต่อเนื่อง การผสม

ผลของการให้บริการ มีความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม และต้องไม่มีความซ้ำซ้อนกัน ระหว่างสถานบริการในแต่ละระดับ โดยโรงพยาบาลจะต้องกระจายอำนาจการให้บริการสาธารณสุข ไปอยู่ในชุมชนให้เหมาะสม โรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบในเรื่องของความยุ่งยาก ซับซ้อน ของความเจ็บป่วยให้มากขึ้นและลดงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนไปอยู่ที่สถานบริการที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด รวมทั้งต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความเชื่อมโยงของข้อมูลข่าวสารผู้ป่วยอย่างเอกภาพและเนื่องจากการบริการระดับปฐมภูมินั้นเป็นบริการระดับแรกที่ทำให้บริการแก่ประชาชนที่เข้ามาใช้บริการในสถาบันทางการแพทย์ และสาธารณสุข ดังนั้นลักษณะการกระจายและคุณภาพของระบบบริการขั้นต้นนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งผลถึงการเข้าถึงบริการของประชาชน ความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งการจัดระบบบริการขั้นต้นในแต่ละประเทศมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการในระดับอื่นๆด้วย ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิด ปรัชญา และหลักการพื้นฐานในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ตลอดจนขึ้นกับพัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ ในระบบบริการสาธารณสุขทั่วไปมีระดับการให้บริการ 4 ระดับ ได้แก่ การดูแลตนเอง การให้บริการระดับต้น การให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญและการให้บริการโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน (สมจิต พฤษะวิตานนท์, 2536) และสุพัตรา ศรีวณิชชากร (2538) ได้กล่าวถึงระบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ว่าสามารถแบ่งระดับของการดูแลสุขภาพออกได้เป็น 4 ระดับที่สัมพันธ์กับระดับประชากรที่ดูแล และการบริหารจัดการได้ดังนี้

1. การดูแลตนเองภายในครอบครัว (Self-care)
2. การดูแลระดับแรกโดยแพทย์ (Primary (professional) care (GP)) ที่รับผิดชอบประชากรในท้องถิ่นประมาณ 2,000 คนต่อแพทย์ 1 คน ซึ่งอาจบริการโดยแพทย์รายบุคคล หรือเป็นกลุ่ม
3. การบริการในโรงพยาบาลระดับอำเภอ (Secondary-general specialist care) ที่ดูแลประชากรประมาณ 200,000-500,000 คน
4. การบริการในระดับเขต (Tertiary-subspecialist units) ดูแลประชากร 1-5 ล้านคน หรือในระดับประเทศ แต่ละระดับมีลักษณะงานและบทบาทหน้าที่ต่างกัน

จากการศึกษาเรื่อง Primary Health Care in an International Context ของ John Fry และ John Horder (อ้างในสุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2538) ได้สรุปว่าประชาชนมีความต้องการบริการจากระบบบริการระดับต้นที่เน้นในด้านเป็นบริการด่านแรก บริการที่ต่อเนื่องระยะยาว บริการที่กว้างขวางผสมผสาน และบริการที่เป็นบูรณาการ และได้เสนอแนวทางการประเมินโครงสร้างและ

กระบวนการให้บริการของบริการปฐมภูมิที่เป็นตัวชี้ทางอ้อมถึงคุณภาพบริการ คือ ความรับผิดชอบต่อชุมชนที่ชัดเจน ความรับผิดชอบในระยะยาว แพทย์ที่ให้บริการระดับต้นทำหน้าที่ในลักษณะ gate keeper หรือไม่ มีความรับผิดชอบต่อบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในระดับบุคคลด้วยหรือไม่ และค่าเฉลี่ยเวลาการให้บริการดูแลผู้ป่วย

ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปและการจัดบริการขั้นต้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed Countries) ในปี ค.ศ.1948 ประเทศอังกฤษ โดยองค์การให้บริการสุขภาพระดับชาติ (Nation Health Service) ได้เสนอระบบบริการสาธารณสุขระดับต้น เป็นการดูแลผู้ป่วย 4 ส่วนคือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพ และได้เพิ่มระบบบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive) (สมจิต พุทษะรัตนานนท์ ,2536) ในปัจจุบันบริการเวชปฏิบัติทั่วไปได้รับการพัฒนาในฐานะสาขาเฉพาะทางสาขาหนึ่งเน้นการบริการที่ดูแลทั้งครอบครัว มีความต่อเนื่องครอบคลุมบริการพื้นฐานที่สำคัญทุกด้าน ทำหน้าที่เป็น gate keeper ที่ดูแลขั้นต้นก่อนที่จะส่งต่อไปรับบริการกับบุคลากรสาขาเฉพาะทางอื่นในโรงพยาบาล มีการพัฒนาบุคลากร และองค์ความรู้ในการดูแลบริการขั้นต้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ แต่รูปแบบการพัฒนานั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศขึ้นกับการวางสมดุลและน้ำหนักระหว่าง “เสรีในการเลือกของประชาชน” กับ “ความรับผิดชอบของประชาชน” และ “การเน้นความต่อเนื่องในการรับบริการ” และความเชื่อมโยงผสมผสานงานของหน่วยบริการขั้นต้นกับโรงพยาบาลในประเทศ ส่วนใหญ่จะเชื่อมโยงในเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วยเป็นหลัก โดยพิจารณาจากการมีความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องระหว่างการให้บริการของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลขั้นต้น สำหรับลักษณะของการเข้าถึงบริการคือมีการวางแผนการให้บริการแก่ประชาชนทุกคนในลักษณะปกติเหมือนกัน ไม่มีการจ่ายเงินค่าบริการจากผู้ใช้บริการโดยตรงหรือมีในจำนวนจำกัด และความบูรณาการของงานนั้นพิจารณาจากสถานพยาบาลขั้นต้นสามารถช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ได้ โดยไม่ส่งต่อไปรับบริการที่อื่น

ตาราง 1 แสดงลักษณะการจัดองค์กร และการจัดบริการของหน่วยบริการขั้นต้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ลักษณะ	อังกฤษ	เนเธอร์แลนด์	สวีเดน	แคนาดา	อเมริกา
จำนวน GPs	34,495 (1989)	6,500 (1990)	4,667 (1989)	26,079 (1988)	70,480 (1990)
จำนวน GPs ต่อประชาชน	1 : 1,800	1 : 2,400	1 : 3,000	1 : 1,000	1 : 3,547
1 physicians GPs ต่อแพทย์ทั้งหมด	46 %	18 %	23 %	53 %	13 %
เป็น Gate keeper	ใช่ และต้องขึ้นทะเบียน	ใช่ และต้องขึ้นทะเบียน	ใช่ และดูแลตามปกครอง	ใช่ แต่หาGPs ที่ไหนก็ได้	ไม่ใช่และหาแพทย์เฉพาะทางได้โดยตรง
การทำงานของ GP	เดี่ยวหรือกลุ่ม	เดี่ยวหรือกลุ่ม	สถานีอนามัย	เดี่ยวหรือกลุ่ม	เดี่ยวหรือกลุ่ม
การรักษาโรค	++++	++++	++++	++++	++++
ส่งเสริมสุขภาพ	++	+++	+-	+-	NA
การร่วมจ่ายของผู้ให้บริการ	จ่ายค่ายา	ไม่มี	จ่ายค่าใช้บริการทุกครั้ง	จ่ายค่ายา	จ่ายค่ายาค่าบริการขึ้นกับบริษัทประกัน

หมายเหตุ : NA = ไม่มีข้อมูล (data not available)

แหล่งข้อมูล 1. Primary care delivery. The millbank Quaterly vol 65 No.3,1987

2. Primary Health Care in an International Context , John Fry and John Horder, The Nuffield Provincial Hospital Trust 1994. (อ้างในสุพิศตรา ศรีวณิชชากร ,2538)

สำหรับระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปและการจัดบริการขั้นต้นในประเทศที่กำลังพัฒนา (Under -developed Countries) ส่วนใหญ่มีการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านของแต่ละประเทศ เป็นพื้นฐานเดิม ต่อมามีการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบตะวันตก การบริการจึงปรับเปลี่ยนไปตามอิทธิพลของประเทศทางตะวันตก ระบบบริการขั้นต้นในประเทศกำลังพัฒนาได้รับการพัฒนาอย่างจริงจังในช่วงเวลาที่สั้นกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมาก ประเทศไทย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เป็นพื้นฐานของการบริการสาธารณสุขขั้นต้นเป็นเพียงแพทย์ทั่วไปที่ยังไม่ผ่านระบบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง มีศักดิ์ศรีและคุณค่าน้อย สถานื่อนามัยถูกกำหนดให้แสดงบทบาทเป็น Gate keeper แต่ไม่มีเงื่อนไขหรือระบบรองรับสนับสนุนให้เป็นจริง ประชาชนไปใช้บริการที่ใดก็ได้และเป็นผู้จ่ายเงินเองโดยตรง รวมทั้งโรงพยาบาลก็แสดงบทบาททั้งให้บริการระดับต้นและระดับทุติยภูมิไปพร้อมๆกัน สำหรับขอบเขตการให้บริการของสถานอนามัย เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติมี 13 โครงการ คือ งานรักษาพยาบาล งานควบคุมวัณโรค งานกามโรค งานควบคุมโรค ใช้มาลาเรีย งานควบคุมโรคเรื้อน งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานสุศึกษาและงานสาธารณสุขมูลฐาน นอกจากนั้นยังมีงานธุรการ งานสถิติรายงานต่างๆ รวมทั้งงานที่ได้รับมอบหมายจากอำเภอจังหวัด อัตรากำลังที่มีอยู่ในสถานอนามัย 2-3 คน จึงไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานทุกอย่างในความรับผิดชอบให้มีคุณภาพได้ (ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย, 2529) ซึ่ง สุพัตรา ศรีวณิชชากร ได้เสริมถึงขอบเขตการให้บริการของสถานอนามัยว่า เป็นการให้บริการรักษาพยาบาลโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง มีการตรวจชันสูตรโรคพื้นฐาน การบริการอนามัยแม่และเด็ก งานสุขภาพิบาลและการป้องกันโรค ไม่มีบริการทางด้านการฟื้นฟูสุขภาพที่ชัดเจนและไม่มีบริการทางด้านสังคมสงเคราะห์ ซึ่งให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในขณะที่ในประเทศใกล้เคียง เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ ไต้หวัน ให้บริการระดับต้นโดยแพทย์

จากรายงานการศึกษาดูงานระบบสาธารณสุขในประเทศเนเธอร์แลนด์ เบลเยียม ฝรั่งเศส และมาเลเซีย ได้วิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของระบบบริการสาธารณสุขและได้เสนอสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและเสมอภาค ในด้านระบบบริการ คือ (มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2542)

1. ควรมีระบบการลงทะเบียนและการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
2. ควรสนับสนุนระบบบริการด่านหน้า (Gatekeeper) และพัฒนาระบบบริการขั้นปฐมภูมิให้เข้มแข็ง เช่น การพัฒนาสถานอนามัย
3. ควรมีระบบการขึ้นทะเบียนการรับบริการของประชาชนตามลักษณะภูมิศาสตร์

4. ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานบริการแต่ละระดับให้ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน
5. ควรกระตุ้นให้สถานบริการทุกแห่งได้มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง และนำระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มาใช้
6. ควรมีระบบควบคุมคุณภาพและจรรยาบรรณของแพทย์อย่างเข้มแข็ง
7. เน้นให้ประชาชนมีความรู้ในด้านระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้นและกระตุ้นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการองค์กรสาธารณสุขให้มากขึ้น

ตาราง 2 ผลลัพธ์ของการบริการขั้นต้นในประเทศที่กำลังพัฒนา

ผลลัพธ์บริการ	ไทย	มาเลเซีย	สิงคโปร์	ไต้หวัน
การเข้าถึงบริการ				
- Availability of service	-	+	+	+
- ความง่ายในการเข้ามาใช้บริการ	+-	+	+	+-
- Financial access	+-	+	+	+-
ความบูรณาการของงาน				
- มีบริการขั้นต้นหลายด้านที่ครบถ้วน	+-	+	+	+-
- การเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล	-	+-	+-	-
- ความต่อเนื่องของบริการ	-	+-	+-	-
การผสมผสานปัจจัยทางสังคม				
- Family centeredness	-	-	+	+-
- Community orientation	+-	+-		

- หมายเหตุ
- + = มีผลลัพธ์บริการด้านนั้นต่อผู้รับบริการโดยทั่วไป
 - = ไม่มีผลลัพธ์บริการด้านนั้นต่อผู้รับบริการโดยทั่วไป
 - + - = เป็นสถานการณ์ผสม ขึ้นกับพื้นที่และผู้ให้บริการ

จากแนวคิดดังกล่าว ประเทศไทยยังขาดองค์ประกอบอีกหลายอย่างที่จะทำให้การบริการด้านสุขภาพบรรลุไปถึงบริการที่ดีมีคุณภาพได้ ดังนั้นจึงมีกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพขึ้น เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทัดเทียมประเทศเพื่อนบ้านและประเทศพัฒนาแล้ว

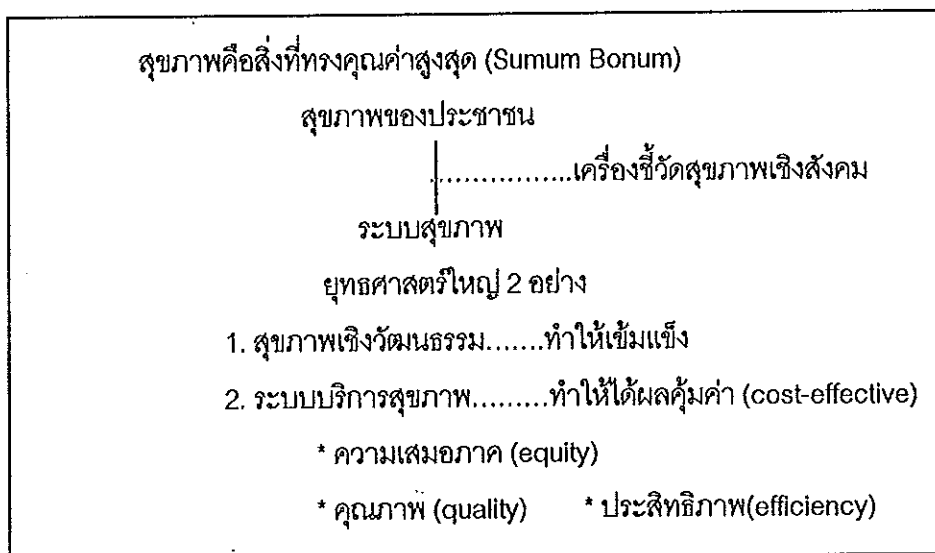
2. แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

การปฏิรูป (Reform) คือการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ซึ่งสงวน นิตยารัมภพงศ์ (2541) ได้กล่าวว่าการกำหนดระบบบริการสุขภาพในอุดมคติก็คือการกำหนดทิศทางที่ควรจะเป็นและสร้างระบบการจัดการใหม่จากแนวคิดใหม่ที่เหมาะสม และได้เสนอระบบบริการสุขภาพในอุดมคติควรจะมีลักษณะที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เป็นระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ดูแล "คน" ไม่ใช่เพียงแค่ดูแล "ไข้" มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ อีกทั้งมีความหลากหลาย ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม มีความรับผิดชอบและสามารถตรวจสอบได้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้นและมีการพัฒนาบeyondความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

ซึ่งการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนทั้งหมด ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงานดังแผนภูมิต่อไปนี้ (ประเวศ วะสี ,2539)

ภาพประกอบ 1 แสดงการเริ่มต้นคิดเรื่องการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ



ซึ่งการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจะสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ในการสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาคได้นั้น ไม่เพียงแต่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น ที่จะมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น ทุกๆคนในสังคมล้วนมีบทบาทสำคัญ ภาคราชการ ระบบราชการถือได้ว่า

เป็นกลไกที่สำคัญของรัฐในการที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีความเป็นอยู่ที่ดี มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและสังคมโดยส่วนรวมพัฒนาขึ้น อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับกันว่าระบบราชการปัจจุบันจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้ทันกับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นการปรับบทบาทในด้านต่างๆและการปรับโครงสร้างเพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทใหม่ในสังคม กระแสการปฏิรูประบบราชการควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จึงเป็นแนวโน้มหนึ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การปรับบทบาทของราชการในการที่จะเป็นหน่วยงานที่ควบคุมกำกับ แทนที่จะเป็นผู้ดำเนินการเองเหมือนแต่ก่อน การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น ชุมชน เป็นผู้ดูแลและตัดสินใจใช้ทรัพยากรต่างๆเพื่อพัฒนาชุมชนให้ดีขึ้น ล้วนเป็นแนวโน้มที่ส่วนราชการต่างๆต้องร่วมกันคิด ร่วมกันพัฒนา เพื่อนำไปสู่การมีระบบราชการที่มีประสิทธิภาพ และสามารถสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขต่อไป ในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขมีเป้าหมายการดำเนินการว่า ระบบบริการสาธารณสุขนั้นจะต้องมีความเป็นธรรม ความเสมอภาค (equity) มีคุณภาพ (quality) ซึ่งคุณภาพของการให้บริการนั้นควรให้บริการแบบองค์รวม (holistic care) ต่อเนื่อง (continuous care) และผสมผสาน (integrated care) มีประสิทธิภาพ (efficiency) ทั้งประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรใช้ทรัพยากรได้ตรงตามวัตถุประสงค์และประสิทธิภาพในการดำเนินการเพื่อการนำทรัพยากรนั้นไปใช้ประโยชน์ให้คุ้มค่าที่สุดและสุดท้ายชุมชนมีส่วนร่วมรับรู้การดำเนินงานและตรวจสอบการดำเนินงานได้ (social accountability) (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2540)

1. ความเป็นธรรม ,ความเสมอภาค (equity)

ความหมายสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แนวทาง

1.1 ความเป็นธรรมแนวราบ (Horizontal Equity) มองความเป็นธรรม ,ความเสมอภาคเป็นรายบุคคล โดยมองว่า ถ้ามีผู้หนึ่งผู้ใด(ผู้รับบริการ) ได้รับสิ่งหนึ่งสิ่งใด (ได้รับบริการ) จากผู้อื่น (ผู้ให้บริการ) ผู้รับจะต้องตอบแทน (ให้ค่าตอบแทน) ผู้ให้ในจำนวนหรือปริมาณที่เท่ากันไม่ว่าผู้รับผู้นั้นจะเป็นใครก็ตาม เมื่อได้รับผลประโยชน์จากการให้บริการจำเป็นต้องจ่ายเพื่อบริการนั้นๆ ในจำนวน (ราคา) ที่เท่ากัน ไม่ว่าผู้นั้นจะเป็นคนรวยหรือคนจน เช่น ป่วยมากก็จ่ายมาก ป่วยน้อยก็จ่ายน้อย

1.2 ความเป็นธรรมแนวตั้ง (Vertical Equity) มองความเป็นธรรม ความเสมอภาคว่าเป็นการกระจายภาระ(การจ่าย) หรือกระจายความเสี่ยง ซึ่งทุกคนมีความเป็นไปได้ที่จะโชคร้าย เช่น เจ็บป่วย เมื่อป่วยจะได้ลดภาระที่จะต้องแบกรับโดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่าย เพื่อให้ได้รับบริการที่จำเป็น และการจ่ายเงินเพื่อกระจายภาระ หรือกระจายความเสี่ยง (การจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ)

ใครจ่ายมากหรือจ่ายน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะจ่ายได้ (ขึ้นอยู่กับรายได้ของผู้ป่วย) เช่น รายได้มากจ่ายมาก รายได้น้อยจ่ายน้อย

ซึ่งอาจให้ความหมายของ Equity ณ ขณะนี้ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้ว่า ทุกคนมีความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการและได้รับบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็น (needs) ที่ผู้รับบริการผู้นั้นจำเป็นต้องได้ ซึ่งความจำเป็นในที่นี้ ไม่รวมไปถึงความต้องการที่เกินความจำเป็น (Unjustifiable demand) และรวมไปถึงความเคารพต่อสิทธิผู้รับบริการที่จะได้มีส่วนร่วมรับรู้และตัดสินใจต่อบริการนั้นๆ ที่ตนเองจะได้รับ

ในการจัดหาทรัพยากรซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องประสิทธิภาพด้วย โดยเฉพาะเรื่องการจัดจ่ายเงินของแต่ละคน เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมกันนั้น ควรออกมาในลักษณะที่ขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะจ่าย กล่าวคือ ผู้มีรายได้มากควรจ่ายมาก ผู้มีรายได้น้อยหรือเกือบไม่มีรายได้เลย ควรจ่ายน้อยหรือไม่ต้องจ่ายเลย จากหลักการนี้อาจเป็นการถ่ายเททรัพยากรซึ่งสามารถแสดงได้ได้โดยนัย คือเป็นการกระจายทรัพยากร จากคนที่มีทรัพยากรมากกว่าไปสู่คนที่มีทรัพยากรน้อยกว่าหรือแทบจะไม่มีเลย โดยทรัพยากรที่ถ่ายเทเป็นทรัพยากรที่ใช้เพื่อสุขภาพของทุกคน (เนื่องจากผู้มีรายได้มากจ่ายมากกว่าผู้มีรายได้น้อย) และเป็นการถ่ายเททรัพยากร (จากคนที่ไม่ป่วยหรือไม่มีปัญหาสุขภาพในขณะนั้น ไปสู่คนที่ป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ)

หลักการนั้นถ้าคนที่เป็นผู้จ่ายเงินหรือผู้อยู่ในระบบเข้าใจและได้มีการนำไปประยุกต์ใช้จริง จะนำสู่การมีประสบการณ์ของการเป็น “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” เพื่อสุขภาพของทุกคน ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกหรือความสำนึกที่ว่าทุกคนในชุมชน สังคมสามารถช่วยกันเองได้ และนำไปสู่การพัฒนาไปเป็นความรักสามัคคี (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2540)

2. มีคุณภาพ (quality)

การที่จะกล่าวได้ว่าบริการให้บริการมีคุณภาพดี การบริการนั้นควรเป็นบริการที่มีประสิทธิผล (effective) หมายถึงบริการนั้นสามารถทำให้เกิดผลในทางที่ดีที่สุดต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นอยู่จริงในขณะนั้นและปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ซึ่งควรมีลักษณะดังนี้

2.1 การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) หมายถึง การบริการที่ผู้รับบริการไม่ถูกมองว่าเป็นเพียงแค่คนไข้ หรือผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่จะมองรวมไปถึงความกลัว ความกังวลใจ หรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้น (psychological aspect) กับคนไข้และต้องการการเข้าใจผู้อื่น (empathic approach) ที่จะเข้าใจคนไข้ ทั้งในแง่วัฒนธรรมทางสังคม (sociocultural) และเศรษฐกิจ (socio economic) เพื่อประโยชน์ในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ใน

ลักษณะมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (mutual understanding) ทำความเห็นให้ตรงกัน (mutual agreement) มีการตัดสินใจร่วมกัน (mutual decision) และนำการตัดสินใจนั้นไปประยุกต์ใช้ (decision implementing) ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self-reliance) ของคนไข้หรือผู้รับบริการ

2.2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การบริการที่ให้การดูแลผู้รับบริการหรือผู้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาสุขภาพ จนกระทั่งปัญหานั้นสิ้นสุดลง หรือในทางอุดมคติคือ ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตายซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดระบบเพื่อให้เกิดการติดตามได้อย่างต่อเนื่อง จากการเริ่มต้นให้การดูแลครั้งแรกจนปัญหาทางด้านสุขภาพนั้นๆ สิ้นสุดลง (ทั้งในระดับรายบุคคลและระดับครอบครัว) การที่จะเกิดความต่อเนื่องได้นั้นต้องใช้หลัก Holistic care การเริ่มต้นด้วย empathic approach จะช่วยทำให้ผู้รับบริการยอมรับที่จะมาติดตามผล ถึงแม้ในการให้บริการบางอย่างซึ่งอาจไม่ตอบสนองสิ่งที่คนไข้อยากได้ (initial demand) หรือสิ่งที่คนไข้ต้องการในขณะนั้นได้ทั้งหมด การที่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิด empathic relationship และจะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการแบบ Holistic care ได้ในที่สุด ซึ่งช่วยเพิ่มหลักประกันในการที่จะทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.3 การดูแลแบบผสมผสาน (integrated care) หมายถึง การบริการที่ให้การบริการทั้งในด้านการรักษา (curative) ป้องกันโรค (preventive) และส่งเสริมสุขภาพ (promotive) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นจะรวมไปถึงการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการหรือผู้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการและสามารถดำเนินการควบคู่หรือพร้อมกับการรักษา ถ้าสถานบริการให้การดูแลในเรื่องการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยทำให้เกิดศรัทธาและความเชื่อมั่นมากขึ้น ส่งผลให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการให้ความรู้มีประสิทธิภาพตามมา อย่างไรก็ตาม การดูแลแบบผสมผสาน มีส่วนเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลแบบองค์รวมเป็นอย่างมาก ทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลแบบองค์รวมจะช่วยให้เกิดความชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้นว่าลักษณะการให้บริการหรือการดูแลที่เหมาะสมในขณะนั้นคืออะไร (การรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ) กับบุคคล ครอบครัว หรือแม้กระทั่งชุมชนนั้น คุณลักษณะทั้ง 3 ประการ จะส่งเสริมซึ่งกันและกัน หากขาดประการใดประการหนึ่งจะทำให้ส่วนที่เหลือขาดประสิทธิภาพในตัวเองลงไปทันที

ในโครงสร้างของระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขสามารถแบ่งการให้บริการในระบบ ออกเป็น 2 ระดับ คือ สถานบริการหรือหน่วยบริการด้านแรก (Primary Care) และสถานบริการหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (Secondary and Tertiary Care) ซึ่งในแต่ละระดับควรมี

คุณสมบัติที่เหมือนหรือใกล้เคียงกัน โดยมีคุณภาพและคุณลักษณะตามความจำเพาะของแต่ละระดับ

1. สถานบริการด้านแรก (Primary Care) เป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด จึงเป็นสถานบริการที่มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนสูงสุด ในแง่โครงสร้างของสถานบริการด้านแรกจึงมีโอกาสรับรู้ เรียนรู้และเข้าใจชีวิตในชุมชนมากที่สุด ดังนั้นสถานบริการด้านแรกจึงเป็นสถานบริการที่มีความเป็นไปได้สูงสุดในระบบที่จะรับรู้และเข้าใจปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างร่างกาย จิตใจ และสังคม ในทางอุดมคติผู้ให้บริการในสถานบริการด้านแรก จึงมีความเป็นไปได้ที่ผู้ให้บริการต้องสามารถรู้จักโรค รู้วิธีการรักษาโรค ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนเรียนรู้ทุกข์ (Suffering) ซึ่งอาจมีส่วนหรือไม่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรค แต่ยังคงมีส่วนสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ จากการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากชีวิตจริงในชุมชน นอกจากวินิจฉัยชุมชนได้แล้ว จะทำให้รู้จักชีวิตและเข้าใจชีวิตคนมากขึ้น และในที่สุดมีความเป็นไปได้ที่ผู้ให้บริการนั้นสามารถเป็นได้ทั้งผู้รักษาโรค และนักปรัชญาที่จะเข้าใจชีวิตคน (Doctor as well as Philosopher) ดังนั้นสถานบริการด้านแรกจึงถือเป็นศูนย์กลางที่สำคัญของระบบบริการ ที่จะทำให้เกิดการเข้าใจผู้รับบริการทั้งในแง่วัฒนธรรมทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการไม่ถูกมองว่าเป็นเพียงแค่นกไข หรือผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่จะได้รับความเข้าใจและเอาใจใส่ทั้งในเรื่องความเชื่อ ความกลัว ความกังวลใจ หรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ในทุกแง่มุมเกี่ยวกับตัวผู้รับบริการ

2. สถานบริการที่รับการส่งต่อ (Secondary and Tertiary Care) และส่งกลับเมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการที่สถานบริการที่รับการส่งต่อ โดยธรรมชาติของโครงสร้างของโรงพยาบาลไม่เหมาะที่จะเป็น Primary Care ด้วยเหตุผล คือ โรงพยาบาลมีโครงสร้างที่ใหญ่เกินไปสำหรับเจ้าหน้าที่และสมาชิกในชุมชนที่จะรู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน โอกาสที่จะทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจึงเกิดขึ้นไม่ถนัด ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของการที่จะให้บริการอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม อีกทั้งโครงสร้างที่ใหญ่และผู้ให้บริการมีมาก เมื่อต้องการให้บริการทางด้าน Primary Care จึงจำเป็นต้องแบ่งทีมของโรงพยาบาลออกเป็นทีมที่ให้บริการทางด้านรักษาโรคและทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ออกเป็นคนละทีม ทำให้เกิดการแยกส่วนของการให้บริการ มีผลต่อคุณภาพของการให้บริการ ที่จะให้บริการอย่างผสมผสานในแต่ละครั้งของการมารับบริการ ตลอดจนความซับซ้อนของการจัดองค์กรในโรงพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์หลายอย่าง จึงเป็นการยากมากที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโรงพยาบาล ดังนั้นจึงไม่เหมาะที่จะเป็นสถาน

บริการด้านแรก ซึ่งถือว่าเป็นจุดที่มีปฏิสัมพันธ์ (Point of interaction) ระหว่างระบบบริการกับชุมชน และการที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะต้องแบกรับภาระที่จะต้องให้การดูแลคนไข้ในลักษณะ Primary Care ทำให้ต้องมาเสียเวลาในการดูแลคนไข้ซึ่งไม่ตรงกับคุณลักษณะเฉพาะของโรงพยาบาล โดยเน้นการให้บริการในลักษณะอาศัยความรู้ทางการแพทย์เชิงเทคโนโลยีมากกว่าความรู้ทางการแพทย์เชิงสังคม ทำให้เสียโอกาสในการพัฒนาศักยภาพตามคุณลักษณะจำเพาะของโรงพยาบาลเอง สุดท้ายการให้บริการทางด้าน Primary Care ในโรงพยาบาลอาจมีส่วนทำให้ความน่าเชื่อถือของสถานบริการด้านแรกลดลง

ดังนั้นโครงสร้างในลักษณะโรงพยาบาลจึงมีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งในการที่จะเป็นสถานบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งถือเป็นศูนย์กลางทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและความเป็นเลิศทางวิชาการในการใช้ทักษะและความรู้ทางการแพทย์เชิงเทคโนโลยีเหล่านี้

3. ประสิทธิภาพ(Efficiency)

ประสิทธิภาพสามารถให้ความหมายได้ในหลายแง่มุมมาก แต่อย่างไรก็ตามความหมายในทุกแง่มุม มีสิ่งร่วมกันอยู่ คือ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม (Optimal use of resource) หรือการลงทุนให้น้อยที่สุดแต่ได้ประสิทธิผลสูงสุด การลงทุนจะไม่ได้คำนึงถึงเฉพาะในรูปของเงินเท่านั้น แต่คำนึงถึงการลงทุนในรูปอื่นๆด้วย เช่น การใช้ความพยายาม การใช้เวลา เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่า นอกจากคำนึงถึงเรื่องเงินแล้ว จำเป็นต้องคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรด้านอื่นๆด้วย ตลอดจนการใช้ทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งประสิทธิภาพแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

3.1 Allocative Efficiency หมายถึง ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร เมื่อจัดสรรทรัพยากรไปสู่องค์กร หน่วยงาน สถานบริการ หรือบุคคลใด เมื่อเกิดการใช้ทรัพยากรนั้นจะทำให้ผลที่ได้รับกลับมาสูงสุด ถ้าจัดสรรไปสู่โครงสร้างที่เหมาะสมซึ่งจำเป็นต้องตรงกับวัตถุประสงค์ของการใช้ทรัพยากรนั้นๆด้วย

3.2 Technical Efficiency หมายถึง ประสิทธิภาพในการดำเนินการเพื่อการนำทรัพยากรนั้นไปใช้คุ้มค่ามากที่สุด โดยพยายามใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมที่สุดในทุกชนิดและทุกระดับของการให้บริการ

การที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ทั้ง Allocative และ Technical efficiency มักจะเกิดขึ้นร่วมกัน

4. การทำให้เกิดความโปร่งใสสังคมรับรู้และสามารถตรวจสอบได้ (Social Accountability)

ในทางอุดมคติหรือในแนวเชิงปรัชญา การให้บริการทางด้านสาธารณสุข ต้องการปลดปล่อยให้ประชาชนเป็นอิสระทางด้านสุขภาพ (Freedom of Health) หมายถึง ปราศจากโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพทั้งปวง แต่การทำให้บรรลุสู่จุดหมายปลายทางนี้ไม่ได้หมายความว่า จะต้องทำให้ประชาชนขึ้นตรงต่อผู้ให้บริการหรือสถานบริการ แต่หมายถึงประชาชนหรือชุมชน มีความจำเป็นที่จะมีส่วนในการควบคุม ผู้ให้บริการหรือสถานบริการที่มีหน้าที่ช่วยเหลือและให้การดูแลทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนหรือชุมชนด้วยเหมือนกัน

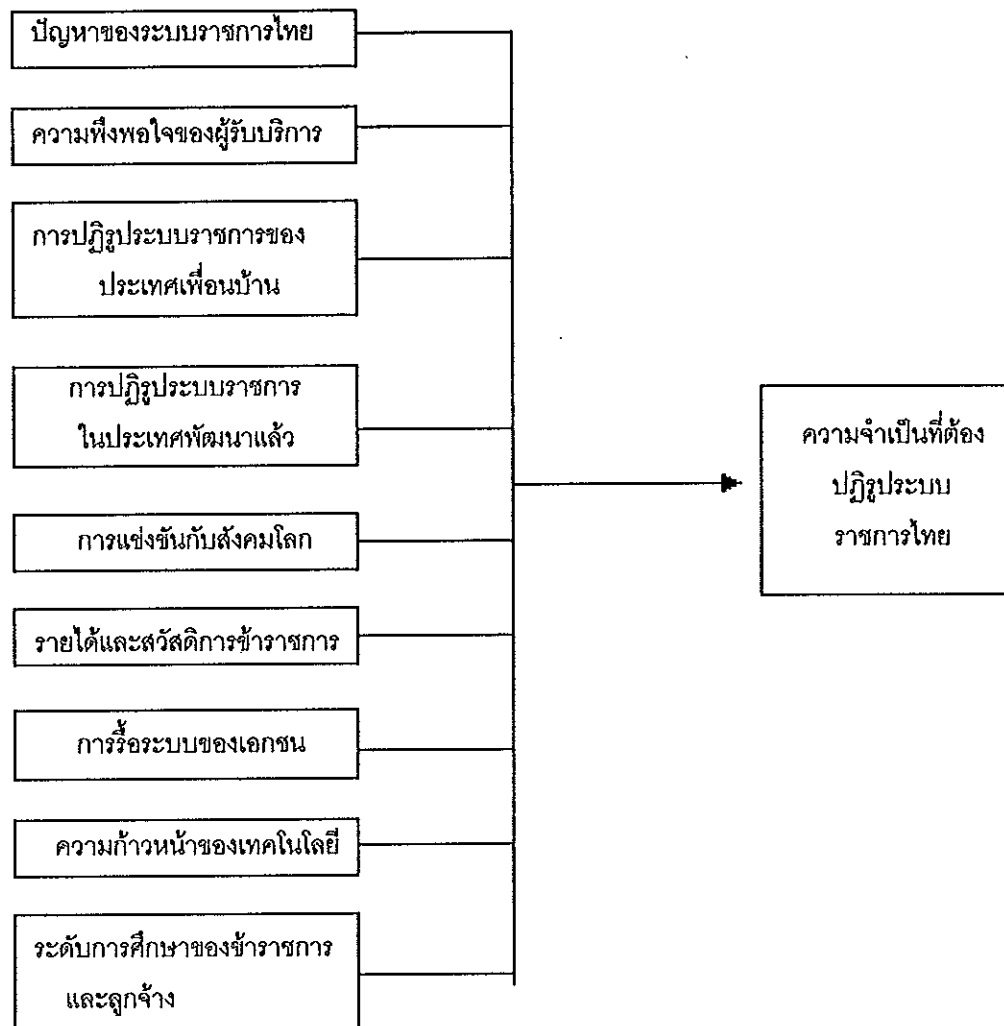
ดังนั้นผู้ที่เป็นผู้ให้บริการหรือสถานบริการ จำเป็นต้องมีความโปร่งใสพอที่จะให้ประชาชนหรือชุมชน รับรู้และตรวจสอบ อาจกล่าวได้ว่าการให้บริการควรอยู่บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และ/หรือระหว่างระบบบริการกับสังคมหรือชุมชน โดยพยายามที่จะไม่ให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องขึ้นอยู่กับอีกฝ่ายหนึ่งเพียงอย่างเดียว โดยปกติเป็นการยากที่จะบอกว่าสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะสามารถเกิดขึ้นเองโดยทั่วไป โดยเฉพาะผู้รับบริการในปัจจุบันขาดความเป็นตัวของตัวเอง (อาจเป็นเพราะได้รับข้อมูลไม่พอ) การให้บริการจึงขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ให้บริการอาจเป็นทั้งผู้ตอบสนองและผู้กำหนดความต้องการของผู้รับบริการ

3. ความจำเป็นในการปฏิรูประบบราชการ/ระบบบริการสาธารณสุข

โลกในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพการณ์ต่างๆ อย่างรวดเร็ว และผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ไร้พรมแดน ระบบที่มีอยู่บางครั้งก็ไม่สามารถจัดการกับปัญหาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากการปรับตัวของระบบต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เป็นไปอย่างเชื่องช้าจนกระทั่งเสมือนกับล้มเหลวในการที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่ดำรงอยู่ปัจจุบันและคาดว่าจะตามมาในอนาคต

รุ่ง แก้วแดง (2538) ได้กล่าวถึงแรงกดดันที่ทำให้มีความจำเป็นต้องปฏิรูประบบราชการดังนี้

ภาพประกอบ 2 แรงกดดันที่ทำให้มีความจำเป็นต้องปฏิรูประบบราชการ



เนื่องจากกระแสการปฏิรูปด้านต่างๆเกิดขึ้นทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยเองไม่ว่าจะเป็นกระแสการปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูปการเมือง การปฏิรูปการศึกษา ตลอดจนถึงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กอปรกับสภาพปัญหาของสังคมในปัจจุบันเป็นสังคมที่สลับซับซ้อนในการทำงานจึงมีความจำเป็นต้องหาวิธีทำงานใหม่ที่จะได้ผลมากกว่า วิธีการทำงานใหม่ก็คือการสร้างความรู้ที่ละเอียดในทุกองค์ประกอบของระบบและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่ง สจวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ได้กล่าวถึงการปรับตัวใหม่ๆที่เกิดขึ้นเนื่องจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบัน ดังนี้

1. การรู้ปรับระบบ (Re-engineering) การปรับตัวเปลี่ยนแปลงนี้เห็นได้ชัดเจนในภาคของธุรกิจเอกชน มีการเปลี่ยนแปลงภายในเพื่อให้สอดคล้องกับกระแสใหญ่การเปลี่ยนแปลง

ของโลกที่เกิดขึ้น เป็นการรื้อปรับระบบที่เริ่มตั้งแต่การปรับแนวคิด (re-think) ที่ใช้ในการวางฐานของการจัดการและการทำงานขององค์กรตนเองไปจนกระทั่งการจัดวางระบบการทำงานใหม่ (re-design) การปรับเครื่องมือเครื่องมือใหม่ (re-tool) ในองค์กร ตลอดจนอาจจะต้องมีการพัฒนาบุคลากรแบบใหม่ (re-train)

2. การสร้างระบบราชการขึ้นมาใหม่ (reinventing government) ในขณะที่ภาคเอกชนมีการรื้อปรับระบบเพื่อปรับองค์กรการจัดการของตนเอง ในภาครัฐซึ่งมีระบบราชการที่ใหญ่โตก็มีการปรับขนานใหญ่เหมือนกัน เช่น ระบบราชการในประเทศนิวซีแลนด์ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฯลฯ มีการสร้างระบบราชการขึ้นมาใหม่จากที่ชู้ยอ้าย ชอนแอ มีประสิทธิภาพต่ำ ทำให้เกิดความกระตือรือร้น กระฉับกระฉ่าง มีความสามารถสูงพร้อมที่จะแข่งขันกับองค์กรอื่น

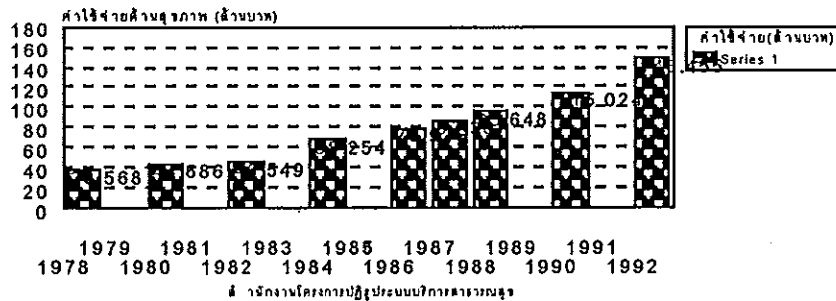
3. การปฏิรูป (reform) เป็นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องโครงสร้างและนโยบาย ไม่ใช่เพียงแต่การปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างให้ดีขึ้นเฉยๆ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างหรือนโยบายที่จริงจังเลย การปฏิรูปดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ก็เช่นเดียวกับการรื้อปรับระบบและการสร้างระบบราชการขึ้นมาใหม่ จะต้องเริ่มต้นด้วยการปรับกรอบแนวคิดที่เคยชินอยู่ ปรับให้เป็นกรอบคิดใหม่ (new paradigm) มีแนวคิดใหม่ ระบบการจัดการใหม่จึงจะเกิดการปฏิรูป มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและผลของการปฏิบัติอย่างแท้จริง

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2540) ได้ระบุถึงเหตุผลสำคัญที่ทำให้จำเป็นต้องปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขคือ

1. การเปลี่ยนแปลงของสังคมในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา ฯลฯ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข เป็นอย่างมาก กล่าวเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุข ก็มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ประการคือ การเปลี่ยนแปลงในด้านประชากร (Demographic change) และการเปลี่ยนแปลงทางด้านระบาดวิทยา (Epidemiologic change) ซึ่งส่งผลกระทบต่อรูปแบบของปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป

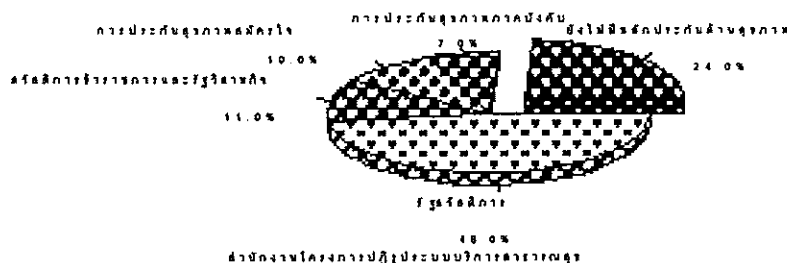
2. ปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน ภาพสะท้อนของปัญหาระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันคือ การที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสูงขึ้นเรื่อยๆอย่างรวดเร็ว โดยมีอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าอัตราการเพิ่มของผลผลิตมวลรวมภายในประเทศ (GDP) ขณะที่สถานะด้านสุขภาพของประชาชนไม่ได้ดีขึ้นเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีการใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับใกล้เคียงกัน สิ่งนี้ชี้ให้เห็นถึง "การขาดประสิทธิภาพ" ของระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน

ภาพประกอบ 3 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย (ราคา ณ ปี 1992)



นอกจากปัญหาด้านประสิทธิภาพแล้ว ยังพบว่าประชาชนจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐาน (Core health services) ที่จำเป็นได้ ด้วยข้อจำกัดต่างๆไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดในเรื่องการกระจายของสถานบริการสาธารณสุข (Geographical barrier) และที่สำคัญคือข้อจำกัดทางการเงิน (Financial barrier) แม้ว่ารัฐบาลจะได้พยายามลดปัญหาอุปสรรคดังกล่าว ด้วยการพยายามสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ โดยการขยายการครอบคลุมการประกันสุขภาพ (Health insurance) ให้ครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ แต่ก็พบว่ายังมีประชาชนกว่า 24 % ยังไม่ได้รับความคุ้มครองใดๆ ภาพเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความไม่เสมอภาค (Inequity) ของระบบบริการสาธารณสุขเป็นอย่างดี และเรื่องคุณภาพการบริการ (Quality of care) เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ต้องเร่งแก้ไข ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพในเชิงเทคนิค (Technical quality) หรือในแง่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Human dimension)

ภาพประกอบ 4 ความครอบคลุมประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ปี 2539



3. บทเรียนจากนานาประเทศและวิสัยทัศน์ในอนาคต ในหลายๆประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา แคนาดา นิวซีแลนด์ ไต้หวัน สิงคโปร์ หรือฟิลิปปินส์ ฯลฯ ได้

เผชิญกับปัญหาวิกฤตการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขและได้ดำเนินการปฏิรูปไปแล้วก่อนหน้านี้ หลายๆประเทศประสบความสำเร็จ และอีกหลายประเทศก็ยังคงเผชิญกับปัญหาที่จะต้องเร่งแก้ไข อย่างไรก็ตามประสบการณ์เหล่านี้ยังคงเป็นบทเรียนที่สำคัญและสามารถสะท้อนภาพปัญหา ระบบบริการสาธารณสุขที่จะต้องเผชิญหากไม่เร่งที่จะดำเนินการปฏิรูป ขณะเดียวกันก็ช่วยบอก แนวทางการปฏิรูปที่ควรจะต้องดำเนินการได้พอสมควร

แม้ว่าสภาพปัญหาของประเทศไทยในปัจจุบันจะไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับประเทศอื่น แต่ด้วยวิสัยทัศน์ที่มองเห็นวิกฤตการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขที่อาจจะเกิดขึ้น ทำให้การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็น ทำทนายและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

4. กระบวนการ/ขั้นตอนการปฏิรูประบบ/ระบบบริการสาธารณสุข

รุ่ง แก้วแดง (2538) ได้กล่าวถึงการปฏิรูปกระบวนการทำงานว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของการปฏิรูประบบราชการ เพราะประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ความพึงพอใจของผู้รับบริการและคุณภาพของบริการ จะอยู่ที่กระบวนการในการทำงาน และได้เสนอกระบวนการในการปรับปรุงขั้นตอนของการดำเนินงานโดยศึกษาเส้นทางเดินของงานแต่ละงาน เขียนแผนภูมิทางเดินของงาน วิเคราะห์ว่างานในขั้นตอนใดที่เห็นว่ามี ความซ้ำซ้อนก็ตัดขั้นตอนของงานนั้น ออกไป ออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ ฝึกอบรม/สัมมนาให้บุคลากรได้เข้าใจในกระบวนการใหม่ นำกระบวนการทำงานใหม่มาทดลองใช้โดยคณะทำงานเพื่อการปฏิรูปช่วยเหลือและนิเทศอย่างใกล้ชิด ปรับปรุงแก้ไขจากการทดลองใช้ สอบถามความคิดเห็นของคนในกระบวนการ หากมีข้อบกพร่องก็ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ได้กระบวนการที่คล่องตัว มีประสิทธิภาพและใช้คนน้อยที่สุด

ประเวศ วะสี (2539) ได้กล่าวถึงกระบวนการการปฏิรูประบบบริการสุขภาพประกอบด้วย การสร้างรูปแบบระบบบริการในอุดมคติ การวิจัยสภาพความเป็นจริงของระบบบริการเพื่อแสดงความคลาดเคลื่อนจากอุดมคติและการปฏิรูปเพื่อแก้ไข การวิจัยอนุระบบของระบบบริการ การวิจัยการปฏิรูปบทบาทของรัฐและของสังคมเพื่อสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการและการวิจัยติดตามประเมินผลของการปฏิรูประบบ ซึ่ง สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) กล่าวถึงระบบบริการสุขภาพในอุดมคติเมื่อเทียบกับสภาพปัญหาสุขภาพระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ยังมีสิ่งที่จะต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอีกมากเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพในอนาคตใกล้เคียงกับอุดมคติมากที่สุด การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงควรจะต้องดำเนินการอย่างจริงจังในลักษณะของการปฏิรูป คือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ดำรงอยู่ให้ดีขึ้นกว่าปัจจุบัน โดยมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและนโยบายไม่ใช่เพียงแต่

การปรับปรุงเล็กน้อย เพราะไม่เช่นนั้นแล้วภาพของระบบบริการสุขภาพในอุดมคติคงจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้ และได้นำเสนอวิธีการปฏิรูปไว้ 5 วิธี คือ การปฏิรูปการจัดการและระบบการเงินการคลัง การปฏิรูประบบกำลังคนด้านบริการสุขภาพ การปฏิรูปการให้บริการสุขภาพ การปฏิรูประบบสิทธิของประชาชนผู้บริโภคและการส่งเสริมประชาสังคมในด้านบริการสุขภาพ และการสร้างความยั่งยืนของการปฏิรูป สำหรับประเด็นปัญหาการขาดคุณภาพของบริการได้เสนอยุทธวิธีในการแก้ไข คือ การปรับระบบบริการให้มีการแข่งขันและร่วมมือกันของสถานพยาบาลรัฐและเอกชน ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาแนวทางการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม และสิทธิที่ประชาชนจะได้เลือกบริการที่ตนเองพอใจ

กระบวนการปฏิรูป (Reform process) หมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นถึงระดับโครงสร้าง (Structure) หรือระบบ (System) ที่มีอยู่เดิม เพื่อสร้างเงื่อนไขไปสู่การมีระบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ต่างๆ เข้ามาสนับสนุนเป็นจำนวนมาก กระบวนการค้นหาองค์ความรู้ดังกล่าว อาจได้มาจากการรวบรวมประสบการณ์การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในต่างประเทศ การสรุปรวบรวมประสบการณ์ที่เคยดำเนินการในประเทศ พัฒนารูปแบบและมีการทดสอบรูปแบบต่างๆ ก่อนที่จะมีการนำมาใช้จริง ในลักษณะที่เป็นกระบวนการพัฒนาและวิจัย (Development and Research) (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2540) จากรายงานการศึกษาดูงานการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศสหราชอาณาจักร สวีเดน เนเธอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 24 มกราคม ถึง 1 กุมภาพันธ์ 2537 พบว่า สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ดังนี้

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศสหราชอาณาจักรจัดให้มีระบบเวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner) โดยเน้นปรัชญาพื้นฐานที่ว่าสิทธิที่ประชาชนทุกคนจะต้องได้คือบริการสาธารณสุข (Universal coverage) ซึ่งรัฐบาลให้หลักประกันกับประชาชนทุกคนมากกว่า 40 ปีและมีคำประกาศสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Patient's Charter) อย่างชัดเจนเพื่อให้ประชาชนติดตามควบคุมคุณภาพของบริการ เน้นเสรีภาพของผู้บริโภคในการเลือกใช้บริการ (Consumer choice) โดยสามารถเปลี่ยนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้

สำหรับประเทศสวีเดน รัฐบาลได้ให้หลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันหมด การปกครองของประเทศกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นดำเนินการ และการบริการสาธารณสุขก็ได้กระจายให้เป็นความรับผิดชอบของสภาเทศบาล ซึ่งมีความคล่องตัวในการบริหารงานให้เหมาะสมกับความต้องการ

ท้องถิ่น การปฏิรูปเน้นให้ประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัว (House doctor) เพื่อปรึกษาปัญหา กับแพทย์ก่อนที่จะตรงไปโรงพยาบาล

ประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในเนเธอร์แลนด์เป็นโรงพยาบาลเอกชน แบบไม่แสวงหากำไรทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงเรียนแพทย์ ระบบบริการสาธารณสุขให้หลัก ประกันแก่ทุกคนว่าสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ที่มีคุณภาพได้โดยรายได้ไม่เป็นอุปสรรค มี ระบบแพทย์ประจำตัวสำหรับประชาชนทุกคน ซึ่งผู้ป่วยต้องผ่านการส่งต่อจากแพทย์ประจำตัว ก่อนจึงจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและเน้นการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ การแข่งขัน ระหว่างแพทย์ประจำคนไข้

ข้อคิดเห็นของผู้ดูงานสำหรับการปรับระบบในประเทศไทย ซึ่งได้เสนอแนวทางการปรับ ระบบบริการไว้ 8 กิจกรรม หนึ่งในกิจกรรมนั้นคือ เน้นบทบาทของการบริการขั้นปฐมภูมิเพื่อให้ ระบบการให้บริการสาธารณสุขมีคุณภาพและประหยัด และจากรายงานการศึกษาดูงาน Health Care Reform ณ ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ระหว่างวันที่ 4-15 พฤษภาคม 2537 ได้สรุป ถึงการดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขดังนี้

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้นมาก ประชาชนบางกลุ่มที่ยังไม่สามารถมีหลักประกันสุขภาพที่ดีพอ มีกระบวนการเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการให้การดูแลสุขภาพ มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของ ประชาชนกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้อง จัดให้มี primary physician ให้การดูแลก่อนเข้าโรงพยาบาล เน้น ความสำคัญของ preventive care ซึ่งพบว่ามิได้มีผู้มาใช้บริการที่ emergency unit น้อยลง รวมทั้ง ตรวจสอบคุณภาพบริการเพื่อควบคุมมาตรฐานงานและค่าใช้จ่าย

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้นมาก และประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะกลุ่มคนจน โดยมีกระบวนการพัฒนาและการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขคือ มี Health service commission group ที่แต่งตั้งโดยผู้ว่าการรัฐ เพื่อทำหน้าที่ศึกษา กำหนด นโยบายและวางขั้นตอนการปฏิรูปทั้งหมด การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) เป็นส่วน หนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขประเทศแคนาดา ซึ่งด้วยเหตุผล คือ ค่าใช้จ่ายทาง สุขภาพที่สูงขึ้น โดยมีกระบวนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเพื่อลดค่าใช้จ่ายคือ สร้างระบบ ถ่วงดุลย์และการเงินสนับสนุน, การกำหนดจำนวนบริการที่เหมาะสม การประเมินการใช้ เทคโนโลยี การบริหารจัดการเพื่อการใช้ทรัพยากรและการทบทวนบทบาทของสถานบริการต่างๆ

5. องค์ประกอบการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ประเทศ รัสเซีย (2539) ได้กล่าวถึงรูปแบบระบบบริการในอุดมคติว่ามีลักษณะ คือ เป็นการให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นโดยทั่วถึง ทั้งทางป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และรักษาพยาบาล มีความหลากหลาย ซึ่งมีทั้งระบบประชาชนที่มีการดูแลตนเอง การเยี่ยมบ้าน ระบบบริการที่จัดโดยชุมชนทั้งแผนดั้งเดิมและแผนตะวันตก ระบบเอกชนทั้งประเภทแสวงหากำไรและไม่แสวงหากำไร ระบบรัฐที่ควรสร้างแรงจูงใจให้หันไปสู่อุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นมากขึ้น ระบบบริการที่มีการแข่งขันกันให้บริการที่ดีและประชาชนมีทางเลือก ซึ่งความสามารถในการเลือกของประชาชนเกิดจากความรู้อัน (การคุ้มครองผู้บริโภค) ระบบการจ่ายค่าบริการที่เพิ่มตามจำนวนการต่อรองของประชาชน และมีความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ มีกลไกการตรวจสอบ

กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มทำโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขขึ้น โดยมีประเด็นที่สำคัญในการปฏิรูปดังนี้ (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, มปป)

1. ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข
2. ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านสาธารณสุข
3. การเพิ่มประสิทธิภาพโรงพยาบาลของรัฐ
4. การพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
5. การพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข
6. บทบาทของภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสาธารณสุข
7. กฎหมายสาธารณสุข
8. การสังเคราะห์นโยบายสาธารณสุข
9. การปรับบทบาทสถานบริการสาธารณสุข
10. การพัฒนาคุณภาพบริการขั้นปฐมภูมิ

สำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการขั้นปฐมภูมิ มีองค์ประกอบหลักของการให้บริการที่จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การบริการเข้มแข็งมีดังนี้ (คณะกรรมการดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2540)

1. ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ
2. ทีมผู้ให้บริการ
3. องค์ความรู้ที่ต้องใช้ในการให้บริการ
4. โครงสร้างที่รองรับการให้บริการขั้นปฐมภูมิ

1. ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการชั้นปฐมภูมิ

นอกจากตัวบุคคลที่ทำหน้าที่ให้บริการในสถานบริการแล้ว ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนที่เป็นองค์ประกอบภายในของสถานบริการชั้นปฐมภูมิ ก็มีผลสำคัญมากเช่นกันที่จะมีอิทธิพลต่อการให้บริการ ในที่นี้อาจสรุปแนวคิดหรือหลักการของระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนที่จะมีส่วนช่วยทำให้การให้บริการชั้นปฐมภูมิเข้มแข็งคือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่

1.1 การขึ้นทะเบียน

การขึ้นทะเบียนคือการที่สถานบริการมีประชากรเป้าหมายในการให้บริการ ช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการออกแบบกำหนดกิจกรรมการให้บริการ และเจ้าหน้าที่ได้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ ที่จะทำให้ประชากรเป้าหมายได้รับประโยชน์สูงสุด มี 3 วิธีการดังนี้

1.1.1. การขึ้นทะเบียนแบบเดิม คือ การให้บริการกับประชากรเป้าหมายตามพื้นที่แบ่งเขตตามระบบของกระทรวงมหาดไทย เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป

1.1.2. การขึ้นทะเบียนแบบเชิงรุก คือ การที่สถานบริการได้มีการพัฒนาระบบการทำงานขึ้นมาใหม่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยการพัฒนา 4 องค์ประกอบหลักของโครงการปฏิรูปคือ หลักความรู้ในการให้บริการ ทีมผู้ให้บริการ ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุน และโครงสร้างรองรับการบริการโดยนำไปประยุกต์ใช้ได้ทางปฏิบัติ และมีการเผยแพร่ออกไปสู่ประชาชนให้ประชาชนรับรู้และมีความเข้าใจในการมาขอรับบริการ โดยสถานบริการจะเป็นผู้กำหนดกลุ่มผู้รับบริการเองตามความสามารถที่จะเป็นไปในทางปฏิบัติ

1.1.3. การขึ้นทะเบียนแบบตั้งรับ คือ การขึ้นทะเบียนที่เป็นผลมาจากการพัฒนาให้ทุกสถานบริการมีประสิทธิภาพ โดยมีประชาชนเป็นผู้ที่จะเลือกใช้บริการกับสถานบริการใดก็ได้ตามความสมัครใจที่เห็นว่ามีประสิทธิภาพและให้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งจะส่งผลให้สถานบริการเกิดการพัฒนา เพื่อให้เกิดการยอมรับและมีประชาชนมาเลือกใช้บริการ

1.2 ระบบข้อมูล

ระบบข้อมูล คือ ระบบที่ช่วยทำให้การให้บริการชั้นปฐมภูมิ มีความเข้มแข็ง เนื่องจากโดยธรรมชาติแล้วสถานบริการชั้นปฐมภูมิ จะอยู่ใกล้หรืออยู่ในชุมชนและมีประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างชัดเจน (มีการขึ้นทะเบียน) จากข้อได้เปรียบนี้ทำให้การสร้างและพัฒนาระบบข้อมูลมีความเป็นไปได้ที่จะมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความแน่ใจในความต่อเนื่องของ

ข้อมูลทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว สร้างกรอบในการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการกำกับและประเมินผล ทั้งในด้านสถานะทางการเงินและกิจการบริการให้บริการอย่างต่อเนื่อง และมีรายงานที่จะต้องส่งไปยังหน่วยงานที่สูงขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งระบบข้อมูลออกเป็น 3 ระดับ โดยเรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้

1.2.1. ระบบข้อมูลที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูล ทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว ประกอบด้วย

1.2.1.1 เพิ่มอนามัยครอบครัว เก็บข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการเช่น รายชื่อสมาชิก วัน/เดือน/ปีเกิด สิทธิพิเศษในการรักษา และใช้เป็นที่เก็บบัตรสรุปสภาวะสุขภาพของแต่ละคนในครอบครัวโดยเก็บเรียงตามบ้านเลขที่

1.2.1.2 บัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ จะเก็บข้อมูลที่สำคัญของสมาชิกแต่ละคน เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การแพ้ยา และการได้รับภูมิคุ้มกัน เป็นต้น โดยเก็บไว้ในเพิ่มอนามัยครอบครัว

1.2.1.3 บัตรปฏิบัติการ สำหรับเก็บข้อมูลในกรณีต้องให้การรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำเฉพาะโรคเรื้อรังเช่น วัณโรคปอด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้นในบัตรจะบันทึกวันนัดเพื่อจะได้ทราบเวลาผู้ป่วยไม่มาตามนัด

1.2.1.4 สมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการ มีข้อมูลเหมือนในใบสั่งยา ใช้บันทึกอาการและสิ่งตรวจพบที่สำคัญเพื่อใช้ในการติดตาม โดยเก็บไว้กับผู้รับบริการและแนะนำให้นำมาทุกครั้งที่มาขอรับบริการ

1.2.2. ระบบข้อมูลเพื่อควบคุม กำกับและประเมินผลกิจการบริการ ให้บริการ รวมถึงสถานการณ์ของสถานบริการและชุมชน

1.2.3. ระบบข้อมูลที่เป็นรายงาน เพื่อส่งหน่วยงานที่สูงขึ้น

1.3 ระบบการเงิน

จากความใกล้ชิดชุมชนมีผลทำให้ความสามารถในการที่จะสร้างและพัฒนาให้คุณสมบัติของระบบการเงินขึ้นอยู่กับความสามารถในการแลกเปลี่ยนความเห็นกับชุมชนเป็นอย่างมาก โดยมีเป้าหมายที่จะทำให้ระบบการเงินมีคุณสมบัติ คือ ส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการและไม่ทำให้ระบบการเงินเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของสมาชิกในชุมชน และส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกที่ว่า ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยกันเองได้ตามศักยภาพทางด้านการเงินของชุมชน ซึ่งอาจเพิ่มความรักความสามัคคีในชุมชน (Solidarity) เช่น ระบบการเงินสามารถพัฒนาจนกระทั่งสามารถสร้างหลักประกันได้ว่าจะมีการช่วยเหลือกันในชุมชนเพื่อลดภาวะ

ทางด้านการเงินเมื่อมีปัญหาสุขภาพ โดยถือว่าการรับบริการทางด้านสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชน (Human right) ของสมาชิกในชุมชนทุกคนที่สมควรเข้าถึงและได้รับ รวมทั้งเพิ่มความรู้สึกรู้สึกที่ต้องมีส่วนรับผิดชอบของชุมชนต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนถึงแม้เป็นเงินงบประมาณก็สมควรที่จะให้ชุมชนรับรู้ เพื่อเป็นแนวทางที่จะทำให้เห็นว่าชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบได้อย่างไร

ซึ่งระบบการเงิน คือ การจ่ายเงินในการใช้บริการ ประชาชนสามารถจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพ โดย 2 วิธีคือ

1.3.1. การจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการหรือสถานบริการโดยตรง (fee for service) จ่ายทันทีหลังได้รับบริการ ตามความสามารถและกิจกรรมการให้บริการ (รูปแบบการจ่ายเงินในปัจจุบัน)

1.3.2. การจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการหรือสถานบริการโดยอ้อม จ่ายผ่านระบบภาษี และระบบประกันสุขภาพ คือ การจ่ายเงินตามความสามารถที่จะจ่ายได้หรือตามขั้นรายได้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเงินของผู้ที่มีรายได้มากกว่ามาช่วยผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าหรือผู้ที่ไม่ปัญหาสุขภาพ มาช่วยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ รายได้หลักมาจากรัฐบาลเป็นผู้เก็บรวบรวมรายได้ และจัดสรรให้เป็นค่าบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนเท่ากัน เพื่อก่อให้เกิดบริการในลักษณะเท่าเทียมกัน เป็นการให้บริการที่ไม่ใช่การขายบริการ การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกที่ว่าชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยกันเองได้ตามศักยภาพที่จะมีส่วนรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ทั้งเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ (การรวมทุน การบริจาค) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการและไม่ทำให้ระบบการเงินเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของสมาชิก

1.4 การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน

เนื่องจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิเป็นสถานบริการด่านแรก ซึ่งเป็นจุดที่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบได้สูงสุด ดังนั้นจึงมีประโยชน์อย่างยิ่งที่จะพัฒนาให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้าง รักษา และพัฒนาความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างสถานบริการขั้นปฐมภูมิ ในฐานะตัวแทนของระบบบริการกับชุมชน โดยผ่านกระบวนการของการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน การตัดสินใจร่วมกัน ตลอดจนนำการตัดสินใจนั้นๆ ไปประยุกต์ใช้และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อแก้ปัญหาตลอดจนพัฒนาสถานบริการรวมถึงระบบ

บริการและชุมชนร่วมกัน และเพื่อเพิ่มโอกาสของผู้ให้บริการในสถานบริการ ในการวินิจฉัยชุมชน นอกจากการวินิจฉัยชุมชนเชิงปริมาณแล้ว ยังสามารถวินิจฉัยชุมชนเชิงคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง

การมีความสัมพันธ์กับชุมชน มี 3 ลักษณะ คือ

1.4.1. ระดับรายบุคคล คือ เป็นทางการในขณะที่ให้บริการทั้งในสถานบริการ นอกสถานบริการ การจัดประชุม และไม่เป็นทางการโดยการเจอกันด้วยชีวิตประจำวัน เช่น เจอกัน โดยบังเอิญ

1.4.2. ระดับรายครอบครัว คือ เป็นทางการขณะให้บริการ การเยี่ยมบ้าน การจัดประชุม และไม่เป็นทางการโดยการเยี่ยมบ้านที่ไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า หรือเจอกัน ด้วยชีวิตประจำวัน

1.4.3. ทั้งชุมชน คือ เป็นทางการ มีการนัดประชุม และไม่เป็นทางการ ไม่มีการนัดประชุม หรือเจอกันด้วยชีวิตประจำวัน

ซึ่งการมีความสัมพันธ์ในระดับรายบุคคล จะส่งผลต่อไปยังรายครอบครัวและทั้งชุมชนทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีการตัดสินใจบริการร่วมกันและนำการตัดสินใจนั้นๆไปประยุกต์ใช้และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เกิดความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันที่สุดในที่สุด

1.5 การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่นในระบบ

การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่นในระบบ ทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความแน่ใจในความต่อเนื่องของทั้งข้อมูลและกิจกรรมการให้บริการเมื่อมีการเปลี่ยนสถานบริการจากแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่งในระบบ ถึงแม้จะเกิดจากการส่งต่ออย่างเป็นทางการหรือไม่ก็ตาม และเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการเป็นที่พึ่งของกันและกันระหว่างสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวที่ตั้งอยู่ในชุมชนกับโรงพยาบาล ในการที่จะต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนร่วมกัน แต่มีความเชี่ยวชาญต่างกันคือโรงพยาบาลมีความพร้อมมากกว่าที่จะให้บริการทางด้านการแพทย์เชิงเทคโนโลยี ในขณะที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งตั้งอยู่ในใกล้หรือในชุมชนถึงแม้จะมีเทคโนโลยีน้อยกว่าแต่ก็มีความพร้อมมากกว่าที่จะเข้าใจหลักเหตุผล ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงในหลายแง่มุมของผู้รับบริการ รวมทั้งมีทักษะและความชำนาญมากกว่าในการทำงานและให้บริการในชุมชน

ซึ่งการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่นในระบบ มีการแบ่งระดับบริการออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับการให้บริการขั้นปฐมภูมิ (ที่มีสถานเอนามัยเป็นโครงสร้างรองรับการให้บริการ) เป็นการบริการทางการแพทย์ที่เข้าใจชีวิตจริงในชุมชน และ Hospital Care เป็นการบริการทางการแพทย์เชิงเทคโนโลยี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิด

1.5.1. ไม่มีช่องว่างระหว่าง Hospital Care และการให้บริการขั้นปฐมภูมิ มีความชัดเจนและไม่มีการเกี่ยงกันของการให้บริการ

1.5.2. ไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรมการให้บริการ แต่เกิดความต่อเนื่องทั้งข้อมูลและกิจกรรมการให้บริการ เช่น ในกรณีมีการส่งต่อหรือมีการข้ามขั้นตอนของผู้รับบริการ

1.5.3. ทั้ง Hospital Care และการให้บริการขั้นปฐมภูมิ เป็นที่พึงของการบริการซึ่งกันและกัน โดยมีทักษะและความชำนาญไปคนละด้านทั้งโครงสร้างรองรับการบริการ หลักความรู้ ผู้ปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญ

1.6 การปรับบทบาทหน้าที่ตลอดจนเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ

เป็นการปรับบทบาทหน้าที่ตลอดจนเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการของสถานบริการขั้นปฐมภูมิเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์เฉพาะที่ ณ ที่นั้นๆ เพื่อความเหมาะสมและสะดวกสบายทั้งผู้ให้บริการและสมาชิกในชุมชนที่จะเป็นผู้รับบริการ เช่น ในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน การกำหนดเวลาที่นัดพบกันเมื่อมีความจำเป็นที่จะต้องพบกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในฐานะที่รู้จักและสามารถเข้าใจซึ่งกันและกัน กล่าวได้ว่าเวลาที่กำหนดนี้ควรเป็นเวลาที่เหมาะสมทั้งสองฝ่าย เช่น กำหนดช่วงเวลานี้เป็นช่วงเช้าผู้ให้บริการอาจจะกำลังสดชื่นและพร้อมที่จะทำงานและช่วงเย็นเป็นช่วงเวลาเลิกงานอาจสะดวกมากขึ้นสำหรับผู้รับบริการและในการกำหนดวิธีการและสถานที่รองรับกรณีฉุกเฉิน เช่น ถ้าสถานบริการที่ให้บริการขั้นปฐมภูมิอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล อาจไม่จำเป็นต้องเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ที่สถานบริการ เพื่อรองรับกรณีฉุกเฉิน แต่อาจใช้บริการห้องฉุกเฉินร่วมกับโรงพยาบาลได้ รวมทั้งการกำหนดอื่นๆ เช่น การกำหนดช่วงเวลาเพื่อเยี่ยมบ้าน การกำหนดช่วงเวลาเพื่อรับปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น ซึ่งอาจกำหนดได้ตามสถานที่และตามสถานการณ์ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันออกไป

การปรับบทบาทหน้าที่ หมายถึง การปรับบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการ เพื่อให้เหมาะสมและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงาน จนมีความรู้ความสามารถที่จะให้การแนะนำและการช่วยเหลือผู้รับบริการได้ ในกรณีที่ต้องปฏิบัติงานแทนกัน

การกำหนดเวลาหมายถึงการกำหนดเวลาการให้บริการของสถานบริการ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์เฉพาะพื้นที่ เพื่อความสะดวกสบายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

1.7 สถานที่

สถานที่ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพ เช่น อาคารสถานเอนามัย ลักษณะ

ภายในตัวอาคารและห้องที่ให้บริการ โดยจัดห้องสำหรับการให้บริการออกเป็นสัดส่วนเพื่อใช้ในการสนทนาแลกเปลี่ยนระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้มารับบริการ ตามลักษณะของกิจกรรมการให้บริการ เช่น สถานที่นั่งรอ ที่มีไว้เพื่อรอทำบัตร รอตรวจ และรอรับบริการอื่นๆ เช่น รอรับยา รอทำแผล รอฉีดยา เป็นต้น สถานที่ทำบัตร (ห้องบัตรหรือสถานที่ที่ให้การต้อนรับ) ห้องตรวจ ซึ่งควรมีความเป็นส่วนตัวพอสมควรเพราะปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการอาจเกิดจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนจากทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ความเป็นส่วนตัวจะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถพูดคุยกับผู้ให้บริการในทุกๆเรื่องได้มากขึ้น และห้องยา เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้รับคำอธิบายถึงวิธีการใช้ยา ผลข้างเคียง ตลอดจนความจำเป็นในการมาตามนัดครั้งต่อไป ซึ่งสถานที่แม้จะเป็นรายละเอียดเล็กน้อย แต่ก็มีส่วนสำคัญในการให้บริการ

2. ทีมผู้ให้บริการ

การที่จะทำให้บริการขั้นปฐมภูมิเข้มแข็ง ผู้ให้บริการจำเป็นต้องทำงานเป็นทีม ทีมผู้ให้บริการขั้นปฐมภูมิที่เข้มแข็งจะต้องมีศักยภาพมากพอที่จะแสดงให้เห็นว่า นอกจาก hospital care (secondary care หรือ tertiary care) จะเป็นสิ่งที่พึ่งให้กับสถานบริการขั้นปฐมภูมิแล้วในทางกลับกัน การให้บริการขั้นปฐมภูมิก็เป็นสิ่งที่พึ่งให้กับ hospital care ด้วยเหมือนกัน เป็นผลทำให้ทั้งทีมผู้ให้บริการขั้นปฐมภูมิและทีมผู้ให้บริการ hospital care เห็นความสำคัญของกันและกันในลักษณะที่เป็นที่พึ่งต่อกัน ทั้งในเรื่องความรู้ ความสามารถและศักดิ์ศรีเชิงวิชาการ (academic or scientific prestige) ตลอดจนความจำเป็นในทักษะและทัศนคติในการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ เมื่อมีทีมผู้ให้บริการที่เข้มแข็งเกิดขึ้น ทีมผู้ให้บริการทีมนี้จะเป็นกุญแจสำคัญ ที่จะทำให้ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบเกิดการยอมรับ รับรู้ เห็นความสำคัญ และเมื่อมีทีมผู้ให้บริการจำนวนมากขึ้น จะทำให้องค์กรการให้บริการขั้นปฐมภูมิ เป็นองค์กรที่สำคัญอย่างยิ่งองค์กรหนึ่ง ที่จะเป็นที่พึ่งในการมีส่วนร่วมช่วยบรรเทาทุกข์ให้กับสังคมไทย

3. องค์ความรู้ที่ต้องใช้ในการให้บริการ

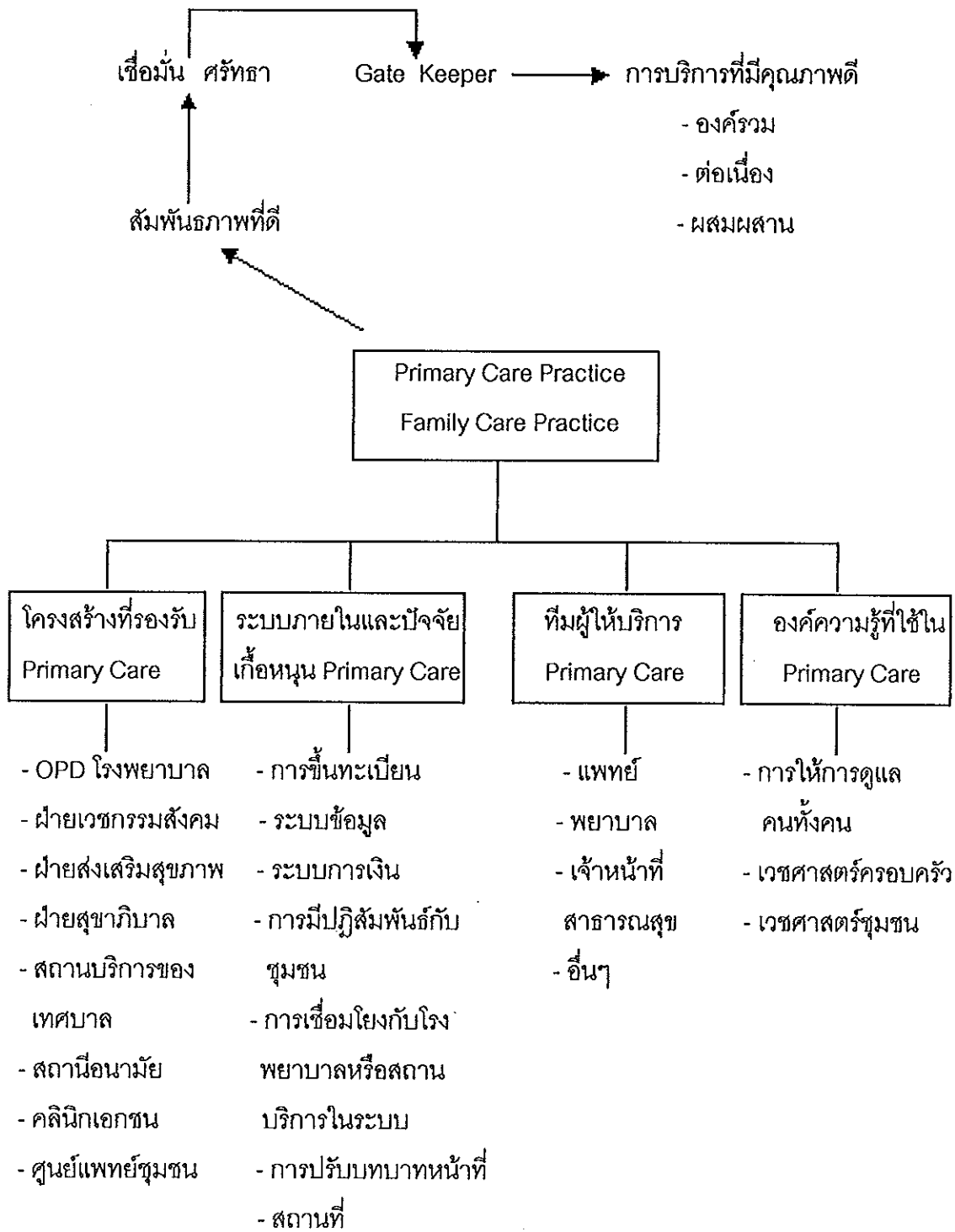
จากวิวัฒนาการทางด้านวิชาการและการให้บริการทางการแพทย์ เป็นที่น่าสนใจว่าผู้ให้บริการในทีมผู้ให้บริการขั้นปฐมภูมิในประเทศแถบตะวันตก โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือเวชปฏิบัติทั่วไป (Family doctor or General practitioner) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากของทีมผู้ให้บริการขั้นปฐมภูมิหรือแม้แต่บุคลากรอื่นๆจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ทางด้าน Whole person medicine ,Family medicine ,General medicine และ Community medicine

สำหรับการพัฒนาองค์ความรู้ในการให้บริการขั้นปฐมภูมิ นอกจากองค์ความรู้ที่ได้รับจากสถาบันการศึกษา (ในขณะเป็นนักศึกษา) และการฝึกอบรมระยะสั้นในลักษณะต่างๆแล้ว ยังมีการพัฒนาองค์ความรู้ในขณะให้บริการ โดยการเรียนรู้จากผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง กล่าวได้ว่าเป็นการเรียนรู้ตั้งแต่พบปัญหาจนกระทั่งปัญหานั้นสิ้นสุด อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมาการแพทย์ตะวันตกมีอิทธิพลสูงมากต่อระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย แต่ถึงกระนั้นหมอพื้นบ้านและหมอแผนโบราณ ก็ยังคงอยู่และมีบทบาทสำคัญในสังคมไทยทำให้ปฏิเสธไม่ได้ถึงความจำเป็นที่ต้องพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาทางการแพทย์ที่มีความจำเพาะต่อสังคมไทยอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาใช้ในการให้บริการขั้นปฐมภูมิ

4. โครงสร้างที่รองรับการให้บริการขั้นปฐมภูมิ

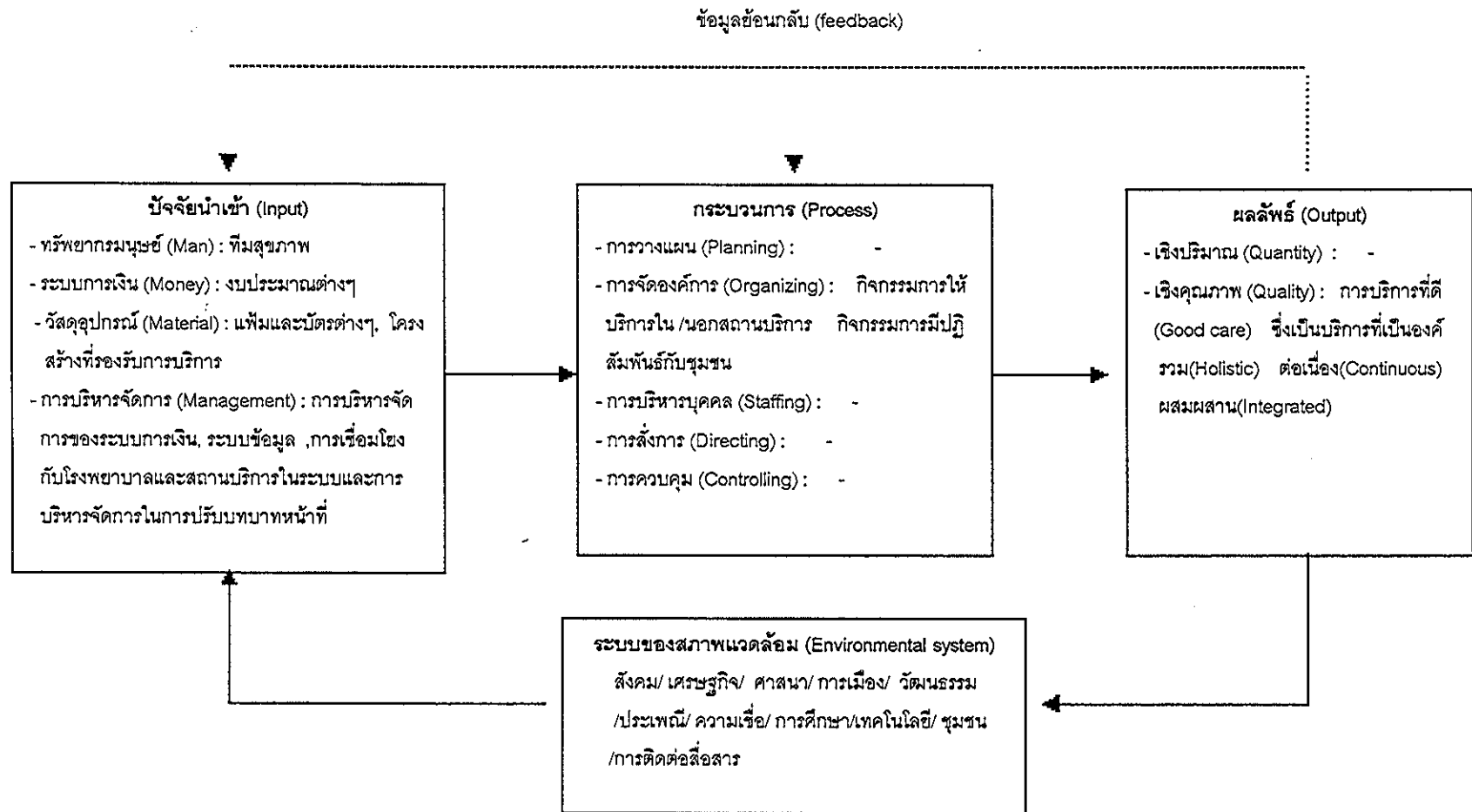
สำหรับความหมายของโครงสร้างในที่นี้หมายถึง สถานบริการ ตัวอาคารหรือการเชื่อมโยงของสถานบริการ ที่จะใช้เป็นที่ทำงานของผู้ให้บริการขั้นปฐมภูมิ ที่นอกเหนือไปจากการทำงานในชุมชน โครงสร้างที่พยายามพัฒนาเพื่อรองรับบทบาทของบริการขั้นปฐมภูมิจากอดีตถึงปัจจุบัน นั้น มีตั้งแต่การพัฒนากองทุนยา ผสส. อสม. ศสมช. มีส่วนทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีศักยภาพในการให้การดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีโครงสร้างเดิมของระบบที่มีส่วนร่วมรองรับบทบาทของการให้บริการขั้นปฐมภูมิ คือ OPDของโรงพยาบาล ฝ่ายเวชกรรมสังคม ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสาขาภิบาล สถานบริการของเทศบาล สถานีอนามัย คลินิกเอกชน รวมทั้งศูนย์แพทย์ชุมชน

ภาพประกอบ 5 รูปแบบของ Primary Care Practice ที่จะทำให้การให้บริการขั้นปฐมภูมิเข้มแข็ง และเกิดระบบบริการที่ดี



องค์ประกอบของการให้บริการขั้นปฐมภูมิ ประกอบไปด้วยโครงสร้างที่รองรับการให้บริการ ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ ทีมผู้ให้บริการ และองค์ความรู้ที่ใช้ในการให้บริการ มีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกัน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยทำให้การให้บริการขั้นปฐมภูมิเข้มแข็งและเกิดความชัดเจนมากขึ้นในแนวทางของการพัฒนา และถ้าองค์ประกอบต่างๆสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้จริงในทางปฏิบัติก็จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเชื่อมั่นศรัทธา ชุมชนให้ความร่วมมือทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพดี มีลักษณะเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่อง และผสมผสาน ซึ่งระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ ทั้ง 7 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบและสถานที่นั้น สามารถนำมาเขียนอยู่ในรูปของ Open systems ได้ดังภาพประกอบ 6

ภาพประกอบ 6 ความสัมพันธ์ของระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิในโครงการ Health Care Reform ของจังหวัดยโสธรกับฝั่งการบริหารงานระบบเปิด (open system)



จากภาพแสดงการเชื่อมโยงระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ กับ Open system ในส่วนของปัจจัยนำเข้า (input) ซึ่งสำนักงานโครงการปฏิรูปถือว่าเป็นปัจจัยนำเข้าใหม่ นั้นประกอบด้วย Man หมายถึง Primary care team (ที่มีองค์ความรู้ในการให้บริการ) Money หมายถึง งบประมาณ ตามการจัดสรรแบบใหม่ ให้สถานเฝ้าระวัง Material หมายถึง แพ้และบัตรต่างๆ สำหรับการสร้างระบบข้อมูล รวมถึงโครงสร้างต่างๆ ที่รองรับ Primary care ที่ใช้เป็นสถานบริการ และคอมพิวเตอร์ Management หมายถึง การบริหารจัดการในด้านระบบการเงิน เช่น การกำหนดการร่วมจ่าย การบริหารจัดการในด้านระบบข้อมูล ที่มีระบบเพื่อความต่อเนื่อง เช่น แพ้อนามัยครอบครัว การบริหารจัดการด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ เช่น การส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับ การบริหารจัดการด้านการปรับบทบาทหน้าที่ เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง สำหรับในส่วนของกระบวนการ (process) หมายถึง กิจกรรมการให้บริการในสถานบริการ Primary care และกิจกรรมการให้บริการนอกสถานบริการ Primary care เช่น การให้บริการที่บ้าน การให้บริการที่โรงพยาบาล กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ทั้งอย่างเป็นทางการ เช่น การประชุมชาวบ้าน และอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การแลกเปลี่ยนกับประชาชนระหว่างทางของการไปเยี่ยมบ้าน ในส่วนของผลผลิต (output) เป็นการบริการที่ดี (Good care) ซึ่งหมายถึง การบริการที่เป็นองค์รวม ต่อเนื่องและผสมผสาน

6. ตัวชี้วัดถึงความสำเร็จของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

จากการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายการดำเนินการว่าระบบบริการสาธารณสุขนั้นจะต้องมีความเป็นธรรม ความเสมอภาค มีคุณภาพ ซึ่งคุณภาพของการให้บริการนั้นควรให้บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่องและผสมผสาน มีประสิทธิภาพ ตลอดจนสังคมเข้ามามีส่วนร่วมและสามารถตรวจสอบได้ จากเป้าหมายการดำเนินการ สามารถกำหนดตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ (ศิริพร จิรวัดมนกุล ,2541)

1. ความเป็นธรรม ความเสมอภาค

1.1 มีการเปลี่ยนแปลงของการกระจายทรัพยากรและงบประมาณหรือไม่ อย่างไร

ทิศทางใด ในช่วงก่อนและหลังการปฏิรูป

1.2 มีการเปลี่ยนแปลงด้านความเป็นธรรมของการใช้งบประมาณหรือไม่ เมื่อมีการปฏิรูปแล้ว

2. มีคุณภาพ

- 2.1 การกำหนดแนวทางการให้บริการสุขภาพในทุกกระดับ มีมาตรฐานหรือไม่
มีมาตรฐานบริการเป็นหลักวิชาการ เป็นองค์รวม มีความต่อเนื่องมีความผสมผสานและมีกระบวนการ รับรองมาตรฐานการบริการของสถานีนอนาัยและโรงพยาบาลชุมชน
- 2.2 มีการดำเนินงานให้บริการสุขภาพตามมาตรฐานหรือไม่ และดำเนินงานอย่างไร
- 2.3 ผู้ให้บริการทุกระดับมีความพึงพอใจในงานหรือไม่ อย่างไร
- 2.4 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับหรือไม่ อย่างไร
3. ประสิทธิภาพ
 - 3.1 ทรัพยากรที่ใช้ กระจายไปอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าหรือไม่
 - 3.2 การลงทุนในบริการที่มีคุณภาพต่างๆ ภายใต้โครงการปฏิรูปลงทุนเกินจำเป็นหรือไม่
4. การทำให้เกิดความโปร่งใสสังคมรับรู้และสามารถตรวจสอบได้ ซึ่งวัดได้โดย
 - 4.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ผู้นำกิจกรรม ผู้ก่อตั้งองค์กร การกระจายทรัพยากรของชุมชน การบริหารจัดการ และการประเมินความต้องการบริการ
 - 4.2 การประเมินโดยสังคม โดยดูจากจำนวนการร้องเรียน การชมเชยที่เกิดขึ้น การมีรายงานที่ตรวจสอบได้

สำหรับงานวิจัยนี้ เนื่องจากเป็นช่วงการดำเนินงานในระยะแรกของโครงการ ผู้วิจัยจึงประเมินผลโดยต้องการสำรวจความคิดเห็นในระดับผู้ปฏิบัติงานว่ามีความคิดเห็นไปในทางเดียวกันหรือไม่กับแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ในเรื่องปัจจัยที่ทำให้การบริการขั้นปฐมภูมิเข้มแข็ง ซึ่งเชื่อว่าการให้บริการขั้นปฐมภูมิเข้มแข็งจะทำให้เกิดระบบบริการที่ดี ที่ให้บริการแบบเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน โดยจะประเมินผลในองค์ประกอบหลักตัวหนึ่งของการบริการขั้นปฐมภูมิ คือ ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด บริการที่ทำไปแล้วมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง และถ้าจะพัฒนาให้ดีขึ้นจะต้องทำอย่างไร เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงโครงการและเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร

7. วิธีการ & การประเมิน

ความหมาย

สมบัติ สุวรรณพิทักษ์ (2531) และกมล ส่งวัฒนา (2531) ได้พูดถึงความหมายของโครงการ (Project) ไว้ดังนี้

1. โครงการ หมายถึง กิจกรรมหรืองานที่เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรเพื่อหวังผลประโยชน์ตอบแทน ซึ่งกิจกรรมหรืองานดังกล่าวต้องเป็นหน่วยอิสระหน่วยหนึ่งที่สามารถทำการวิเคราะห์วางแผนและนำไปปฏิบัติพร้อมทั้งมีลักษณะแจ้งชัดถึงจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด เมื่อวัตถุประสงค์ที่มุ่งหวังไว้ได้สำเร็จเสร็จสิ้นลง

2. โครงการ หมายถึง การนำทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับทรัพยากรของมนุษย์มาผสมผสานซึ่งกันและกัน โดยก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประหยัดและมีประสิทธิภาพภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้

3. โครงการ หมายถึง กิจกรรมทั้งหมดที่เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรต่างๆ เพื่อหวังผลประโยชน์ตอบแทน

4. โครงการ หมายถึง แผนการลงทุนในการใช้ทรัพยากร ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน โดยมีผู้ได้รับประโยชน์รวมทั้งต้องใช้งบประมาณในจำนวนที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถของผู้ลงทุน ซึ่งสามารถทำการวิเคราะห์ปฏิบัติและประเมินผลได้

ลักษณะของโครงการ

กมล ส่งวัฒนา (2531) และสมบัติ สุวรรณพิทักษ์ (2531) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะที่สำคัญของโครงการ คือ

1. วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน วางแผนโครงการ และติดตามประเมินผล โดยคำนึงถึงความพร้อมในด้านต่างๆ และความเป็นไปได้ที่จะกระทำให้สำเร็จ

2. เป็นเรื่องของอนาคต โครงการเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ความผิดพลาดย่อมเกิดขึ้นได้ การคาดการณ์ล่วงหน้าได้ใกล้เคียงที่สุด โดยการแสวงหาข้อมูลให้ได้มากที่สุด เพื่อประกอบการตัดสินใจ จะทำให้เสี่ยงต่อความผิดพลาดน้อยที่สุด

3. ความมีเอกเทศ ต้องมีการกำหนดขอบเขตของงานการบริหารและความรับผิดชอบไว้ เพื่อจะได้สามารถวิเคราะห์ วางแผนและติดตามผลการดำเนินงานของโครงการได้โดยอิสระ

4. เป็นงานริเริ่มหรืองานพัฒนา ลักษณะของโครงการเป็นงานริเริ่มหรืองานพัฒนา ให้มีประสิทธิภาพ เมื่อดำเนินโครงการได้ผลเป็นที่น่าพอใจแล้วจึงเปลี่ยนจากโครงการเป็นงานประจำ

5. การกำหนดรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกลมกลืนกัน เช่นจะต้องมีการเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับโครงการ

6. สถานที่ตั้งของโครงการ โดยพิจารณาในหลายๆด้าน เช่น วัตถุประสงค์ แรงงาน ความสะดวก การขนส่ง การติดต่อสื่อสาร

7. การกำหนดจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของโครงการ มิฉะนั้นแล้วโครงการจะเป็นเรื่องที่เลื่อนลอยมาก เนื่องจากไม่สามารถจะกำหนดได้ว่าค่าใช้จ่ายและผลตอบแทนที่เกิดขึ้นจากการมีโครงการและมีระยะเวลานานเท่าใด หากมีการดำเนินงานไปเรื่อยๆโดยไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้จะไม่ถือว่าเป็นโครงการ จะเข้าลักษณะของการดำเนินงานตามปกติ

ซึ่งการจัดทำโครงการทุกครั้ง การประเมินผลโครงการมีบทบาทสำคัญมาก การปฏิบัติงานทุกประเภทไม่ว่าจะโดยองค์กรเอกชนหรือหน่วยงานรัฐบาล จะต้องมีการกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ไว้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการคาดหวังผลได้ที่จะพึงเกิดขึ้นหลังจากสิ้นสุดระยะเวลาปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ แต่การปฏิบัติงานของบางหน่วยงานไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ทั้งนี้เนื่องจากต้องประสบปัญหามากมายในระหว่างการดำเนินงาน รวมถึงความผันแปรของสภาพแวดล้อมในหน่วยงานด้วย ดังนั้นนักบริหารที่มีความสามารถจึงต้องแสวงหามาตรการที่จะศึกษาความแปรผันระหว่างทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้กับทิศทางและสภาพของผลการปฏิบัติจริงว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด เพื่อหาวิธีการที่จะควบคุมปรับปรุงแก้ไขให้ความคาดหวังหรือเป้าหมายกับการปฏิบัติจริงนั้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และวิธีการที่เหมาะสมคือการประเมินผล (สุนทร เกิดแก้ว, 2529) และการประเมินผลนั้น ได้มีนักการประเมินหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

สุพัฒน์ สุกมลสันต์และคณะ (2533) ได้รวบรวมไว้ว่า การประเมินคือการเปรียบเทียบพฤติกรรมเฉพาะอย่าง (performance) กับจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมที่วางไว้ (R.W Tyler)

การประเมิน คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้ข้อมูลนั้น เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการทางการศึกษา (L.Cronbach)

การประเมินผลโครงการ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นด้วยมาตรที่มีค่าน้ำหนักเป็นเกณฑ์ที่เลือกจากจุดมุ่งหมายของโครงการ (M.Scruven)

ชนิษฐา วิทยาอนุภาคและณัฐภา สรรพศรี (2533) รวบรวมความหมายการประเมินไว้ว่า การประเมิน เป็นการบรรยายและตัดสินคุณค่าโปรแกรมการศึกษา ซึ่งเน้นเรื่องการบรรยายสิ่งที่ถูกประเมิน โดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญในการตัดสินคุณค่า (Stake)

สำราญ มีแจ่งและพงศ์ศิริ สำลี (2533) รวบรวมความหมายไว้เช่นกันว่า การประเมินคือ ขบวนการที่จะได้มาซึ่งสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ การเลือกเพื่อนข่าวสารที่เหมาะสม การรวบรวมและวิเคราะห์ข่าวสารเพื่อรายงานข้อมูลสรุป ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ทำการตัดสินใจในการเลือกหนทางต่างๆที่เป็นไปได้ (อัลคิน)

อนันท์ศิลป์ รุจิโรษและคณะ (2533) รวบรวมไว้ว่า การประเมินคือกระบวนการที่ก่อให้เกิดซึ่งสารนิเทศ (Information) สำหรับผู้ตัดสินใจ กระบวนการประเมินเป็นกลุ่มของกิจกรรมที่จะได้มาซึ่งสารนิเทศ สารนิเทศที่ได้มาจะมีประโยชน์สำหรับใช้เป็นข้อมูลให้ผู้บริหาร หรือเจ้าของโครงการใช้ในการตัดสินใจพิจารณาหาทางเลือกของการดำเนินงานครั้งต่อไป (เวลซ์)

ประทุม รอดประเสริฐ (2529) ให้ความหมายการประเมินโครงการ หมายถึง กระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของการดำเนินงานโครงการและพิจารณาংশชี้ให้ทราบถึงจุดเด่นหรือจุดด้อยของโครงการนั้นอย่างมีระบบ แล้วตัดสินใจว่าจะปรับปรุงแก้ไขโครงการนั้นเพื่อดำเนินงานต่อไปหรือยุติโครงการนั้น

สุพัชยา วิลวัฒน์ (2531) ได้กล่าวถึงการวิจัยประเมินผลว่าเป็นการวิจัยประยุกต์ ซึ่งได้นำระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้ ประการแรกเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างนโยบาย/แผนงาน/โครงการ(หรือตัวแปรอิสระ) กับผลลัพธ์หรือผลกระทบ (หรือตัวแปรตาม) ทั้งที่พึงปรารถนาและไม่พึงปรารถนา ประการที่สองเพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์และผลกระทบที่พึงปรารถนากับวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ ประการที่สามเพื่อศึกษาสังเกตรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์และผลกระทบข้างเคียงที่อาจไม่เคยคิดไว้ล่วงหน้า ประการที่สี่เพื่อการติดตามผลและประเมินกระบวนการในขั้นตอนต่าง ๆ ระหว่างดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางหรือแผนงานที่ได้วางไว้ล่วงหน้า

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ (2526) กล่าวถึงการวิจัยประเมินผลว่า เป็นการนำระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานโดยอาศัยรูปแบบการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลักวิจัยทางสังคมและพฤติกรรม เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ว่ามีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลกระทบต่อกันหรือไม่ แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์หรือไม่ เพียงใดและระดับใด และยังได้รวบรวมคำจำกัดความของการวิจัยประเมินผลของนักวิชาการหลายท่านที่ได้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้

ริคเคน (Riecken, 1952) ได้ให้ความหมายของคำว่าการศึกษาวิจัยประเมินผลคือ การวัดผล ทั้งที่พึงปรารถนาและไม่พึงปรารถนา อันเนื่องมาจากการดำเนินงานที่กำลังกระทำอยู่เพื่อมุ่งไปสู่ เป้าหมายที่ต้องการ

สมาคมสาธารณสุขแห่งอเมริกา (American Public Health Association, 1955) ให้ความหมายของคำว่าการศึกษาวิจัยประเมินผลคือ กระบวนการในการพิจารณากำหนดคุณค่าหรือระดับความสำเร็จในการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้แต่ต้น กระบวนการดังกล่าวอย่างน้อยประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ ระบุเกณฑ์มาตรฐานสำหรับวัดความสำเร็จ การพิจารณาและอธิบายถึงระดับความสำเร็จและเสนอแนะสำหรับโครงการต่อไป

ซัชแมน (Suchman, 1967) ได้สรุปความหมายของคำว่าการศึกษาวิจัยประเมินผลคือ การศึกษาพิจารณา (ไม่ว่าจะมีพื้นฐานจากความคิดเห็น การบันทึกข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลที่เป็นกลาง) เกี่ยวกับผลลัพธ์ (ไม่ว่าจะเป็นในทางบวกหรือทางลบ ชั่วคราวหรือถาวร เร่งรัดหรือเฉื่อยชา) ซึ่งเกิดจากกิจกรรมบางประเภท (ไม่ว่าในลักษณะโครงการหรือกึ่งโครงการที่ต่อเนื่อง หรือเพียงครั้งเดียว) ที่มุ่งให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าประสงค์ที่ปรารถนา (ไม่ว่าในความพยายามระดับสูง กลาง ต่ำ ระยะยาวหรือระยะสั้น)

ชาญ สวัสดิ์สาสิ (2539) ได้กล่าวถึงการประเมินผลว่า เป็นกระบวนการใช้ดุลยพินิจ (Judgement) และ/หรือค่านิยม (Value) ในการพิจารณาดัดสินคุณค่า ความเหมาะสม ความคุ้มค่า หรือสัมฤทธิ์ผลของเหตุการณ์ โครงการ หรือสิ่งอื่นใด หลังจากการเปรียบเทียบผลที่วัดได้โดยวิธีการใดๆก็ตาม กับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ หรือเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หรือสรุปได้ว่า การประเมินผล = การวัดผล + ดุลยพินิจ/ค่านิยม

จากที่ศึกษามาพอที่จะสรุปได้ว่าการประเมินผล หมายถึง การใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาดัดสินคุณค่า ความเหมาะสม ความคุ้มค่าของโครงการ โดยการศึกษาพิจารณาไม่ว่าจะมีพื้นฐานจากความคิดเห็น การบันทึกข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลที่เป็นกลาง เกี่ยวกับผลลัพธ์ไม่ว่าจะเป็นในทางบวกหรือทางลบของโครงการ อันเนื่องมาจากการดำเนินงานที่กำลังกระทำอยู่ เพื่อให้ได้มาซึ่งสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจพิจารณาหาทางเลือกของการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะสำหรับโครงการครั้งต่อไป เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

จุดมุ่งหมายของการประเมินโครงการ

อนันต์ เกตุวงศ์ (2534) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการประเมินผลไว้ 2 ลักษณะ คือ จุดมุ่งหมายที่บริสุทธิ์และจุดมุ่งหมายที่ไม่บริสุทธิ์ จุดมุ่งหมายที่ไม่บริสุทธิ์นั้นจะเป็นการประเมิน

ผลเพื่อประโยชน์ส่วนตัว ปราศจากเหตุผล เช่น ประเมินเฉพาะส่วนที่ดีของโครงการและพยายามปกปิดความผิดพลาดบกพร่อง เพื่อแสดงว่าโครงการบรรลุผลสำเร็จ หรือพยายามค้นหาความผิดพลาด บกพร่อง ส่วนไม่ดีของโครงการเพื่อแสดงว่าโครงการล้มเหลว ส่วนจุดมุ่งหมายที่บริสุทธิ์นั้น เพื่อให้ผู้บริหารทราบข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการดำเนินงานโครงการ ผู้จัดทำโครงการทราบข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อประกอบการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นต้น

บิกแมน (Bigman) ได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการประเมินไว้ คือ เพื่อต้องการตรวจสอบดูว่าการดำเนินงานของโครงการ ได้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด เพื่อต้องการที่จะค้นหาคำตอบในเรื่องความสำเร็จและความล้มเหลวของโครงการ เพื่อต้องการค้นหาหลักการและการดำเนินงานที่ทำให้โครงการได้รับความสำเร็จเป็นอย่างดี เพื่อการใช้เทคนิคต่างๆ ในการเพิ่มประสิทธิผลของโครงการ เพื่อการค้นหาแนวทางสำหรับการวิจัยต่อไป และเพื่อการกำหนดวิธีการที่จะให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ **กรอทเทลลูเชน และคณะ** (Grotelueschen and Others,1976) ได้แบ่งจุดมุ่งหมายการประเมิน เพื่อการวางแผนของโครงการ การปรับปรุงโครงการ การตัดสินใจโครงการ การควบคุมและการบริหารโครงการ การตรวจสอบผลกระทบที่เกิดจากโครงการและเพื่อการได้ข้อมูลที่นำมาใช้ในการให้ความสนับสนุนโครงการ (สมบัติ สุวรรณพิทักษ์ ,2531)

ความสำคัญของการประเมินโครงการ

ประชุม รอดประเสริฐ (2529) ได้สรุปถึงความสำคัญของการประเมินโครงการ ไว้ดังนี้

1. การประเมินโครงการช่วยในการตัดสินใจก่อนที่จะเริ่มทำโครงการ ได้แก่ กิจกรรมต่างๆ เพื่อค้นหาความต้องการเกี่ยวกับโครงการ ทดสอบแนวความคิด งบประมาณ และความเป็นไปได้ของการจัดทำโครงการ

2. การประเมินโครงการช่วยทำให้การกำหนดวัตถุประสงค์เป็นมาตรฐานเพราะได้ผ่านการตรวจสอบอย่างละเอียดจากผู้บริหารและผู้ประเมิน ส่วนใดที่ไม่ชัดเจนจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้ชัดเจนก่อนที่จะเริ่มโครงการ

3. การประเมินโครงการช่วยให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างคุ้มค่าหรือเกิดประโยชน์เต็มที่ ทั้งนี้เพราะทรัพยากรทุกชนิดในการดำเนินงานโครงการจะได้รับการจัดสรรให้อยู่ในจำนวนหรือปริมาณที่เหมาะสมเพียงพอแก่การดำเนินงาน และมีการประเมินวิเคราะห์ให้มีการใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

4. การประเมินโครงการช่วยควบคุมคุณภาพงานเพราะเป็นการตรวจสอบและควบคุมชนิดหนึ่งซึ่งดำเนินงานอย่างมีระบบ การดำเนินโครงการทุกส่วนได้รับการวิเคราะห์อย่างละเอียดทุกขั้นตอน

5. การประเมินโครงการช่วยในการตัดสินใจในการบริหารโครงการ ทำให้ผู้บริหารได้ทราบอุปสรรค ปัญหา ข้อดี ข้อด้อย ความเป็นไปได้และแนวทางแก้ไขการดำเนินงานโครงการ

ประเภทของการประเมินโครงการ

อุทัย บุญประเสริฐ (2533) แบ่งประเภทของโครงการมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. การประเมินก่อนดำเนินงาน (Pre-evaluation) เป็นการตรวจสอบในขั้นต้นเพื่อความแน่ใจในการตัดสินใจทำโครงการใดโครงการหนึ่ง

2. การประเมินขณะดำเนินงาน (On-going evaluation) เป็นการประเมินระหว่างที่โครงการมีการดำเนินอยู่

3. การประเมินเมื่อโครงการเสร็จสิ้น (End-of project evaluation) เป็นการประเมินรอบยอดเพื่อตรวจสอบดูว่าหลังจากที่ได้อนุมัติให้ดำเนินงานโครงการไปแล้ว ดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด

4. การประเมินผลกระทบ (Impact-evaluation) เป็นการประเมินที่เกิดขึ้นภายหลังที่ดำเนินงานโครงการเสร็จสิ้นแล้วระยะเวลาหนึ่ง เพื่อติดตามดูว่าผลผลิตจากโครงการส่งผลตามที่คาดหวังไว้หรือไม่

เยาวดี วิบูลย์ศรี (2533) ได้แบ่งประเภทของโครงการตามวัตถุประสงค์ของการประเมิน โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การประเมินความก้าวหน้าของโครงการ (Formative program evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการปฏิบัติงานในด้านต่างๆของโครงการ เพื่อตรวจสอบ ควบคุม กำกับ การดำเนินการ ตลอดจนศึกษาความก้าวหน้า ปัญหาข้อบกพร่องต่างๆของโครงการ ในระหว่างปฏิบัติตามโครงการ ให้โครงการดำเนินการไปตามเป้าหมาย

2. การประเมินผลสรุป (Summative program evaluation) เป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการเพื่อตรวจสอบคุณภาพ ความคุ้มค่าของโครงการ หรือมุ่งพิจารณาว่าโครงการนั้นๆได้ผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ ได้แบ่งประเภทของการประเมินโครงการ โดยยึดแบบแผนของการประเมินเป็นหลัก ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การประเมินเชิงสำรวจ เป็นการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจสิ่งต่างๆ
2. การประเมินเชิงทดลอง เป็นการประเมินที่นำเอาแบบแผนของการวิจัยเชิงทดลองมาประยุกต์ใช้ โดยเปรียบเทียบผลที่ได้จากการวัดก่อนและหลังการดำเนินการทดลองโครงการ
3. การประเมินโดยใช้รูปแบบของการประเมิน เป็นการประเมินที่อาศัยความรู้ที่ได้จากรูปแบบของการประเมิน ที่ได้รับการพัฒนาจากนักประเมิน ซึ่งมีหลายรูปแบบ

รูปแบบและวิธีการวิจัยประเมินผล

นักวิชาการทางการวิจัยและประเมินผล ได้ศึกษา ค้นคว้าและคิดรูปแบบของการวิจัยและประเมินผล ซึ่งหมายถึงกรอบ แนวคิด กระบวนการและวิธีวิจัยและประเมินผล ไว้หลายรูปแบบ เช่น (กมล สงัดวัฒนา, 2531)

1. รูปแบบการประเมินความไม่สอดคล้อง (The discrepancy evaluation) แมลคอล์ม โพรวัส (Malcolm Provus) อธิบายว่าเป็นการค้นหาความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับผลการปฏิบัติงานของโครงการ มีความไม่สอดคล้องกัน 5 ชนิด ที่สัมพันธ์กับขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- 1.1. การออกแบบโครงการ คือ การกำหนดปัจจัยที่ทำให้เกิดการดำเนินงาน และกำหนดผลคาดหวังที่จะได้รับการดำเนินงาน
- 1.2. การเตรียมพร้อม เป็นการนำปัจจัยที่ทำให้เกิดการดำเนินงานเข้าสู่กระบวนการ
- 1.3. กระบวนการ เป็นการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
- 1.4. ผลผลิต เป็นการหาเพื่อแสดงให้เห็นว่าโครงการบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่
- 1.5. การเปรียบเทียบโครงการ เป็นการวิเคราะห์ด้านการลงทุน กำไรของโครงการกับโครงการอื่นๆ ที่สามารถเปรียบเทียบได้

2. รูปแบบการประเมิน ซีเอสอี (The CSE Model)

มาร์วิน ซี แอลคิน (Marvin C. Alkin) เสนอรูปแบบการประเมินเพื่อรวบรวมและวิเคราะห์เพื่อรายงานสรุปเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

2.1. การสำรวจความจำเป็น (Need Assessment) โดยศึกษาปัญหาของโครงการ พิจารณาความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ควรจะเป็นกับสิ่งที่เป็นอย่างจริง ถ้าความแตกต่างมาก แสดงว่าจำเป็นมาก ซึ่งการตัดสินใจขั้นนี้ คือ การเลือกปัญหา (Problem Selection)

2.2. การวางแผนโครงการ (Program Planing) คือการรวบรวมข้อมูลเพื่อตัดสินใจให้เหมาะสมเพื่อให้โครงการบรรลุผล การตัดสินใจขั้นนี้จะเน้นเพื่อการวางแผนโครงการ

2.3. การประเมินการนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Evaluation) เป็นการประเมินที่มุ่งพิจารณาว่าการดำเนินงานของโครงการเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้เพียงใด การตัดสินใจของขั้นนี้เป็นการทำเพื่อปรับปรุงโครงการ (Program Modification) ซึ่งคล้ายกับการประเมินกระบวนการในรูปแบบ CIPP

2.4. การประเมินความก้าวหน้า (Progress Evaluation) เป็นการศึกษาค่าความสำเร็จในส่วนต่างๆของโครงการว่าไปสู่วิศทางของการแก้ปัญหาหรือไม่ โดยใช้จุดมุ่งหมายเป็นเกณฑ์ในการประเมิน การตัดสินใจของขั้นนี้เป็นการทำเพื่อปรับปรุงโครงการเช่นเดียวกับขั้นที่สาม

2.5. การประเมินผลผลิต (Output Evaluation) เป็นการพิจารณาว่าโครงการสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้มากน้อยเพียงใด ผู้ประเมินจะเสนอข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ตัดสินใจเพื่อพิจารณาว่าควรที่จะเลือกปรับปรุง คงไว้ เผยแพร่หรือทำอย่างไรต่อไปกับโครงการ การตัดสินใจขั้นนี้จึงเป็นการให้ประกาศนียบัตรหรือการยอมรับโครงการ

3. รูปแบบการวิจัยประเมินผลของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam : CIPP Model)

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2533) ได้กล่าวถึง D.L.Stufflebeam และคณะเป็นผู้เสนอรูปแบบการวิจัยประเมินผลที่เรียกว่า "CIPP Model" คำว่า CIPP มาจากอักษรย่อแทนคำต่างๆ คือ Context หมายถึง สภาพแวดล้อม Input หมายถึง ปัจจัยนำเข้า Process หมายถึง กระบวนการ Product หมายถึง ผลผลิตโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประเมินผลโครงการโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล และ/หรือสารสนเทศ เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งสตัฟเฟิลบีมได้ให้ความหมายของการประเมินว่า "เป็นกระบวนการของการวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจในทางเลือกต่างๆที่มีอยู่" (Evaluation is the process of delineating, obtaining and using information for judging alternative decision) โดยมีมุ่งประเมินสิ่งที่จะประเมิน คือ การประเมินสภาวะแวดล้อมเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนโครงการ เลือกวัตถุประสงค์ การประเมินปัจจัยเบื้องต้นเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดโครงสร้างเลือกแบบการจัดแผนงานที่เหมาะสมที่สุด การประเมินกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการเพื่อการนำแผนงานที่วางไว้ไปปฏิบัติ การพิจารณาปรับปรุง และการประเมินผลผลิตเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับผลงานที่เสร็จสิ้นแล้วว่าจะควรปรับปรุงขยายแผนงานหรือควรล้มเลิก

ที่จำเป็นสำหรับระบบเพื่อประโยชน์สำหรับผู้บริหาร

2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้น เป็นการประเมินปัจจัยนำเข้ามีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำมาใช้กำหนดวิธีการของการใช้ทรัพยากรต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานของโครงการสามารถบรรลุจุดหมายที่กำหนด ในทางปฏิบัติจะประเมินในด้านต่างๆคือ ความสามารถของหน่วยงานหรือตัวแทนในการจัดโครงการ ยุทธวิธีที่ใช้ในการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้โครงการดำเนินไปได้ เช่น หน่วยงานที่จะช่วยเหลือ เวลา เงินทุน อาคารสถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือ

3. การประเมินกระบวนการ

เมื่อการวางแผนโครงการได้รับการยอมรับแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ ในระหว่างดำเนินการนี้การประเมินกระบวนการจะมีบทบาทสำคัญในเรื่องการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะๆ เพื่อการตรวจสอบการดำเนินการของโครงการ โดยทั่วไปการประเมินกระบวนการดำเนินงาน มีจุดมุ่งหมาย 3 ประการ คือ เพื่อหาข้อบกพร่องของโครงการ ในระหว่างที่ปฏิบัติการหรือดำเนินงานตามแผนนั้น เพื่อหาข้อมูลต่างๆที่จะนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินการของโครงการและเพื่อการเก็บข้อมูลต่างๆที่ได้จากการดำเนินการของโครงการ วิธีประเมินกระบวนการโดยการกำกับและติดตามเกี่ยวกับศักยภาพและความตื่นตัวในการทำงานของผู้รับผิดชอบ ควบคุมปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกิจกรรม กำหนดข้อมูลหรือเครื่องมือที่จะใช้ในการตัดสินใจดำเนินการ และอธิบายกระบวนการที่แท้จริงอย่างต่อเนื่องและปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่คาดหมายไว้ ซึ่งในการรวบรวมสารสนเทศอาจต้องใช้วิธีการทั้งที่มีแบบแผนและไม่มีแบบแผนเพราะนอกจากตัวแปรที่สำคัญตามทฤษฎีแล้ว ยังอาจจะค้นหาสาเหตุหรือกรณีอื่นที่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมแต่เป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญต่อกระบวนการ ซึ่งผู้ประเมินจึงต้องใช้เครื่องมือใดๆเท่าที่จะหาได้ เพื่อสืบสาวไปถึงสิ่งที่แสดงให้เห็นปัญหาอย่างแท้จริง

4. การประเมินผลผลิต มีจุดมุ่งหมายไม่เพียงแต่การตรวจสอบดูว่าผลที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการนั้น ว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายหรือตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ และรวมถึงการประเมินผลผลิตที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ดำเนินการของโครงการด้วย ซึ่งการประเมินผลผลิตจะประเมินสิ่งต่อไปนี้เข้าไว้ด้วยกัน คือ การดูว่าการกำหนดวัตถุประสงค์นั้นนำไปใช้ได้หรือไม่ เกณฑ์ในการวัดที่สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมคืออะไร เปรียบเทียบผลที่วัดมาได้กับมาตรฐานสัมบูรณ์ (Absolute Criteria) หรือมาตรฐานสัมพัทธ์(Relative Criteria) ที่กำหนดไว้ก่อน และทำการแปลความหมายถึงเหตุของสิ่งที่เกิดขึ้น โดยอาศัยรายงานจากการประเมินสภาวะแวดล้อมปัจจัยเบื้องต้น และกระบวนการร่วมด้วย

การนำเอาแบบจำลองชิป ไปใช้ประเมินทำได้ในโครงการ 3 ลักษณะ คือ จัดหาโครงการ โดยศึกษาให้ประจักษ์ว่ามีปัญหาอะไรที่น่าจะทำ โครงการที่มีอยู่แต่ยังไม่ได้ลงมือดำเนินการและโครงการในระหว่างที่ดำเนินการอยู่

นิรันดร์ อิมามี (2540) ได้กล่าวถึงการประเมินแผนงานโครงการสาธารณสุข มีสิ่งที่จะต้องพิจารณาทำการประเมินตั้งแต่ก่อนจัดทำโครงการจนถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการ ดังต่อไปนี้

1. การประเมินบริบทของโครงการ (Context Evaluation) หมายถึง การประเมินสิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำเนินงานโครงการที่จำเป็นต้องจัดเตรียม แสวงหา พัฒนาให้มีขึ้นก่อนการดำเนินงานโครงการ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าไม่เป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัด ในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงานที่กำหนดไว้ บริบทของโครงการนี้เป็นไปทั้งบริบทของหน่วยงาน ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง

2. การประเมินตัวแผนงานโครงการ (Project Assessment) เน้นที่การประเมิน ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของแผนงานโครงการระหว่างผลผลิตของโครงการ (Product) ซึ่งอาจพิจารณาได้ทั้งในแง่ของเป้าประสงค์ของโครงการ (Goal) วัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เฉพาะของแผนงานโครงการ กลวิธี หรือกิจกรรมที่ดำเนินงาน (Process) และทรัพยากร หรือปัจจัยนำเข้า (Input)

3. การประเมินทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้านอื่น ๆ (Input Evaluation) เป็นการประเมินความเหมาะสมและความพร้อมของทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงานตามแผน รวมทั้งการประเมินศักยภาพของหน่วยงานและกลยุทธ์ หรือกิจกรรมการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะประเมินความพร้อม ได้แก่ MAN MONEY METERIAL และ MANAGEMENT

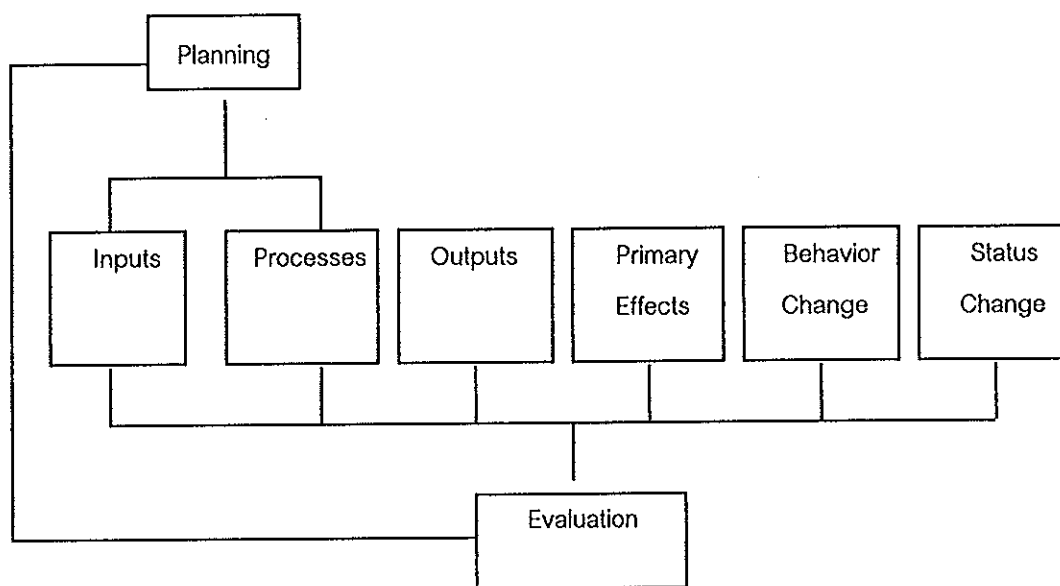
4. การประเมินกิจกรรมดำเนินงาน (Process Evaluation) เน้นการประเมินการดำเนินงานตามกิจกรรมในแผน โดยเฉพาะที่กำหนดไว้ในผังควบคุมกำกับกิจกรรม การประเมินเพื่อการปรับกิจกรรม การบริหารกิจกรรม เพื่อให้บรรลุหรือตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และเป็นไปตามเวลาที่กำหนด รวมทั้งการประเมินการบริหารจัดการแผนงานโครงการ ตลอดจนการถ่ายทอดแผนงานโครงการสู่การปฏิบัติ

5. การประเมินความก้าวหน้าของโครงการ (Progress Evaluation) เป็นการประเมินผลการดำเนินงานในแง่ของกิจกรรมที่ได้ทำไปในเวลาที่กำหนด ผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมเป้าหมายที่กำหนดไว้ทั้งนี้อาจรวมถึงการประเมินการใช้ทรัพยากรในแต่ละช่วงเวลาด้วยว่าเป็นไปตามแผนงบประมาณหรือไม่

6. การประเมินผลที่เกิดจากการดำเนินงานโครงการ (Output of Product Evaluation)

Richard A. Smith (1978) ได้กล่าวถึงกรอบแนวคิดในการประเมินผล ดังภาพ

ภาพประกอบ 8 Basic model for the evaluation framework



From Reynolds,J.(7).

สำหรับการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์การประเมิน คือ เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานด้านต่างๆตามองค์ประกอบหลักของโครงการ ได้แก่ การพัฒนาการวิจัยรูปแบบการดำเนินการใน 5 จังหวัด การอบรม และการเชื่อมโยงกิจกรรมโครงการเข้ากับสถาบันต่างๆในสังคม เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่น เพื่อศึกษาแนวโน้มความยั่งยืน(Sustainability)ของกิจกรรมหรือผลที่เกิดจากโครงการ และเพื่อเสนอแนะแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการวางแผนเพื่อการปฏิรูปต่อไป

การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข :กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมินี้ เป็นการประเมินกระบวนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ภายใต้องค์ประกอบระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ 7 ประการ คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล

หรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่ ที่ก่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งประเมินในระหว่างดำเนินการ โดยใช้การประเมินรูปแบบชิป (CIPP Model) ซึ่งพิจารณาเฉพาะใน ส่วนของการประเมินกระบวนการภายใต้ความคิดเห็นในระดับผู้ปฏิบัติงานว่ามีความคิดเห็นไปใน ทางเดียวกันหรือไม่กับแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ในเรื่องปัจจัย ที่ทำให้การบริการขั้นปฐมภูมิเข้มแข็ง เพื่อหาและทำนายข้อบกพร่องของกระบวนการหรือการ ดำเนินการตามขั้นตอนที่วางไว้และได้ข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงโครงการ รวมทั้งเป็นข้อมูล ประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร อีกทั้งเป็นการสนับสนุนในวัตถุประสงค์การประเมินของสำนัก งานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ในการตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไป ใช้ในพื้นที่อื่น และเพื่อเสนอแนะแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการวางแผนเพื่อการปฏิรูปต่อไป

8. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยและจังหวัดยโสธร

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

จากสภาพปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน คือ การขาดประสิทธิภาพของ ระบบบริการสาธารณสุข ปัญหาความไม่เสมอภาคและคุณภาพของการบริการ ตลอดจนบทเรียน จากนานาประเทศที่ได้เผชิญกับปัญหาวิกฤตการณ์ของระบบบริการสาธารณสุข ทำให้ประเทศไทยต้องดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อหารูปแบบระบบบริการ สาธารณสุขที่เหมาะสม เป็นระบบที่มีความเป็นธรรม ความเสมอภาค มีคุณภาพบริการที่ดี มี ประสิทธิภาพ ตลอดจนสังคมเข้ามามีส่วนร่วมและสามารถตรวจสอบได้ โดยดำเนินการทั้งในด้านการ พัฒนานโยบายระดับประเทศและการพัฒนารูปแบบในพื้นที่ 5 จังหวัด คือ จังหวัดยโสธร จังหวัดขอนแก่น จังหวัดพะเยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดสงขลา มีรูปแบบเป็น กระบวนการวิจัยและพัฒนาและการวิจัยเชิงนโยบาย เพื่อหารูปแบบระบบบริการสาธารณสุขที่ เหมาะสม

การดำเนินโครงการ

1. กรอบการวิจัยและพัฒนาของโครงการ มี 4 ด้าน คือ
 - 1.1 งานวิจัยและพัฒนาในระดับนโยบาย (Policy Research)
 - 1.2 การพัฒนาโครงสร้างการจัดระบบบริการสาธารณสุข การพัฒนารูปแบบการจัด ระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ (Field Model Development)
 - 1.3 การพัฒนาบุคลากร (Human Resource Development)

1.4 การมีส่วนร่วมของชุมชนและการประสานองค์กรต่างๆ (Community Participation and Institutional Linkages)

2. องค์กรและการจัดการ การดำเนินงานของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข แบ่งได้ออกเป็น 2 ระดับ คือ

2.1 ระดับจังหวัด คณะกรรมการจะประกอบด้วยผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนจากโรงพยาบาลเอกชนและที่ปรึกษาจากมหาวิทยาลัยในพื้นที่ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการคิดค้นและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับปัญหาสาธารณสุขและสภาพเศรษฐกิจสังคมในพื้นที่นั้นๆ จังหวัดที่ได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่ทดลองดำเนินการมี 5 จังหวัด คือ จังหวัดพะเยา จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสงขลา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดยโสธร โดยผลการศึกษาในพื้นที่จะเป็นส่วนช่วยในการกำหนดนโยบายในระดับชาติต่อไป

2.2 ส่วนกลาง ประกอบด้วยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และคณะกรรมการอีกจำนวน 3 คณะ คือ คณะกรรมการอำนวยการโครงการ (National Steering Committee) คณะกรรมการดำเนินงานโครงการ (Executive Committee) และคณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิชาการ (Technical Committee)

โครงการดังกล่าวมีระยะเวลาดำเนินงาน เป็นเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2539-2542

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ

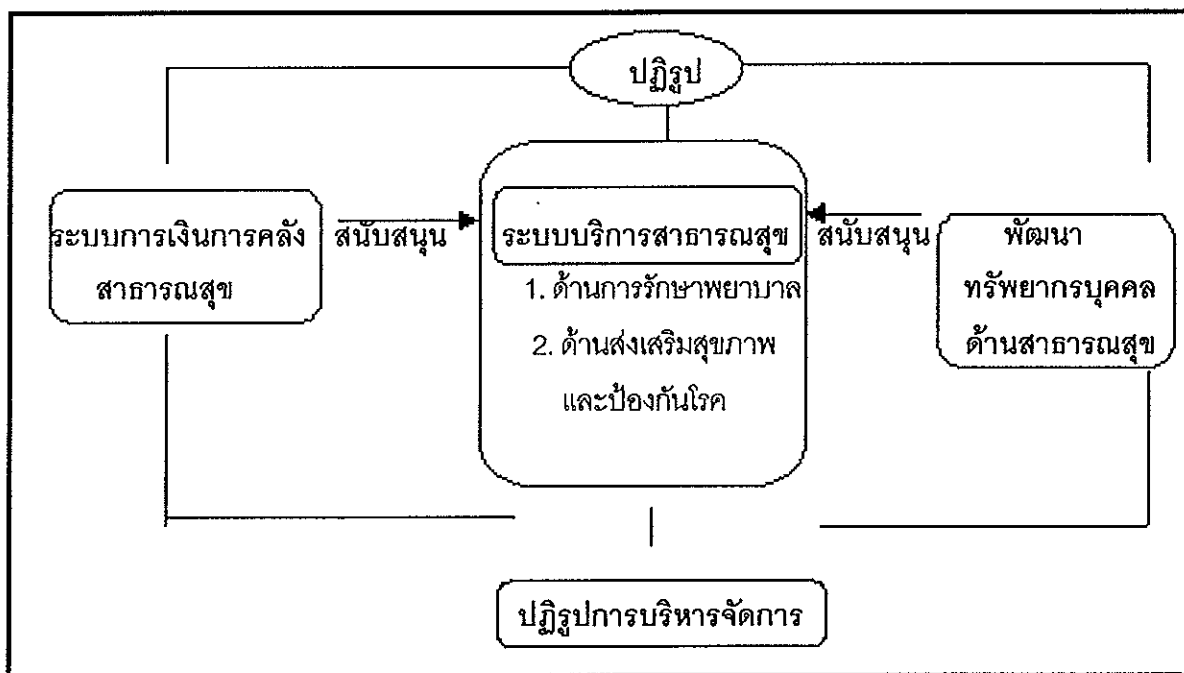
ผลลัพธ์สุดท้ายที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้คือ นโยบายและแผนสำหรับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย อย่างไรก็ตามในกระบวนการดำเนินงานของโครงการคาดว่าจะเกิดการพัฒนารูปแบบของการบริการในหลายๆด้านคือ

1. รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการจัดบริการขั้นปฐมภูมิในเขตเมือง เขตกึ่งเมือง และเขตชนบท
2. รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการและประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่ระดับจังหวัด
3. รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสาธารณสุข
4. รูปแบบการฝึกอบรมต่อเนื่อง สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่สถานบริการในระดับปฐมภูมิ
5. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ในพื้นที่ใน 5 จังหวัด

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร (Health Care Reform in Yasothon Province) (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2540)

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร สืบเนื่องมาจากสภาพปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขที่มีผลสืบเนื่องมาจากสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาคุณภาพบริการ ปัญหาการมีหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชน ปัญหาการให้บริการสาธารณสุขเชิงพาณิชย์ของภาคเอกชน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาความไม่เสมอภาคและขาดประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข โดยมีกระบวนการปฏิรูป คือ ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการพัฒนางาน และวิจัยควบคู่กันไป (Implementation-Development and Research) ใช้การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ (Systematic Management) และการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำในการพัฒนา โดยมีแนวทางการดำเนินการปฏิรูประบบสาธารณสุข 4 ประเด็น

ภาพประกอบ 9 กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธร



การบริการสาธารณสุข ที่มี E.Q.E.SA

1. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ในด้านการรักษาพยาบาล ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้บรรลุตามเป้าหมายการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

1. พัฒนาระบบบริการในสถานบริการด้านแรก หรือระดับ Primary Medical Care ในสถานบริการระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อให้บริการประชาชนเขตเทศบาลในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งพัฒนารูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ พิ้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำกิจกรรมบางอย่างไปประยุกต์ใช้ในครัวเรือน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พิ้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค โดยทดลองดำเนินการในโรงพยาบาลยโสธร
2. พัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาล (Hospital Care) หรือระดับ Secondary Medical Care และ Tertiary Medical Care
3. สร้างระบบบริการสาธารณสุข ให้มีความเชื่อมโยงกันระหว่างสถานบริการระดับ Primary Medical Care, Secondary Medical Care และ Tertiary Medical Care
4. จัดกิจกรรมการดำเนินงานในหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / จังหวัด ให้สนับสนุนหน่วยงานให้หน่วยงานได้บริการสาธารณสุขดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการปฏิรูป

2. การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุข

จัดทำโครงการโดยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขส่วนกลางร่วมกับตัวแทนนักวิจัย 5 จังหวัด ๆ ละ 2 คน

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขสนับสนุนการบริการสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายโครงการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

1. พัฒนารูปแบบการทำสัญญาซื้อขายบริการสาธารณสุข (Clinical Contracting Model) ทั้งบริการด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอ ตำบล) ที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณและประสิทธิภาพของระบบการจัดบริการสาธารณสุข ตลอดจนตอบสนองต่อนโยบายเพิ่มความเข้มแข็ง คุณภาพบริการและการตรวจสอบได้ของระบบ

2. ดำเนินการทำสัญญาซื้อขายบริการสาธารณสุขในพื้นที่และประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานรูปแบบดังกล่าวว่าตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายการจัดบริการสาธารณสุขเพียงใดตลอดจนความเป็นไปได้ ความยั่งยืน/ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

3. พัฒนาศักยภาพบุคคลด้านสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การดำเนินการ

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลด้านสาธารณสุขสนับสนุนการบริการสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายโครงการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

1. พัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุขให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งให้บริการประชาชนแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน ให้มีการเชื่อมโยงการให้บริการของสถานบริการทุกระดับ

2. พัฒนาศักยภาพสาธารณสุขให้สามารถบริหารจัดการระบบการเงินการคลังสาธารณสุข ให้สามารถสนับสนุนระบบบริการให้บรรลุเป้าหมายโครงการ

3. เพิ่มศักยภาพบุคลากร

4. การปฏิรูปการบริหารจัดการ กำหนดกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การจัดองค์กรและผู้รับผิดชอบ 3 องค์กร คือ องค์กรสนับสนุนการดำเนินงาน องค์กรดำเนินงานในพื้นที่และองค์กรเฉพาะกิจ

2. กระบวนการดำเนินงาน ซึ่งได้กำหนดขั้นตอน (Step of implementation) เป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1. สร้างแนวคิดและเตรียมการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีแนวคิดในการปฏิรูปไปพร้อมๆ กัน ตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินโครงการ โดยมีผู้บริหาร องค์กรประสานงาน และนักวิจัยระดับจังหวัดและส่วนกลางร่วมสร้างแนวคิด ให้ตัวแทนบุคลากรทุกระดับร่วมกำหนดทิศทางของการปฏิรูป

ขั้นตอนที่ 2. ดำเนินงานในพื้นที่ จากแนวทางการปฏิรูปที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1. องค์กรดำเนินงานในพื้นที่นำไปดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินงานอาจจะแตกต่างกันบ้างแต่จะอยู่ในแนวคิด ทิศทาง และเป้าหมายของโครงการที่เป็นภาพรวมของจังหวัด จัดให้มีการประชุม/สัมมนา/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ดำเนินงานเป็นระยะ ท้ายที่สุดจะได้รูปแบบบริการสาธารณสุขพึงประสงค์ตามเป้าหมายโครงการ (ต้องอาศัยการดำเนินงานอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง รวมทั้งการสนับสนุนจากส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างสอดคล้องกันทุกระดับ)

ขั้นตอนที่ 3. สรุปการดำเนินงาน เป็นขั้นตอนที่ผู้ดำเนินการทั้งคณะกรรมการอำนวยการ นักวิจัยระดับจังหวัด คณะกรรมการวางแผนติดตาม/ควบคุม/กำกับและประเมินผลการดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ สรุปสิ่งที่ได้ดำเนินการตามแนวคิด คือ การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สรุปให้ได้ภาพว่า ณ วันนี้ (วันสรุปการดำเนินงาน) การบริการสาธารณสุขพึงประสงค์ที่ได้ดำเนินการเป็นอย่างไร รูปแบบที่ดำเนินงานมีข้อดีอย่างไร ตอบสนองตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคหรือจุดด้อยอย่างไร และการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุข สรุปให้ได้ภาพว่า ณ วันนี้ (วันสรุปการดำเนินงาน) ระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่สามารถเอื้อให้ระบบบริการสาธารณสุขเป็นระบบบริการสาธารณสุขพึงประสงค์ได้เป็นอย่างไร รูปแบบที่ดำเนินการมีข้อดีอย่างไร ตอบสนองตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคหรือจุดด้อยอย่างไร รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข สรุปให้ได้ภาพว่า ณ วันนี้ (วันสรุปการดำเนินงาน) บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร มีการพัฒนาตามโครงการอย่างไร บุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการด้านแรกที่ให้บริการ Primary Medical Care ที่สามารถให้บริการสาธารณสุขพึงประสงค์ได้จะต้องมีองค์ความรู้ ความสามารถอย่างไร และควรได้รับการสนับสนุนด้านไหนบ้าง

พื้นที่ดำเนินการ

แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ช่วงเพื่อเรียนรู้การทำงานในพื้นที่ช่วงที่ 1. นำมาพัฒนาการดำเนินงานในช่วง 2.,3.

ช่วงที่ 1. ปี พ.ศ. 2540 ดำเนินการใน 3 อำเภอ คือ ค้อวัง ทรายมูลและมหาชนะชัย

ช่วงที่ 2. ปี พ.ศ. 2541 ดำเนินการใน 3 อำเภอ คือ กุดชุม ป่าดิวและไทยเจริญ

ช่วงที่ 3. ปี พ.ศ. 2542 ดำเนินการใน 3 อำเภอ คือ เมือง คำเขื่อนแก้วและเลิงนกทา

รวมทั้งสิ้น จำนวน 9 อำเภอ (เต็มพื้นที่)

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพัชชา วิลวัฒน์ (2531) ได้ศึกษาถึงปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับระดับอุปสรรคการปฏิบัติงานด้านบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 30 คน พบว่า ตัวแปรทางด้านเพศมีความสัมพันธ์กับระดับอุปสรรคการปฏิบัติงานด้านบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนตัวแปรด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวนครั้งของการฝึกอบรม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับอุปสรรคการปฏิบัติงานด้านบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

นรินทร์ สังข์รักษา. (2536). ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีนอนามัยในภาคกลางตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย (ท.ส.อ.) พ.ศ.2535-2544 ในด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการและรวมทุกด้าน ปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยด้านประสบการณ์การทำงาน องค์ประกอบบางประการในการปฏิบัติงานและปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าสถานีนอนามัยในภาคกลาง จำนวน 340 คน พบว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีนอนามัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนอนามัย พบว่าการปฏิบัติงานในด้านการบริหารมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจรวม สัมพันธภาพในการทำงาน ความสำเร็จและการยอมรับนับถือ การปฏิบัติงานในด้านการบริการมีความสัมพันธ์กับการนิเทศงานระดับอำเภอ การประสานงาน สัมพันธภาพในการทำงาน ความสำเร็จ และการยอมรับนับถือ การปฏิบัติงานในด้านการวิชาการมีความสัมพันธ์กับการประสานงาน สัมพันธภาพในการทำงาน ความสำเร็จและการยอมรับนับถือและการปฏิบัติงานรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการนิเทศงานระดับอำเภอ แรงจูงใจรวม สัมพันธภาพในการทำงาน ความสำเร็จและการยอมรับนับถือ สำหรับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานคือ การขาดแคลนกำลังเจ้าหน้าที่และทรัพยากรต่างๆในการปฏิบัติงาน

อำพล จินดาวัฒน์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาทิศทางการวิจัยเพื่อการพัฒนาสถานีนอนามัยโดยศึกษา Documentary review ร่วมกับ Focus group discussion ได้วิเคราะห์ถึงจุดเด่นของสถานีนอนามัยว่าอยู่ใกล้ชิดชุมชน มีทีมขนาดเล็กทำงานอยู่ในชุมชน มีช่องว่างระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชนน้อยกว่าโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการแบบผสมผสาน บริการแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่อง สามารถจัดบริการระดับต้นที่ได้มาตรฐาน ราคาถูก และประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ถ้าได้รับการพัฒนาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสมและสถานีนอนามัยมีจำนวนมาก ครอบคลุมพื้นที่กว้างขวาง มีเจ้าหน้าที่รวมกันเกือบ 30,000 คน นับเป็นสถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ใหญ่ และมีศักยภาพสูง ที่จะทำประโยชน์ต่อการพัฒนาสาธารณสุขได้อย่างมากและเสนอแนวความคิดสำคัญในการพัฒนาสถานีนอนามัยว่า การบริการของสถานีนอนามัยต้องเน้นการจัดบริการระดับต้น แบบผสมผสาน บริการแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่อง โดยต้องมีบริการพร้อม (available) คุณภาพดี (effective) ประชาชนเข้าถึงได้ (accessible) ประชาชนยอมรับ (acceptable) และประหยัด (efficient) และต้องเป็นการประสานระหว่างความต้องการของประชาชน (demand) กับความจำเป็นตามหลักวิชาการ (need) อย่างเหมาะสม

ยุทธนา มุ่งสมัคร (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่ปฏิบัติงานประจำที่สถานีอนามัย และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 198 ราย พบว่า ประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีระดับการปฏิบัติงานสูงและต่ำเท่ากัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน ปัจจัยด้านความพึงพอใจในการทำงาน ประกอบด้วย นโยบายการบริหารงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ ลักษณะของงานที่ทำ โอกาสและความก้าวหน้า ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน เมื่อปัจจัยดังกล่าวเปลี่ยนแปลง ประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ก็จะเปลี่ยนแปลงด้วย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วยโดยได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมูลนิธิ ประเภทละ 3 แห่ง รวม 9 แห่ง แยกเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่า เหตุผลในการเลือกโรงพยาบาลมีลักษณะเหมือนกันทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การเข้าถึงง่ายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยของโรงพยาบาลแต่ละประเภทมีเหตุผลรองที่แตกต่างออกไป ได้แก่ การเป็นผู้ป่วยประจำในโรงพยาบาลมูลนิธิ การพบแพทย์ที่มีชื่อเสียงในโรงเรียนแพทย์ และราคาถูกในโรงพยาบาลรัฐบาล การให้ข้อมูลและคำแนะนำมีความสำคัญมากในการให้บริการรักษาพยาบาล เพราะทำให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจในโรคที่เป็น ให้ความร่วมมือในการรักษา และสามารถให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในระยะยาว ซึ่งการเน้นการให้คำอธิบายจากแพทย์ ศัลยแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลให้คำอธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัดน้อยที่สุด แพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยนอกน้อยที่สุด การที่ผู้ป่วยรู้จักแพทย์ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลรู้จักแพทย์น้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชน ในการจัดลำดับคุณภาพโรงพยาบาลโดยผู้ป่วย โรงพยาบาลมูลนิธิถูกประเมินว่าอยู่ในลำดับที่ดีที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาลอยู่ในลำดับท้ายสุด การกลับมาใช้บริการอีกหรือแนะนำญาติหรือเพื่อนต่อหรือไม่ จะเกี่ยวข้องกับบริการของแพทย์โดยเฉพาะความสามารถของแพทย์ คำอธิบายจากแพทย์และความรวดเร็วของแพทย์ในการมาดูแลเมื่อมีอาการผิดปกติ สำหรับโรงพยาบาลเอกชน ราคาการรักษาแพงเป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มาใช้บริการอีก ส่วนลักษณะทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐานไม่ได้เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจของผู้ป่วย

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2539) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ของบริการสาธารณสุขระดับต้น /บริการด้านแรกพบว่า ประชาชนในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีความต้องการจากบริการระดับต้นที่คล้ายกัน โดยต้องการบริการที่เน้นในด้านเป็นบริการด้านแรก (first contact care) เป็นบริการที่ต่อเนื่องระยะยาว (longitudinal care) เป็นบริการที่กว้างขวางผสมผสาน (a broad and comprehensive range of response) เป็นบริการที่ประสานบูรณาการ (co-ordination of service) แต่ขอบเขตความสามารถของบริการระดับต้นจะเป็นอย่างไรและผู้ให้บริการควรเป็นใครบ้างนั้น ย่อมขึ้นกับระบบบริการสาธารณสุขและทรัพยากรในแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน

อินทิรา ชัยฤกษ์(2539) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยะลา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 377 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2539 พบว่า ความพึงพอใจในบริการดีเป็นอันดับ 1 คือ การบริการของแพทย์ รองลงมาเป็นงานบริการรักษาพยาบาล การจัดระบบบริการ ระบบบัตร ตามลำดับ และสุดท้ายเป็นระบบบริการยา

อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาภาพลักษณ์ของสถานื่อนามัยในสองทศวรรษหน้าและกลยุทธ์ในการพัฒนา โดยศึกษาวิจัยจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ นักบริหาร ผู้ปฏิบัติงาน รวม 30 คน วิเคราะห์และสังเคราะห์ภาพรวมของการดำเนินงานของสถานื่อนามัย โดยใช้กระบวนการกลุ่มย่อย 3 ครั้ง พบว่า ภาพลักษณ์ของสถานื่อนามัยในสองทศวรรษหน้า กล่าวโดยสรุปได้ว่า เป็นสถานื่อนามัยที่ทำงานบนฐานความรู้จริงเพื่อรับผิดชอบต่อเกิดบริการสาธารณสุขระดับต้นที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีความเท่าเทียม หมายถึงว่าสถานื่อนามัยในอนาคตมีหน้าที่ทั้งการบริหารจัดการ การประสานให้มีบริการ และ/หรือจัดบริการสาธารณสุขระดับต้นตามกรอบภาพลักษณ์ โดยสถานื่อนามัยอาจจัดบริการเอง หรือประสาน หรือบริหารจัดการให้เกิดบริการสาธารณสุขระดับต้น โดยสถานื่อนามัยไม่ได้จัดบริการเองก็ได้ อาจเป็นการดำเนินการของภาครัฐ หรือภาคเอกชน หรือรัฐร่วมเอกชน หรือประชาชนดำเนินการเองก็ได้ โดยจะมีการผสมผสานการใช้ภูมิปัญญาสมัยใหม่เข้ากับภูมิปัญญาพื้นบ้านอย่างเหมาะสม บุคลากรของสถานื่อนามัยทำงานร่วมกับชุมชน และองค์กรต่างๆอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การบริการสาธารณสุขระดับต้นเกิดความทันสมัย เหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข สภาพสังคมที่เป็นจริงและความต้องการของประชาชนแต่ละพื้นที่ การจัดบริการของสถานื่อนามัยจะเป็นการจัดบริการตามพันธะสัญญาระหว่างสถานื่อนามัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอกับชุมชน โดยมีองค์กรอื่นเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีกลไกทางการเงิน การคลังเข้ามาเป็นตัวเชื่อม เพื่อนำมาบริหารจัดการ ประสานให้มีบริการ หรือจัดบริการให้กับ

ประชาชนในชุมชน ซึ่งจะได้รับการประเมินผลและตรวจสอบโดยประชาชนและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง และสถานื่อนามัยรับผิดชอบแก่ประชาชนในชุมชน ที่มีจำนวนพอเหมาะ ไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป ซึ่งอาจกำหนดโดยพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ หรือกำหนดเป็นกลุ่มประชาชนที่ชัดเจน ด้วยวิธีการอื่นๆ เพื่อให้การจัดบริการของบุคลากรสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้ในรูปของการเป็นหอประจำครอบครัวหรือหอชุมชน

บัค ดี และคณะ (Buck D, et al, 1996) ได้ศึกษาประสบการณ์และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการจากแพทย์ในระดับปฐมภูมิ และผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ที่แพทย์จะอภิปราย พูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดก็คือ การมีแพทย์ที่จะไปพูดคุยใกล้ชิดได้ การติดต่อสื่อสาร ความรู้และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ

บุปผา แก้วทิพย์และคณะ (2540) ได้ศึกษาและเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา เงินเดือน ระยะเวลาที่รับราชการ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ตำแหน่ง จำนวนเจ้าหน้าที่ของสถานื่อนามัย จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ การได้รับการนิเทศงาน ขนาดของสถานื่อนามัย และสถานที่ตั้งของสถานื่อนามัย โดยศึกษาจากเจ้าหน้าที่ของสถานื่อนามัยในเขต 1-3 จำนวน 362 คน พบว่าเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ร้อยละ 34.8 มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ระดับปานกลาง เจ้าหน้าที่ที่มีอายุ เงินเดือน ระยะเวลาที่รับราชการ ตำแหน่งและการได้รับการนิเทศงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่างกันมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการแตกต่างกัน

วิฉันทนา สุขเกษมและสุทธาทิพย์ หวังศรีสิริเพชร (2540) ได้ศึกษาความพึงพอใจต่อการให้บริการนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย จังหวัดระยอง โดยศึกษาจากเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยทุกคน จำนวน 245 คน พบว่า เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ ในระดับต่ำ เมื่อจำแนกเป็นด้านสภาพและสวัสดิการการทำงาน ด้านความเหมาะสมของปริมาณงาน ด้านค่าตอบแทนล่วงเวลาและด้านผู้บังคับบัญชา ส่วนใหญ่ความพึงพอใจระดับกลาง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีระดับความพึงพอใจมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ผู้ที่มีอายุราชการมากกว่า 16 ปีขึ้นไป มีระดับความพึงพอใจมากกว่าผู้ที่มีอายุราชการน้อยกว่า เจ้าหน้าที่ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักของสถานื่อนามัยมี

ระดับความพึงพอใจมากกว่าเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในบ้านพักของสถานีนอนามัยอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านสภาพและสวัสดิการการทำงาน

รวินันท์ ศิริกนกวิไล (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขอำเภอ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามกระจายบริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) พบว่า การขยายสถานบริการ (Health infrastructure) โดยมีโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัยกระจายอยู่ทุกอำเภอและตำบลทั่วประเทศ โดยคาดหวังบริการเป็นแบบเอนกประสงค์ (Multipurpose) และเป็นแบบบูรณาการ คือ มีทั้งการดูแลด้านรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ แต่ในสถานการณ์ที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น และประชาชนมีการรับรู้สูง มีทางเลือกมากขึ้น ได้เกิดปรากฏการณ์ที่เป็นปัญหาเรื้อรังและเด่นชัด 2 ประการ คือ แพทย์ยังไม่สามารถทำหน้าที่เป็น General practitioner อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนได้นานเพราะไม่อาจทนกระแสการไปอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางและการบริการที่สถานีนอนามัยโดยหมอนอนามัย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขใช้บุคลากรระดับรองลงมา (Paramedic) และพยายามทำหน้าที่แบบองค์รวม ไม่ได้รับการยอมรับจากชาวบ้าน ทำให้มีการข้ามบริการระดับสถานีนอนามัยไปที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปโดยตรง ซึ่งปัญหาดังกล่าวนั้นเชื่อมโยงกันและส่วนมากแก้ไขได้โดยการใช้ศักยภาพของทั้งโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัยในลักษณะเกื้อหนุนกันและพัฒนาศักดิ์ศรีของผู้ทำงานเพื่อให้สามารถดำรงสภาพเป็น General practitioner ได้ดีและยาวนานมากขึ้นในชุมชนและการพัฒนากระบวนการทำงานสาธารณสุขระดับอำเภอทั้งระบบให้เป็นหน่วยเดียวที่มีเอกภาพและเชื่อมโยงกันเรียกว่า ระบบสาธารณสุขอำเภอ (District health system)

สมหมาย เกิดกล้า (2541) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลโดยภาพรวมมีความคิดเห็นเห็นด้วยว่าปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก Primary Care ทั้ง 7 ด้าน คือ ด้านการขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่ มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน แต่เมื่อพิจารณารายด้านของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก Primary Care พบว่า ปัจจัยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลมีความเห็นด้วยว่ามีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน มี 5 ด้าน คือ ด้านการขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่ ส่วนปัจจัยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลมีความเห็นไม่แน่ใจว่ามีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน มี 2 ด้านคือ ด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ และด้านระบบการเงิน

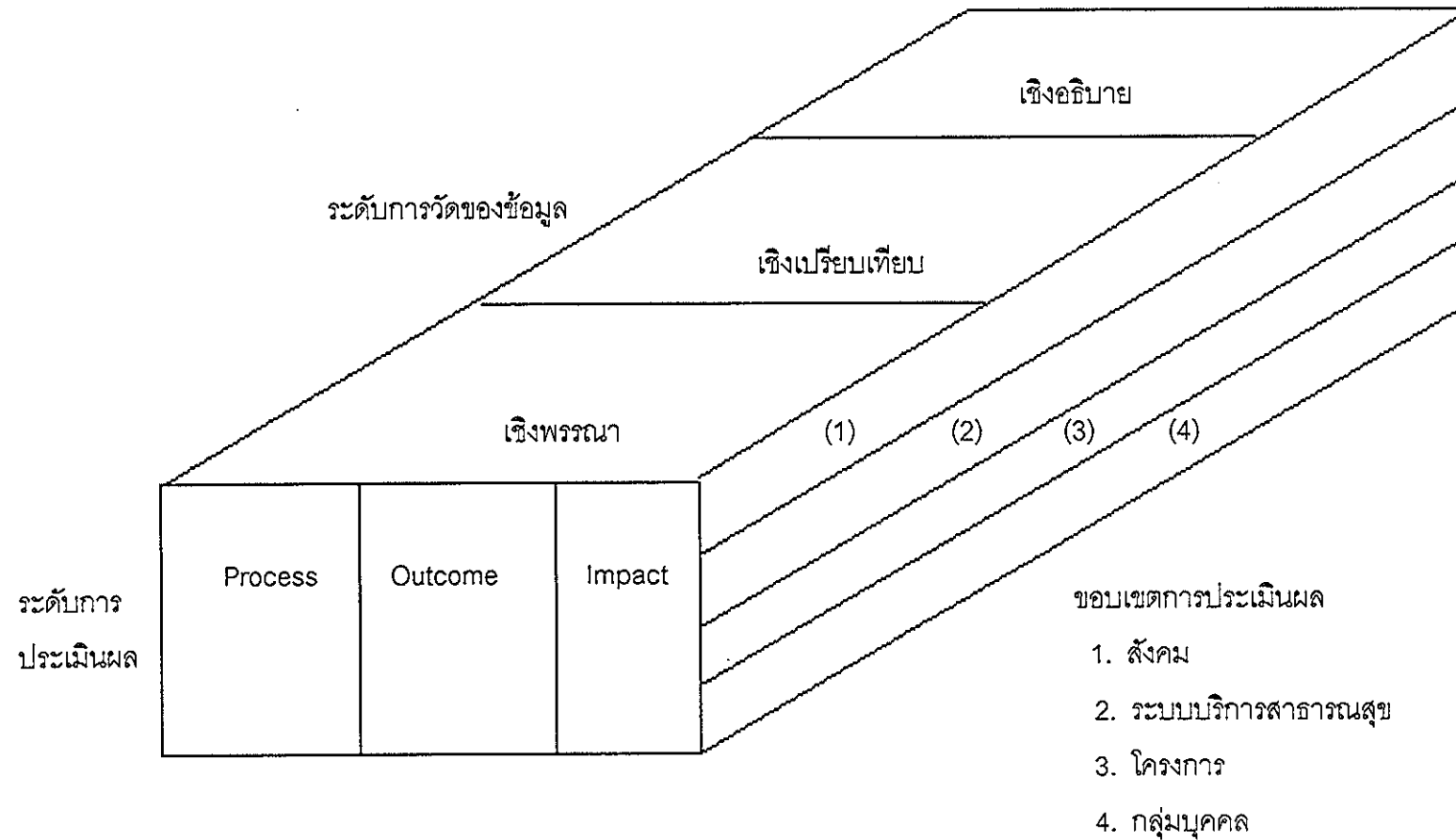
ซัลท์แมน อาร์.บี. และฟีเกอริส เจ (Saltman RB, Figueras J, 1998) ได้ศึกษาการวิเคราะห์การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขว่า การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในทวีปยุโรป หรือที่อื่นานั้น สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิรูปคือทฤษฎี การคาดคะเนจากสิ่งที่เกิดขึ้น และจากประสบการณ์ ผลการศึกษาและตีพิมพ์ในเดือนกันยายน 1997 ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้เข้ามาหาตัวชี้วัดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขในประเทศที่ตั้งอยู่ที่ตะวันตกของทวีปยุโรป จำนวน 51 ประเทศ ซึ่งได้มีบททวนถึงลักษณะของยุทธศาสตร์ทางนโยบายและหาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องจากประสบการณ์ของประชาชนยุโรป เพื่อนำมาใช้ในการวางระบบนโยบายบริการสาธารณสุข

จุจิวา มังคละศิริ (2541) ได้ประเมินผลโครงการวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในส่วนของการประเมินคุณภาพบริการ พบว่าในการก่อตั้งและพัฒนาสถานบริการในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ซึ่งจะต้องมีสถานบริการตั้งอยู่ในชุมชน ต้องมีประชาชนในเขตรับผิดชอบชัดเจน ต้องมีทีมงานที่ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมกับการจัดบริการแบบองค์รวม

สรุปแนวความคิดและวิธีการที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ได้มีผู้ให้คำนิยามของการวิจัยประเมินผลไว้มากมายแตกต่างกันไปตามแนวความคิดของบุคคล ในการเลือกใช้แล้วแต่นักวิจัยจะเลือกมาใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการประเมินผลนั้น สมบัติ สุวรรณพิทักษ์ (2531) ได้เสนอความเห็นไว้ว่าไม่มีรูปแบบการประเมินใดที่มีอยู่ในปัจจุบัน ที่สามารถใช้ในการประเมินโครงการได้อย่างสมบูรณ์ นักวิจัยประเมินผลจะต้องรู้จักคิดค้นประยุกต์รูปแบบการประเมินที่เป็นรูปแบบของตนเองขึ้นมาใช้

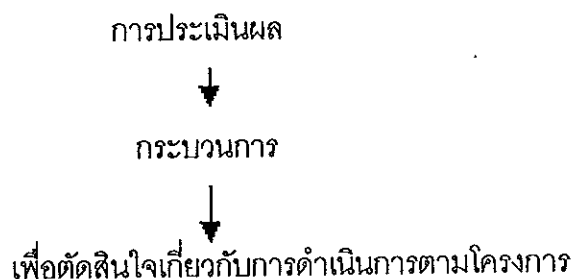
ภาพประกอบ 10 แสดงการเชื่อมโยงของการประเมินผล (Evaluation Matrix)



แหล่งที่มา : การอบรมพัฒนาทีมงานระดับจังหวัด เรื่องการประเมินผลโครงการ Health Care Reform phase 1 ระหว่างวันที่ 7-8 กุมภาพันธ์ 2543
โดย รศ.นพ.วิชัย ไปชะยจินดา ณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากภาพจะเห็นว่า การประเมินผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การประเมินกระบวนการ (process) การประเมินประสิทธิภาพ (outcome) และการประเมินผลกระทบ (impact) โดยหลักการพิจารณาที่ว่า เมื่อเอาอะไรใส่เข้าไป ตัวนั้นจะเป็นกระบวนการ และเมื่อใส่เข้าไปแล้วเกิดอะไรขึ้นสักอย่าง ตัวนั้นจะเป็นประสิทธิภาพ แล้วเมื่อสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ห่างไกลตัวที่เราต้องการศึกษามาก ตัวนั้นจะเป็นผลกระทบ สำหรับระดับของข้อมูลจะแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ข้อมูลเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ ข้อมูลเชิงอธิบาย และขอบเขตการประเมิน จะแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคคล โครงการ ระบบบริการสาธารณสุข และสังคม

ในการประเมินผลครั้งนี้ เป็นการประเมินผลในระดับกระบวนการ โดยเหตุผลที่ว่าสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขนำระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิใส่เข้าไปในจังหวัดยโสธร จากการพิจารณาที่ว่าเมื่อเอาอะไรใส่เข้าไป ตัวนั้นจะเป็นกระบวนการ ดังนั้นระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิที่สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขใส่เข้าไปในจังหวัดยโสธรจึงเป็นกระบวนการ โดยมีระดับของข้อมูลเป็นเชิงพรรณนาและเชิงอธิบาย ในขอบเขตของการประเมินผลเป็นโครงการและจากการประเมินกระบวนการตามรูปแบบชิป (CIPP Model) ของสตีฟเฟิลปิม นั้น เมื่อการวางแผนโครงการได้รับการยอมรับแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือการไปประเมินการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ สำหรับการวิจัยนี้ คือ การไปประเมินความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิเพื่อหาข้อบกพร่องของโครงการ ในระหว่างที่ปฏิบัติการหรือดำเนินงานตามแผนนั้น เพื่อหาข้อมูลนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินการของโครงการและเพื่อควบคุมปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาเฉพาะการประเมินกระบวนการเท่านั้น ไม่ได้ประเมินผลด้านอื่นๆตามแบบจำลองชิป อันได้แก่ สภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า และผลผลิต ดังรายละเอียด



ได้แนวในการศึกษาดังนี้

การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข



ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ



เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินการตามโครงการ

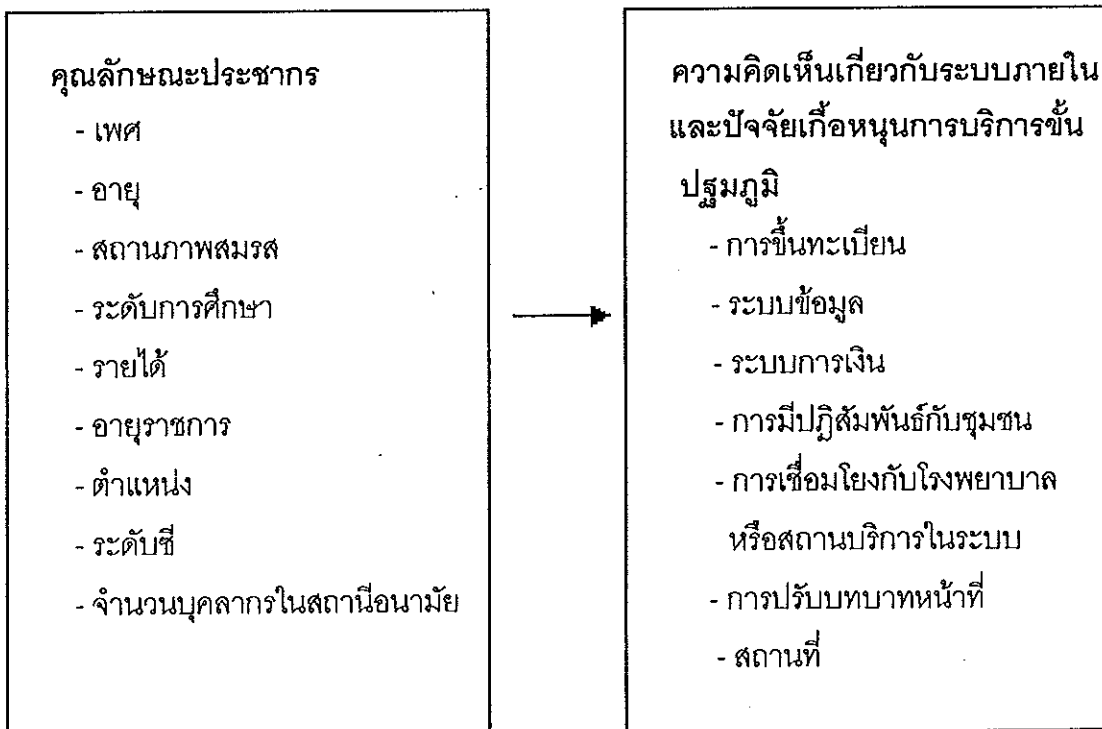
ดังนั้นในการศึกษาการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัด ยโสธร :กรณีระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปขบยอด เป็นแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ ,อายุ ,ตำแหน่ง ,สถานภาพสมรส ,ระยะเวลา ปฏิบัติงาน ,ตำแหน่ง ,ระดับซี ,ระดับการศึกษา
2. ปัจจัยจิตใจ ประกอบด้วย รายได้
3. ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน ประกอบด้วย จำนวนบุคลากรทั้งหมดที่อยู่ใน สถานีนีออนามัย

โดยรวมปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย เป็นปัจจัยคุณลักษณะประชากร ได้กรอบแนวคิด ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบความคิดในการประเมินผลในบางส่วน คือ

1. การประเมินระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการชั้นปฐมภูมิที่มีผลต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
2. ศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อรวบรวม สรุปและเสนอแนวทางในการดำเนินการตัดสินใจของผู้บริหารต่อไป

สรุปท้ายบทจากตัวแบบแสดงความสัมพันธ์ข้างต้น จึงนำไปสู่การสรุปเป็นสมมติฐานการศึกษาเพื่อทดสอบกับข้อมูลจริงในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกรอบแนวคิดตามทฤษฎีตลอดถึงผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยระเบียบวิธีการวิจัยที่จะกล่าวถึงในบทที่ 3 ต่อไป

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร : กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิเป็นการศึกษาวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินผลความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ สถานที่ และเพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องมือในการหาข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร จำนวน 308 คน กระจายตามระยะเวลาที่เริ่มดำเนินการ 3 กลุ่ม คือ สถานบริการที่เริ่มดำเนินการปี 2540 สถานบริการที่เริ่มดำเนินการปี 2541 และสถานบริการที่เริ่มดำเนินการปี 2542

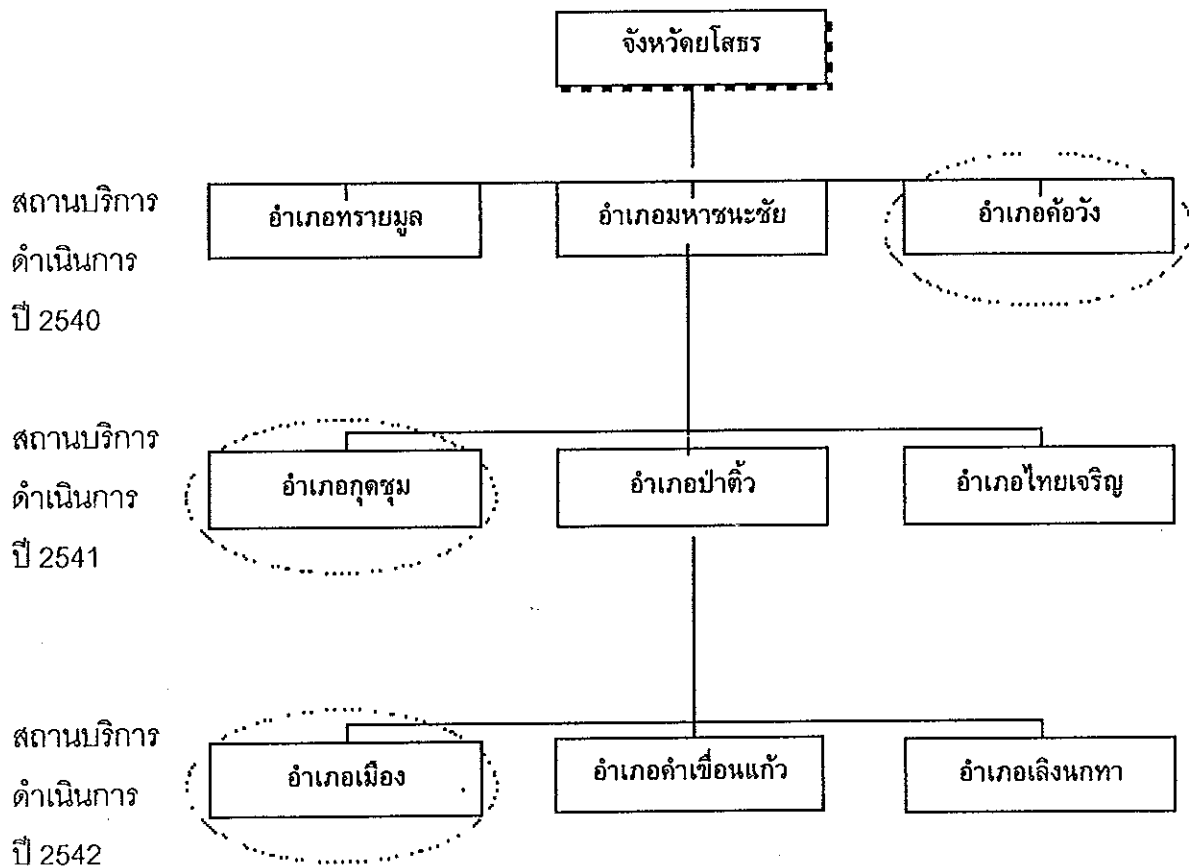
กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Random sampling) เลือกตัวอย่างจากประชากรซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร จำนวน 308 คน ผู้วิจัยทำการหาขนาดตัวอย่างโดยวิธีการประมาณจากจำนวนประชากร ซึ่งนักวิจัยมีกรอบของประชากร สามารถคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ดังนี้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539)

จำนวนประชากร	ขนาดตัวอย่าง
100 - 999	ร้อยละ 25 ของประชากร
1,000 - 9,999	ร้อยละ 10 ของประชากร
มากกว่า 10,000 ขึ้นไป	ร้อยละ 1 ของประชากร

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร มีจำนวน 308 คน ใช้ขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 25 ของประชากร จะได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 77 คน แต่เนื่องจากสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธรมีจำนวน 110 แห่ง เพื่อให้เกิดความครบถ้วนของข้อมูลจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 110 คน จากสถานีอนามัยทุกแห่ง โดยส่งแบบสอบถามไปให้สถานีอนามัยทั้ง 110 แห่ง ได้ตัวอย่างกลับมาทั้งสิ้น 103 แห่ง

2. กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยจำแนกกลุ่มสถานีอนามัยออกเป็น 3 กลุ่ม ตามระยะเวลาที่เริ่มดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข คือ สถานีบริการที่เริ่มดำเนินการ ปี 2540 จำนวน 3 อำเภอ ประกอบด้วยอำเภอทรายมูล มหาชนะชัย และค้อวัง สถานีบริการที่เริ่มดำเนินการ ปี 2541 จำนวน 3 อำเภอ ประกอบด้วยอำเภอกุดชุม ป่าดิว และไทยเจริญ และสถานีบริการที่เริ่มดำเนินการ ปี 2542 จำนวน 3 อำเภอ ประกอบด้วยอำเภอเมือง คำเขื่อนแก้ว และเลิงนกทา ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้



- 2.1 สถานบริการที่เริ่มดำเนินการปี 2540 เลือกสถานื่อนามัยศิริพัฒนา อำเภอ
 ค้อวัง เนื่องจากอำเภอค้อวังได้ดำเนินโครงการปฏิรูปได้ค่อนข้างครอบคลุม
 และสถานื่อนามัยศิริพัฒนา เป็นสถานื่อนามัยนำร่องดำเนินการพัฒนาการ
 บริการขั้นปฐมภูมิ
- 2.2 สถานบริการที่เริ่มดำเนินการปี 2541 เลือกสถานื่อนามัยหนองแก อำเภอภูudson
- 2.3 สถานบริการที่เริ่มดำเนินการปี 2542 เลือกสถานื่อนามัยตาตทอง อำเภอเมือง
 เนื่องจากอำเภอเมือง เป็นอำเภอที่มีสถานบริการทางการแพทย์จำนวนมาก
 ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยต้องการทราบการให้บริการขั้นปฐมภูมิในเขตเมือง
 และสถานื่อนามัยตาตทองอยู่ใกล้โรงพยาบาลจังหวัด ห่างเพียง 8 กิโลเมตร
 และมีการคมนาคม สะดวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามปลายปิด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะประชากร คือ เพศ อายุ สถานภาพ
 สมรส ระดับการศึกษา รายได้ อายุราชการ ตำแหน่ง ระดับซี และจำนวนบุคลากรทั้งหมด
 ในสถานื่อนามัย จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการ
 ขั้นปฐมภูมิ 56 ข้อ คือ

การขึ้นทะเบียน จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ

ข้อ 1,2,3, 4,5,8 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ คือ ข้อ 6,7

ระบบข้อมูล จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ

ข้อ 1,2,4,5,6,8 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ คือ ข้อ 3,7

ระบบการเงิน จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ

ข้อ 1,2,4,5,7,8 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ คือ ข้อ 3,6

การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ

ข้อ 1,2,3,4,5,8 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ คือ ข้อ 6,7

การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ ข้อ 1,2,3,6,7,8 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ คือ ข้อ 4,5

การปรับบทบาทหน้าที่ จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ ข้อ 1,3,4,5,6,8 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ คือ ข้อ 2,7

สถานที่ จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ ข้อ 1,2,3, 4,5,8 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ คือ ข้อ 6,7

คำตอบแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scales) คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยลักษณะข้อความทั้งเชิงบวก (Positive statement) และเชิงลบ (Negative statement) และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

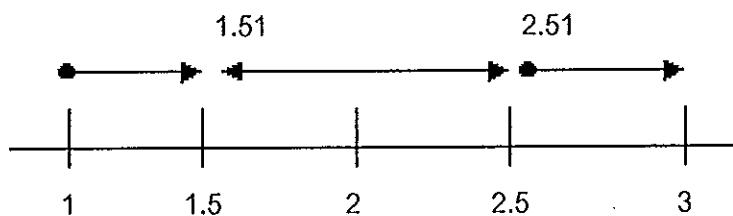
เกณฑ์การให้คะแนนข้อความเชิงบวก คำถามที่ต้องการคำตอบเชิงบวก (Positive statement) ให้คะแนนดังต่อไปนี้

คำตอบ	ให้คะแนน
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

เกณฑ์การให้คะแนนข้อความเชิงลบ คำถามที่ต้องการคำตอบเชิงลบ (Negative statement) ให้คะแนนดังต่อไปนี้

คำตอบ	ให้คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	3

และกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน โดยใช้เกณฑ์สัมบูรณ์ ซึ่งใช้หลักเหตุผลทางคณิตศาสตร์ดังนี้



ระยะห่างจาก 1 -1.5 ในทางคณิตศาสตร์จะยังถือว่าเป็น 1

ถ้า 1.51 ขึ้นไป ในทางคณิตศาสตร์จะนับเป็น 2 และ 2.5 ก็จะเป็นค่าอยู่ในช่วง 2

ถ้า 2.51 ขึ้นไป ในทางคณิตศาสตร์จะปิดเป็น 3 ดังนั้นจึงได้เกณฑ์ในการประเมินผลดังนี้

ความคิดเห็น	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง
ไม่เห็นด้วย	1.00 – 1.50
ไม่แน่ใจ	1.51 – 2.50
เห็นด้วย	2.51 – 3.00

2. การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) บุคลากรทุกคนในสถานื่อนามัย

หัวข้อในการสัมภาษณ์

- สภาพการดำเนินงานขณะนี้เกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่

- ปัญหาอุปสรรคระหว่างการดำเนินงานตามโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

- แนวทางการแก้ไขปัญหา

3. การสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างเรียบร้อยแล้วไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความชัดเจนความถูกต้องของภาษาและความตรงของเนื้อหาจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. การทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายหรือใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษาที่ไม่ใช่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจำนวน 23 คน โดยทดลองใช้กับกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเคยผ่านการปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัยมาก่อน จากนั้นนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมด = .9326 และได้ค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านดังนี้

1. ด้านการขึ้นทะเบียน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7889

2. ด้านระบบข้อมูล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7116
3. ด้านระบบการเงิน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7050
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7091
5. ด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7467
6. ด้านการปรับบทบาทหน้าที่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7129
7. ด้านสถานที่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7145

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการประเมินผลโครงการครั้งนี้ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร
2. ทำหนังสือแจ้งรายละเอียดการเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดถึงสาธารณสุขอำเภอ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล
 - ในส่วนของแบบสอบถามส่งถึงสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธรทั้งหมดจำนวน 110 แห่ง
 - สัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ดำเนินการโดยนักวิจัย
3. ประสานงานกับพื้นที่
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 7.5 for Windows เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์คุณลักษณะประชากร ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ทั้ง 7 ด้าน ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ใช้สถิติอ้างอิง วิเคราะห์หาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปท้ายบท จากที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นองค์ประกอบของระเบียบวิธีการวิจัยที่ได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งจะเป็นการเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดทฤษฎีกับสิ่งที่เกิดขึ้นในความเป็นจริงเพื่อนำไปสู่การตอบสมมติฐานและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งจะปรากฏในบทที่ 4 และบทที่ 5 ต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร :กรณีศึกษา ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ เป็นการประเมินผลในระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ ที่มีผลต่อการให้บริการ โดยส่งแบบสอบถามถึงสถานีนามัยทุกแห่งจำนวน 110 แห่ง ได้แบบสอบถามตอบกลับมา จำนวน 103 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 93.64 สัมภาษณ์เจาะลึกและสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยในจังหวัดยโสธร โดยจำแนกกลุ่มสถานีนามัยออกเป็น 3 กลุ่มตามระยะเวลาที่เริ่มดำเนินการในปี 2540 2541 และ 2542 ได้สถานีนามัยศิริพัฒนา อำเภอค้อวัง สถานีนามัยหนองแก อำเภอกุดชุม สถานีนามัยตาตทอง อำเภอเมือง และได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะประชากร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อายุราชการ ตำแหน่ง ระดับชั้น และจำนวนบุคลากรทั้งหมดในสถานีนามัย
2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิคือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่
3. การวิเคราะห์หาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป
ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 103)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	49	47.6
- หญิง	54	52.4
อายุ		
- 20 - 29 ปี	36	35.0
- 30 - 39 ปี	42	40.8
- 40 - 49 ปี	16	15.5
- 50 - 59 ปี	9	8.7
— X = 34.78 S.D. = 8.65 Min = 23 Max = 55		
สถานภาพสมรส		
- โสด	21	20.4
- คู่	77	74.8
- หม้าย หย่า แยก	5	4.9
ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่าปริญญาตรี/อนุปริญญา	69	67.0
- ปริญญาตรี	34	33.0
รายได้ต่อเดือน		
- 5,000 - 9,999 บาท	50	48.5
- 10,000 - 14,999 บาท	40	38.8
- 15,000 - 19,999 บาท	12	11.7
- 20,000 บาท ขึ้นไป	1	1.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 103)	
	จำนวน	ร้อยละ
$\bar{X} = 10,652.18$ S.D.= 3,506.53 Min = 5,000 Max = 20,150		
อายุราชการ		
- 1 - 5 ปี	16	15.5
- 6 - 10 ปี	36	35.0
- 11 - 15 ปี	17	16.5
- 16 - 20 ปี	15	14.6
- 21 ปี ขึ้นไป	19	18.4
$\bar{X} = 13.00$ S.D.= 7.87 Min = 2.0 Max = 32.0		
ตำแหน่ง		
- เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	44	42.7
- เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	37	35.9
- พยาบาลเทคนิค	4	3.9
- นักวิชาการ	18	17.5
ระดับชั้น		
- ระดับ 2-3	18	17.5
- ระดับ 4-5	45	43.7
- ระดับ 6 ขึ้นไป	40	38.8
จำนวนบุคลากรในสถานีนามัย		
- 2 คน	22	21.4
- 3 คน	76	73.8
- 4 คน	5	4.9

จากตาราง 3 พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีนามัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.4 และเพศชาย ร้อยละ 47.6 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 40.8 รองลงมาอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 35.0 อายุเฉลี่ย 35 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.8 โสด ร้อยละ 20.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 67.0 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 33.0

ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 48.5 รองลงมา 10,000 – 14,999 บาท ร้อยละ 38.8 รายได้เฉลี่ย 10,652 บาท อายุราชการส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 35.0 รองลงมา 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.4 อายุราชการเฉลี่ย 13 ปี ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 42.7 รองลงมาเป็นเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ร้อยละ 35.9 มีนักวิชาการ ร้อยละ 17.5 ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ ระดับที่ส่วนใหญ่ระดับที่ 4-5 ร้อยละ 43.7 รองลงมา ระดับ 6 ขึ้นไป ร้อยละ 38.8 จำนวนบุคลากรในสถานื่อนามัยส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย 3 คน ร้อยละ 73.8 รองลงมา มีเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย 2 คน ร้อยละ 21.4

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียน

การขึ้นทะเบียน	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
1.การขึ้นทะเบียนประชากรผู้รับบริการทำให้มีประชากรที่ หน่วยงานสามารถให้บริการได้อย่างชัดเจน	2.81	0.47	เห็นด้วย
2. การขึ้นทะเบียนเป็นผลดีต่อการดำเนินงาน	2.69	0.54	เห็นด้วย
3.การขึ้นทะเบียนทำให้การบริการมีคุณภาพ	2.53	0.64	เห็นด้วย
4.การขึ้นทะเบียนทำให้กิจกรรมการให้บริการมีความต่อเนื่อง	2.67	0.58	เห็นด้วย
5. การขึ้นทะเบียนทำให้ง่ายต่อการกำหนดกิจกรรมที่ เหมาะสมในการให้บริการ	2.74	0.52	เห็นด้วย
6.การขึ้นทะเบียนประชากรเป็นการไม่เปิดโอกาสให้ ประชากรทั่วไปได้รับบริการอย่างทั่วถึง	2.21	0.75	ไม่แน่ใจ
7.การขึ้นทะเบียนประชากรเป็นการผูกมัดเจ้าหน้าที่ในการ ให้บริการ	2.10	0.75	ไม่แน่ใจ
8.การขึ้นทะเบียนเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ	2.53	0.65	เห็นด้วย
รวม	2.54	0.40	เห็นด้วย

จากตาราง 4 พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียน โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 2.54$) แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเห็นด้วยในเรื่องนี้ การขึ้นทะเบียนประชากรผู้รับบริการทำให้มีประชากรที่หน่วยงานสามารถให้บริการได้อย่างชัดเจน การขึ้นทะเบียนเป็นผลดีต่อการดำเนินงาน การขึ้นทะเบียนทำให้การบริการมีคุณภาพ การขึ้นทะเบียนทำให้กิจกรรมการให้บริการมีความต่อเนื่อง การขึ้นทะเบียนทำให้ง่ายต่อการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมในการให้บริการและการขึ้นทะเบียนเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิสำหรับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับการขึ้นทะเบียนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีจำนวน 2 ข้อ ซึ่งไม่แน่ใจในเรื่องนี้ การขึ้นทะเบียนประชากรเป็นการไม่เปิดโอกาสให้ประชากรทั่วไปได้รับบริการอย่างทั่วถึง การขึ้นทะเบียนประชากรเป็นการผูกมัดเจ้าหน้าที่ในการให้บริการและไม่มีความคิดเห็นไม่เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อมูล

ระบบข้อมูล	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
1.ระบบข้อมูลทั้งหมดมีความสำคัญต่อหน่วยงานในการให้บริการ	2.81	0.47	เห็นด้วย
2.เพิ่มอนามัยครอบครัวให้เก็บข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกในความรับผิดชอบของสถานบริการทำให้ผู้ให้บริการสามารถรู้จักผู้รับบริการได้ง่ายขึ้น	2.78	0.46	เห็นด้วย
3.ระบบข้อมูลทั้งหมดไม่มีความจำเป็นสำหรับหน่วยงานระดับสถานีอนามัยเพราะเป็นหน่วยงานที่เล็กมีข้อมูลน้อย	2.41	0.81	ไม่แน่ใจ
4. บัตรปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เก็บไว้ในแฟ้มปฏิทินวันนัด ช่วยทำให้เกิดความต่อเนื่องของบริการเพราะสามารถติดตามผู้ป่วยได้	2.73	0.55	เห็นด้วย
5. บัตรสรุปสภาวะสุขภาพช่วยทำให้ผู้ให้บริการทราบข้อมูลที่สำคัญของสมาชิกแต่ละคนส่งผลให้การบริการมีคุณภาพมากขึ้น	2.67	0.58	เห็นด้วย
6.การใช้แฟ้มครอบครัวร่วมกับบัตรสรุปสภาวะสุขภาพขณะให้บริการทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจและรับทราบข้อมูลของผู้รับบริการอย่างครอบคลุมทั้งครอบครัว	2.70	0.50	เห็นด้วย
7. การเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการควบคุม กำกับ และประเมินผลกิจกรรมการให้บริการ ไม่มีความจำเป็น	2.42	0.79	ไม่แน่ใจ
8.ระบบข้อมูลทั้งหมดเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ	2.67	0.55	เห็นด้วย
รวม	2.65	0.35	เห็นด้วย

จากตาราง 5 พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัย
เกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อมูล โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับระบบข้อมูล
ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($X = 2.65$) แต่เมื่อพิจารณาราย
ข้อ พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับระบบข้อมูลตามแนวคิดของสำนักงาน
โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเห็นด้วยในเรื่องดังนี้ ระบบข้อมูลทั้งหมด
มีความสำคัญต่อหน่วยงานในการให้บริการ แพ้มนามัยครอบครัวให้เก็บข้อมูลพื้นฐานของ
สมาชิกในความรับผิดชอบของสถานบริการทำให้ผู้ให้บริการสามารถรู้จักผู้รับบริการได้ง่ายขึ้น
บัตรปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เก็บไว้ในแฟ้มปฏิทินวันนัดช่วยทำให้เกิดความต่อเนื่องของ
บริการเพราะสามารถติดตามผู้ป่วยได้ บัตรสรุปสภาวะสุขภาพช่วยทำให้ผู้ให้บริการทราบข้อมูลที่สำคัญ
ของสมาชิกแต่ละคนส่งผลให้การบริการมีคุณภาพมากขึ้น การใช้แฟ้มครอบครัวร่วมกับบัตร
สรุปสภาวะสุขภาพ ขณะให้บริการทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจและรับทราบข้อมูลของผู้รับบริการอย่าง
ครอบคลุมทั้งครอบครัวและระบบข้อมูลทั้งหมดเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ
สำหรับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับระบบข้อมูลตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสา
ธารณสุข มีจำนวน 2 ข้อ ซึ่งไม่แน่ใจในเรื่องดังนี้ ระบบข้อมูลทั้งหมดไม่มีความจำเป็นสำหรับ
หน่วยงานระดับสถานีอนามัยเพราะเป็นหน่วยงานที่เล็กมีข้อมูลน้อย การเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการ
ควบคุม กำกับและประเมินผลกิจกรรมการให้บริการไม่มีความจำเป็น และไม่มีความคิดเห็นไม่เห็น
ด้วยกับระบบข้อมูลตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบการเงิน

ระบบการเงิน	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
1.การออกแบบระบบการเงินที่ดี ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการให้บริการ	2.75	0.48	เห็นด้วย
2. การจ่ายเงินโดยอ้อมทำให้เกิดความเสมอภาคในการให้บริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยตรง	2.17	0.69	ไม่แน่ใจ
3. การจ่ายเงินโดยตรงเกิดความต่อเนื่องในการรับบริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยอ้อม	1.80	0.73	ไม่แน่ใจ
4. การสร้างระบบการมีส่วนร่วมจ่ายเงิน(Co-payment) มีความสำคัญเพื่อเป็นการลดการใช้บริการที่เกินจำเป็น	2.58	0.57	เห็นด้วย
5. การจ่ายเงินโดยอ้อม เช่น จ่ายผ่านระบบประกันสุขภาพ ทำให้ผู้รับบริการทุกคนมีสิทธิ์เข้าถึงบริการ	2.54	0.64	เห็นด้วย
6. การจ่ายเงินโดยอ้อม ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมสำหรับประชาชนที่ต้องจ่ายเงิน ผ่านระบบประกันสุขภาพ ในขณะที่ตนเองไม่มีปัญหาสุขภาพ	2.17	0.73	ไม่แน่ใจ
7.การใช้บริการเกินความจำเป็นส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ต้องจ่ายเงินในการใช้บริการ	2.54	0.62	เห็นด้วย
8.ระบบการเงินทั้ง 2 วิธี เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ	2.50	0.54	ไม่แน่ใจ
รวม	2.38	0.31	ไม่แน่ใจ

จากตาราง 6 พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบการเงิน โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นไม่แน่ใจกับระบบการเงินตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (\bar{X} =2.38) แต่เมื่อพิจารณาราย

ข้อ พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นไม่แน่ใจกับระบบการเงินตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ ซึ่งไม่แน่ใจในเรื่องดังนี้ การจ่ายเงินโดยอ้อมทำให้เกิดความเสมอภาคในการให้บริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยตรง การจ่ายเงินโดยตรงเกิดความต่อเนื่องในการรับบริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยอ้อม การจ่ายเงินโดยอ้อมทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมสำหรับประชาชนที่ต้องจ่ายเงินผ่านระบบประกันสุขภาพในขณะที่ตนเองไม่มีปัญหาสุขภาพและระบบการเงินทั้ง 2 วิธี เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ สำหรับความคิดเห็นเห็นด้วยกับระบบการเงินตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีจำนวน 4 ข้อ ซึ่งเห็นด้วยในเรื่องดังนี้ การออกแบบระบบการเงินที่ดี ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการให้บริการ การสร้างระบบการมีส่วนร่วมจ่ายเงิน(Co-payment)มีความสำคัญเพื่อเป็นการลดการใช้บริการที่เกินจำเป็น การจ่ายเงินโดยอ้อม เช่น การจ่ายผ่านระบบประกันสุขภาพ ทำให้ผู้รับบริการทุกคนมีสิทธิ์เข้าถึงบริการ การใช้บริการเกินความจำเป็นส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ต้องจ่ายเงินในการใช้บริการและไม่มีความคิดเห็นไม่เห็นด้วยกับระบบการเงินตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน

การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
1.การมีความสัมพันธ์รายบุคคลโดยผ่านกระบวนการของการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน การตัดสินใจร่วมกันทำให้ผู้รับบริการให้ความร่วมมือในการรักษา	2.79	0.44	เห็นด้วย
2.ผลของการมีความสัมพันธ์ที่ดีในระดับรายบุคคลและรายครอบครัวทำให้เกิดการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทั้งชุมชน ช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการ	2.79	0.44	เห็นด้วย
3. การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ทำให้การบริการเป็นองค์รวมมากขึ้น	2.84	0.36	เห็นด้วย

ตาราง 7 (ต่อ)

การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน ฐานS.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
4. การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	2.84	0.39	เห็นด้วย
5. ความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการหรือสถานบริการกับชุมชน เกิดขึ้นจากการมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องของทั้งรายบุคคล รายครอบครัวและทั้งชุมชน	2.84	0.36	เห็นด้วย
6. การให้ผู้รับบริการได้มีการตัดสินใจร่วมกันในการแก้ปัญหาพัฒนาสถานบริการและระบบการให้บริการทำให้ผู้รับบริการมีอำนาจในการต่อรอง ส่งผลทำให้ขาดประสิทธิภาพการให้บริการได้	1.84	0.76	ไม่แน่ใจ
7. การมีความสัมพันธ์กับชุมชนทำให้เสียเวลาในการปฏิบัติงาน และเสียค่าใช้จ่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น	2.26	0.80	ไม่แน่ใจ
8. การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนทั้ง 3 ระดับ เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการชั้นปฐมภูมิ	2.81	0.40	เห็นด้วย
รวม	2.63	0.28	เห็นด้วย

จากตาราง 7 พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้นปฐมภูมิด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X}=2.63$) แต่เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเห็นด้วยในเรื่องดังนี้ การมีความสัมพันธ์รายบุคคลโดยผ่านกระบวนการของการทำความเข้าใจ

ซึ่งกันและกัน การตัดสินใจร่วมกันทำให้ผู้รับบริการให้ความร่วมมือในการรักษา ผลของการมีความสัมพันธ์ที่ดีในระดับรายบุคคลและรายครอบครัวทำให้เกิดการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทั้งชุมชน ช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการ การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนทำให้การบริการเป็นองค์รวมมากขึ้น การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการหรือสถานบริการกับชุมชนเกิดขึ้นจากการมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องของทั้งรายบุคคล รายครอบครัวและทั้งชุมชนและการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนทั้ง 3 ระดับ เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ สำหรับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีจำนวน 2 ข้อ ซึ่งไม่แน่ใจในเรื่องดังนี้ การให้ผู้รับบริการได้มีการตัดสินใจร่วมกันในการแก้ปัญหาพัฒนาสถานบริการและระบบการให้บริการทำให้ผู้รับบริการมีอำนาจในการต่อรองส่งผลทำให้ขาดประสิทธิภาพการให้บริการได้ การมีความสัมพันธ์กับชุมชนทำให้เสียเวลาในการปฏิบัติงานและเสียค่าใช้จ่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น และไม่มีความคิดเห็นไม่เห็นด้วยกับการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ

การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
1. การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ เช่น การประสานงานและการส่งต่อเพื่อรับบริการระหว่างการบริการขั้นปฐมภูมิ และ Hospital Care ทำให้เป็นที่พึงของการให้บริการซึ่งกันและกัน	2.70	0.50	เห็นด้วย
2. การเชื่อมโยงจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิไปยัง Hospital Care ทำให้เกิดการไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม	2.66	0.50	เห็นด้วย
3. การเชื่อมโยงจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิไปยัง Hospital Care ทำให้เกิดความต่อเนื่องของทั้งข้อมูลและกิจกรรมการให้บริการ	2.72	0.47	เห็นด้วย
4. การส่งต่อเป็นสิ่งที่สะดวกเพราะไม่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย	2.47	0.71	ไม่แน่ใจ
5. โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้โดยไม่ต้องใช้ข้อมูลในการส่งต่อจากสถานีอนามัย ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องมีการส่งต่อก็ได้	2.50	0.77	ไม่แน่ใจ
6. การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบทำให้การบริการมีคุณภาพ	2.77	0.51	เห็นด้วย
7. การเชื่อมโยงจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิไปยัง Hospital Care ทำให้ไม่มีช่องว่างในการให้บริการ	2.78	0.48	เห็นด้วย
8. การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ	2.80	0.40	เห็นด้วย
รวม	2.67	0.33	เห็นด้วย

จากตาราง 8 พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัย
 เกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ โดย
 เฉลี่ยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบตามแนวคิด
 ของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 2.67$) แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า
 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการใน
 ระบบตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเห็นด้วย
 ในเรื่องดังนี้ การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ เช่น การประสานงานและการ
 ส่งต่อเพื่อรับบริการระหว่างบริการขั้นปฐมภูมิและ Hospital Care ทำให้เป็นที่พึงของการให้
 บริการซึ่งกันและกัน การเชื่อมโยงจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิไปยัง Hospital Care ทำให้เกิดการ
 ไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม การเชื่อมโยงจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิไปยัง Hospital Care ทำให้เกิด
 ความต่อเนื่องของทั้งข้อมูลและกิจกรรมการให้บริการ การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถาน
 บริการในระบบทำให้การบริการมีคุณภาพ การเชื่อมโยงจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิไปยัง
 Hospital Care ทำให้ไม่มีช่องว่างในการให้บริการ และการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถาน
 บริการในระบบเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ สำหรับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับการ
 เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบ
 บริการสาธารณสุข มีจำนวน 2 ข้อ ซึ่งไม่แน่ใจในเรื่องดังนี้ การส่งต่อเป็นสิ่งที่สะดวกเพราะไม่ต้อง
 รับภาระในการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้โดยไม่ต้องใช้ข้อมูลในการส่งต่อจาก
 สถานีอนามัย ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องมีการส่งต่อก็ได้และไม่มีความคิดเห็นไม่เห็นด้วยกับการเชื่อม
 โยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการ
 สาธารณสุข

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่

การปรับบทบาทหน้าที่	ค่าเฉลี่ย X	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
1. การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงาน จะสามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้รับบริการได้ ในกรณีที่ผู้รับผิดชอบงานไม่อยู่	2.86	0.40	เห็นด้วย
2. การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงาน จะเกิดการก้าวก้าวการปฏิบัติงานในหน้าที่ซึ่งกันและกัน	2.40	0.84	ไม่แน่ใจ
3. การกำหนดเวลาในการให้บริการเป็นสิ่งจำเป็นเช่น การเยี่ยมบ้าน	2.71	0.50	เห็นด้วย
4. การกำหนดเวลาในการให้บริการโดยคำนึงถึงความสะดวกสบายของทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	2.68	0.61	เห็นด้วย
5. ควรมีการกำหนดเวลาที่แน่นอนในการให้บริการ เช่น เวลาในการเยี่ยมบ้าน เวลาในการให้คำปรึกษา	2.61	0.61	เห็นด้วย
6. การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงาน ทำให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ต่อเนื่อง	2.88	0.32	เห็นด้วย
7. การกำหนดเวลาในการให้บริการที่นอกเหนือจากเวลาราชการ ท่านไม่พร้อมที่จะทำถ้าไม่มีผลตอบแทนให้	1.85	0.82	ไม่แน่ใจ
8. การปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ	2.73	0.47	เห็นด้วย
รวม	2.59	0.26	เห็นด้วย

จากตาราง 9 พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัย
 เกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจ
 กรรม โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการ
 ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 2.59$) แต่เมื่อ
 พิจารณารายข้อ พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการปรับบทบาทหน้าที่และ
 การกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสา
 ธารณสุข จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเห็นด้วยในเรื่องดังนี้ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้
 ใงานจะสามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้รับบริการได้ในกรณีที่ได้รับผิดชอบงานไม่อยู่ การ
 กำหนดเวลาในการให้บริการเป็นสิ่งจำเป็น การกำหนดเวลาในการให้บริการโดยคำนึงถึงความสะดวก
 สบายทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ควรมีการกำหนดเวลาที่แน่นอนในการให้บริการ เช่น
 เวลาในการเยี่ยมบ้าน เวลาในการให้คำปรึกษา การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิด
 การเรียนรู้ใงานทำให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ต่อเนื่องและการปรับบทบาทหน้าที่และการ
 กำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ
 สำหรับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจ
 กรรมตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีจำนวน 2 ข้อ ซึ่งไม่แน่ใจ
 ในเรื่องดังนี้ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ใงานจะเกิดการก้าวก้าว
 การปฏิบัติงานในหน้าที่ซึ่งกันและกัน การกำหนดเวลาในการให้บริการที่นอกเหนือจากเวลาราชการ
 ทานไม่พร้อมที่จะทำถ้าไม่มีผลตอบแทนให้ และไม่มีความคิดเห็นไม่เห็นด้วยกับการปรับ
 บทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูป
 ระบบบริการสาธารณสุข

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านสถานที่

สถานที่	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
1. การจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ	2.91	0.35	เห็นด้วย
2. การดูแลความสะอาด และความเป็นระเบียบของสิ่งแวดล้อม ของสถานีอนามัยทำให้ผู้รับบริการเกิดความศรัทธาที่จะมาใช้บริการ	2.93	0.25	เห็นด้วย
3. การจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเป็นสิ่งจำเป็น	2.91	0.32	เห็นด้วย
4. การจัดให้มีห้องเป็นสัดส่วนสำหรับการให้บริการ เช่น ห้องให้คำปรึกษา ทำให้การให้บริการมีคุณภาพ	2.84	0.41	เห็นด้วย
5. ห้องสำหรับให้บริการควรมีความเป็นส่วนตัวพอสมควร เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถคุยกับผู้ให้บริการในทุกๆ เรื่องได้มากขึ้น	2.83	0.43	เห็นด้วย
6. สถานีอนามัยมีผู้รับบริการน้อย ไม่จำเป็นต้องมีห้องสำหรับการให้คำปรึกษาก็ได้	2.59	0.63	เห็นด้วย
7. การจัดสถานที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมาใช้บริการของผู้ป่วย	2.56	0.70	เห็นด้วย
8. สถานที่เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ	2.86	0.37	เห็นด้วย
รวม	2.81	0.27	เห็นด้วย

จากตาราง 10 พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านสถานที่ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขทุกข้อ ($\bar{X}=2.81$)

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยรวมของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. การขึ้นทะเบียน	2.54	0.40	เห็นด้วย
2. ระบบข้อมูล	2.65	0.35	เห็นด้วย
3. ระบบการเงิน	2.38	0.31	ไม่แน่ใจ
4. การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน	2.63	0.28	เห็นด้วย
5. การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ	2.67	0.33	เห็นด้วย
6 การปรับบทบาทหน้าที่	2.59	0.26	เห็นด้วย
7. สถานที่	2.81	0.27	เห็นด้วย
รวม	2.61	0.23	เห็นด้วย

จากตาราง 11 พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิในด้านต่างๆ 7 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่ โดยในภาพรวมมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 2.61$) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 6 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่ สำหรับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มี 1 ด้าน คือ ด้านระบบการเงิน

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	การขึ้นทะเบียน		ระบบข้อมูล		ระบบการเงิน		การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน		การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลฯ		การปรับบทบาทหน้าที่ฯ		สถานที่		รวม	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
เพศ																
ชาย	2.40	0.43	2.59	0.34	2.36	0.32	2.59	0.30	2.59	0.37	2.52	0.27	2.77	0.32	2.54	0.24
หญิง	2.66	0.31	2.70	0.36	2.40	0.31	2.66	0.26	2.74	0.28	2.66	0.22	2.84	0.22	2.66	0.20
อายุ																
20-29 ปี	2.49	0.38	2.63	0.37	2.44	0.33	2.62	0.30	2.72	0.33	2.59	0.27	2.81	0.30	2.62	0.23
30-39 ปี	2.46	0.43	2.58	0.38	2.35	0.29	2.65	0.28	2.63	0.36	2.57	0.26	2.79	0.26	2.58	0.24
40-49 ปี	2.77	0.28	2.81	0.19	2.36	0.34	2.57	0.23	2.68	0.25	2.60	0.23	2.84	0.19	2.66	0.14
50-59 ปี	2.61	0.32	2.75	0.24	2.35	0.31	2.64	0.27	2.65	0.40	2.63	0.22	2.79	0.39	2.63	0.26
สถานภาพสมรส																
โสด	2.59	0.37	2.67	0.38	2.40	0.33	2.63	0.35	2.76	0.26	2.61	0.27	2.83	0.21	2.64	0.21
คู่	2.52	0.40	2.64	0.34	2.38	0.31	2.63	0.25	2.64	0.35	2.59	0.25	2.80	0.29	2.60	0.23

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การขึ้นทะเบียน		ระบบข้อมูล		ระบบการเงิน		การมีปฏิสัมพันธ์ กับชุมชน		การเชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลฯ		การปรับบทบาท หน้าที่ฯ		สถานที่		รวม	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
ระดับการศึกษา																
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2.57	0.37	2.64	0.36	2.36	0.30	2.60	0.29	2.66	0.34	2.56	0.27	2.79	0.29	2.60	0.23
ปริญญาตรี	2.47	0.44	2.67	0.33	2.43	0.33	2.67	0.25	2.70	0.31	2.65	0.21	2.84	0.23	2.63	0.21
ตำแหน่ง																
จพ./จบท./นว.	2.55	0.39	2.67	0.32	2.39	0.32	2.63	0.28	2.67	0.34	2.58	0.25	2.80	0.28	2.61	0.23
พยาบาล	2.19	0.54	2.03	0.51	2.19	0.13	2.53	0.21	2.72	0.19	2.78	0.26	2.88	0.14	2.47	0.12
จำนวนบุคลากร																
2 คน	2.52	0.53	2.56	0.45	2.39	0.31	2.57	0.36	2.70	0.35	2.61	0.30	2.78	0.29	2.59	0.27
3 คน	2.53	0.36	2.67	0.32	2.38	0.32	2.63	0.25	2.67	0.32	2.58	0.24	2.81	0.28	2.61	0.21
4 คน	2.65	0.27	2.75	0.27	2.40	0.27	2.75	0.31	2.55	0.44	2.60	0.30	2.93	0.11	2.66	0.24

3. การวิเคราะห์หาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อความคิดเห็นของ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

เนื่องจากความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และจำนวนบุคลากรทั้งหมดในสถานีก่อนอนามัย เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิแล้วพบว่า ตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์สูงสุด ดังนั้นจึงนำตัวแปรเพศเข้ามาทดสอบหาความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ซึ่งมีตัวแปรเพศ ตัวแปรเดียวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรตัวอื่นๆ เมื่อนำเข้ามาทดสอบแล้วพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ จึงนำเสนอตาราง ดังนี้

ตาราง 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

ตัวทำนาย	b	Beta	R ²	R ² Change	F-Value	T
ขั้นที่ 1						
เพศ	-.122	.272	.074	.074	8.053	-2.838
ค่าคงที่(Constant)	2.666					

p < .05

จากตาราง 13 พบว่าตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 7 (R² = .074 p-value < .05) โดยสมการถดถอยที่ดีที่สุดในการทำนายระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ จากสมการ $Y = a + bx$

$$Y = 2.666 - .122 (\text{sex})$$

ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ = $2.666 - .122$ (เพศ)

เมื่อให้เพศชายเป็นตัวแปรอ้างอิง พบว่า

$$\text{ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพศชาย} = 2.666 - .122 (1) = 2.544$$

$$\text{ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพศหญิง} = 2.666 - .122 (0) = 2.666$$

จากสมการตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ เมื่อนำเพศชายและเพศหญิงมาแทนค่าลงในสมการแล้ว จะเห็นว่าระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ได้ร้อยละ 7

แม้ดูรายด้านพบว่าตัวแปรเพศและตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียน โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียน ได้ร้อยละ 18 ($R^2 = .175$ p-value < .05)

ตัวแปรเพศและตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อมูล โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านระบบข้อมูล ได้ร้อยละ 18 ($R^2 = .177$ p-value < .05)

ตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ ได้ร้อยละ 5 ($R^2 = .05$ p-value < .05)

ตัวแปรเพศและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่ โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

เกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่ ได้ร้อยละ 15 ($R^2 = .152$ $p\text{-value} < .05$)

ซึ่งถือว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีน้อยมาก ดังตาราง 31 -34 (ภาคผนวก ข.) ดังนั้นจึงถือว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรทั่วไป

เพศ จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สถานเอนามัยในจังหวัดยโสธรกลุ่มที่ทำการศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.4 ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากว่าเจ้าหน้าที่ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อาจจะทำงานด้านการให้บริการและส่วนใหญ่จะให้ผู้หญิงรับผิดชอบ ส่วนในงานประเภทออกพื้นที่ งานสุขภาพ งานควบคุมโรคติดต่อ ถ้าในสถานเอนามัยนั้นมีเจ้าหน้าที่ผู้ชาย งานภาคสนามมักจะเป็นหน้าที่ของผู้ชาย

อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 40.8 รองลงมาอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 35.0 จะเห็นว่าประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและมีประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งสมหมาย เกิดกล้า (2541) ได้อ้างถึง อิริคสัน ว่าผู้ใหญ่ตอนต้น (20-35 ปี) เป็นวัยที่เจริญเติบโตเต็มที่ คือ มีการเจริญถึงขีดสุดมีภาวะ มีความพร้อมที่จะทำงานประกอบอาชีพ มีครอบครัวและเป็นโอกาสที่จะกระตุ้นให้คนกลุ่มนี้ทำงานให้เต็มความสามารถ และพัฒนางานต่อไปได้

สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.8

ระดับการศึกษา เจ้าหน้าที่สถานเอนามัยส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 67.0 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 33.0 ทั้งนี้จากสภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ระดับวุฒิการศึกษาของเจ้าหน้าที่สถานเอนามัยที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ และพนักงานอนามัยสามารถปฏิบัติหน้าที่สถานเอนามัยได้ โดยไม่จำเป็นต้องสำเร็จวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี จึงทำให้สัดส่วนของระดับการศึกษาของเจ้าหน้าที่สถานเอนามัยต่ำกว่าปริญญาตรีมากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมหมาย เกิดกล้า (2541) ดรุณี คุณศรี (2536) กุสุมา วงษ์จันทร์ (2532) และวิภากร สร้อยสุวรรณ (2538) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่สถานเอนามัยที่ทำการศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี สำหรับระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 33.0 ทั้งนี้เพราะในกรอบอัตราค่าจ้างตำแหน่งของเจ้าหน้าที่สถานเอนามัย เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สามารถเรียนต่อเนื่องอีก 2 ปี ก็สามารถจบปริญญาตรีและสอบ

เปลี่ยนสายงานเป็นนักวิชาการได้ และระดับที่สามารถไปถึงระดับ 7 ซึ่งสูงกว่า จึงทำให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยส่วนใหญ่มีการเรียนศึกษาต่อเนื่อง อีก 2 ปี และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากขึ้น

รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 - 9,999 บาท ร้อยละ 48.5 รองลงมา 10,000 - 14,999 บาท ร้อยละ 38.8 รายได้เฉลี่ย 10,652 บาทต่อเดือน หรือประมาณวันละ 355 บาท เมื่อเทียบกับอัตราจ้างค่าแรงขั้นต่ำของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมวันละ 128 บาท ซึ่งมากกว่าอัตราจ้างค่าแรงขั้นต่ำ 2.8 เท่า ซึ่งถือว่าเพียงพอต่อการดำรงชีพ

อายุราชการส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 35.0 รองลงมา 21 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 18.4 อายุราชการเฉลี่ย 13 ปี ซึ่งอายุราชการสอดคล้องกับอายุของผู้ตอบแบบสอบถามและใกล้เคียงกับสมมติฐาน เกิดเกล้า (2541) ที่พบว่าอายุราชการของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยโดยเฉลี่ย 14 ปี

ตำแหน่ง ส่วนใหญ่เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 42.7 รองลงมาเป็นเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ร้อยละ 35.9 มีนักวิชาการ ร้อยละ 17.5 ทั้งนี้เพราะในกรอบอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ในจำนวนเจ้าหน้าที่ 5 คน เป็นเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขระดับ 6 จำนวน 2 ตำแหน่ง นักวิชาการ ระดับ 3-7 จำนวน 1 ตำแหน่ง และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระดับ 2-5 จำนวน 2 ตำแหน่ง ซึ่งสัดส่วนเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข : เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน : นักวิชาการ เป็น 2:2:1 ซึ่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจำนวนเท่ากัน แต่ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ระดับที่ 4-5 (ส่วนใหญ่เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน)มากกว่าระดับ 6 (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข) จึงทำให้ตำแหน่งเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนมีจำนวนมากกว่า

ระดับที่ พบว่าส่วนใหญ่ระดับที่ 4-5 ร้อยละ 43.7 รองลงมา ระดับ 6 ร้อยละ 38.8 ทั้งนี้ตามกรอบอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย มีเจ้าหน้าที่ 5 คน คือ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ระดับ 6 จำนวน 1 ตำแหน่ง เป็นหัวหน้าสถานีนามัย นักวิชาการ ระดับ 3-7 จำนวน 1 ตำแหน่ง และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระดับ 2-5 จำนวน 2 ตำแหน่ง และเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ระดับ 6 อีกจำนวน 1 ตำแหน่ง ซึ่งในความเป็นจริงระดับ 6 จะเป็นหัวหน้าสถานีนามัยซึ่งมีเพียง 1 คน มีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระดับ 2-5 จำนวน 2 ตำแหน่ง และนักวิชาการส่วนใหญ่จะระดับไม่เกินระดับ 5 ซึ่งกรอบอัตรากำลังนี้เริ่มปี 2537 เจ้าหน้าที่ในสถานีนามัยที่เปลี่ยนสายงานเป็นนักวิชาการยังไม่มีถึงระดับ 7 จึงทำให้มีสัดส่วนของระดับที่ 4-5 มากกว่า

จำนวนบุคลากรในสถานีนามัย พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนเจ้าหน้าที่ 3 คน/แห่ง ร้อยละ 73.8 รองลงมา 2 คน ร้อยละ 21.4 ซึ่งจำนวนบุคลากรค่อนข้างน้อยไม่เพียงพอ เนื่องจากกรอบอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย มีเจ้าหน้าที่ 5 คน แต่ในความเป็นจริง ส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่เพียง 3 คน

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ตามแนวคิด ของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

สำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการขั้นปฐมภูมิ มีองค์ประกอบหลักของการให้บริการที่จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การบริการเข้มแข็ง คือ ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ ทีมผู้ให้บริการ องค์ความรู้ที่ต้องใช้ในการให้บริการและโครงสร้างที่รองรับการให้บริการขั้นปฐมภูมิ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่จะทำให้การบริการเข้มแข็งในส่วนของระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ ซึ่งต้องการทราบความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ

นอกจากตัวบุคคลที่ทำหน้าที่ให้บริการในสถานบริการแล้ว ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนที่เป็นองค์ประกอบภายในของสถานบริการขั้นปฐมภูมิ ก็มีส่วนสำคัญมากเช่นกันที่จะมีอิทธิพลต่อการให้บริการ ในที่นี้อาจสรุปแนวคิดหรือหลักการของระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนที่จะมีส่วนช่วยทำให้การให้บริการขั้นปฐมภูมิเข้มแข็งคือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่

ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิในด้านต่างๆ 7 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่ โดยในภาพรวมมีความคิดเห็นเห็นด้วย กับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 2.61$) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 6 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่ และมีความคิดเห็นไม่แน่ใจกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 1 ด้าน คือ ด้านระบบการเงิน ซึ่งสอดคล้องและใกล้เคียงกับการศึกษาของสมหมาย เกิดกล้า (2541) ซึ่งพบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ 5 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล การมีปฏิ

สัมพันธ์กับชุมชน การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่ และมีความคิดเห็นไม่แน่ใจกับระบบภายใน และปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ 2 ด้าน คือ ด้านระบบการเงินและการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ ซึ่งสามารถอธิบายที่ละประเด็นได้ดังนี้

การขึ้นทะเบียน

การขึ้นทะเบียนคือการที่สถานบริการมีประชากรเป้าหมายในการให้บริการ ช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการออกแบบกำหนดกิจกรรมการให้บริการ และเจ้าหน้าที่ได้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ ที่จะทำให้ประชากรเป้าหมายได้รับประโยชน์สูงสุด ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียน โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 2.54$) ว่าการขึ้นทะเบียนเป็นผลดีต่อการดำเนินงานและทำให้ง่ายต่อการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมในการให้บริการ สอดคล้องกับสมหมาย เกิดเกล้า (2541) ว่าการขึ้นทะเบียนมีผลต่อการปฏิบัติงานและทำให้เกิดผลดีในการดำเนินงานต่าง ๆ อีกทั้งยังเป็นการง่ายต่อการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสม การขึ้นทะเบียนประชากรผู้รับบริการทำให้มีประชากรที่หน่วยงานสามารถให้บริการได้อย่างชัดเจนทำให้การบริการมีคุณภาพและกิจกรรมการให้บริการมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับอุกฤษฏ์ มิลินทางกูร (2539) ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2540) และ รุจิรา มังคละศิริ (2540) ว่า เงื่อนไขสำคัญในการพัฒนาสถานบริการระดับปฐมภูมิคือ ต้องมีประชาชนในเขตรับผิดชอบชัดเจนจึงจะทำให้การบริการมีคุณภาพซึ่งรับผิดชอบประชาชนในชุมชนที่มีจำนวนพอเหมาะ ไม่มากเกินไปจนทำให้การบริการไม่มีคุณภาพ ไม่น้อยเกินไปจนทำให้ขาดทักษะในการเรียนรู้ ซึ่งอาจกำหนดโดยพื้นที่ทางภูมิศาสตร์หรือกำหนดเป็นกลุ่มประชาชนที่ชัดเจนด้วยวิธีการอื่น ๆ เพื่อให้การจัดบริการสามารถดำเนินการได้ในรูปของการเป็นหมอบประจำครอบครัวหรือหมอบประจำชุมชน และจากการศึกษาของรุจิราพบว่า กลุ่มประชาชนที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ 90 โดยสรุปเจ้าหน้าที่สถานอนามัยมองว่าการขึ้นทะเบียนเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ

สำหรับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียน คือ การขึ้นทะเบียนประชากรเป็นการไม่เปิดโอกาสให้ประชากรทั่วไปได้รับบริการอย่างทั่วถึงและการขึ้นทะเบียนประชากรเป็นการผูกมัดเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าเจ้าหน้าที่สถานอนามัย มีความเข้าใจว่าประชาชนมีสิทธิเสรีภาพในการใช้บริการตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย เมื่อมีการขึ้นทะเบียน ระบุสถานที่ใช้บริการก็จะเป็นการไม่เปิดโอกาส

ให้ประชากรทั่วไปได้รับบริการอย่างทั่วถึง อีกทั้งเป็นการผูกมัดเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ ซึ่งจากคำประกาศสิทธิผู้ป่วยประชาชนมีสิทธิเสรีภาพในการใช้บริการ การระบุสถานที่ให้บริการตามความเห็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นการไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปได้รับบริการอย่างทั่วถึง ในจุดนี้ผู้วิจัยเห็นว่า การขึ้นทะเบียนนั้นควรจะให้ประชาชนมีเสรีภาพในการเลือกสถานบริการ ซึ่งอาจจะไม่ต้องกำหนดพื้นที่ตามกระทรวงมหาดไทย แต่จะให้ประชาชนเป็นผู้เลือกซึ่งเป็นไปตามสิทธิของผู้รับบริการและในอนาคตนั้นสถานีอนามัยอาจจะมีจำนวนสมาชิกจากการขึ้นทะเบียนทั้งประชาชนที่อยู่ในตำบลที่รับผิดชอบและประชาชนที่มาเลือกใช้บริการนั้น

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและจากการสังเกต เมื่อวันที่ 15 ,16 ,17 มิถุนายน 2542 ในจังหวัดยโสธรมีการขึ้นทะเบียนโดยกำหนดพื้นที่ตามกระทรวงมหาดไทย ตามประชากรที่อยู่จริง การขึ้นทะเบียนใช้วิธีลงไปสำรวจแฟ้มอนามัยครอบครัว โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและให้คำตอบแทนการสำรวจ ถ้าข้อมูลส่วนไหนไม่เรียบร้อยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะลงไปดำเนินการสำรวจเอง แต่บางแห่งยังไม่ได้ลงไปสำรวจแฟ้มอนามัยครอบครัว ไม่มีสมุดทะเบียนควบคุมการขึ้นทะเบียน นับจำนวนสมาชิกที่รับผิดชอบการขึ้นทะเบียนตามจำนวนแฟ้มอนามัยครอบครัวที่สำรวจ เมื่อทำอย่างนี้แล้วทำให้การทำงานสะดวก รวดเร็วขึ้น มีข้อมูลผู้ป่วยอยู่ในมืออยากทราบก็ไปเปิดดู ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน คือเมื่อดำเนินกิจกรรมการขึ้นทะเบียนแล้วทำให้เกิดผลดีในการดำเนินงาน การทำงานสะดวกและรวดเร็วขึ้น

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการขึ้นทะเบียน คือ การปรับข้อมูลในแฟ้มอนามัยครอบครัวให้เป็นปัจจุบันและการนำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ และมีแนวทางการแก้ไขปัญหาคือ พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยในการขึ้นทะเบียน เช่น โปรแกรม THO(Tambon Health Office) ซึ่งเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่นำมาช่วยในการบันทึกข้อมูลการขึ้นทะเบียนในสถานีอนามัย

ระบบข้อมูล

ระบบข้อมูล คือ ระบบที่ช่วยทำให้การให้บริการขั้นปฐมภูมิ มีความเข้มแข็ง เนื่องจากโดยธรรมชาติแล้วสถานบริการขั้นปฐมภูมิ จะอยู่ใกล้หรืออยู่ในชุมชนและมีประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างชัดเจน (มีการขึ้นทะเบียน) จากข้อได้เปรียบนี้ทำให้การสร้างและพัฒนาระบบข้อมูลมีความเป็นไปได้ที่จะมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความแน่ใจในความต่อเนื่องของข้อมูลทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว สร้างกรอบในการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการกำกับและประเมินผลทั้งในด้านสถานะทางด้านการเงินและกิจกรรมการให้บริการอย่างต่อเนื่อง และมีรายงานที่จะต้องส่งไปยัง

หน่วยงานที่สูงขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อมูล โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นเห็นด้วย กับระบบข้อมูลตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($X = 2.65$) ว่าระบบข้อมูลทั้งหมดมีความสำคัญต่อหน่วยงานในการให้บริการและการใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกในความรับผิดชอบของสถานบริการทำให้ผู้ให้บริการสามารถรู้จักผู้รับบริการได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับสมหมาย เกิดกล้า (2541) ว่าการใช้แฟ้มครอบครัวร่วมกับบัตรสรุปภาวะสุขภาพขณะให้บริการทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจและรับทราบข้อมูลของผู้รับบริการอย่างครอบคลุมทั้งครอบครัวและผู้รับบริการเกิดความประทับใจ เนื่องจากมีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจปัญหาและสภาพของตัวผู้รับบริการและครอบครัวเป็นอย่างดี การใช้ข้อมูลในสมุดหรือบัตรประจำตัวของผู้รับบริการร่วมกันทำให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้และพัฒนาไปสู่การดูแลตนเอง ซึ่งระบบข้อมูลมีผลต่อการปฏิบัติงาน อีกทั้งบัตรปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เก็บไว้ในแฟ้มปฏิทินวันนัด ช่วยทำให้เกิดความต่อเนื่องในบริการเพราะสามารถติดตามผู้ป่วยได้นั้น สอดคล้องกับรุจิรา มังคละศิริ (2540) ว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องของกลุ่มเสี่ยงจะมีระบบนัดและมีสมุดคู่มือให้ผู้ป่วยสำหรับบัตรสรุปภาวะสุขภาพช่วยทำให้ผู้ให้บริการทราบข้อมูลที่สำคัญของสมาชิกแต่ละคนส่งผลให้การบริการมีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับ รุจิรา มังคละศิริ (2540) และสมหมาย เกิดกล้า (2541) ว่าการดูแลแบบองค์รวม จะมีระบบข้อมูลในการจัดบริการที่เอื้อต่อการให้แพทย์และทีมงานได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เช่น แฟ้มอนามัยครอบครัว และโดยสรุปเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมองว่าระบบข้อมูลทั้งหมดเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ

สำหรับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อมูล คือ ระบบข้อมูลทั้งหมดไม่มีความจำเป็นสำหรับหน่วยงานระดับสถานีนามัย เพราะเป็นหน่วยงานที่เล็กมีข้อมูลน้อย ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมองว่าระบบข้อมูลทั้งหมด เช่น แฟ้มอนามัยครอบครัว บัตรสรุปภาวะสุขภาพ บัตรปฏิบัติการและสมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการ ระบบข้อมูลทั้งหมดมีปริมาณมากเกินไปสำหรับสถานีนามัย ถ้ามีเฉพาะบางอย่าง เช่น แฟ้มอนามัยครอบครัว ก็จะไม่มากเกินไป และการมีโปรแกรมคอมพิวเตอร์มารองรับข้อมูลของสถานีนามัย ทำให้มองว่าข้อมูลซ้ำซ้อนกับข้อมูลในแฟ้มอนามัยครอบครัว แต่หลายส่วนก็มองว่าการใช้คอมพิวเตอร์เป็นการพึ่งพาเทคโนโลยี เมื่อขาดปัจจัยในการใช้ เช่น ไฟฟ้าหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้รับความเสียหายก็จะมีข้อมูลอะไรเลย การใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวจะช่วยให้ได้มากทั้งสามารถนำออกไปเยี่ยมบ้านผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบ และยังเป็นการสำรองข้อมูลในกรณีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้รับความเสียหาย สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมองว่าการ

เก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการควบคุม กำกับและประเมินผลกิจกรรมไม่มีความจำเป็น ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากว่าส่วนใหญ่ในการรายงานข้อมูลประจำเดือนให้หน่วยงานระดับจังหวัด เพื่อส่งไปยังกรม กองที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลบางอย่าง บางส่วนมีการซ้ำซ้อนกัน เป็นการเพิ่มงานให้กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ทั้งๆที่ข้อมูลในบางอย่างส่งให้จังหวัดแล้ว สามารถประสานงานในระดับจังหวัดได้ โดยไม่ต้องขอข้อมูลใหม่จากสถานีอนามัย และข้อมูลบางส่วนเป็นข้อมูลรายงานกิจกรรมการให้บริการที่ส่งเป็นประจำทุกเดือนแต่ไม่ได้นำข้อมูลนั้นมาใช้ประโยชน์กับพื้นที่

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและจากการสังเกต เมื่อวันที่ 15 ,16 ,17 มิถุนายน 2542 ในจังหวัดยโสธรมีระบบข้อมูลที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูล คือ มีแฟ้มอนามัยครอบครัวและมีการจัดเก็บโดยเรียงตามบ้านเลขที่ 33% มีบัตรสรุปภาวะสุขภาพและจัดเก็บไว้ในแฟ้มอนามัยครอบครัว มีบัตรปฏิบัติการและไม่มีสมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการสำหรับใช้กับผู้ป่วยแทนบัตรประจำตัวผู้ป่วยเดิม อีก 66 % ไม่มีการใช้บัตรสรุปภาวะสุขภาพ บัตรปฏิบัติการและไม่มีสมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการ มีการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว บางแห่งใช้ให้บริการและเยี่ยมบ้านและบางแห่งใช้เฉพาะการเยี่ยมบ้านเท่านั้น มีการใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวบัตรสรุปภาวะสุขภาพ บัตรปฏิบัติการ ขณะให้บริการ สำหรับสมุดประจำตัวผู้รับบริการที่ผู้รับบริการใช้ติดตัวแทนบัตรประจำตัวผู้ป่วยแบบเดิมและใช้เวลามาสถานบริการ ในการใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวนั้นใช้ไม่ทุกรายใช้เฉพาะผู้ป่วยที่ไม่รู้จักและใช้เพื่อรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน สำหรับผู้รับบริการที่มาสถานบริการบ่อย ๆ เช่น ล้างแผลทุกวัน จะไม่ใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวใช้เฉพาะใบสั่งยาเท่านั้น บัตรสรุปภาวะสุขภาพก็เช่นกันใช้ไม่ทุกราย บางแห่งไม่ได้ใช้ในการให้บริการ เนื่องจากผู้ป่วยมากมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอที่จะค้นแฟ้มอนามัยครอบครัวมาใช้ประโยชน์ ในกรณีนี้ถ้าผู้รับบริการมาที่สถานบริการจะใช้วิธีเขียนรายละเอียดการให้บริการลงในสมุดประจำตัวผู้รับบริการและรับยาเลย การใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวแล้วทำให้รู้จักผู้ป่วยได้ดีขึ้น "หนูเพิ่งย้ายมาใหม่พี่..เวลาออกเยี่ยมบ้านไม่รู้จักชาวบ้าน แต่มีแฟ้มแล้วสบายเลย รู้จักผู้ป่วยจากแฟ้ม พุดคุยกันเนี่ยถึงรู้ว่า มีประโยชน์ ตอนอยู่สถานีอนามัยเก่า เจ้าหน้าที่สำรวจ ก็สำรวจ ก็..ไม่รู้ว่าสำรวจไปทำไม..ชาวบ้านเรารู้จักอยู่แล้ว แต่ตอนนี้เห็นประโยชน์แล้วพี่.." (สัมภาษณ์เมื่อ 15 มิถุนายน 2542 สถานีอนามัยศิริพัฒนา) สำหรับระบบข้อมูลเพื่อควบคุม/กำกับ/ประเมินผลและระบบข้อมูลที่เป็นรายงานเพื่อส่งให้หน่วยงานที่สูงขึ้น ส่วนใหญ่ส่งข้อมูลตามระบบเดิม โดยกำหนดส่งภายในวันที่ 5 ของเดือน ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้ขัดแย้งกัน ถึงแม้จะเห็นด้วยว่าระบบข้อมูลทั้งหมดมีความสำคัญต่อหน่วยงานในการให้บริการ แต่ในทางปฏิบัติก็มีได้นำระบบข้อมูลทั้งหมดมาใช้ โดยเลือกใช้เฉพาะบางอย่างที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานเท่านั้น โดย

แนวคิดการนำแฟ้มอนามัยครอบครัว บัตรสุขภาพระยะสุขภาพ บัตรปฏิบัติการและสมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการมาใช้ก็เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูลในการให้บริการ แต่ในทางปฏิบัติ 66 % ไม่มีการใช้บัตรสุขภาพระยะสุขภาพ บัตรปฏิบัติการและไม่มีสมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการ มีการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวบางแห่งใช้ให้บริการและเยี่ยมบ้านและบางแห่งใช้เฉพาะการเยี่ยมบ้านเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยเห็นด้วยว่าควรจะมีบัตรประจำตัวผู้รับบริการจริงระบบข้อมูลใดมีประโยชน์และมีความจำเป็นต้องใช้ รวมทั้งต้องสะดวกต่อการทำงานในพื้นที่ด้วย ถ้าข้อมูลนั้นมีประโยชน์แต่ไม่สะดวกที่จะใช้งานในพื้นที่ ก็ควรพิจารณาปรับปรุง ตัดออก เพื่อให้เอื้อต่อการทำงาน แต่ถ้าระบบข้อมูลทั้งหมดมีประโยชน์ จำเป็นต้องใช้จริงและสามารถปฏิบัติได้ในพื้นที่ ก็ต้องชี้แจงทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ให้เห็นถึงประโยชน์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และประโยชน์ที่ผู้บริการจะได้รับ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติจะได้มีความเข้าใจและปฏิบัติโดยเห็นประโยชน์อย่างแท้จริง สำหรับผู้วิจัยมีความเห็นว่าในส่วนของรายงานที่ไม่จำเป็นและไม่มีประโยชน์ ควรพิจารณาตัดออกเพื่อให้เจ้าหน้าที่จะได้มีเวลาที่จะให้ความสนใจข้อมูลที่มีประโยชน์และยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการมากกว่ารายงานหน่วยงานที่สูงขึ้นแต่ไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์

สำหรับปัญหาอุปสรรคระบบข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับ นรินทรสังข์รักษา (2536) ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน คือ การขาดแคลนกำลังเจ้าหน้าที่และทรัพยากรต่างๆในการปฏิบัติงาน ระบบข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้นเป็นการเพิ่มปริมาณงาน เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอเป็นปัญหาในการสำรวจแฟ้มอนามัยครอบครัวและทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการให้บริการได้อย่างเต็มที่นั้น ยังไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นชัดเจน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรอดูผลการประเมินโครงการว่าจะได้ดำเนินการต่อไปอีกหรือไม่ ถ้าไม่ได้ดำเนินการต่อระบบข้อมูลบางอย่างที่ซ้ำซ้อนกันก็จะไม่ได้ดำเนินการ ถ้าดำเนินการต่อไปก็จะประเมินผลดูว่าควรจะทำอะไรที่ไม่จำเป็นออกไปบ้าง ในส่วนของอัตรากำลังไม่เพียงพอจะขออัตรากำลังเจ้าหน้าที่เพิ่มอีก 1 คน ซึ่งในปี 2543 ระดับจังหวัดมีนโยบายที่จะให้สถานีอนามัยทุกแห่งมีเจ้าหน้าที่ 3 คน โดยมีการเกลี้ยอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ใหม่ แนวโน้มในอนาคตสถานีอนามัยที่มีเจ้าหน้าที่ 2 คน ก็จะมีอัตรากำลังเพิ่มเป็น 3 คน การพัฒนาการบริการขั้นปฐมภูมิในอนาคตมีแนวโน้มว่าจะมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมากขึ้น

ระบบการเงิน

จากความใกล้ชิดชุมชนมีผลทำให้ความสามารถในการที่จะสร้างและพัฒนาให้คุณ

สมบัติของระบบการเงิน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการแลกเปลี่ยนความเห็นกับชุมชนเป็นอย่างมาก โดยมีเป้าหมายที่จะทำให้ระบบการเงินมีคุณสมบัติ คือ ส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการและไม่ทำให้ระบบการเงินเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของสมาชิกในชุมชนและส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกที่ว่า ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยกันเองได้ตามศักยภาพทางด้านการเงินของชุมชน ซึ่งอาจเพิ่มความรักความสามัคคีในชุมชน (Solidarity) ซึ่งการจ่ายเงินในการใช้บริการ ประชาชนสามารถจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพ โดย 2 วิธีคือ การจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการหรือสถานบริการโดยตรง (จ่ายทันทีหลังได้รับบริการ) ตามความสามารถและกิจกรรมการให้บริการ (รูปแบบการจ่ายเงินในปัจจุบัน) และการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการหรือสถานบริการโดยอ้อม (จ่ายผ่านระบบภาษีและระบบประกันสุขภาพ) คือ การจ่ายเงินตามความสามารถที่จะจ่ายได้หรือตามขั้นรายได้ ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบการเงิน โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นไม่แน่ใจกับแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 2.38$) ซึ่งสอดคล้องกับสมหมาย เกิดกล้า (2541) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่แน่ใจว่าการจ่ายเงินโดยอ้อมทำให้เกิดความเสมอภาคในการให้บริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยตรง การจ่ายเงินโดยตรงเกิดความต่อเนื่องในการรับบริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยอ้อมและการจ่ายเงินโดยอ้อมทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมสำหรับประชาชนที่ต้องจ่ายเงินผ่านระบบประกันสุขภาพในขณะที่ตนเองไม่มีปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการจ่ายเงินโดยอ้อม เช่น บัตรสปร.ทั้ง 8 ประเภท (ผู้มีบัตรสวัสดิการประชาชน เด็กอายุ 0-12 ปี นักเรียนมัธยมต้น ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้พิการ/ทุพพลภาพ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ/สามเณร/ผู้นำศาสนา บัตรชั่วคราวสำหรับผู้ตกงาน) เป็นการให้บริการโดยไม่ต้องจ่ายเงินให้สถานบริการ แต่การจ่ายเงินโดยตรงคือเมื่อใช้บริการและมีการจ่ายเงินให้สถานบริการ คนที่มาใช้บริการและจ่ายเงินให้สถานบริการน่าจะมีความเสมอภาคในการใช้บริการมากกว่าคนที่มาใช้บริการและไม่จ่ายเงิน และมองว่าคนที่จ่ายเงินให้สถานบริการจะเกิดความต่อเนื่องในการรับบริการมากกว่าและการจ่ายเงินโดยอ้อมทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมสำหรับประชาชนที่ต้องจ่ายเงินผ่านระบบประกันสุขภาพในขณะที่ตนเองไม่มีปัญหาสุขภาพ แต่ก็ยอมรับว่าการจ่ายเงินโดยอ้อมโดยจ่ายผ่านระบบประกันสุขภาพนั้นทำให้ผู้รับบริการทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการ โดยสรุปเจ้าหน้าที่ยังลงเลว่าระบบการเงินทั้ง 2 วิธี เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ

สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบการเงินคือ การออกแบบระบบการเงินที่ดีทำให้เกิดความต่อเนื่องในการให้บริการและในการสร้างระบบการมีส่วนร่วมจ่ายเงิน (Co-payment) มีความสำคัญเพื่อเป็นการลดการใช้

บริการที่เกินจำเป็น ตลอดจนการจ่ายเงินโดยอ้อม เช่น จ่ายผ่านระบบประกันสุขภาพ ทำให้ผู้รับบริการทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการ ซึ่งสอดคล้องกับสมหมาย เกิดกล้า (2541) ว่าการออกแบบระบบการเงินที่ดีจะส่งผลให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลสุขภาพของสมาชิก อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการและไม่ทำให้ระบบการเงินเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงของสมาชิก การทำให้ผู้รับบริการมีส่วนรับผิดชอบต่อการใช้บริการเป็นการป้องกันการให้บริการเกินจำเป็นและการใช้บริการเกินความจำเป็นส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ต้องจ่ายเงินในการใช้บริการ

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและจากการสังเกต เมื่อวันที่ 15, 16, 17 มิถุนายน 2542 ในจังหวัดยโสธรมีการจ่ายเงินในเพื่อดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ส่วนใหญ่เป็นการจ่ายเงินโดยอ้อมโดยใช้สิทธิบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ส่วนน้อยที่มีการจ่ายเงินโดยตรงให้กับสถานบริการและที่จ่ายเงินโดยตรงส่วนใหญ่เป็นข้าราชการที่สามารถเบิกคืนได้ สำหรับผู้ที่เบิกไม่ได้และไม่มีสิทธิบัตรสงเคราะห์ทั้ง 8 ประเภท ก็เก็บเงินเท่าที่สามารถเก็บได้ โดยผู้รับบริการไม่มีปัญหาในการจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพเพราะถ้าเก็บเงินค่ารักษาไม่ได้ก็รักษาฟรีตามกฎหมาย ซึ่งมีกฎหมายรองรับ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะลงทะเบียนประเภท 12 รักษาฟรีตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข เช่น ขอทาน ผู้ป่วยนอกเขต ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้ ต่อเนื่องกัน จากการสำรวจเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยยังสังเกตเห็นว่าการจ่ายเงินโดยอ้อมทำให้เกิดความเสมอภาคในการให้บริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยตรง การจ่ายเงินโดยตรงเกิดความต่อเนื่องในการรับบริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยอ้อมและการจ่ายเงินโดยอ้อมทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมสำหรับประชาชนที่ต้องจ่ายเงินผ่านระบบประกันสุขภาพในขณะที่ตนเองไม่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งในความเป็นจริงแนวคิดการจ่ายเงินโดยอ้อมทำให้เกิดความเสมอภาคและความต่อเนื่องในการรับบริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยตรง ไม่ว่าจะโดยรัฐบาลเป็นผู้จ่ายในกรณีผู้มีบัตรสวัสดิการประชาชน เด็กอายุ 0-12 ปี นักเรียนมัธยมต้น ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้พิการ/ทุพพลภาพ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ/สามเณร/ผู้นำศาสนา บัตรชั่วคราวสำหรับผู้ดงงานหรือการจ่ายเงินโดยผ่านระบบประกันสุขภาพ ซึ่งผู้ให้บริการอาจยังสับสนเรื่องการจ่ายเงินโดยตรงและการจ่ายเงินโดยอ้อม ซึ่งควรทำความเข้าใจกันอีกครั้งหนึ่ง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการเงิน คือ เมื่อดำเนินการอย่างนี้แล้วบางแห่งไม่มีปัญหา บางแห่งการดำเนินงานค่อนข้างมีปัญหาถ้ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนน้อย สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง 84 % ของเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นการใช้สิทธิจากบัตรต่างๆ อีก 16 % เป็นการจ่ายโดยตรงให้กับสถานีอนามัย ดังนั้นทำให้มีผลกระทบต่อเงินบำรุงเพราะมีเพียง 16 % ที่เก็บค่ารักษาพยาบาลได้

และนำเป็นรายรับเข้าเงินบำรุง เมื่อมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนน้อย การจัดสรรงบประมาณเหมาะสมตามจำนวนผู้รับบริการขึ้นทะเบียนในกรณีผู้ป่วยนอก กอปรกับต้องตามจ่ายผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในความรับผิดชอบข้ามขั้นตอนไปรับการรักษาที่อื่นด้วย ซึ่งอัตราการเรียกเก็บในจังหวัดยโสธรขณะนั้นจำนวน 120 บาท/ครั้ง ในการข้ามขั้นตอนไปที่โรงพยาบาลชุมชนและ 160 บาท/ครั้ง ในการข้ามขั้นตอนไปที่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งค่อนข้างสูง ดังนั้นแนวทางการแก้ไขปัญหาคือ นำเสนอปัญหาในการเรียกเก็บเงินข้ามเขตให้ระดับจังหวัดทราบ และควรแก้ไขอัตราการเรียกเก็บเงินในกรณีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในความรับผิดชอบข้ามขั้นตอนไปรับการรักษาที่อื่น อัตราการเรียกเก็บควรลดลงจากเดิมซึ่งจะเป็นเท่าไรนั้นคณะกรรมการระดับจังหวัดจะเป็นผู้พิจารณาอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งในส่วนของผู้วิจัยมีความเห็นว่า ในการจัดสรรงบประมาณให้สถานอนามัยแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตามจำนวนผู้รับบริการที่ขึ้นทะเบียนนั้น ซึ่งขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะจัดสรรงบประมาณลักษณะนี้ในกลุ่มผู้ป่วยนอก จึงน่าจะเป็นไปได้ในการพัฒนาการบริการขั้นปฐมภูมิ ถ้าสถานอนามัยมีการพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพ ที่จะสามารถดึงดูดให้ประชาชนสมัครใจที่เลือกมาขึ้นทะเบียนรับบริการ ก็จะได้รับ การจัดสรรงบประมาณมากเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน สถานอนามัยก็จะมีเงินที่จะมาใช้ในการบริหารจัดการภายในสถานอนามัยมากขึ้น ซึ่งอาจหมายถึงสวัสดิการต่างๆ ค่าทำการส่งเวลา หรือการบริหารจัดการอื่นๆ อันจะทำให้การบริหารงานมีความสะดวกมากขึ้น

การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน

เนื่องจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิเป็นสถานบริการด่านแรก ซึ่งเป็นจุดที่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบได้สูงสุด ดังนั้นจึงมีประโยชน์อย่างยิ่งที่จะพัฒนาให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้าง รักษา และพัฒนาความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างสถานบริการขั้นปฐมภูมิ ในฐานะตัวแทนของระบบบริการกับชุมชน โดยผ่านกระบวนการของการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน การตัดสินใจร่วมกัน ตลอดจนนำการตัดสินใจนั้นๆ ไปประยุกต์ใช้และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($X = 2.63$) สอดคล้องกับสมหมาย เกิดกล้า (2541) ว่าการมีความสัมพันธ์กับชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติงาน และการมีความสัมพันธ์รายบุคคลโดยผ่านกระบวนการ

การของการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน การตัดสินใจร่วมกันทำให้ผู้รับบริการให้ความร่วมมือในการรักษา จากผลของการมีความสัมพันธ์ที่ดีในระดับรายบุคคลและรายครอบครัวทำให้เกิดการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทั้งชุมชนช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนทำให้การบริการเป็นองค์รวมมากขึ้นและเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันนี้เกิดขึ้นจากการมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องของทั้งรายบุคคล รายครอบครัวและทั้งชุมชน สอดคล้องกับรัชนีกร ราชวัฒน์ (2538) ว่าแบบแผนการยอมรับของประชาชนต่อเจ้าหน้าที่สถานเอนามัย เป็นการยอมรับทั้งทางสถานภาพและบทบาท โดยการยอมรับทั้งทางสถานภาพจะเกิดขึ้นก่อนและเป็นแรงดึงดูดเบื้องต้นในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน ประชาชนกลุ่มที่ให้การยอมรับมีความสัมพันธ์ในฐานะเพื่อน เพื่อนบ้านญาติ และคนไข้หรือผู้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งจากการแสดงบทบาทตามสถานภาพหลัก คือ "หมออนามัย"กับ"คนไข้"และก่อให้เกิด"ระบบอุปถัมภ์ทางสุขภาพ"ในระดับหมู่บ้านขึ้นมา และโดยสรุปเจ้าหน้าที่สถานเอนามัยมองว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนทั้ง 3 ระดับ เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับอำพล จินดาวัฒน์ และคณะ (2536) ที่ได้วิเคราะห์ถึงจุดเด่นของสถานเอนามัยว่า อยู่ใกล้ชิดชุมชน มีทีมขนาดเล็กอยู่ในชุมชน มีช่องว่างระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชนน้อยกว่าโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการแบบผสมผสาน บริการแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่อง สามารถจัดบริการระดับต้นที่ได้มาตรฐานราคาถูกและประชาชนเข้าถึงง่าย

สำหรับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน คือ การให้ผู้รับบริการได้มีการตัดสินใจร่วมกันในการแก้ปัญหาพัฒนาสถานบริการและระบบการให้บริการทำให้ผู้รับบริการมีอำนาจในการต่อรอง ส่งผลทำให้ขาดประสิทธิภาพการให้บริการได้ การมีความสัมพันธ์กับชุมชนทำให้เสียเวลาในการปฏิบัติงานและเสียค่าใช้จ่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการมีความสัมพันธ์กับชุมชนทำให้เจ้าหน้าที่รู้จักประชาชนมากขึ้น มีความสนิทสนมมากขึ้น เมื่อมีงานต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นงานบวช งานศพ งานแต่งงาน ก็จะได้รับเกียรติ ตามการรู้จักและการสนิทสนมคุ้นเคย ทำให้มีรายจ่ายทางสังคมเพิ่มมากขึ้น

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและจากการสังเกต เมื่อวันที่ 15 ,16 ,17 มิถุนายน 2542 ในจังหวัดยโสธรมีการมีความสัมพันธ์กับชุมชนในระดับรายบุคคล โดยมีการพูดคุยให้ศึกษาไปด้วยขณะให้บริการ ระดับรายครอบครัวมีการให้บริการเยี่ยมบ้าน บางแห่งไม่มีแผนการเยี่ยมแน่นอน บางแห่ง มีแผนเยี่ยมบ้านเป็นรายเดือนโดยเจ้าหน้าที่ 1 คน รับผิดชอบ 2 หมู่บ้าน กำหนดเยี่ยม 5

ราย/วัน แต่ความเป็นจริงเจ้าหน้าที่ 1 คน เยี่ยมได้ 2-3 ราย มีสมุดเยี่ยมบ้านสำหรับเจ้าหน้าที่แต่ละคน โดยจะแบ่งให้เจ้าหน้าที่ที่อยู่สถานีอนามัย 1 คน และอีก 2 คน ออกให้บริการเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมโรงพยาบาล ถ้ามีรายงานจากโรงพยาบาลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในความรับผิดชอบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยจะเยี่ยมในลักษณะที่มสุขภาพ ซึ่งทีมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ทั้งจากโรงพยาบาลและสถานีอนามัย การมีปฏิสัมพันธ์กับทั้งชุมชนนั้นมีประชุมกับชาวบ้านเดือนละ 1 ครั้ง เป็นการประชุมร่วมกับส่วนราชการในตำบล เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เกษตรตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน ส่วนใหญ่ไม่ได้ประชุมกับชุมชนโดยองค์กรสาธารณสุขขององค์กรเดียว ยกเว้นมีเรื่องเร่งด่วนจะไปขอความร่วมมือผู้ใหญ่บ้านเรียกประชุมลูกบ้านให้ทำอย่างนี้แล้วทำให้รู้จักชาวบ้านมากขึ้น สนับสนุนมากขึ้น ชาวบ้านขอให้เจ้าหน้าที่ออกมาเยี่ยม และบางครั้งเวลากลับชาวบ้านก็ฝากของกินมาให้และในการเยี่ยมโรงพยาบาลทำให้เกิดผลดีในการดำเนินงานเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ เมื่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ที่โรงพยาบาลจะออกเยี่ยมผู้ป่วยด้วยก็มีการอธิบายให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยฟังหรือตอบข้อซักถาม ให้คำแนะนำ ในกรณีที่แพทย์ไม่อยู่พยาบาลหัวหน้าเวรจะเป็นผู้ทำหน้าที่แทน เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทั้งแพทย์หรือพยาบาลที่เป็นคนให้ความรู้ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก็ได้ความรู้ เป็นการเรียนรู้จากตัวผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน การทำอย่างนี้ทำให้รู้จักชาวบ้านมากขึ้น สนับสนุนมากขึ้น ชาวบ้านขอให้เจ้าหน้าที่ออกมาเยี่ยม และบางครั้งเวลากลับชาวบ้านก็ฝากของกินมาให้ แสดงถึงการยอมรับของประชาชนที่มีต่อเจ้าหน้าที่ ซึ่งจุดนี้สามารถพัฒนาไปสู่ความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้เกิดการยอมรับของประชาชนต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ลดความขัดแย้ง และให้ความร่วมมือในการรักษา อันจะส่งผลให้การบริการขั้นปฐมภูมิมีคุณภาพมากขึ้น

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการมีความสัมพันธ์กับชุมชน ตามแนวคิดของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรุ่นเก่าจะชอบการเยี่ยมบ้านด้วยเหตุผลที่ว่างงานที่ออกไปในชุมชนเป็นงานที่เคยทำเป็นปกติในสมัยก่อน สำหรับเจ้าหน้าที่รุ่นใหม่จะชอบงานที่ตั้งรับอยู่ในสำนักงานไม่ค่อยชอบลักษณะงานที่ออกไปในชุมชน เพราะทำให้เหนื่อยมากขึ้น บางแห่งไม่มีเวลาออกไปเยี่ยมบ้าน เยี่ยมชุมชนมากนักเพราะมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ จะให้บริการหลักอยู่ที่สถานีอนามัย จะออกไปชุมชนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น ออกสอบสวนโรค สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลบางครั้งเมื่อได้รับวิทยุแจ้งจากโรงพยาบาลว่ามีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก็จะออก

เยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในวันนั้น ทำให้แผนที่วางไว้ว่าจะออกไปเยี่ยมบ้านต้องเลื่อนออกไป แนวทางการแก้ไขปัญหานั้นต้องเลือกดูว่าจะไรต์วัน หรือมีความสำคัญกว่าก็จะทำสิ่งนั้นก่อน เช่น ถ้านัดกับชาวบ้านไว้ว่าจะออกไปเยี่ยม และถ้าผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลยังไม่จำหน่ายในวันนั้นอาจจะไปเยี่ยมชาวบ้านก่อนแล้วจึงไปเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลวันต่อไป แต่ถ้าไม่ได้นัดชาวบ้านไว้ก็จะเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลก่อนแล้วเลื่อนแผนการเยี่ยมบ้านออกไป แต่ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญ การเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลก่อน สำหรับเจ้าหน้าที่รุ่นใหม่ไม่ชอบการเยี่ยมบ้านนั้น จะแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบ การเยี่ยมบ้านจะให้ผู้ที่ชอบหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรุ่นเก่ารับผิดชอบ สำหรับเจ้าหน้าที่รุ่นใหม่จะให้รับผิดชอบงานรักษาอยู่ในสำนักงาน หรือให้เวียนกันออกเยี่ยม เยี่ยมบ่อยๆ ก็ขึ้นไปเองเพราะเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องทำงานได้ทุกอย่างอยู่แล้ว

การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่นในระบบ

การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่นในระบบ ทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความแน่ใจในความต่อเนื่องของทั้งข้อมูลและกิจกรรมการให้บริการเมื่อมีการเปลี่ยนสถานบริการจากแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่งในระบบ ถึงแม้จะเกิดจากการส่งต่ออย่างเป็นทางการหรือไม่ก็ตาม และเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการเป็นที่พึ่งของกันและกัน ระหว่างสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวที่ตั้งอยู่ในชุมชนกับโรงพยาบาล ในการที่จะต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนร่วมกัน แต่มีความเชี่ยวชาญต่างกันคือโรงพยาบาลมีความพร้อมมากกว่าที่จะให้บริการทางการแพทย์เชิงเทคโนโลยี ในขณะที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวที่ตั้งอยู่ใกล้หรือในชุมชนถึงแม้จะมีเทคโนโลยีน้อยกว่าแต่ก็มีความพร้อมมากกว่าที่จะเข้าใจหลักเหตุผล ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงในหลายแง่มุมของผู้รับบริการ รวมทั้งมีทักษะและความชำนาญมากกว่าในการทำงานและให้บริการในชุมชน ซึ่งการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่นในระบบ มีการแบ่งระดับบริการออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับการให้บริการขั้นปฐมภูมิ (ที่มีสถานอนามัยเป็นโครงสร้างรองรับการให้บริการ) เป็นการบริการทางการแพทย์ที่เข้าใจชีวิตจริงในชุมชน และ Hospital Care เป็นการบริการทางการแพทย์เชิงเทคโนโลยี ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 2.67$) คือ การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ เช่น การประสานงานและการส่งต่อเพื่อรับบริการระหว่างการบริการขั้นปฐมภูมิและ Hospital Care

ทำให้เป็นที่พึงของการให้บริการซึ่งกันและกัน อีกทั้งเกิดความต่อเนื่องของทั้งข้อมูลและกิจกรรมการให้บริการ ทำให้การบริการไม่ซ้ำซ้อนและมีคุณภาพ ไม่มีช่องว่างในการให้บริการ และโดยสรุปเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยมองว่าการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับสมหมาย เกิดกล้า (2541) ว่าการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลโดยการประสานงานและการส่งต่อเพื่อรับบริการระหว่าง Primary care และ Hospital care ทำให้เป็นที่พึงของการให้บริการซึ่งกันและกัน และถ้ามีการแบ่งขอบเขตของการบริการที่เด่นชัด จะทำให้เกิดการไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรมเกิดความต่อเนื่องของทั้งข้อมูลและกิจกรรมการให้บริการ

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต เมื่อวันที่ 15 ,16 ,17 มิถุนายน 2542 ในจังหวัดยโสธรมีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ โดยส่วนใหญ่มีแบบฟอร์มการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วย ยกเว้นบางแห่งไม่มีแบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากเป็นสถานื่อนามัยเขตรอยต่อผู้ป่วยในพื้นที่สามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องใช้ใบส่งต่อ โรคที่ส่งต่อส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกินขีดความสามารถของสถานื่อนามัยและสถานื่อนามัยไม่สามารถรักษาได้ เป็นโรคที่เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยพิจารณาส่งต่อ ไม่ใช่โรคที่ประชาชนไม่ยอมรักษาสถานื่อนามัยแล้ว มาขอใบส่งต่อเพื่อที่จะไปใช้สิทธิที่โรงพยาบาลโดยไม่ข้ามขั้นตอน ยกเว้นโรคทางทันตกรรม หรือการไปรับยาต่อที่โรงพยาบาล ประชาชนจะมาขอใบส่งต่อที่สถานื่อนามัยเพื่อที่จะไปใช้สิทธิที่โรงพยาบาล ไม่ข้ามขั้นตอน ทำดำเนินการอย่างนี้แล้วพบว่าเป็นผลดีเพราะโรคบางอย่างที่เกินขีดความสามารถของสถานื่อนามัยหรือสถานื่อนามัยไม่มีเครื่องมือก็ให้โรงพยาบาลรับผิดชอบในการรักษา ดูแล ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันเพราะโรคบางอย่างที่เกินขีดความสามารถของสถานื่อนามัย หรือสถานื่อนามัยไม่มีเครื่องมือ ก็ให้โรงพยาบาลรับผิดชอบในการรักษา ดูแล แสดงถึงการเชื่อมโยงในการให้บริการ เป็นที่พึงของการบริการซึ่งกันและกัน โดยมีทักษะและความชำนาญไปคนละด้านทั้งโครงสร้างรองรับการบริการ หลักความรู้ ผู้ปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญและการมีแบบฟอร์มในการส่งต่อจากสถานบริการแห่งหนึ่งไปยังสถานบริการอีกแห่งหนึ่งทำให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูลในการให้บริการ

ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีปัญหา ซึ่งปกติถ้าผู้รับบริการไม่ข้ามขั้นตอน ผู้รับบริการที่มีสิทธิบัตรต่างๆจะไม่ต้องเสียเงินในการรักษาและถ้าเกินขีดความสามารถสถานื่อนามัยจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเช่นกัน แต่ถ้าผู้รับบริการข้ามขั้นตอนไปใช้บริการที่อื่นโดยไม่ผ่านสถานื่อนามัยที่ระบุไว้ในบัตร ผู้รับบริการต้องเสียค่าร่วมจ่าย (co-payment) เป็นการใช้กลไกทางการเงินช่วยดูแลอีกชั้นหนึ่ง แต่ก็จะมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไปโดยยอมเสียค่าร่วมจ่ายซึ่งไม่มากนัก

การปรับบทบาทหน้าที่ตลอดจนเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ

การปรับบทบาทหน้าที่ตลอดจนเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการของสถานบริการชั้นปฐมภูมิ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์เฉพาะที่ ณ พื้นที่นั้นๆ การปรับบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการ เพื่อให้เหมาะสมและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงาน จนมีความรู้ความสามารถที่จะให้การแนะนำและการช่วยเหลือผู้รับบริการได้ในกรณีที่ต้องปฏิบัติงานแทนกัน และการกำหนดเวลาการให้บริการของสถานบริการ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์เฉพาะพื้นที่ เพื่อความสะดวกสบายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่ โดยเฉลี่ยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับการปรับบทบาทหน้าที่ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($X = 2.59$) คือ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงานจะสามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้รับบริการได้ในกรณีที่ผู้รับผิดชอบงานไม่อยู่ และการกำหนดเวลาในการให้บริการบางอย่างเป็นสิ่งจำเป็น เช่น การเยี่ยมบ้าน รวมถึงการกำหนดเวลาในการให้บริการนั้นควรคำนึงถึงความสะดวกสบายของทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และควรมีการกำหนดเวลาที่แน่นอนในการให้บริการ เช่น เวลาในการเยี่ยมบ้าน เวลาในการให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู (2534) อ้างในสมหมาย เกิดกล้า (2541) ว่า การกำหนดเวลาที่แน่นอนเป็นสิ่งจำเป็นในการให้บริการ เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการและควรเป็นเวลาที่สะดวกของทั้งสองฝ่าย อีกทั้งการพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงานทำให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ต่อเนื่อง โดยสรุปเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมองว่าการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการชั้นปฐมภูมิ

สำหรับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับการปรับบทบาทหน้าที่ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข คือ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงานจะเกิดการก้าวก้าวการปฏิบัติงานในหน้าที่ซึ่งกันและกัน การกำหนดเวลาในการให้บริการที่นอกเหนือจากเวลาราชการ ท่านไม่พร้อมที่จะทำถ้าไม่มีผลตอบแทนให้ ซึ่งสอดคล้องกับ วิจันทร์หา สุขเกษมและสุทธาทิพย์ หวังศรีศิริเพชร (2540) ,บุปผา แก้วทิพย์และคณะ (2540) ที่พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการนอกเวลาราชการในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและจากการสังเกต เมื่อวันที่ 15 ,16 ,17 มิถุนายน 2542 ในจังหวัดยโสธรมีการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ

โดยในกรณีที่ได้รับผิดชอบงานไม่อยู่เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยสามารถทำงานแทนกันได้ทุกคน โดยไม่ต้องมีคำสั่งมอบหมายงาน ยกเว้นงานบางอย่างไม่สามารถตัดสินใจแทนได้ เช่น ในเรื่องงานบริหาร ถ้ามีบุคคลภายนอกมาติดต่อมาติดต่อ บางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่สามารถตัดสินใจแทนหัวหน้าสถานื่อนามัยได้ ในกรณีที่มีการนิเทศงานจะให้เจ้าหน้าที่ทุกคนอยู่ในการนิเทศไม่ต้องออกมาให้บริการ จะมีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยใกล้เคียงมาให้บริการรักษาพยาบาลแทน เพื่อให้เกิดการต่อเนื่องของการนิเทศและในขณะเดียวกันก็ไม่ทำให้การให้บริการหยุดชะงัก ไม่มีการเยี่ยมบ้านกรณีพิเศษที่ไม่ใช่การเยี่ยมบ้านปกติ ยกเว้นไปเยี่ยมบ้านปกติแล้วบังเอิญไปเจอในหมู่บ้าน เช่น หญิงตั้งครรภ์ไม่เคยเห็นมาก่อน ก็จะไปคุยด้วยให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และบางแห่งมีการกำหนดเวลาการให้บริการผู้ป่วยที่ไม่ใช่เวลาทำงานตามปกติ โดยวันจันทร์-วันศุกร์ เพิ่มเวลาให้บริการ 18.00 - 20.00 น. 2 ชั่วโมง ได้ค่าตอบแทนชั่วโมงละ 35 บาท มีเจ้าหน้าที่อยู่ 1 คน ใช้เงินโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีผู้ป่วยมาใช้บริการไม่มากเท่าที่ควร ประมาณ 2-3 คนวัน สำหรับวันหยุดสถานื่อนามัยเปิดให้บริการ เวลา 8.30-16.30 น. ได้ค่าตอบแทนเหมาจ่าย วันละ 300 บาท มีเจ้าหน้าที่อยู่ 1 คน บางแห่งให้บริการผู้ป่วยที่ไม่ใช่เวลาทำงานปกติเฉพาะวันหยุด ซึ่งจะเปิดให้บริการเวลา 8.30-16.30 แต่มีผู้ป่วยมาใช้บริการไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะมานอกเวลาราชการในวันปกติ เวลาประมาณ 18.00 - 19.00 น. ประมาณ 4-5 คนวัน ให้บริการโดยไม่มีค่าตอบแทน เมื่อดำเนินการอย่างนี้แล้วพบว่าเกิดผลดีต่อการดำเนินงาน เมื่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานไม่อยู่สามารถทำงานแทนกันได้และการกำหนดเวลาการให้บริการที่ไม่ใช่เวลาทำงานตามปกติสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ครอบคลุมขึ้น ซึ่งข้อมูลที่ได้เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพบางส่วนขัดแย้งกัน ข้อมูลจากการสำรวจ เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยยังสงสัยว่าการพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงานจะเกิดการก้าวก้าวการปฏิบัติงานในหน้าที่ซึ่งกันและกัน แต่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะลึกเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยคิดว่าการปรับบทบาทหน้าที่มีผลดีต่อการดำเนินงาน เมื่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานไม่อยู่สามารถทำงานแทนกันได้นั้นทำให้การให้บริการไม่หยุดชะงัก มีความต่อเนื่อง ไม่ต้องรอเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบและการกำหนดเวลาการให้บริการผู้ป่วยที่ไม่ใช่เวลาทำงานตามปกติสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ครอบคลุมขึ้น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อในข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ว่าเมื่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานไม่อยู่สามารถทำงานแทนกันได้นั้นทำให้การให้บริการมีความต่อเนื่อง แต่การกำหนดเวลาในการให้บริการที่นอกเหนือจากเวลาราชการนั้นไม่พร้อมที่จะทำถ้าไม่มีผลตอบแทนให้ ผู้วิจัยเห็นด้วยเพราะบทบาทของเจ้าหน้าที่นั้นมีทั้งเป็นผู้ปฏิบัติงาน บทบาทความเป็นพ่อ-แม่ บทบาทความเป็นหัวหน้า-สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งต้องดูแลสุขภาพกาย-จิตของตนเอง การรับผิดชอบงาน 8 ชั่วโมงต่อวันตามเวลาราชการหรืออาจจะเลยเวลา

เล็กน้อยน่าจะเพียงพอ หลังจากนั้นควรเป็นเวลาที่ทำภารกิจอื่นๆหรือพักผ่อน แต่ถ้าจะให้บริการที่นอกเหนือจากเวลาราชการนั้นควรมีค่าตอบแทนให้ทั้งนี้เพื่อเป็นแรงจูงใจ ในจังหวัดยโสธรไม่มีปัญหาในการกำหนดเวลาการให้บริการผู้ป่วยที่ไม่ใช่เวลาทำงานตามปกติเพราะส่วนหนึ่งมีเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายและมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยพักอยู่ในบริเวณสถานีอนามัย แต่การให้บริการนั้นไม่ค่อยคุ้มสักเท่าไรนัก เนื่องจากมีผู้มารับบริการไม่มากเท่าที่ควร ขณะนี้กำลังประเมินผลดูจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ถ้าไม่คุ้มค่าอาจจะไม่เปิดให้บริการและให้ผู้ป่วยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอ

โครงสร้างที่รองรับการให้บริการขั้นปฐมภูมิ หรือสถานที่

โครงสร้าง หมายถึง สถานบริการ ตัวอาคารหรือการเชื่อมโยงของสถานบริการ ที่จะใช้เป็นที่ทำงานของผู้ให้บริการขั้นปฐมภูมิ ที่นอกเหนือไปจากการทำงานในชุมชน นอกจากนั้นยังมีโครงสร้างเดิมของระบบที่มีส่วนร่วมรองรับบทบาทของการให้บริการขั้นปฐมภูมิ คือ OPDของโรงพยาบาล ฝ่ายเวชกรรมสังคม ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขภาพจิต สถานบริการของเทศบาล สถานีอนามัย คลินิกเอกชน รวมทั้งศูนย์แพทย์ชุมชน ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับโครงสร้างที่รองรับการให้บริการขั้นปฐมภูมิหรือสถานที่ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X}=2.81$) ว่าลักษณะทางกายภาพ เช่น อาคารสถานีอนามัย ลักษณะภายในตัวอาคารและห้องที่ให้บริการ การจัดห้องสำหรับการให้บริการออกเป็นสัดส่วน เพื่อใช้ในการสนทนาแลกเปลี่ยนระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้มารับบริการ ตามลักษณะของกิจกรรมการให้บริการ เช่น สถานที่นั่งรอ ที่มีไว้เพื่อรอทำบัตร รอตรวจ และรอรับบริการอื่นๆ สถานที่ทำบัตร (ห้องบัตรหรือสถานที่ที่ให้การต้อนรับ) ห้องตรวจ ซึ่งควรมีความเป็นส่วนตัวพอสมควร ห้องยา เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้รับคำอธิบายถึงวิธีการใช้ยา ผลข้างเคียง ตลอดจนความจำเป็นในการมาตามนัดครั้งต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับ สมหมาย เกิดกล้า (2541) ว่าสถานที่ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและจากการสังเกต เมื่อวันที่ 15 ,16 ,17 มิถุนายน 2542 ในจังหวัดยโสธรมีสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยภาพรวมมีความเป็นระเบียบและสะอาด มีห้องสำหรับใช้ในการรักษาเป็นสัดส่วน ในกรณีที่ไม่มีห้องก็มีพื้นที่ใช้ในการรักษาค่อนข้างเป็นสัดส่วน มีม่านเลื่อนพลาสติกกั้นบริเวณเตียงที่ให้การรักษาผู้ป่วยสำหรับฉีดยา ทำแผล ไม่มีห้องสำหรับให้คำปรึกษาโดยตรงแต่ประยุกต์ใช้ห้องสำหรับการให้บริการส่งเสริมสุขภาพหรือห้องอื่นๆแทน มีการให้บริการหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้บริการในชุมชน ซึ่งแล้วแต่ลักษณะงาน เช่น งานการค้นหาโรคต่างๆ การตรวจคัดกรองเฉพาะงานปีละ 1 ครั้ง เช่น โรคเบาหวาน การเยี่ยมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

(ศสมช.) ไม่มีออกไปตั้งบริการให้การรักษายาบาลในชุมชน ยกเว้นหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งออกไปให้บริการในเขตทุรกันดาร ซึ่งเป็นงานที่ถูกกำหนดพื้นที่โดยระดับจังหวัด สถานีอนามัยที่อยู่ในพื้นที่นั้นต้องออกไปตั้งหน่วยให้บริการร่วมกับจังหวัด ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันว่าลักษณะทางกายภาพของสถานีอนามัย เช่น อาคารสถานีอนามัย ลักษณะภายในตัวอาคาร ความสะอาด ความเป็นระเบียบ มีผลต่อการให้บริการ รวมทั้งการจัดห้องสำหรับการให้บริการออกเป็นสัดส่วนเหมาะสมกับกิจกรรมการให้บริการทำให้ผู้รับบริการกล้าพูดถึงปัญหาต่างๆ ได้มากกว่าบริเวณที่มีคนพลุกพล่านเพราะเรื่องบางอย่างไม่ยอมให้ผู้อื่นทราบ นอกจากคนที่คิดว่าสามารถแก้ไขปัญหาให้ได้ และเนื่องจากยังไม่มีหน่วยออกไปให้บริการตั้งรับในชุมชน จึงยังไม่ทราบว่าจะมีปัญหาอุปสรรคอะไรหรือไม่ สำหรับการจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับกิจกรรมการให้บริการนั้น เช่น การให้คำปรึกษา ปกติในการให้คำปรึกษาจะใช้ห้องส่งเสริมสุขภาพ เช่น ให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือดของหญิงตั้งครรภ์เพื่อหาเชื้อเอดส์ หรือมีผู้ป่วยเอดส์มาขอคำปรึกษา ก็จะใช้ห้องนี้เหมือนกัน เพื่อไม่ให้เกิดความแตกต่างว่าเป็นโรคอะไรร้ายแรงหรือเปล่าจึงใช้ห้องพูดคุยที่ไม่เหมือนผู้อื่น

3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่กับคุณลักษณะประชากร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งและจำนวนบุคลากรทั้งหมดในสถานีอนามัย ผลการศึกษาพบว่าเพศ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสุพัชยา วิลวัฒน์ (2531) ที่พบว่าตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์กับระดับอุปสรรคการปฏิบัติงานด้านบริการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และจากการแทนค่าตัวแปรเพศลงในสมการ จะเห็นว่าระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ได้ร้อยละ 7 ซึ่งน้อยมาก ดังนั้นจึงอาจจะถือว่าได้ว่าไม่มีความสัมพันธ์ ในจุดนี้แสดงให้เห็นว่าระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมินั้น ยังขึ้นอยู่กับตัวแปรปัจจัยอื่นๆ อีกมาก ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการ

สังเกต พบว่ายังมีตัวแปรอื่นที่มีผลต่อระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิอีก คือ การชี้แจงทำความเข้าใจ การนิเทศงานทั้งระดับอำเภอ จังหวัดและส่วนกลาง ตลอดจนนโยบายของผู้บริหารก็มีส่วนเกี่ยวข้อง เพราะเนื่องจากว่าระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิเป็นแนวคิดใหม่ในการพัฒนาถึงแม้จะมาจากแนวคิดเดิมที่เคยปฏิบัติ แต่ในอดีตนั้นเป็นการทำงานตามที่เคยปฏิบัติกันมา แต่สิ่งนี้เป็นกรนำแนวคิดเดิมมาพัฒนา ปรับปรุงให้เป็นระบบขึ้น จึงควรจะมีการชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ เพราะมีกิจกรรมบางอย่างที่ยังไม่เคยปฏิบัติจึงเป็นเรื่องใหม่ การนิเทศงานเพื่อแก้ไขปัญหายุ่งยากทั้งระดับอำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง ล้วนมีความจำเป็น โดยเฉพาะระยะแรกของการดำเนินงานโครงการ

"แฟ้มอนามัยครอบครัวเนี่ย...ตัวผมเข้าไปที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เค้าบอกว่า.. เบิกเอามาให้ใช้ .. ก็เอามา แต่ไม่รู้ว่าให้เอามาทำอะไร.. ใช้อย่างไร ก็ไม่บอก.. รู้แต่จะให้เอาไปสำรวจทุกหลังคาเรือน สำรวจไปทำไมก็ไม่รู้.. ก็เลยเอามาไว้ก่อน ถ้าว่างก็ค่อยสำรวจไปเรื่อยๆ" สัมภาษณ์เมื่อ 17 มิถุนายน 2542 สถานีอนามัยตาตอง

จากการทำงานของผู้วิจัย ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในผู้บริหาร 3 ท่าน ผู้บริหารท่านแรกเป็นผู้คิดริเริ่มที่จะดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของจังหวัด ท่านมีความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างละเอียดลึกซึ้ง เมื่อท่านย้ายไปรับราชการที่จังหวัดอื่น ท่านผู้บริหารท่านที่ 2 มาสานต่อผู้รับผิดชอบงานต้องเรียนชี้แจงให้ผู้บริหารท่านใหม่เข้าใจในสิ่งที่กำลังดำเนินการอยู่ เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่สำหรับท่านซึ่งต้องใช้ระยะเวลาและเนื่องจากภารกิจของผู้บริหารค่อนข้างมาก ต้องรู้ทุกอย่างของสำนักงานสาธารณสุขของจังหวัด ไม่ใช่เพียงงานใดงานหนึ่ง พอท่านเข้าใจในแนวคิด ท่านก็ย้ายไปรับราชการที่จังหวัดอื่น ท่านผู้บริหารท่านที่ 3 มาสานต่อ ซึ่งอยู่ในช่วงของการประเมินผลโครงการ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการกระตุ้นเตือนของผู้บริหารสูงสุดระดับจังหวัดในการประชุมประจำเดือน ในช่วงแรกของการปฏิรูป เป็นการทำให้ผู้บริหารระดับอำเภอมีความกระตือรือร้น เมื่อผู้บริหารระดับอำเภอกระตือรือร้นก็จะมีติดตามงานของเจ้าหน้าที่ระดับล่างทำให้เจ้าหน้าที่ ดื่นตัวที่จะทำงานเพื่อสนองต่อนโยบายของผู้บริหาร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าการชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ การนิเทศงาน และนโยบายของผู้บริหารนั้น มีความสัมพันธ์ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ดังนั้นถ้าจะมีการศึกษาเรื่องนี้ในครั้งต่อไปควรนำตัวแปรเหล่านี้เข้าไปศึกษาด้วย

สืบเนื่องมาจากสถานีอนามัยเป็นสถานบริการด้านแรกที่ตั้งอยู่ในชุมชนและใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ให้บริการสาธารณสุข และกระจายอยู่ทุกตำบลซึ่งถือว่าเป็นข้อได้เปรียบที่จะพัฒนาการบริการขั้นปฐมภูมิให้เข้มแข็ง

โดยมีสถานีอนามัยเป็นโครงสร้างในการรองรับการบริการ ตามแนวคิดระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน ของสำนักงานโครงการปฏิรูปนั้น โดยภาพรวมเจ้าหน้าที่ประเมินผลออกมาว่าดี แต่สิ่งที่ยังต้องทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ คือ ระบบการเงิน ควรมีการชี้แจง ทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ถึงประโยชน์และผลดีของระบบการเงินว่าจะช่วยพัฒนาการบริการขั้นปฐมภูมิได้อย่างไร และจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ยังพบว่าการทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ การนิเทศงาน และนโยบายของผู้บริหาร ก็มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิดังนั้นควรมีการศึกษาตัวแปรเหล่านี้ในเชิงลึกอีกต่อไป

สรุปท้ายบท จากที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์ข้อมูล โดยยึดวัตถุประสงค์ สมมติฐานกับเครื่องมือที่สร้างขึ้น พร้อมทั้งอภิปรายผล ซึ่งจะนำไปสู่การสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในบทต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร :กรณีศึกษา ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการให้บริการขั้นปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่ และศึกษาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณเป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร จำนวน 103 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ จำแนกกลุ่มสถานีอนามัยออกเป็น 3 กลุ่ม ตามระยะเวลาที่เริ่มดำเนินการ สถานบริการที่เริ่มดำเนินการปี 2540 2541 2542 คือ สถานีอนามัยศิริพัฒนา อำเภอค้อวัง จำนวน 3 คน สถานีอนามัยหนองแก อำเภอกุดชุม จำนวน 2 คน สถานีอนามัยตาดทองอำเภอเมือง จำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีก จำนวน 3 ท่าน ผลการทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมด = .9326 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยส่งแบบสอบถามถึงสถานีอนามัย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการโดยนักวิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 7.5 for windows เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย คุณลักษณะประชากร วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ทั้ง 7 ด้าน วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้วย Stepwise Multiple Regression Analysis สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1

1. เพื่อประเมินผลความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน

การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.4 อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 40.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.8 ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 67.0 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 48.5 รายได้เฉลี่ย 10,652 บาทต่อเดือน อายุราชการอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 35.0 ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 42.7 ส่วนใหญ่ระดับชั้น 4-5 ร้อยละ 43.7 จำนวนบุคลากรในสถานีอนามัย ส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 3 คน ร้อยละ 73.8

1.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ และสถานที่ พบว่า ในภาพรวมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 2.61$) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเห็นด้วยกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ 6 ด้าน คือ การขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่และสถานที่ โดยพบว่าด้านสถานที่ มีความเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.81$) รองลงมาด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ ($\bar{X} = 2.67$) ระบบข้อมูล ($\bar{X} = 2.65$) การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ($\bar{X} = 2.63$) การปรับบทบาทหน้าที่ ($\bar{X} = 2.59$) และด้านการขึ้นทะเบียน ($\bar{X} = 2.54$) สำหรับความคิดเห็น ไม่แน่ใจ มี 1 ด้าน คือ ด้านระบบการเงิน ($\bar{X} = 2.38$)

ตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 2

2. ศึกษาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

2.1 วิเคราะห์หาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ พบว่าตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อ

หนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 7 โดย สมการถดถอยที่ดีที่สุดในการทำนายระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ คือ ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ = 2.666 - .122 (sex)

2.2 จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและจากการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เมื่อวันที่ 15 ,16 ,17 มิถุนายน 2542 ณ สถานีอนามัย พบปัญหาอุปสรรคระหว่าง การดำเนินงานตามโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พร้อมทั้งแนวทางแก้ไข ดังนี้

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการขึ้นทะเบียนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขคือ การปรับข้อมูลในแฟ้มอนามัยครอบครัวให้เป็นปัจจุบัน และการนำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ และคิดว่ามีแนวทางการแก้ไขปัญหาคือจะสร้างระบบข้อมูลข่าวสารรองรับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขโดยกำลังพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยในการขึ้นทะเบียนเช่น โปรแกรม THO(Tambon Health Office) ซึ่งเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่นำมาช่วยในการบันทึกข้อมูลการขึ้นทะเบียนในสถานีอนามัย

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบข้อมูลตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข คือ ระบบข้อมูลเพิ่มมากขึ้น เป็นการเพิ่มปริมาณงานเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอเป็นปัญหาในการสำรวจแฟ้มอนามัยครอบครัวและทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการให้บริการได้อย่างเต็มที่ โดยยังไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาคือชัดเจน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรอดูผลการประเมินโครงการว่าจะได้ดำเนินการต่อไปอีกหรือไม่ ถ้าไม่ได้ดำเนินการต่อระบบข้อมูลบางอย่างที่ซ้ำซ้อนกันก็จะไม่ได้ดำเนินการ ถ้าดำเนินการต่อไปก็จะประเมินดูว่าควรจะทำอะไรที่ไม่จำเป็นออกไปบ้าง ในส่วนของอัตรากำลังไม่เพียงพอจะขออัตรากำลังเจ้าหน้าที่เพิ่มอีก 1 คน

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการเงินตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข คือ เมื่อดำเนินการแล้วพบว่าบางแห่งไม่มีปัญหา บางแห่งการดำเนินงานค่อนข้างมีปัญหาถ้ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนน้อยเนื่องจากสถานีอนามัยแห่งหนึ่ง 84 % ของเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นการใช้สิทธิจากบัตรต่างๆ อีก 16 % เป็นการจ่ายโดยตรงให้กับสถานีอนามัย ดังนั้นทำให้มีผลกระทบต่อเงินบำรุงเพราะมีเพียง 16 % ที่เก็บค่ารักษาพยาบาลได้และนำไปเป็นรายรับเข้าเงินบำรุง เมื่อมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนน้อย เงินได้รับจัดสรรน้อยตามการเหมาจ่ายรายหัว และต้องตามจ่ายผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในความรับผิดชอบข้ามขั้นตอนไปรับการรักษาที่อื่นด้วย ซึ่งอัตราการเรียกเก็บค่อนข้างสูง และมีแนวทางการแก้ไขปัญหาคือ นำเสนอปัญหาในการเรียก

เก็บเงินข้ามเขตให้ระดับจังหวัดทราบ และควรแก้ไขอัตราการเรียกเก็บเงินในกรณีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในความรับผิดชอบข้ามขั้นตอนไปรับการรักษาที่อื่น อัตราการเรียกเก็บควรลดลงจากเดิม

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการมีความสัมพันธ์กับชุมชน ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรุ่นเก่าจะชอบการเยี่ยมบ้าน ด้วยเหตุผลที่ว่างงานที่ออกไปในชุมชนเป็นงานที่เคยทำเป็นปกติในสมัยก่อน สำหรับเจ้าหน้าที่รุ่นใหม่จะชอบงานที่ตั้งรับอยู่ในสำนักงานไม่ค่อยชอบลักษณะงานที่ออกไปในชุมชน เพราะทำให้เหนื่อยมากขึ้น แดดร้อน บางแห่งไม่มีเวลาออกไปเยี่ยมบ้าน เยี่ยมชุมชนมากนัก เพราะมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ จะให้บริการหลักอยู่ที่สถานีนามัย จะออกไปชุมชนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลบางครั้งเมื่อได้รับวิทยุแจ้งจากโรงพยาบาลว่ามีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีนามัยก็จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในวันนั้น ทำให้แผนที่วางไว้ว่าจะออกไปเยี่ยมบ้านต้องเลื่อนออกไปและคิดว่ามีแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยต้องเลือกดูว่าจะไร่วุ่น หรือมีความสำคัญกว่าก็จะทำสิ่งนั้นก่อน สำหรับเจ้าหน้าที่รุ่นใหม่ไม่ชอบการเยี่ยมบ้านนั้น จะแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบ การเยี่ยมบ้านจะให้ผู้ที่ชอบหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรุ่นเก่ารับผิดชอบ สำหรับเจ้าหน้าที่รุ่นใหม่จะให้รับผิดชอบงานรักษาอยู่ในสำนักงาน หรือให้เวียนกันออกเยี่ยม

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข คือ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยจะมีปัญหาเนื่องจากถ้าผู้ป่วยข้ามขั้นตอนไปใช้บริการที่อื่น โดยไม่ผ่านสถานีนามัยที่ระบุไว้ในบัตร ผู้รับบริการต้องเสียค่าร่วมจ่าย (co-payment) เป็นการใช้งบประมาณเงินช่วยเหลืออีกชั้นหนึ่ง แต่ก็จะมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไปโดยยอมเสียค่าร่วมจ่ายซึ่งไม่มากนัก

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข คือ ไม่มีปัญหาในการกำหนดเวลาการให้บริการผู้ป่วยที่ไม่ใช่เวลาทำงานตามปกติ เพราะมีเจ้าหน้าที่พักอยู่ที่สถานีนามัย แต่การให้บริการนั้นไม่ค่อยคุ้มสักเท่าไรนัก เนื่องจากมีผู้มารับบริการไม่มากเท่าที่ควร โดยมีแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยรอประเมินผลดูจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ถ้าไม่คุ้มค่าอาจจะไม่เปิดให้บริการและให้ผู้ป่วยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการด้านสถานที่ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากยังไม่มีหน่วยออกไปให้บริการตั้งรับในชุมชน จึงยังไม่ทราบว่าจะมีปัญหาอุปสรรคอะไรหรือไม่

2.3 แนวทางการพัฒนาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการระดับต้น จากผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวม แนวคิดระบบภายใน และปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิทั้ง 7 ด้าน เป็นแนวคิดที่ดี แต่เมื่อพิจารณาทางด้านสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยคือ ด้านระบบการเงิน ทำอย่างไรให้เจ้าหน้าที่เข้าใจในแนวคิดและจากการสัมภาษณ์เจาะลึก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบางแห่งยังไม่เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการทำ การให้นโยบายจากจังหวัดสู่อำเภอ โดยอำเภอไม่มีการขยายต่อถึงสถานีอนามัยทำให้สถานีอนามัยไม่เข้าใจ การทำโดยขาดความเข้าใจทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องและไม่ยั่งยืน เหมือนเป็นการเพิ่มภาระ เพิ่มงาน ดังนั้นถ้าจะพัฒนาการบริการขั้นปฐมภูมิในสถานีอนามัยให้ดีขึ้นควรมีการชี้แจง อธิบาย ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติเพื่อเป็นการปรับแนวคิดของผู้ปฏิบัติให้มีความเข้าใจตรงกันในสิ่งที่จะทำ ควรมีการนิเทศ ติดตาม ทั้งระดับจังหวัดและส่วนกลาง เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นระยะๆ ซึ่งจากการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536) พบว่า การปฏิบัติงานในด้านบริการมีความสัมพันธ์กับการนิเทศงานระดับอำเภอ การประสานงาน สัมพันธภาพในการทำงาน และการยอมรับนับถือ และควรให้ตัวแทนแต่ละอำเภอซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ ตัวแทนสถานีอนามัยและตัวแทนโรงพยาบาลอำเภอ ร่วมเป็นคณะกรรมการในการพัฒนาการบริการขั้นปฐมภูมิในระดับจังหวัด เพื่อรับทราบนโยบายและแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่างๆแล้วไปถ่ายทอดทำความเข้าใจ รวมทั้งเป็นตัวแทนในการชี้แจงแก่ผู้ปฏิบัติระดับล่างและเป็นผู้ประสานงานระหว่างจังหวัดและผู้ปฏิบัติ ควรมีการนิเทศ/ติดตามคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนแต่ละอำเภอในลักษณะการให้ความสนับสนุน ควรมีการประเมินผลสิ่งที่ดำเนินการว่ากิจกรรมมีการช้าช้อนหรือไม่ ส่วนไหน อย่างไร ในคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อแก้ไข ปรับปรุงการทำงานให้ชัดเจนและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานควรเห็นความสำคัญของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขร่วมกันและเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง ความได้เปรียบและการได้ประโยชน์ในการริเริ่มดำเนินการเปลี่ยนแปลงก่อนผู้อื่น อีกทั้งเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อรับความเปลี่ยนแปลงอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

- 1.1 ควรทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบการเงิน

- 1.2 การสำรวจแฟ้มอนามัยครอบครัวนั้น มีวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่งเพื่อให้เจ้าหน้าที่สถานอนามัยได้ไปทำความรู้จัก สนทนา คั่นเคยกกับชาวบ้าน การที่มีสถานอนามัยบางแห่ง ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปสำรวจนั้นผิดวัตถุประสงค์ ควรมีการทำความเข้าใจกันอีกครั้งหนึ่ง
- 1.3 ควรมีการทบทวนเรื่องระบบข้อมูลในสถานอนามัย ควรพิจารณาเฉพาะข้อมูลที่มีประโยชน์จริงๆ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางการให้บริการ
- 1.4 สถานอนามัยทุกแห่ง ควรมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 3 คน เนื่องจากค่าบริการชั้นปฐมภูมิ สถานอนามัยมีความเหมาะสมในการให้บริการมากกว่าสถานบริการระดับอื่น อีกทั้งสถานอนามัยมีปริมาณงานมากและต้องรองรับทุกงานของระดับจังหวัด
- 1.5 เนื่องจากตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกสถานบริการได้ จึงควรให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกขึ้นทะเบียนใช้สถานบริการตามความสมัครใจ ไม่ใช่ตามเขตภูมิศาสตร์ หลังจากนั้นถ้าผู้ป่วยข้ามขั้นตอนไปรับการรักษาที่อื่นที่ไม่ใช่ตามที่ตนเองเลือกไว้ จึงค่อยเข้าสู่ระบบการเสียค่าร่วมจ่าย
- 1.6 การนิเทศงาน ในกรณีมีเจ้าหน้าที่สถานอนามัยใกล้เคียงอยู่ไม่ห่างไกลมาให้บริการแทนขณะรับการนิเทศงาน จะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการนิเทศงาน และขณะเดียวกันก็ไม่ทำให้การบริการหยุดซ้งก และเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่สถานอนามัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการศึกษาเจาะลึกหรือการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้นปฐมภูมิในแต่ละด้าน
- 2.2 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรนำตัวแปรการชี้แจงทำความเข้าใจ การนิเทศงาน และนโยบายของผู้บริหาร เข้าเป็นตัวแปรในการศึกษาด้วย
- 2.3 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้นโยบายทางการเงินมาเป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนาการบริการชั้นปฐมภูมิ

สรุปจากที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น เป็นการสรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะภายใต้วัตถุประสงค์ ขอบเขต กลุ่มตัวแปรจากสมมติฐาน ซึ่งเป็นความพยายามเพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสาธารณสุขต่อไป

บรรณานุกรม

กมล ส่องวัฒนา. (2531). การประเมินผลโครงการ. ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะวิทยาการ
จัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2537). รายงานการศึกษาดูงานการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขใน
ประเทศสหราชอาณาจักร สวีเดน เนเธอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 24 มกราคม -
1 กุมภาพันธ์ 2537. นนทบุรี. (เอกสารอัดสำเนา).

กระทรวงสาธารณสุข. (2537). รายงานการศึกษาดูงานการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ณ
ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ระหว่างวันที่ 4-15 พฤษภาคม 2537. นนทบุรี.
(เอกสารอัดสำเนา).

กระทรวงสาธารณสุข. (2539). เครื่องมือวัดเพื่อการประเมินผลแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วง
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544). เอกสารประกอบการ
ประชุม วันที่ 16 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมเชียวหัตถ์พงษ์ แกรนด์ เดอ วิว. นนทบุรี
:สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2540). เครื่องมือวัดประเมินผลแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒ
นาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544). เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง
การประเมินผลประจำปี วันที่ 29 กรกฎาคม 2540 ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค.
กรุงเทพมหานคร : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข.

คณะกรรมการดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.(2540). ความก้าวหน้าการวิจัย
และพัฒนารูปแบบในพื้นที่ โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. เอกสารประกอบ
การประชุม (8 ธันวาคม 2540). นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.(2540).ความก้าวหน้าโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุม (8 ธันวาคม 2540).
นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

คณะพยาบาลศาสตร์. (2542). เปรียบเทียบระบบสาธารณสุข เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม ฝรั่งเศส มาเลเซีย และประเทศไทย. เอกสารประกอบการนำเสนอผลการศึกษาดูงานระบบสาธารณสุขในทวีปยุโรปและทวีปเอเชียของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 5-16 กันยายน 2542. สงขลา. (เอกสารอัดสำเนา)

โครงการวิจัยอยุธยาและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (มปป.). องค์รวมแห่งสาธารณสุข:ภูมิปัญญาจากการวิจัยระบบสาธารณสุข.

ชาญ สวัสดิ์สาส์. (2538).การประเมินและติดตามผลการฝึกอบรม. กรุงเทพมหานคร : นำงการพิมพ์.

ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ. (2536). ระบบบริการสาธารณสุข บทบาทและหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในต่างประเทศ. เอกสารการประชุมสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษา เรื่องระบบการสนับสนุนแพทย์ทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไทย วันที่ 17 สิงหาคม 2536 ณ โรงแรมอู่ทองอินน์ พระนครศรีอยุธยา และวันที่ 18 สิงหาคม 2536 ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพมหานคร . นนทบุรี : ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์สาธารณสุข.

ธีระ วีรธรรมสาธิต. (2532). ความผูกพันต่อองค์กร : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้บริหารระดับหัวหน้าแผนก/เทียบเท่าของเครือซิเมนต์ไทย,วิทยาลัยนิพนธ์รัฐศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นภาพัญ โหมาศวิน. (2533). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันของสมาชิกในองค์กร : ศึกษา

เฉพาะกรณีสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นรินทร์ สังข์รักษา. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานี
อนามัยในภาคกลางตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ท.ส.อ.) พ.ศ.2535
-2544. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.

นรินทร์ อิมามี. 2540. การประเมินผลโครงการกองทุนโรคเอดส์จังหวัดพะเยา, วิทยานิพนธ์รัฐ
ประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
(นิด้า). กรุงเทพมหานคร.

บุปผา แก้วทิพย์ และคณะ. (2540). การศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการ
ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ. รายงานวิจัย.

ประชุม รอดประเสริฐ. (2529). การบริหารโครงการ. กรุงเทพมหานคร : เนติกุลการพิมพ์.

ประเวศ วะสี . (2539). การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. (2526). การวิจัยประเมินผล. คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิต
พัฒนบริหารศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. (2529). การวิจัยและประเมินผลหลักการและกระบวนการ. กรุงเทพมหานคร
: หจก.การพิมพ์พระนคร.

พิชญภรณ์ ศรีธัญรัตน์. (2537). การประเมินผลนโยบายแก้ที่เสรี, วิทยานิพนธ์พัฒนบริหารศาสตร
มหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. (2539). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ.

สงขลา : เทมการพิมพ์.

ยุทธนา มุ่งสมัคร. (2538). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ. รายงานวิจัย.

เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2533). การประเมินผลโครงการ. ในสมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (บก.) รวมบทความทางกาประเมินโครงการ. (หน้า 95-96). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2540). การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวกรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองพระนครศรีอยุธยา, เป็นส่วนหนึ่งของบทเรียนจากประสบการณ์ของโครงการอยุธยา .พระนครศรีอยุธยา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.

รวินันท์ ศิริกนกวิไล. (2541). การพัฒนาระบบสาธารณสุขอำเภอทางออกแห่งการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ. ใน รวินันท์ ศิริกนกวิไลและคณะ(บก.) , ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. (หน้า 59- 64). กรุงเทพมหานคร : ฟรีแมก กรุ๊ป.

รุ่ง แก้วแดง. (2538). วิจัยเชิงวิจัยระบบราชการไทย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : พิมพ์ครั้งที่ 4. เซ็นเตอร์ จำกัด.

รัชนิกร ราชวัฒน์. (2538). แบบแผนและองค์ประกอบที่ยอมรับของประชาชนต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย : การศึกษาเชิงคุณภาพ โรงพยาบาลอ่าวอุดม. ชลบุรี. รายงานวิจัย.

รุจิรา มังคละศิริ. (2541) การประเมินผลโครงการวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง รพ.มหาราชนครราชสีมา.วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.6 (1), 5-14.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2529). ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล.

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข .มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์. (2539). การประเมินผลแผนงานและโครงการ. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการประเมินผลโครงการ วันที่ 11-13 กันยายน 2540 ณ แก่งสะพานศรีสุรท อุบลราชธานี . ยโสธร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (อัดสำเนา).

วิฉันทนา สุขเกษม และสุทธาทิพย์ หวังศรีศิริเพชร. (2540). ความพึงพอใจต่อการให้บริการนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จังหวัดระยอง. รายงานวิจัย.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ. (2539). เรื่องคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4 (3) ,158-168.

ศิริชัย พงษ์วิชัย.(2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพร จิรวัดมณีกุล และคณะ. (2541). ประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดยโสธร : สถานการณ์ก่อนการปฏิรูป. รายงานวิจัย.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2541). ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. สารสภากาพยาบาล,13 (2) ,1-22.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2541). ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

สวัสดิ์ พันัญญศรีธนา. (2537). ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและความตั้งใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข : ศึกษาเฉพาะกรณีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัยจังหวัดสตูล, เอกสารวิจัยสัมมนาเชิงปฏิบัติการหลักสูตรปริญญาโท คณะรัฐประศาสน

ศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2540). เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เลียงเชียง.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2540). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เลียงเชียง.

สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. (2539). การประเมินผลความก้าวหน้าโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (เล่ม 2). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.

สุนทร เกิดแก้ว และคณะ. (2529). การประเมินผลโครงการเคหะชุมชนร่มเกล้า(ลาดกระบัง) .รายงานการประเมินผลกลางช่วง. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนการเคหะแห่งชาติ.

สุพัทธา ศรีวณิชชากร. (2538). พัฒนาการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศต่างๆ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 3 (2) ,88-98.

สุพัทธา ศรีวณิชชากร. (2541). แนวความคิดในการจัดบริการปฐมภูมิและความสัมพันธ์กับการจัดบริการระดับอื่นๆ. ขอนแก่น. (เอกสารอัดสำเนา).

สุพัชยา วิลวัฒน์. (2531). ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับระดับอุปสรรคการปฏิบัติงานด้านบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดพังงา, รายงานการศึกษาด้วยตนเองทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.

สมจิต พุกษะรัตนนท์. (2536). ระบบบริการสาธารณสุข บทบาทและหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในต่างประเทศ. เอกสารการประชุมสัมมนาอัยแพทย์ศาสตร์ศึกษา เรื่องระบบการสนับสนุนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

ไทย วันที่ 17 สิงหาคม 2536 ณ โรงแรมคู่ทองอินน์ พระนครศรีอยุธยา และวันที่ 18 สิงหาคม 2536 ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพมหานคร . นนทบุรี :ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์สาธารณสุข.

สมบัติ สุวรรณพิทักษ์. (2531). การประเมินผลโครงการ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรมการศึกษานอกโรงเรียน.

สมพร รัตนพันธ์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมภพ พานทอง.(2538).การประเมินผลลัพธ์จากการนำกิจกรรมกิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพมาใช้ ในธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ : กรณีศึกษาในฝ่ายกิจการสาขาภาคใต้และภาค ตะวันตก 5 สาขา, วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมหมาย เกิดกล้า. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. (2533). รวมบทความทางการประเมินโครงการ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ส่วนวิจัยและพัฒนา. (2540). การวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. ยโสธร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (อัดสำเนา)

ส่วนวิจัยและพัฒนา. (2540). ข้อมูลทั่วไปจังหวัดยโสธร. เอกสารประกอบการนำเสนอผลงาน
ระดับจังหวัด. ยโสธร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (อัดสำเนา)

ส่วนวิจัยและพัฒนา. (2541). โครงการวิจัยการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัด
ยโสธร(ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 4). เอกสารประกอบการประชุมการปฏิรูประบบบริการ
สาธารณสุข. ยโสธร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (อัดสำเนา)

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2540). โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและรัฐบาลยุโรป. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

อนันต์ เกตุวงศ์. (2534). หลักและเทคนิคการวางแผน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.

อรุณ จิรวัดมนกุล และคณะ. (2534). ชีวิสถิติ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

อินทิดา ชัยฤกษ์. (2540). เรื่องการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรง
พยาบาลยะลา. วารสารวิชาการเขต 12, 8 (1) ,15-19.

อุกฤษณ์ มลิินทางกูร.(2539). เรื่องภาพลักษณ์ของสถานื่อนามัยในสองทศวรรษหน้าและกลยุทธ์
ในการพัฒนา. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4 (4) ,310-320.

อุทัย บุญประเสริฐ. (2533). "การประเมินโครงการ" เอกสารการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ระดับ
จังหวัด อำเภอ โรงเรียนในโครงการ ก.ศ.พช. ปีงบประมาณ 2533 จังหวัดปัตตานี.
ปัตตานี:หน่วยศึกษานิเทศน์ สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดปัตตานี. (อัดสำเนา)

อำพล จินดาวัฒน์. (2537). เรื่องทิศทางการวิจัยเพื่อการพัฒนาสถานื่อนามัย. วารสารการวิจัย
ระบบสาธารณสุข, 2 (1) ,36-40.

- A.H.Studenmund, Henry J.Cassidy. (1992). Using econometrics: A practical guide. New York : Harper collins.
- Buck D, et al. (1996). Epilepsia. Sep ; 37(9) : 841-9.
- Chaichana suvanavejh.(1992). Thailand Primary Health Care Profile 1992, Primary Health Care Office, Office of Permanent secretary, Ministry of Public Health.
- Denise F. Polit.(1996). Data analysis & statistics for nursing research. USA : Andover Publishing.
- James Stevens. (1992). Applied multivariate statistics for the social sciences. USA : Lawrence Erlbaum Associates.
- Mona R.Bomgaars.(1978). Practical Evaluation for Primary Health Care Programs. In Richard A.Smith . Manpower and Primary Health Care. USA : The University Press of Hawaii.
- Nitayarumpong,S.(1997). "Quality of health service" Health Care Reform: at the frontier of research and policy decisions : Office of Health Care Reform. P.156-157.
- Porter, Lyman W. Lawler III, Edward E. and Hackman Richard J. (1975). Behavior in Organization. New York : McGraw-Hill.
- Saltman RB, Figueras J. (1998). Health Aff (Millwood). Mar-Apr ; 17(2) : 85-108.
- Steers, Richard and Porter, Lyman. (1979). Motivation and Work Behavior. New York : McGraw-Hill.

ภาคผนวก ก.

ตาราง 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านการขึ้นทะเบียน จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ

แหล่งความแปรปรวน (SOV)	ขั้นแห่งความเป็นอิสระ (D.F)	ผลรวมกำลังสอง (S.S)	ค่าเฉลี่ยผลรวมกำลังสอง (M.S)	F - Ratio	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (LSD)
ระหว่างกลุ่ม	2	0.497	0.248	1.607	-
ภายในกลุ่ม	100	15.454	0.155		-
รวม	102	15.951			
ปีที่เริ่มดำเนินการ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
2540	31	2.44	0.50		
2541	25	2.54	0.37		
2542	47	2.60	0.32		

$p > 0.005$

จากตาราง 14 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เริ่มดำเนินการในปีต่างกัน ทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียนไม่แตกต่างกัน

ตาราง 15 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านระบบข้อมูล จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ

แหล่งความแปรปรวน (SOV)	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (D.F)	ผลรวมกำลังสอง (S.S)	ค่าเฉลี่ยผลรวมกำลังสอง (M.S)	F - Ratio	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (LSD)
ระหว่างกลุ่ม	2	9.439 E - 02	4.720 E - 02	0.377	-
ภายในกลุ่ม	100	12.513	0.125		-
รวม	102	12.607			
ปีที่เริ่มดำเนินการ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
2540	31	2.61	0.42		
2541	25	2.64	0.30		
2542	47	2.68	0.33		

$p > 0.05$

จากตาราง 15 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อมูลตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เริ่มดำเนินการในปีต่างกัน ทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อมูลไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ด้านระบบการเงิน จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ

แหล่งความแปรปรวน (SOV)	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (D.F)	ผลรวมกำลังสอง (S.S)	ค่าเฉลี่ยผลรวมกำลังสอง (M.S)	F - Ratio	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (LSD)
ระหว่างกลุ่ม	2	0.444	0.222	2.319	-
ภายในกลุ่ม	100	9.568	9.568 E-02		-
รวม	102	10.012			
ปีที่เริ่มดำเนินการ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
2540	31	2.47	0.37		
2541	25	2.29	0.30		
2542	47	2.37	0.26		

$p > 0.05$

จากตาราง 16 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบการเงินตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เริ่มดำเนินการในปีต่างกัน ทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบการเงินไม่แตกต่างกัน

ตาราง 17 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนจำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ

แหล่งความแปรปรวน (SOV)	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (D.F)	ผลรวมกำลังสอง (S.S)	ค่าเฉลี่ยผลรวมกำลังสอง (M.S)	F - Ratio	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (LSD)
ระหว่างกลุ่ม	2	8.072 E - 02	4.036 E - 02	0.519	-
ภายในกลุ่ม	100	7.779	7.779 E - 02		-
รวม	102	7.859			
ปีที่เริ่มดำเนินการ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
2540	31	2.65	0.24		
2541	25	2.66	0.22		
2542	47	2.60	0.32		

$p > 0.05$

จากตาราง 17 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เริ่มดำเนินการในปีต่างกัน ทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนไม่แตกต่างกัน

ตาราง 18 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบจำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ

แหล่งความแปรปรวน (SOV)	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (D.F)	ผลรวมกำลังสอง (S.S)	ค่าเฉลี่ยผลรวมกำลังสอง (M.S)	F - Ratio	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (LSD)
ระหว่างกลุ่ม	2	5.871 E - 02	2.935 E - 02	0.261	-
ภายในกลุ่ม	100	11.257	0.113		-
รวม	102	11.316			
	ปีที่เริ่มดำเนินการ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
	2540	31	2.69	0.35	
	2541	25	2.70	0.30	
	2542	47	2.65	0.34	

$p > 0.05$

จากตาราง 18 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เริ่มดำเนินการในปีต่างกัน ทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ

แหล่งความแปรปรวน (SOV)	ขั้นแห่งความเป็นอิสระ (D.F)	ผลรวมกำลังสอง (S.S)	ค่าเฉลี่ยผลรวมกำลังสอง (M.S)	F - Ratio	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (LSD)
ระหว่างกลุ่ม	2	3.918 E - 02	1.959 E - 02	0.297	-
ภายในกลุ่ม	100	6.59	6.592 E - 02		-
รวม	102	6.631			
ปีที่เริ่มดำเนินการ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
2540	31	2.58	0.28		
2541	25	2.63	0.22		
2542	47	2.58	0.26		

$p > 0.05$

จากตาราง 19 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เริ่มดำเนินการในปีต่างกัน ทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกี่ยวเนื่องการบริการขั้นปฐมภูมิด้านสถานที่ จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ

แหล่งความแปรปรวน (SOV)	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (D.F)	ผลรวมกำลังสอง (S.S)	ค่าเฉลี่ยผลรวมกำลังสอง (M.S)	F - Ratio	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (LSD)
ระหว่างกลุ่ม	2	0.444	0.222	2.319	-
ภายในกลุ่ม	100	9.568	9.568 E -02		-
รวม	102	10.012			
ปีที่เริ่มดำเนินการ		จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
2540		31	2.81	0.30	
2541		25	2.87	0.17	
2542		47	2.77	0.30	

$p > 0.05$

จากตาราง 20 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกี่ยวเนื่องการบริการขั้นปฐมภูมิด้านสถานที่ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เริ่มดำเนินการในปีต่างกัน ทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกี่ยวเนื่องการบริการขั้นปฐมภูมิด้านสถานที่ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 21 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้นปฐมภูมิ จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินการ

แหล่งความแปรปรวน (SOV)	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (D.F)	ผลรวมกำลังสอง (S.S)	ค่าเฉลี่ยผลรวมกำลังสอง (M.S)	F - Ratio	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (LSD)
ระหว่างกลุ่ม	2	1.804E-03	9.019E-04	.017	-
ภายในกลุ่ม	100	5.165	5.165E -02		-
รวม	102	5.167			
ปีที่เริ่มดำเนินการ		จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
2540		31	2.61	0.26	
2541		25	2.62	0.17	
2542		47	2.61	0.23	

$p > 0.05$

จากตาราง 21 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้นปฐมภูมิปฏิบัติตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เริ่มดำเนินการในปีต่างกัน ทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้นปฐมภูมิไม่แตกต่างกัน

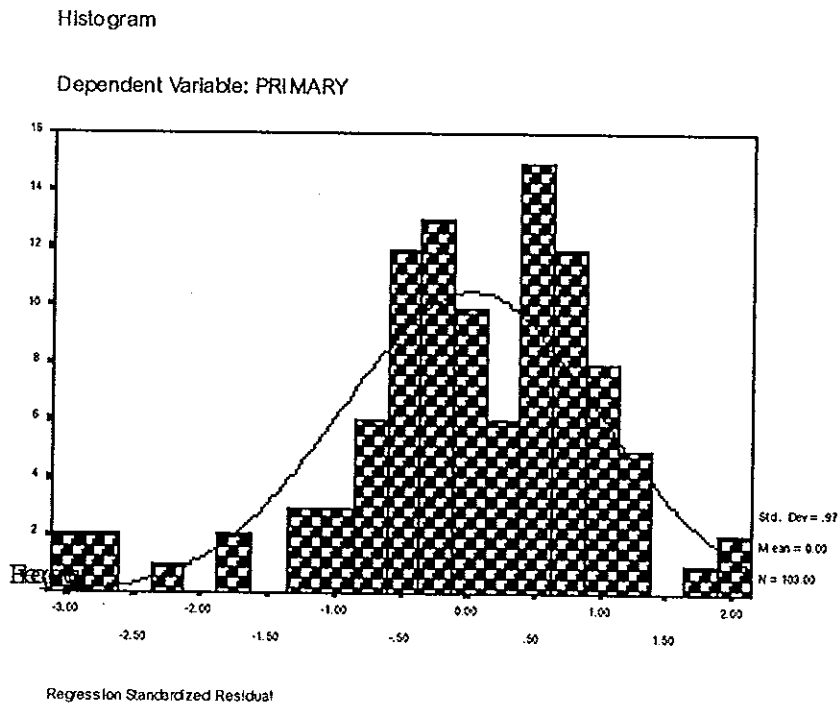
ภาคผนวก ข.

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการถดถอยพหุ (Multiple Regression analysis) ในการศึกษาครั้งนี้

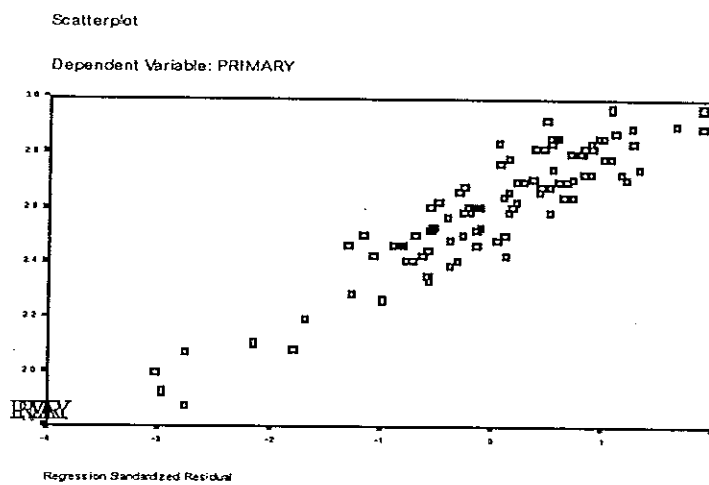
1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง อายุ จำนวนบุคลากรในสถานีนอนามัย ตัวแปรตามเป็นระดับคะแนนความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ที่มีระดับการวัดเป็นนามมาตรา (nominal scale) นำมาสร้างเป็นตัวแปรหุ่น ดังนี้

ตัวแปร	ระดับการวัด	ตัวแปรหุ่น
ตัวแปรอิสระ		
เพศ	นามมาตรา	ชาย = 1 หญิง = 0
สถานภาพสมรส	นามมาตรา	โสด/ฝ่าย/หย่า/แยก = 1 คู่ = 0
ระดับการศึกษา	นามมาตรา	ต่ำกว่าปริญญาตรี = 1 ปริญญาตรี = 0
ตำแหน่ง	นามมาตรา	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน /เจ้าหน้าที่ บริหารงานสาธารณสุข /นักวิชาการ = 1 พยาบาลเทคนิค และพยาบาลวิชาชีพ = 0
อายุ	อัตราส่วน	
จำนวนบุคลากรในสถานีนอนามัย	อัตราส่วน	
ตัวแปรตาม		
ระดับคะแนนความคิดเห็น	ระดับช่วง	

2. การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normal curve) ค่าเฉลี่ยของการกระจาย เท่ากับ 0



3. ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยลงจุดกระจาย (Scatter plot)



4. ทดสอบตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องไม่มีความสัมพันธ์เชิงอัตโนมัติ (Autocorrelation) โดยทดสอบค่าสถิติ Durbin - Wason (D-W) ถ้าค่าอยู่ระหว่าง 1.65-2.35 แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์เชิงอัตโนมัติ ถ้าค่าอยู่ระหว่าง 1.21-1.65 แสดงว่าไม่แน่ใจว่าจะมีปัญหาหรือไม่ ถ้านอกเหนือจากนี้ แสดงว่ามีความสัมพันธ์เชิงอัตโนมัติแน่นอน

Model Summary

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
Model										
1	.272	.074	.065	.2177	.074	8.053	1	101	.005	1.609

a Predictors: (Constant), SEX

b Dependent Variable: PRIMARY

5.ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity problem) โดยแสดงเมตริกความสัมพันธ์ (Correlation matrix) ซึ่งค่า R^2 ไม่ควรเกิน 0.8

ตาราง 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้นปฐมภูมิกับตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	การบริการชั้นปฐมภูมิ	อายุ	ระดับการศึกษา	จำนวนบุคลากรใน สอ.	ตำแหน่ง	สถานภาพสมรส	เพศ
การบริการชั้นปฐมภูมิ	1.00	.048	-.074	.058	.121	.082	-.272
อายุ		1.00	.253	-.104	.112	-.177	-.212
ระดับการศึกษา			1.00	-.282	-.141	.170	-.282
จำนวนบุคลากรใน สอ.				1.00	.035	-.125	.004
ตำแหน่ง					1.00	-.230	.191
สถานภาพสมรส						1.00	.073
เพศ							1.00

$p < .05$

จากตาราง 22 จะเห็นได้ว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูง ที่จะก่อให้เกิดปัญหาการละเมิดข้อสมมติฐานที่กำกับเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ตาราง 23 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้น
ปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียนกับตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	การ บริการ ชั้นปฐม ภูมิ	อายุ	ระดับ การ ศึกษา	จำนวน บุคลากร กรใน สอ.	ตำแหน่ง	สถาน ภาพ สมรส	เพศ
การบริการชั้นปฐมภูมิ	1.00	.172	.122	.050	.178	.076	-.338
อายุ		1.00	.253	-.104	.112	-.177	-.212
ระดับการศึกษา			1.00	-.282	-.141	.170	-.282
จำนวนบุคลากรใน สอ.				1.00	.035	-.125	.004
ตำแหน่ง					1.00	-.230	.191
สถานภาพสมรส						1.00	.073
เพศ							1.00

p < .05

จากตาราง 23 จะเห็นได้ว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูง ที่จะก่อให้เกิด
ปัญหาการละเมิดข้อสมมติฐานที่กำกับเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ตาราง 24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้น
ปฐมภูมิด้านระบบข้อมูลกับตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	การ บริการ ชั้นปฐม ภูมิ	อายุ	ระดับ การ ศึกษา	จำนวน บุคลากร กรใน สอ.	ตำแหน่ง	สถาน ภาพ สมรส	เพศ
การบริการชั้นปฐมภูมิ	1.00	.141	-.037	.143	.354	.044	-.157
อายุ		1.00	.253	-.104	.112	-.177	-.212
ระดับการศึกษา			1.00	-.282	-.141	.170	-.282
จำนวนบุคลากรกรใน สอ.				1.00	.035	-.125	.004
ตำแหน่ง					1.00	-.230	.191
สถานภาพสมรส						1.00	.073
เพศ							1.00

$p < .05$

จากตาราง 24 จะเห็นได้ว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูง ที่จะก่อให้เกิด
ปัญหาการละเมิดข้อสมมติฐานที่กำกับเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ตาราง 25 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้น
ปฐมภูมิด้านระบบการเงินกับตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	การ บริการ ชั้นปฐม ภูมิ	อายุ	ระดับ การ ศึกษา	จำนวน บุคลากร กรใน สอ.	ตำแหน่ง	สถาน ภาพ สมรส	เพศ
การบริการชั้นปฐมภูมิ	1.00	-.075	-.102	-.009	.125	-.058	.033
อายุ		1.00	.253	-.104	.112	-.177	-.212
ระดับการศึกษา			1.00	-.282	-.141	.170	-.282
จำนวนบุคลากรใน สอ.				1.00	.035	-.125	.004
ตำแหน่ง					1.00	-.230	.191
สถานภาพสมรส						1.00	.073
เพศ							1.00

$p < .05$

จากตาราง 25 จะเห็นได้ว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูง ที่จะก่อให้เกิด
ปัญหาการละเมิดข้อสมมติฐานที่กำกับเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ตาราง 26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้น
ปฐมภูมิด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนกับตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	การ บริการ ชั้นปฐม ภูมิ	อายุ	ระดับ การ ศึกษา	จำนวน บุคลากร กรใน สอ.	ตำแหน่ง	สถาน ภาพ สมรส	เพศ
การบริการชั้นปฐมภูมิ	1.00	.006	-.109	.128	.069	-.003	-.127
อายุ		1.00	.253	-.104	.112	-.177	-.212
ระดับการศึกษา			1.00	-.282	-.141	.170	-.282
จำนวนบุคลากรใน สอ.				1.00	.035	-.125	.004
ตำแหน่ง					1.00	-.230	.191
สถานภาพสมรส						1.00	.073
เพศ							1.00

$p < .05$

จากตาราง 26 จะเห็นได้ว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูง ที่จะก่อให้เกิด
ปัญหาการละเมิดข้อสมมติฐานที่กำกับเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ตาราง 27 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้น
ปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบกับตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	การ บริการ ขั้นปฐม ภูมิ	อายุ	ระดับ การ ศึกษา	จำนวน บุคลากร กรใน สอ.	ตำแหน่ง	สถาน ภาพ สมรส	เพศ
การบริการขั้นปฐมภูมิ	1.00	-.075	-.055	-.080	-.028	.161	-.224
อายุ		1.00	.253	-.104	.112	-.177	-.212
ระดับการศึกษา			1.00	-.282	-.141	.170	-.282
จำนวนบุคลากรใน สอ.				1.00	.035	-.125	.004
ตำแหน่ง					1.00	-.230	.191
สถานภาพสมรส						1.00	.073
เพศ							1.00

$p < .05$

จากตาราง 27 จะเห็นได้ว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูง ที่จะก่อให้เกิด
ปัญหาการละเมิดข้อสมมติฐานที่กำกับเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ตาราง 28 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้น
ปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาการดำเนินงานกิจกรรมกับตัวแปร
อิสระ

ตัวแปร	การ บริการ ชั้นปฐม ภูมิ	อายุ	ระดับ การ ศึกษา	จำนวน บุคลากร กรใน สอ.	ตำแหน่ง	สถาน ภาพ สมรส	เพศ
การบริการชั้นปฐมภูมิ	1.00	.030	-.175	-.036	-.151	.034	-.284
อายุ		1.00	.253	-.104	.112	-.177	-.212
ระดับการศึกษา			1.00	-.282	-.141	.170	-.282
จำนวนบุคลากรใน สอ.				1.00	.035	-.125	.004
ตำแหน่ง					1.00	-.230	.191
สถานภาพสมรส						1.00	.073
เพศ							1.00

$p < .05$

จากตาราง 28 จะเห็นได้ว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูง ที่จะก่อให้เกิด
ปัญหาการละเมิดข้อสมมติฐานที่กำกับเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ตาราง 29 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรตามระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้น
ปฐมภูมิด้านสถานที่กับตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	การ บริการ ชั้นปฐม ภูมิ	อายุ	ระดับ การ ศึกษา	จำนวน บุคลากร กรใน สอ.	ตำแหน่ง	สถาน ภาพ สมรส	เพศ
การบริการชั้นปฐมภูมิ	1.00	-.010	-.093	.088	-.051	-.141	.045
อายุ		1.00	.253	-.104	.112	-.177	-.212
ระดับการศึกษา			1.00	-.282	-.141	.170	-.282
จำนวนบุคลากรกรใน สอ.				1.00	.035	-.125	.004
ตำแหน่ง					1.00	-.230	.191
สถานภาพสมรส						1.00	.073
เพศ							1.00

$p < .05$

จากตาราง 29 จะเห็นได้ว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูง ที่จะก่อให้เกิด
ปัญหาการละเมิดข้อสมมติฐานที่กำกับเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ตาราง 30 แสดงองค์ประกอบของต้นทุนรวมของโครงการตามประเภทของกิจกรรม โดยแสดงเป็นร้อยละของต้นทุนรวมของโครงการตามประเภทของกิจกรรม โดยแสดงเป็นร้อยละของต้นทุนรวมของโครงการตามประเภทของกิจกรรม

ประเภทของกิจกรรม	ค่า	ต้นทุนรวม	ร้อยละ	ค่า	ต้นทุนรวม	ร้อยละ	ค่า	ต้นทุนรวม	ร้อยละ
ค่าเช่าที่ดิน	172	141	-075	172	141	-075	172	141	-075
ค่าเช่าเครื่องจักร	122	037	-037	122	037	-037	122	037	-037
ค่าเช่ารถบรรทุก	050	143	009	050	143	009	050	143	009
ค่าเช่ารถไถ	178	354	125	178	354	125	178	354	125
ค่าเช่ารถแทรกเตอร์	-338	-157	-058	-338	-157	-058	-338	-157	-058
ค่าเช่ารถบรรทุก	076	044	033	076	044	033	076	044	033
ค่าเช่ารถไถ	-075	006	006	-075	006	006	-075	006	006
ค่าเช่ารถบรรทุก	-109	-109	-109	-109	-109	-109	-109	-109	-109
ค่าเช่ารถไถ	-080	128	069	-080	128	069	-080	128	069
ค่าเช่ารถบรรทุก	-224	-127	-127	-224	-127	-127	-224	-127	-127
ค่าเช่ารถไถ	-284	-224	-224	-284	-224	-224	-284	-224	-224
ค่าเช่ารถบรรทุก	034	034	034	034	034	034	034	034	034
ค่าเช่ารถไถ	-010	-010	-010	-010	-010	-010	-010	-010	-010
ค่าเช่ารถบรรทุก	-093	-093	-093	-093	-093	-093	-093	-093	-093
ค่าเช่ารถไถ	088	088	088	088	088	088	088	088	088
ค่าเช่ารถบรรทุก	121	121	121	121	121	121	121	121	121
ค่าเช่ารถไถ	-272	-272	-272	-272	-272	-272	-272	-272	-272
ค่าเช่ารถบรรทุก	082	082	082	082	082	082	082	082	082

ตาราง 31 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่
สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการ
ขึ้นทะเบียน

ตัวทำนาย	b	Beta	R ²	R ² Change	F-Value	T
ขั้นที่ 2						
เพศ	-.305	-.387	.114	.114	13.059	-4.178
ตำแหน่ง	.512	.252	.175	.061	10.642	2.720
ค่าคงที่(Constant)	2.188					

p < .05

จากตาราง 31 สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่
สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการ
ขึ้นทะเบียนเป็นตัวแปรตามและเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งและจำนวนบุคลากร
ทั้งหมดในสถานีนามัยเป็นตัวแปรอิสระ พบว่าตัวแปรเพศ และตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับระดับ
ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้น
ปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียน โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของ
เจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการ
ขึ้นทะเบียน ได้ร้อยละ 18 (R² = .175 p-value < .05) โดยเพศมีความสัมพันธ์เชิงลบและตำแหน่งมี
ความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ดังนั้นสมการถดถอยที่ดีที่สุด
ในการทำนายระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัย
เกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียน คือ $Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2$

$$Y = 2.188 - .305 (\text{เพศ}) + .512 (\text{ตำแหน่ง})$$

ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการ
บริการขั้นปฐมภูมิด้านการขึ้นทะเบียน = 2.188 - .305 (เพศ) + .512 (ตำแหน่ง)

ตาราง 32 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่
สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้าน
ระบบข้อมูล

ตัวทำนาย	b	Beta	R ²	R ² Change	F-Value	T
ขั้นที่ 2						
ตำแหน่ง	.721	.398	.125	.125	14.441	4.310
เพศ	-.163	-.233	.177	.052	10.782	-2.521
ค่าคงที่(Constant)	2.031					

p < .05

จากตาราง 32 สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่
สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อมูลเป็น
ตัวแปรตามและเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งและจำนวนบุคลากรทั้ง
หมดในสถานีนามัยเป็นตัวแปรอิสระ พบว่าตัวแปรเพศ และตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับระดับ
ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้น
ปฐมภูมิด้านระบบข้อมูล โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้า
หน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อ
มูล ได้ร้อยละ 18 (R² = .177 p-value < .05) โดยเพศมีความสัมพันธ์เชิงลบและตำแหน่งมีความ
สัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ดังนั้นสมการถดถอยที่ดีที่สุดใ
การทำนายระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุน
การบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อมูล คือ

$$Y = a + bx$$

$$Y = 2.031 + .721 (\text{ตำแหน่ง}) - .163 (\text{เพศ})$$

ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุน
การบริการขั้นปฐมภูมิด้านระบบข้อมูล = 2.031 + .721 (ตำแหน่ง) - .163 (เพศ)

ตาราง 33 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่
สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการ
เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ

ตัวทำนาย	b	Beta	R ²	R ² Change	F-Value	T
ขั้นที่ 1						
เพศ	-.149	-.224	.050	.050	5.335	-2.31
ค่าคงที่(Constant)	2.743					

p < .05

จากตาราง 33 สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่
สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับ
โรงพยาบาลและสถานบริการในระบบเป็นตัวแปรตามและเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการ
ศึกษา ตำแหน่งและจำนวนบุคลากรทั้งหมดในสถานีนามัยเป็นตัวแปรอิสระ พบว่าตัวแปรเพศ
มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัย
เกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ โดย
สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบ
ภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการ
ในระบบ ได้ร้อยละ 5 (R² = .05 p-value < .05) ดังนั้นสมการถดถอยที่ดีที่สุดในการทำนายระดับ
ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐม
ภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ คือ

$$Y = a + bx$$

$$Y = 2.743 - .149 (\text{เพศ})$$

ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุน
การบริการขั้นปฐมภูมิด้านการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ = 2.743 - .149
(เพศ)

ตาราง 34 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่
สถานีนอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการ
ปรับบทบาทหน้าที่และเวลาการดำเนินงาน

ตัวทำนาย	b	Beta	R ²	R ² Change	F-Value	T
ขั้นที่ 2						
เพศ	-.184	-.363	.081	.081	8.878	-3.777
ระดับการศึกษา	-.150	-.278	-.152	.071	8.946	-2.893
ค่าคงที่(Constant)	2.779					

p < .05

จากตาราง 34 สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่
สถานีนอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่
และเวลาการดำเนินงานเป็นตัวแปรตามและเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
ตำแหน่งและจำนวนบุคลากรทั้งหมดในสถานีนอนามัยเป็นตัวแปรอิสระ พบว่าตัวแปรเพศ และ
ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเกี่ยวกับระบบ
ภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่และเวลาการดำเนินงาน
โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย
เกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่และ
เวลาการดำเนินงาน ได้ร้อยละ 15 (R² = .152 p-value < .05) โดยเพศและระดับการศึกษามี
ความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ดังนั้นสมการถดถอยที่ดีที่สุด
ในการทำนายระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อ
หนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่และเวลาการดำเนินงาน คือ

$$Y = a + bx$$

$$Y = 2.779 - .184 (\text{เพศ}) - .150 (\text{ระดับการศึกษา})$$

ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุน
การบริการขั้นปฐมภูมิด้านการปรับบทบาทหน้าที่และเวลาการดำเนินงาน = 2.779 - .184
(เพศ) - .150 (ระดับการศึกษา)

ภาคผนวก ค.

แบบสอบถาม

ลำดับที่ [] [] []

การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร
: กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

จำนวน 56 ข้อ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงใน [] หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อคำถาม	สำหรับนักวิจัย
1. เพศ [] 1.ชาย [] 2.หญิง	sex []
2. อายุปี	age [] []
3. สถานภาพสมรส [] 1.โสด [] 2.คู่ [] 3.หม้าย [] 4.หย่า/แยก	status []
4. ระดับการศึกษา [] 1.ต่ำกว่าปริญญาตรี / อนุปริญญา [] 2.ปริญญาตรี [] 3.สูงกว่าปริญญาตรี	edu []
5. รายได้ต่อเดือน.....บาท/เดือน	Income [] [] [] [] [] []
6. อายุราชการปี (เต็มปี)	work [] []
7. ตำแหน่ง [] 1. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน [] 2. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข [] 3. พยาบาลเทคนิค [] 4. พยาบาลวิชาชีพ [] 5. นักวิชาการ	posit []
8. ระดับชั้น	class []
9. จำนวนบุคลากรทั้งหมดในสถานีอนามัย (รวมทั้งท่านด้วย)..... คน	num []

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้น
ปฐมภูมิ

คำชี้แจง โปรดอ่านคำอธิบายข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม

1. เป็นคำอธิบายแต่ละข้อ ในเรื่องระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการชั้น
ปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

2. เป็นข้อคำถาม ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงตาม
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ โดยการเลือกตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

หมายเลข 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วย

หมายเลข 2 หมายถึง ท่านไม่แน่ใจ

หมายเลข 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วย

การขึ้นทะเบียน

คำชี้แจง โปรดกรุณาอ่านเพื่อทำความเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม

คำอธิบาย

การขึ้นทะเบียน คือ กระบวนการที่จะทำให้มีประชากรเป้าหมายในการให้บริการ ซึ่งประชากรเป้าหมาย คือสมาชิกที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ แบ่งใหญ่ๆ ได้ 3 วิธีการดังนี้

1. การขึ้นทะเบียนโดยกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมาย ตามพื้นที่การปกครองของกระทรวงมหาดไทย เช่น การรับผิดชอบยกตำบล

2. การขึ้นทะเบียนโดยสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นผู้เลือกประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยมีเงื่อนไขว่าประชากรเป้าหมายจะได้รับบริการทางด้านเวชปฏิบัติครอบครัวได้อย่างเต็มที่ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมการให้บริการที่บ้าน โดยสถานบริการจะเป็นผู้กำหนดกลุ่มผู้รับบริการเอง ตามความสามารถที่จะเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

3. การขึ้นทะเบียนโดยประชาชนเป็นผู้เลือกหรือสมัครเป็นสมาชิกของสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว โดยแรงจูงใจของการสมัคร คือ การได้เห็นประโยชน์ของการเป็นสมาชิกของสถานบริการ

ซึ่งการบริการเวชปฏิบัติครอบครัวให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และสิ่งที่จะทำให้กระบวนการสร้างความสัมพันธ์เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง คือ การมีประชากรเป้าหมายที่ไม่มากเกินไปจนกลายเป็นอุปสรรคในการพัฒนาความสัมพันธ์และไม่น้อยเกินไปจนทำให้ขาดประสบการณ์ในการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการให้บริการ

ข้อความ	ระดับคะแนน			สำหรับ นักวิจัย
	3	2	1	
1.การขึ้นทะเบียนประชากรผู้รับบริการทำให้มีประชากรที่หน่วยงานสามารถให้บริการได้อย่างชัดเจน				Re1 []
2. การขึ้นทะเบียนทำให้เกิดผลดีในกิจกรรมการดำเนินงาน				Re2 []
3.การขึ้นทะเบียนทำให้การบริการมีคุณภาพ				Re3 []
4.การขึ้นทะเบียนทำให้กิจกรรมการให้บริการมีความต่อเนื่อง				Re4 []
5.การขึ้นทะเบียนทำให้ง่ายต่อการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมในการให้บริการ				Re5 []
6.การขึ้นทะเบียนประชากรเป็นการไม่เปิดโอกาสให้ประชากรทั่วไปได้รับบริการอย่างทั่วถึง				Re6 []
7.การขึ้นทะเบียนประชากรเป็นการผูกมัดเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ				Re7 []
8.การขึ้นทะเบียนเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ				Re8 []

ระบบข้อมูล

คำชี้แจง โปรดกรุณาอ่านเพื่อทำความเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม

คำอธิบาย

ระบบข้อมูล คือ ระบบที่ช่วยทำให้การบริการขั้นปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง สามารถแบ่งระบบข้อมูลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระบบข้อมูลที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูล ทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว ประกอบด้วย

- แฟ้มอนามัยครอบครัว (Family file) เก็บข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ เช่น รายชื่อสมาชิก วัน/เดือน/ปีเกิด(เพื่อทราบอายุ) สิทธิพิเศษในการรักษา แผนที่ที่ตั้งของบ้าน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม เป็นต้น และใช้เป็นที่เก็บบัตรสรุปสภาวะสุขภาพของแต่ละคนในครอบครัว โดยเก็บเรียงตามบ้านเลขที่

- บัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ (Synthesis card) จะเก็บข้อมูลที่สำคัญของสมาชิกแต่ละคน เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การแพ้ยา และการได้รับภูมิคุ้มกัน เป็นต้น โดยเก็บไว้ในแฟ้มอนามัยครอบครัว

- บัตรปฏิบัติการ (Operational card) สำหรับเก็บข้อมูลในกรณีต้องให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น วัณโรคปอด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ โรคหัวใจ เป็นต้น ในบัตรจะบันทึกวันนัด โดยจะเก็บไว้ในแฟ้มตามวันนัด เพื่อจะได้ทราบเวลาผู้ป่วยไม่มาตามนัด

- สมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการ (Personal ticket) จะมีข้อมูลเหมือนในใบสั่งยา ส่วนที่ต่างระหว่างใบสั่งยากับบัตรนี้คือ ส่วนที่ใบสั่งยาใช้นั้นเก็บข้อมูลเพื่อทำรายงาน ส่วนบัตรจะเน้นสิ่งตรวจพบที่สำคัญเพื่อใช้ในการติดตามและนัดคนไข้ โดยเก็บไว้กับผู้รับบริการ และแนะนำให้นำมาทุกครั้งที่มาขอรับบริการ

2. ระบบข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับและประเมินผลกิจกรรมการให้บริการรวมถึงสถานการณ์ของสถานบริการและชุมชน

3. ระบบข้อมูลที่เป็นรายงาน เพื่อส่งหน่วยงานที่สูงขึ้น

ข้อความ	ระดับคะแนน			สำหรับ นักวิจัย
	3	2	1	
1.ระบบข้อมูลทั้งหมดมีความสำคัญต่อหน่วยงานในการให้บริการ				ln1 []
2.เพิ่มอนามัยครอบครัวใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกในความรับผิดชอบของสถานบริการ ทำให้ผู้ให้บริการสามารถรู้จักผู้รับบริการได้ง่ายขึ้น				ln2 []
3.ระบบข้อมูลทั้งหมดไม่มีความจำเป็นสำหรับหน่วยงานระดับสถานีอนามัยเพราะเป็นหน่วยงานที่เล็กมีข้อมูลน้อย				ln3 []
4. บัตรปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เก็บไว้ที่แฟ้มปฏิทินวันนัด ช่วยทำให้เกิดความต่อเนื่องของบริการเพราะสามารถติดตามผู้ป่วยได้				ln4 []
5.บัตรสรุปสภาวะสุขภาพช่วยให้ผู้ให้บริการทราบข้อมูลที่สำคัญของสมาชิกแต่ละคนส่งผลให้บริการมีคุณภาพมากขึ้น				ln5 []
6.การใช้แฟ้มครอบครัวร่วมกับบัตรสรุปสภาวะสุขภาพ ขณะให้บริการทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจและรับทราบข้อมูลของผู้รับบริการอย่างครอบคลุมทั้งครอบครัว				ln6 []
7. การเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการควบคุม กำกับ และประเมินผลกิจกรรมการให้บริการ ไม่มีความจำเป็น				ln7 []
8.ระบบข้อมูลทั้งหมดเป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ				ln8 []

ระบบการเงิน

คำชี้แจง โปรดกรุณาอ่านเพื่อทำความเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม

คำอธิบาย

ระบบการเงิน ควรมีคุณสมบัติส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการ และไม่ทำให้ระบบการเงินเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของสมาชิก และส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกที่ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยกันเองได้ตามศักยภาพและมีส่วนรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ซึ่งอาจแสดงออกได้ เช่น การรวมทุน การบริจาค หรือแม้แต่การมีส่วนร่วมจ่ายในขณะมารับบริการ (Co-payment) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) เพื่อลดการใช้บริการที่เกินจำเป็น ซึ่งการจ่ายเงิน เพื่อดูแลสุขภาพมี 2 วิธี คือ

1. การจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการหรือสถานบริการโดยตรง (Fee for service) คือจ่ายเมื่อมารับบริการตามความสามารถและกิจกรรมการให้บริการ เป็นรูปแบบการจ่ายเงินในปัจจุบัน (ยกเว้นข้าราชการไม่จัดว่าอยู่ในกลุ่มจ่ายโดยตรง ถึงแม้ว่าจะจ่ายเมื่อมารับบริการ แต่เนื่องจากว่าเงินนั้นไม่ใช่เงินของข้าราชการโดยตรง เพราะสามารถเบิกคืนได้ทั้งหมดจากรัฐ)
2. การจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการหรือสถานบริการโดยอ้อม (จ่ายผ่านระบบภาษีและระบบประกันสุขภาพ) คือ การจ่ายเงินตามความสามารถที่จะจ่ายได้หรือตามขั้นรายได้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเงินของผู้ที่มีรายได้มากกว่ามาช่วยผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า หรือผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ มาช่วยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ รายได้หลัก มาจากรัฐบาลเป็นผู้เก็บรวบรวมรายได้ และจัดสรรให้เป็นค่าบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนเท่ากัน เพื่อก่อให้เกิดบริการในลักษณะเท่าเทียมกัน เป็นการให้บริการที่ไม่ใช่การขายบริการ เช่น บัตรสปร.ทั้ง 8 ประเภท (ผู้มีบัตรสวัสดิการประชาชน, เด็กอายุ 0-12 ปี ,นักเรียนมัธยมต้น, ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ,ผู้พิการ/ทุพพลภาพ ,ทหารผ่านศึกและครอบครัว ,ภิกษุ/สามเณร/ผู้นำศาสนา ,บัตรชั่วคราวสำหรับผู้ตกงาน) บัตรประกันสุขภาพ (บัตรประชาชนทั่วไป, บัตรผู้นำชุมชน, บัตร อสม.) และข้าราชการ

ข้อความ	ระดับคะแนน			สำหรับ นักวิจัย
	3	2	1	
1.การออกแบบระบบการเงินที่ดี ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการให้บริการ				Mo1 []
2. การจ่ายเงินโดยอ้อมทำให้เกิดความเสมอภาคในการให้บริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยตรง				Mo2 []
3. การจ่ายเงินโดยตรงเกิดความต่อเนื่องในการรับบริการมากกว่าการจ่ายเงินโดยอ้อม				Mo3 []
4.การสร้างระบบการมีส่วนร่วมจ่ายเงิน(Co-payment) มีความสำคัญ เพื่อเป็นการลดการใช้บริการที่เกินจำเป็น				Mo4 []
5. การจ่ายเงินโดยอ้อม เช่น จ่ายผ่านระบบประกันสุขภาพ ทำให้ผู้รับบริการทุกคนมีสิทธิ์เข้าถึงบริการ				Mo5 []
6. การจ่ายเงินโดยอ้อม ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมสำหรับประชาชนที่ต้องจ่ายเงิน ผ่านระบบประกันสุขภาพในขณะที่ตนเองไม่มีปัญหาสุขภาพ				Mo6 []
7.การใช้บริการเกินความจำเป็นส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ต้องจ่ายเงินในการใช้บริการ				Mo7 []
8.ระบบการเงินทั้ง 2 วิธี เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ				Mo8 []

การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน

คำชี้แจง โปรดกรณารอ่านเพื่อทำความเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม

คำอธิบาย

การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้าง รักษา และพัฒนาความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างสถานบริการกับชุมชน โดยผ่านกระบวนการของการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน การตัดสินใจร่วมกัน ตลอดจนนำการตัดสินใจนั้นๆไปประยุกต์ใช้และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั้งระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน มี 3 ลักษณะ ใน 2 มิติ คือ

1. ระดับรายบุคคล

- เป็นทางการ ขณะให้บริการทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ และการจัดประชุม

- ไม่เป็นทางการ เจอกันด้วยชีวิตประจำวัน เช่น เจอกันโดยบังเอิญ

2. ระดับรายครอบครัว

- เป็นทางการ ขณะให้บริการ การเยี่ยมบ้าน และการจัดประชุม

- ไม่เป็นทางการ การเยี่ยมบ้านที่ไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า หรือเจอกันด้วย

ชีวิตประจำวัน

3. ทั้งชุมชน

- เป็นทางการ มีการนัดประชุม

- ไม่เป็นทางการ ไม่มีการนัดประชุม หรือเจอกันด้วยชีวิตประจำวัน

ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนถือเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ การมีความสัมพันธ์ในระดับรายบุคคล จะส่งผลต่อไปยังรายครอบครัวและทั้งชุมชนในที่สุด

ข้อความ	ระดับคะแนน			สำหรับ นักวิจัย
	3	2	1	
1.การมีความสัมพันธ์รายบุคคลโดยผ่านกระบวนการของการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน การตัดสินใจร่วมกัน ให้ผู้รับบริการให้ความร่วมมือในการรักษา				Hu1 []
2.ผลของการมีความสัมพันธ์ที่ดีในระดับรายบุคคลและรายครอบครัวทำให้เกิดการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทั้งชุมชน ช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการ				Hu2 []
3. การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนทำให้การบริการเป็นองค์รวมมากขึ้น				Hu3 []
4. การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ				Hu4 []
5. ความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการหรือสถานบริการกับชุมชนเกิดขึ้นจากการมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องของทั้งรายบุคคลรายครอบครัวและทั้งชุมชน				Hu5 []
6.การให้ผู้รับบริการได้มีการตัดสินใจร่วมกันในการแก้ปัญหาพัฒนาสถานบริการและระบบการให้บริการทำให้ผู้รับบริการมีอำนาจในการต่อรอง ส่งผลทำให้ขาดประสิทธิภาพการให้บริการ				Hu6 []
7. การมีความสัมพันธ์กับชุมชนทำให้เสียเวลาในการปฏิบัติงานและเสียค่าใช้จ่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น				Hu7 []
8.การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนทั้ง 3 ระดับ เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ				Hu8 []

การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ

คำชี้แจง โปรดกรุณาอ่านเพื่อทำความเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม

คำอธิบาย

การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับการบริการขั้นปฐมภูมิ (ที่มีสถานเฝ้าระวังเป็นโครงสร้างรองรับการให้บริการ) และ Hospital Care เป็นการบริการทางการแพทย์เชิงเทคโนโลยี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของ ข้อมูล และกิจกรรมการให้บริการ เมื่อมีการเปลี่ยนสถานบริการจากแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง ถึงแม้จะเกิดจากการส่งต่ออย่างเป็นทางการหรือไม่ก็ตาม และให้เกิดการเป็นที่พึ่งของกันและกัน ระหว่างสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวที่ตั้งอยู่ในชุมชนกับโรงพยาบาลในการที่จะต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนร่วมกัน แต่มีความเชี่ยวชาญต่างกันคือโรงพยาบาลมีความพร้อมมากกว่าที่จะให้บริการทางด้านทางการแพทย์เชิงเทคโนโลยี ในขณะที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวที่ตั้งอยู่ใกล้หรือในชุมชนถึงแม้จะมีเทคโนโลยีน้อยกว่า แต่ก็มีความพร้อมมากกว่าที่จะเข้าใจหลักเหตุผล ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงในหลายแง่มุมของผู้รับบริการ รวมทั้งมีทักษะและความชำนาญมากกว่าในการทำงานและให้บริการในชุมชน ทั้งนี้เพื่อ

1. ไม่มีช่องว่างระหว่าง Hospital Care และ การบริการขั้นปฐมภูมิ มีความชัดเจนและไม่มีการเกี่ยงกันของการให้บริการ
2. ไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรมการให้บริการ แต่เกิดความต่อเนื่องทั้งข้อมูลและกิจกรรมการให้บริการ เช่น ในกรณีมีการส่งต่อหรือมีการข้ามขั้นตอนของผู้รับบริการ
3. ทั้ง Hospital Care และการบริการขั้นปฐมภูมิเป็นที่พึ่งของการบริการซึ่งกันและกัน โดยมีทักษะและความชำนาญไปคนละด้านทั้งโครงสร้างรองรับการบริการ หลักความรู้ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

ข้อความ	ระดับคะแนน			สำหรับ นักวิจัย
	3	2	1	
1. การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ เช่น การประสานงานและการส่งต่อเพื่อรับบริการระหว่างการบริการขั้นปฐมภูมิและ Hospital Care ทำให้เป็นที่พึงของการให้บริการซึ่งกันและกัน				Le1[]
2. การเชื่อมโยงจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิไปยัง Hospital Care ทำให้เกิดการไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม				Le2[]
3. การเชื่อมโยงจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิไปยัง Hospital Care ทำให้เกิดความต่อเนื่องของทั้งข้อมูลและกิจกรรมการให้บริการ				Le3[]
4. การส่งต่อเป็นสิ่งที่สะดวก เพราะไม่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย				Le4[]
5. โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้โดยไม่ต้องใช้ข้อมูลในการส่งต่อจากสถานอนามัย ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องมีการส่งต่อก็ได้				Le5[]
6. การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบทำให้การบริการมีคุณภาพ				Le6[]
7. การเชื่อมโยงจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิ ไปยัง Hospital Care ทำให้ไม่มีช่องว่างในการให้บริการ				Le7[]
8. การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานบริการในระบบ เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ				Le8[]

การปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ

คำชี้แจง โปรดกรุณาอ่านเพื่อทำความเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม

คำอธิบาย

การปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ
การปรับบทบาทหน้าที่ หมายถึง การปรับบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการ เพื่อให้เหมาะสมและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงาน จนมีความรู้ความสามารถที่จะให้การแนะนำและการช่วยเหลือผู้รับบริการได้ ในกรณีที่ต้องปฏิบัติงานแทนกัน

การกำหนดเวลา หมายถึง การกำหนดเวลาการให้บริการของสถานบริการ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์เฉพาะพื้นที่ เพื่อความสะดวกสบายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการกำหนดเวลาที่จะนัดพบกันเมื่อมีความจำเป็นนอกจากการให้บริการปกติ เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การเปิดคลินิกนอกเวลาราชการ โดยคำนึงถึงเวลาที่สะดวกสบายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น อาจกำหนดช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาเช้า เพราะเป็นเวลาที่ผู้ให้บริการปฏิบัติงานตามปกติอยู่แล้ว หรือเป็นช่วงเวลาเย็นที่อาจจะสะดวกสำหรับผู้มารับบริการที่เสร็จจากงานประจำ

ข้อความ	ระดับคะแนน			สำหรับ นักวิจัย
	3	2	1	
1. การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงานจะสามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้รับบริการได้ ในกรณีที่ผู้รับผิดชอบงานไม่อยู่				Ad1 []
2.การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงานจะเกิดการก้าวก้าวการปฏิบัติงานในหน้าที่ซึ่งกันและกัน				Ad2 []
3. การกำหนดเวลาในการให้บริการเป็นสิ่งจำเป็น เช่น การเยี่ยมบ้าน				Ad3 []
4. การกำหนดเวลาในการให้บริการโดยคำนึงถึงความสะดวกสบายของทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ				Ad4 []
5. ควรมีการกำหนดเวลาที่แน่นอนในการให้บริการ เช่น เวลาในการเยี่ยมบ้าน เวลาในการให้คำปรึกษา				Ad5 []
6. การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้เกิดการเรียนรู้ในงาน ทำให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ต่อเนื่อง				Ad6 []
7. การกำหนดเวลาในการให้บริการที่นอกเหนือจากเวลาราชการท่านไม่พร้อมที่จะทำถ้าไม่มีผลตอบแทนให้				Ad7 []
8.การปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ				Ad8 []

สถานที่

คำชี้แจง โปรดกรณาด่านเพื่อทำความเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม

คำอธิบาย

สถานที่ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพ เช่น อาคารสถานื่อนามัย ลักษณะภายในตัวอาคารและห้องที่ให้บริการ โดยจัดห้องสำหรับการให้บริการออกเป็นสัดส่วน เพื่อใช้ในการสนทนาแลกเปลี่ยนระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้มารับบริการ ตามลักษณะของกิจกรรมการให้บริการ เช่น สถานที่นั่งรอ ที่มีไว้เพื่อรอทำบัตร รอตรวจ และรอรับบริการอื่นๆ ,สถานที่ทำบัตร (ห้องบัตรหรือสถานที่ที่ให้การต้อนรับ) ,ห้องตรวจ ซึ่งควรมีความเป็นส่วนตัวพอสมควร ,ห้องยา เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้รับคำอธิบายถึงวิธีการใช้ยา ผลข้างเคียง ตลอดจนความจำเป็นในการมาตามนัดครั้งต่อไป

ข้อความ	ระดับคะแนน			สำหรับ นักวิจัย
	3	2	1	
1. การจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ				PI1 []
2. การดูแลความสะอาดและความเป็นระเบียบของสิ่งแวดล้อมของสถานื่อนามัยทำให้ผู้รับบริการเกิดความศรัทธาที่จะมาใช้บริการ				PI2 []
3. การจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเป็นสิ่งจำเป็น				PI3 []
4. การจัดให้มีห้องเป็นสัดส่วนสำหรับการให้บริการ เช่น ห้องให้คำปรึกษา ทำให้การให้บริการมีคุณภาพ				PI4 []
5. ห้องสำหรับให้บริการควรมีความเป็นส่วนตัวพอสมควรเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถคุยกับผู้ให้บริการในทุกๆเรื่องได้มากขึ้น				PI5 []
6. สถานื่อนามัยมีผู้รับบริการน้อย ไม่จำเป็นต้องมีห้องสำหรับการให้คำปรึกษาก็ได้				PI6 []
7. การจัดสถานที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมาใช้บริการของผู้ป่วย				PI7 []
8. สถานที่เป็นการเกื้อหนุนต่อการให้บริการขั้นปฐมภูมิ				PI8 []

แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก
การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร
: กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

สัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานีนามัย

1. สภาพการดำเนินงานในขณะนี้เป็นอย่างไ

1.1 การขึ้นทะเบียน

- มีการขึ้นทะเบียนแบบไหน
- มีสมุดทะเบียนคุมหรือไม่
- ทำอย่างนี้แล้วการดำเนินงานเป็นอย่างไ
- มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรในการดำเนินงานขึ้นทะเบียนตามแนวคิด
ของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- ท่านคิดว่ามีแนวทางการแก้ไขปัญหาย่างไ

1.2. ระบบข้อมูล

* ระบบข้อมูลที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูล

- มีแฟ้มอนามัยครอบครัวหรือไม่ และมีการจัดเก็บอย่างไร
- มีบัตรสรุปสภาวะสุขภาพหรือไม่ และมีการจัดเก็บอย่างไร
- มีบัตรปฏิบัติการหรือไม่
- มีสมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการ สำหรับให้ผู้มารับบริการหรือไม่
- มีการใช้ประโยชน์ในข้อมูลเหล่านั้นหรือไม่
 - มีการใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวในขณะให้บริการหรือไม่
 - มีการใช้บัตรสรุปสภาวะสุขภาพในขณะให้บริการหรือไม่
 - มีการใช้บัตรปฏิบัติการในขณะให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือไม่
- ทำอย่างนี้แล้วการดำเนินงานเป็นอย่างไ
- มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรในการดำเนินงานระบบข้อมูลตามแนวคิด
ของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

- ท่านคิดว่ามีแนวทางการแก้ไขปัญหายังไง
- * ระบบข้อมูลเพื่อควบคุม/กำกับ/ประเมินผล เป็นอย่างไร
- * ระบบข้อมูลที่เป็นรายงาน เพื่อส่งให้หน่วยงานที่สูงขึ้น เป็นอย่างไร

1.3. ระบบการเงิน

- ผู้รับบริการมีการจ่ายเงินในเพื่อดูแลสุขภาพวิธีไหน
- ผู้รับบริการมีปัญหาในการจ่ายเงิน เพื่อดูแลสุขภาพหรือไม่
- ทำอย่างนี้แล้วการดำเนินงานเป็นอย่างไร
- มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรในการดำเนินงานระบบการเงินตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- ท่านคิดว่ามีแนวทางการแก้ไขปัญหายังไง

1.4. การมีความสัมพันธ์กับชุมชน

- ระดับรายบุคคล : การพูดคุยให้ลูกศึกษาไปด้วยขณะให้บริการหรือไม่
- ระดับรายครอบครัว : มีการให้บริการเยี่ยมบ้านหรือไม่ (ดูสมุดเยี่ยมบ้าน)
- ทั้งชุมชน : มีการประชุมในชุมชนหรือไม่ (ดูบันทึกการประชุม)
- ทำอย่างนี้แล้วการดำเนินงานเป็นอย่างไร
- มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรในการดำเนินงานการมีความสัมพันธ์กับชุมชนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- ท่านคิดว่ามีแนวทางการแก้ไขปัญหายังไง

1.5 การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ

- มีสมุดการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยหรือไม่
- โรคที่ส่งต่อส่วนใหญ่เป็นอย่างไร
- ทำอย่างนี้แล้วการดำเนินงานเป็นอย่างไร
- มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรในการดำเนินการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- ท่านคิดว่ามีแนวทางการแก้ไขปัญหายังไง

1.6 การปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ

- เมื่อผู้รับผิดชอบของงานไม่อยู่สามารถทำงานแทนกันได้หรือไม่ (มีผู้สำรองงานหรือไม่)
- มีการเยี่ยมบ้านกรณีพิเศษ ที่ไม่ใช่การเยี่ยมบ้านปกติหรือไม่
- มีการกำหนดเวลาการให้บริการผู้ป่วย ที่ไม่ใช่เวลาทำงานตามปกติหรือไม่
- ทำอย่างนี้แล้วการดำเนินงานเป็นอย่างไร
- มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรในการดำเนินการปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- ท่านคิดว่ามีแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างไร

1.7 สถานที่

- สิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความเป็นระเบียบ ,ความสะอาด
- มีห้องที่ให้บริการรักษาพยาบาล
- มีห้องให้คำปรึกษา แยกต่างหากเป็นส่วน
- มีการให้บริการหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้บริการในชุมชนหรือไม่
- ทำอย่างนี้แล้วการดำเนินงานเป็นอย่างไร
- มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรในการดำเนินงานการจัดสถานที่ตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- ท่านคิดว่ามีแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างไร

แนวทางการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
 การประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร
 : กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

การสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในหัวข้อต่อไปนี้

1. การขึ้นทะเบียน

- มีการขึ้นทะเบียนแบบไหน
- มีสมุดทะเบียนคุมหรือไม่

2. ระบบข้อมูล

- มีแฟ้มอนามัยครอบครัวหรือไม่ และมีการจัดเก็บอย่างไร
- มีบัตรสรุปสภาวะสุขภาพหรือไม่ และมีการจัดเก็บอย่างไร
- มีบัตรปฏิบัติการหรือไม่
- มีสมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการ สำหรับให้ผู้มารับบริการหรือไม่
- มีการใช้ประโยชน์ในข้อมูลเหล่านั้นหรือไม่

3. ระบบการเงิน

- ผู้รับบริการมีการจ่ายเงินในเพื่อดูแลสุขภาพวิธีไหน
- ผู้รับบริการมีปัญหาในการจ่ายเงิน เพื่อดูแลสุขภาพหรือไม่

4. การมีความสัมพันธ์กับชุมชน

- ระดับรายบุคคล : การพูดคุยกับผู้รับบริการเป็นอย่างไร
- ระดับรายครอบครัว : มีการให้บริการเยี่ยมบ้านหรือไม่ (ดูสมุดเยี่ยมบ้าน)
- ทั้งชุมชน : มีการประชุมในชุมชนหรือไม่ (ดูบันทึกการประชุม)

5. การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการในระบบ

- มีสมุดการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยหรือไม่ และโรคที่ส่งต่อส่วนใหญ่เป็นอย่างไร

6. การปรับบทบาทหน้าที่และการกำหนดเวลาของการดำเนินกิจกรรมการให้บริการ

- มีการเยี่ยมบ้านกรณีพิเศษ ที่ไม่ใช่การเยี่ยมบ้านปกติหรือไม่

7. สถานที่

- สิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความเป็นระเบียบ ,ความสะอาด
- มีห้องที่ให้บริการรักษาพยาบาล , มีห้องให้คำปรึกษา แยกต่างหากเป็นส่วน

ภาคผนวก ง.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือในการวิจัย

1. รศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ภาควิชาบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผศ.นพ.ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. พญ.สุภัทรา ศรีวิณิชชากร โรงพยาบาลขอนแก่น

รายชื่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่รับการสัมภาษณ์เจาะลึก

สถานีอนามัยศิริพัฒนา อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ในวันที่ 15 มิถุนายน 2542

1. นายณัฐวุฒิ จันทร์สว่าง เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6
2. นางสาวอารัตน์ สมพันธ์ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 5
3. นายนันทวรรษ สอนกะสิน นักวิชาการสาธารณสุข 3

สถานีอนามัยหนองแก อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ในวันที่ 16 มิถุนายน 2542

1. นางศิริรักษ์ ทองปอ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6
2. นายสวัสดิ์ ธงชัย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 4

สถานีอนามัยตาตทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ในวันที่ 17 มิถุนายน 2542

1. นางมะลิวัลย์ เหล็กกล้า เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6
2. นายณรงค์ศักดิ์ แสนวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุข 5
3. นางวิไล แสนวงษ์ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 5

รายชื่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ทดลองใช้แบบสอบถาม

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จำนวน 6 ชุด
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดชุม จำนวน 6 ชุด
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จำนวน 5 ชุด
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอค้อวัง จำนวน 6 ชุด

รวมทั้งสิ้น จำนวน 23 ชุด

คู่มือ

184

ที่ ยส 0033.003/ (อ.บ19

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ถนนศาลากลาง 1 อำเภอเมือง
จังหวัดยโสธร 35000

๑๔ พฤษภาคม 2542

เรื่อง ส่งแบบสอบถามการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร
: กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

เรียน สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ชุด

ตามที่โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการในจังหวัดยโสธร โดยมีระยะเวลาดำเนินการ ปี 2540-2543 ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินงานในช่วงที่ 3 เพื่อให้เกิดผลทั้งด้านการพัฒนาและได้ข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จะได้ดำเนินการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธรขึ้น ในส่วนของโครงการปฏิรูประบบบริการในองค์ประกอบระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ดังนั้นขอให้ท่านส่งแบบสอบถามให้สถานอนามัยที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่านดำเนินการให้ข้อมูล และส่งกลับให้งานแผนงาน (ส่วนวิจัยและพัฒนา) ภายในวันที่ 15 มิถุนายน 2542 ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาและนำมาปรับใช้เป็นนโยบายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายประทีป วิบูลย์วิภา)

นายแพทย์ อ. ล้านเวชกรรมป้องกัน

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร

งานแผนงาน (ส่วนวิจัยและพัฒนา)
โทร.(045) 711554,712233-4 ต่อ 104

โทรสาร.(045) 724718

.....ร่าง.....๑๕.๕๓.๕
.....พิมพ์.....
.....ทาน ๑๗.๕.๔๒
.....ตรวจ ๒๗.๕.๔๒

ที่ ยส 0033.001/๒/๐

คู่มือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ถนนศาลากลาง 1 อำเภอเมือง
จังหวัดยโสธร 35000

มิถุนายน 2542

เรื่อง การสัมภาษณ์เจาะลึกในการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร
: กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอกุดชุมและสาธารณสุขอำเภอค้อวัง

อ้างถึง หนังสือที่ ยส 0033.003 /๒.๖19 ลงวันที่ ๒๙ พฤษภาคม 2542


ตามหนังสือที่อ้างถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้ดำเนินการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร ในองค์ประกอบระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ โดยส่งแบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทุกแห่งแล้วนั้น

ในการนี้เพื่อเป็นการได้ข้อมูลในเชิงลึกประกอบการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร ฯ ดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรจะออกดำเนินการสัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยดังต่อไปนี้

1. สถานีอนามัยศิริพัฒนา อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ในวันที่ 15 มิถุนายน 2542
2. สถานีอนามัยหนองแก อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ในวันที่ 16 มิถุนายน 2542
3. สถานีอนามัยตลาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ในวันที่ 17 มิถุนายน 2542

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

ขอแสดงความนับถือ


(นายปรีชา ทองเที่ยงดี)

ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร

งานแผนงาน (ส่วนวิจัยและประเมินผล)

โทร.(045) 711554,712233-4 ต่อ 104

โทรสาร.(045) 724718

.....ร่าง..... 14 ๑๖ ๔๒
.....พิมพ์.....
.....งาน.....
.....ตรวจ.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางทัศนีย์ จันทรสุทธิ

วัน/เดือน/ปี เกิด 7 เมษายน 2510

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาล และผดุงครรภ์	วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	2530
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี)	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพ สิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	2537
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2543

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	ปีที่ทำงาน
พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร	2530 - ปัจจุบัน