

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการวิจัยประเมินผลระหว่างดำเนินโครงการ เก็บข้อมูลจาก 2 แหล่ง คือ 1) แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 เรื่องการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (การปฏิบัติ) ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทุกคนใน 4 อำเภอ (อำเภอเสนา อำเภอบางซ้าย อำเภอบางไทร และอำเภอบางปะหัน) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 182 คน แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมีจำนวน 175 คน (ร้อยละ 96.15) ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของแบบสอบถามที่ไม่ได้ถามว่าใครเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และปฏิบัติงานอยู่ที่ไหน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามว่าตนเองกำลังถูกประเมินผลอยู่ และอาจทำให้ไม่ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง แต่พบว่าบางอำเภอได้ใส่รหัสของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแต่ละคนไว้ที่แบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงทำการติดตามโดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช่วยติดตามให้ ถ้ายังไม่ได้แบบสอบถามคืนผู้วิจัยติดตามด้วยตนเองอีกครั้ง ปัญหาที่พบคือ กลุ่มตัวอย่างบอกว่าได้ส่งแบบสอบถามคืนที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแล้ว จึงทำให้ไม่สามารถติดตามแบบสอบถามคืนได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ 2) แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ใช้แบบบันทึกกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย ชุดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสถานีอนามัยใน 4 อำเภอ (อำเภอเสนา อำเภอบางซ้าย อำเภอบางไทร และอำเภอบางปะหัน) จำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 100) ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 6 ส่วน โดยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- 1.1 ข้อมูลด้านลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
- 1.2 ข้อมูลด้านลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลด้านภาระงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2544 - ปีงบประมาณ 2545) แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

2.1 เปรียบเทียบกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบและปริมาณงานของสถานีอนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2 เปรียบเทียบความครอบคลุมการมีสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.3 เปรียบเทียบอัตราการให้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย จำแนกตามสิทธิ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.4 เปรียบเทียบปริมาณการให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลด้านการเงินของสถานีอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2544 - ปีงบประมาณ 2545) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

3.1 เปรียบเทียบต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย จำแนกตามสิทธิ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2 เปรียบเทียบงบประมาณที่สถานีอนามัยได้รับการจัดสรร ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.3 เปรียบเทียบ รายรับ รายจ่าย ของสถานีอนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**ส่วนที่ 4** ข้อมูลด้านการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (การปฏิบัติ) ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

**ส่วนที่ 5** ข้อมูลด้านความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

**ส่วนที่ 6** ความสัมพันธ์ระหว่างผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (การปฏิบัติ) กับคุณลักษณะประชากรของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

**ส่วนที่ 7** ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้จากแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำนวน 175 คน (ร้อยละ 96.15) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

### 1.1 ข้อมูลด้านลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละ ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n = 175)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	72	41.1
หญิง	103	58.9
<b>อายุ</b>		
น้อยกว่า 30 ปี	67	38.3
30 - 40 ปี	52	29.7
มากกว่า 40 ปี	56	32
$\bar{X} = 35.9$ , S.D. = 9.2 , Min = 21 , Max = 58		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	50	28.6
คู่	115	65.7
ม้าย	2	1.1
หย่า/แยก	8	4.6
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าอนุปริญญา	28	16
อนุปริญญา/เทียบเท่า	39	22.3
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	107	61.1
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.6

จากตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.9) อายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 38.3) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.9 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.7) การศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า (ร้อยละ 61.1)

## 1.2 ข้อมูลด้านลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละ ของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย จำแนกตามลักษณะการปฏิบัติงาน

ลักษณะการปฏิบัติงาน	จำนวน (n = 175)	ร้อยละ
<b>ตำแหน่ง</b>		
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	51	29.1
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	74	42.3
นักวิชาการสาธารณสุข	29	16.6
พยาบาลวิชาชีพ	15	8.6
พยาบาลเทคนิค	3	1.7
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3	1.7
<b>ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข</b>		
น้อยกว่า 5 ปี	29	16.6
5 - 10 ปี	43	24.6
มากกว่า 10 ปี	103	58.8
$\bar{X} = 14.3$ , S.D. = 8.8 , Min = .04 , Max = 35		
<b>ประสบการณ์ทำงานที่สถานีนามัย</b>		
น้อยกว่า 5 ปี	41	23.4
5 - 10 ปี	39	22.3
มากกว่า 10 ปี	95	54.3
$\bar{X} = 13.2$ , S.D. = 8.9 , Min = .03 , Max = 35		
<b>การเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงนโยบายการจัดบริการ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</b>		
เคย	162	92.6
ไม่เคย	13	7.4
<b>จำนวนครั้งที่เข้ารับฟังการประชุมชี้แจงนโยบายการจัดบริการ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</b>		
1 ครั้ง	127	78.40
มากกว่า 1 ครั้ง	35	21.60
$\bar{X} = 1.9$ , S.D. = 1.2 , Min = 1 , Max = 10		

ตาราง 4 (ต่อ)

ลักษณะการปฏิบัติงาน	จำนวน (n = 175)	ร้อยละ
การเข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติม ด้านการพัฒนาการจัดบริการ หรือกระบวนการดำเนินงาน		
เคย	131	74.9
ไม่เคย	44	25.1
จำนวนครั้งที่เข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติม ด้านการพัฒนาการจัดบริการ หรือกระบวนการดำเนินงาน		
1 ครั้ง	108	82.44
มากกว่า 1 ครั้ง	23	17.56
$\bar{X} = 1.8$ , S.D. = 1.9 , Min = 1 , Max = 15		

จากตาราง 4 ลักษณะการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 42.3) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีประสบการณ์ทำงาน ด้านสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 58.9) และมีประสบการณ์ทำงานที่สถานอนามัยมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 54.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงนโยบายการจัดบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 92.6) เฉลี่ยจำนวนครั้งที่เข้ารับฟังการประชุมชี้แจงนโยบายการจัดบริการประมาณ 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 1.9$ ) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการประชุม/อบรมเพิ่มเติมด้านการพัฒนาการจัดบริการหรือกระบวนการดำเนินงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 74.9) เฉลี่ยจำนวนครั้งที่เข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติมประมาณ 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 1.8$ )

เมื่อนำข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะการปฏิบัติงานไปทดสอบนัยสำคัญทางสถิติกับผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (ภาคผนวก ง ตาราง 36 หน้า 139 และ ตาราง 37 หน้า 140) พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา) และลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน (ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข ประสบการณ์ทำงานที่สถานอนามัย การเข้าฟังนโยบายและการเข้าประชุม/อบรมด้านการพัฒนาการจัดบริการ) ผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.228 , 0.772 , 0.053 , 0.100 , 0.066 , 0.932 และ 0.726 ตามลำดับ) ยกเว้นลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และลักษณะการปฏิบัติงานด้านตำแหน่ง พบว่า ตำแหน่งที่แตกต่างกันมีผลการจัดบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านภาระงานของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย เปรียบเทียบ ก่อน – หลัง มีโครงการ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2544 – ปีงบประมาณ 2545)**

2.1 เปรียบเทียบกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบและปริมาณงานของสถานีนามัย ก่อน  
- หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 2.1 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลสถานีนามัยด้านกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ  
และปริมาณงาน เปรียบเทียบ ก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยข้อมูลด้าน  
กลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบเฉลี่ย (หมู่บ้าน) ต่อ  
เจ้าหน้าที่สถานีนามัย 1 คน และจำนวนประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ย (คน) ต่อเจ้าหน้าที่สถานีนามัย  
1 คน วิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จำนวนทั้งสิ้น 61 แห่ง (ร้อยละ 100)  
สำหรับข้อมูลด้านปริมาณงาน ประกอบด้วย จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย (คน) ต่อวันต่อแห่ง วิเคราะห์  
ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จำนวนทั้งสิ้น 61 แห่ง (ร้อยละ 100) และปริมาณการเยี่ยมบ้าน  
ประชากรในเขตรับผิดชอบ (คน) ต่อสัปดาห์ต่อแห่ง วิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้  
จำนวนทั้งสิ้น 33 แห่ง (ร้อยละ 54.10) ส่วนที่เหลือ 28 แห่ง (ร้อยละ 45.90) ไม่มีข้อมูล

**ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายในเขต  
รับผิดชอบ และปริมาณงานของสถานีนามัย ก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้า**

ข้อมูล	ก่อนมี UC		หลังมี UC		df	t	p- value
	$\bar{X}_1$	S.D. <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	S.D. <sub>2</sub>			
1. จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ : เจ้าหน้าที่สถานีนามัย 1 คน	2.31	0.99	2.25	0.93	60	0.720	0.475
2. จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ : เจ้าหน้าที่สถานีนามัย 1 คน	844.91	355.04	814.31	395.53	60	0.740	0.462
3. จำนวนผู้รับบริการ : วัน : แห่ง	17.89	11.13	18.70	11.58	60	-1.825	0.073
4. ปริมาณการเยี่ยมบ้านประชากร ในเขตรับผิดชอบ : สัปดาห์ : แห่ง	7.29	6.15	8.52	7.52	32	-1.043	0.305

\*p-value < 0.05

จากตาราง 5 เมื่อเปรียบเทียบภาระงานของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยด้านกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบและปริมาณงานของสถานีนอนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 1 คน เท่ากับ 2.31 หมู่บ้าน จำนวนประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 1 คน เท่ากับ 844.91 คน จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันต่อแห่ง เท่ากับ 17.89 คน และปริมาณการเยี่ยมบ้านประชากรในเขตรับผิดชอบเฉลี่ยต่อสัปดาห์ต่อแห่ง เท่ากับ 8.52 ครั้ง

หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 1 คน เท่ากับ 2.25 หมู่บ้าน (ลดลง 0.06 หมู่บ้าน) จำนวนประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 1 คน เท่ากับ 814.31 คน (ลดลง 30.6 คน) จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันต่อแห่ง เท่ากับ 18.70 คน (เพิ่มขึ้น 0.81 คน) และปริมาณการเยี่ยมบ้านประชากรในเขตรับผิดชอบเฉลี่ยต่อสัปดาห์ต่อแห่ง เท่ากับ 7.29 คน (เพิ่มขึ้น 1.23 คน)

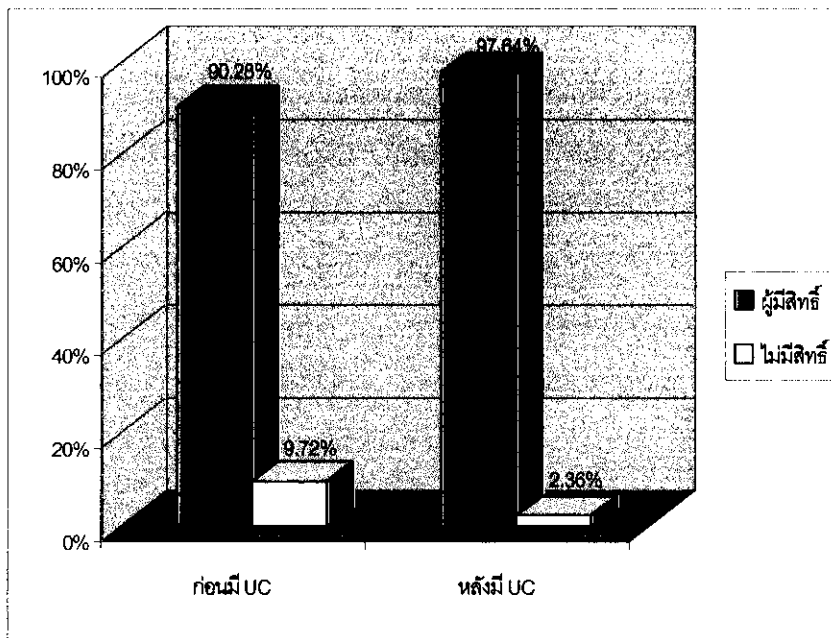
เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 1 คน จำนวนประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 1 คน จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันต่อแห่ง และปริมาณการเยี่ยมบ้านประชากรในเขตรับผิดชอบเฉลี่ยต่อสัปดาห์ต่อแห่ง เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.475, 0.462, 0.073$  และ  $0.305$  ตามลำดับ)

2.2 เปรียบเทียบความครอบคลุมการมีสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 2.2 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้านการมีสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัย จากสถานีนอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 100) โดยรวมผู้มีสิทธิ สปร. และผู้ที่ไม่ต้องร่วมจ่าย ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือผู้มีสิทธิบัตรทองมี "ท" (ไม่เสีย 30 บาท) หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ผู้มีสิทธิ 0 - 12 ปี มัธยมต้น ผู้มีรายได้น้อย ทหารผ่านศึก ภิกษุ/ผู้นำศาสนา ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้กลุ่มเดียวกัน

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละประชาชนผู้มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามประเภทสิทธิ

ประเภทสิทธิ	ก่อนมี UC	หลังมี UC
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. สปร./บัตรทองมี "ท"	65,398 (45.29)	61,921 (42.23)
2. บัตรทองไม่มี "ท"	-	55,078 (37.56)
3. บัตรประกันสุขภาพ	36,365 (25.18)	521 (0.36)
4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9,903 (6.86)	9,226 (6.29)
5. ประกันสังคม	18,701 (12.95)	16,424 (11.20)
6. ผู้ไม่มีสิทธิ	14,029 (9.72)	3,454 (2.36)
<b>ประชากรรวม</b>	<b>144,396 (100)</b>	<b>146,624 (100)</b>



ภาพประกอบ 5 ความครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



จากตาราง 6 และภาพประกอบ 5 ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานีอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีประชาชนในเขตรับผิดชอบ 144,396 คน ความครอบคลุมผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล ร้อยละ 90.28 เมื่อจำแนกผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลตามประเภทสิทธิ พบว่า ผู้มีสิทธิสวัสดิการผู้มีรายได้ต่ำและผู้ที่ยังคงควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) มีมากที่สุด ร้อยละ 45.29 รองมาเป็นผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 25.18 ประกันสังคม ร้อยละ 12.95 และข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 6.86 ตามลำดับ

หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานีอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีประชาชนในเขตรับผิดชอบ 146,624 คน ความครอบคลุมผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล ร้อยละ 97.64 (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.36) เมื่อจำแนกผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลตามประเภทสิทธิ พบว่า ผู้มีสิทธิบัตรทองมี "ท" (ไม่เสีย 30 บาท) มีมากที่สุด ร้อยละ 42.23 (ลดลงร้อยละ 3.06) รองมาเป็นผู้มีสิทธิบัตรทองไม่มี "ท" ร้อยละ 37.56 ประกันสังคม ร้อยละ 11.20 (ลดลงร้อยละ 1.75) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 6.29 (ลดลงร้อยละ 0.57) และประกันสุขภาพ ร้อยละ 0.36 (ลดลงร้อยละ 24.82) ตามลำดับ

2.3 เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย จำแนกตามสิทธิ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 2.3 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยจำแนกตามสิทธิ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากสถานีอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 แห่ง (ร้อยละ 90.16) โดยรวมผู้มีสิทธิ สปร. และผู้ที่ไม่ต้องร่วมจ่าย ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือผู้มีสิทธิบัตรทองมี "ท" (ไม่เสีย 30 บาท) หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ผู้มีสิทธิ 0 - 12 ปี มัธยมต้น ผู้มีรายได้ต่ำ ผู้พิการ ทหารผ่านศึก ภิกษุ/ผู้นำศาสนา ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ไว้กลุ่มเดียวกัน สำหรับผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลแต่ไม่นำบัตรมาหรือต้องการร่วมจ่ายเพื่อเป็นเงินบำรุงสถานีอนามัย จัดไว้ในกลุ่มเต็มใจจ่าย

ตาราง 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอัตราการให้บริการรักษาพยาบาลที่  
สถานีนอนามัย จำแนกตามสิทธิ ก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเภทสิทธิ	ก่อนมี UC		หลังมี UC		df	t	p-value
	$\bar{X}_1$	S.D. <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	S.D. <sub>2</sub>			
1. สปร./บัตรทองมี "ท"	71.71	10.85	72.60	10.56	54	-1.019	0.313
2. บัตรทองไม่มี "ท"	-	-	10.76	5.78	-	-	-
3. บัตรประกันสุขภาพ	13.14	7.89	2.74	2.94	54	11.181	0.000*
4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4.30	6.27	5.60	6.64	54	4.792	0.000*
5. ประกันสังคม	4.05	2.87	4.68	2.83	54	-2.963	0.005*
6. ผู้ไม่มีสิทธิใดๆ	3.56	3.96	1.69	2.72	54	4.089	0.000*
7. เต็มใจจ่าย (มีสิทธิ)	3.24	5.23	1.92	3.28	54	3.617	0.001*

\*p-value < 0.05

จากตาราง 7 เปรียบเทียบอัตราการให้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัยจำแนกตามสิทธิ ก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวิเคราะห์อัตราการให้บริการก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผู้มีสิทธิ สปร. มีอัตราการให้บริการสูงสุด ร้อยละ 71.71 รองมาเป็นผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 13.14 ผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 4.30 ผู้มีสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 4.05 ผู้ไม่มีสิทธิใดๆ ร้อยละ 3.56 และผู้ที่เต็มใจจ่าย ร้อยละ 3.24 ตามลำดับ

หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผู้มีสิทธิบัตรทองมี "ท" มีอัตราการให้บริการสูงสุด ร้อยละ 72.60 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.89) รองมาเป็นผู้มีสิทธิบัตรทองไม่มี "ท" ร้อยละ 10.76 ผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 5.60 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.30) ผู้มีสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 4.68 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.63) ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 2.74 (ลดลงร้อยละ 10.4) ผู้ที่เต็มใจจ่าย ร้อยละ 1.92 (ลดลงร้อยละ 1.32) และผู้ไม่มีสิทธิใดๆ ร้อยละ 1.69 (ลดลงร้อยละ 1.87) ตามลำดับ

เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า อัตราการให้บริการที่สถานีนอนามัย เปรียบเทียบก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ ผู้มีสิทธิข้าราชการ/

รัฐวิสาหกิจ ผู้มีสิทธิประกันสังคม ผู้ไม่มีสิทธิใดๆ และผู้เต็มใจจ่าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ไม่มีสิทธิบัตรทองไม่มี "ท" ผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และผู้มีสิทธิประกันสังคม มีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้น ส่วนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ ผู้ที่เต็มใจจ่าย และผู้ไม่มีสิทธิใดๆ มีอัตราการใช้บริการลดลง สำหรับผู้ไม่มีสิทธิบัตรทองมี "ท" มีอัตราการใช้บริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.313$ )

2.4 เปรียบเทียบปริมาณการให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 2.4 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปริมาณการให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค ของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากสถานีนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 100) ส่วนการฟื้นฟูสุขภาพไม่ได้วิเคราะห์เนื่องจากไม่มีข้อมูล ซึ่งเจ้าหน้าที่สถานีนามัยให้เหตุผลว่า การฟื้นฟูสุขภาพจะปฏิบัติร่วมกับการเยี่ยมบ้าน จึงไม่มีรายงานแยกไว้ต่างหาก สำหรับการเยี่ยมบ้านผู้วิจัยได้แยกวิเคราะห์ไว้เป็นอีกกิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมการเยี่ยมบ้านมีทั้งการให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเพียงกิจกรรมเดียว ซึ่งข้อมูลที่เก็บได้ครบถ้วนสมบูรณ์จากสถานีนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมี 33 แห่ง (ร้อยละ 54.10) ส่วนสถานีนามัยที่เหลือ 28 แห่ง (ร้อยละ 45.90) ไม่มีข้อมูล

ตาราง 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวนครั้งการให้บริการรักษาพยาบาล ต่อปีของสถานีนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กิจกรรม	ก่อนมี UC (ครั้ง)		หลังมี UC (ครั้ง)		df	t	p-value
	$\bar{X}_1$	S.D. <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	S.D. <sub>2</sub>			
การรักษาพยาบาล : ปี	4,513.46	2,531.62	4,950.30	2,658.99	60	-1.887	0.064

\* $p\text{-value} < 0.05$

จากตาราง 8 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวนครั้งการให้บริการรักษาพยาบาลต่อปีของสถานีนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนครั้งการให้บริการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 4,513.46 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2,531.62 หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนครั้งการให้บริการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 4,950.30 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2,658.99 โดยหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนครั้งการให้บริการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของสถานีนามัยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 436.84 ครั้ง

เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า จำนวนครั้งการให้บริการรักษาพยาบาลของสถานีนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.064$ )

ปริมาณการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความครอบคลุมและอัตราการให้บริการที่เป็นกิจกรรมในโครงการปกติของสถานีนามัย จากแบบบันทึกกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนามัยซึ่งเก็บรวบรวมได้ 61 แห่ง (ร้อยละ 100) มีบางงานในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ที่ไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เฉพาะงานที่เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์เท่านั้น และวิเคราะห์ในภาพรวมของสถานีนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

2.4.1 การให้บริการส่งเสริมสุขภาพของสถานีนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาคผนวก ข ตาราง 29 หน้า 126)

2.4.1.1 งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน ด้านงานโภชนาการเด็ก 0 - 5 ปี เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า มีความแตกต่างกันน้อยมาก โดยความครอบคลุมเด็ก 0 - 5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและมีภาวะโภชนาการปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ร้อยละ 0.99 และ 1.90 ตามลำดับ) เด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นไม่ถึงร้อยละ 1 (ร้อยละ 0.17) ส่วนเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 มีแนวโน้มลดลงไม่ถึงร้อยละ 1 (ร้อยละ 0.13) โดยเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 ที่ได้รับอาหารเสริมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ด้านงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0 - 5 ปี พบว่า อัตราการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่สถานีนามัย ลดลงร้อยละ 3.55 และอัตราการให้วัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน (ลดลงร้อยละ 8.39 , 3.69 และ 3.96 ตามลำดับ) แต่อัตราการให้วัคซีนหัดและไข้มองอักเสบบีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ

3.06 และ 15.6 ตามลำดับ ด้านงานอนามัยโรงเรียน พบว่า ความครอบคลุมเด็กนักเรียนในโรงเรียน ประถมศึกษาที่ได้รับการตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สถานอนามัยลดลงร้อยละ 16.3

2.4.1.2 สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยแรงงาน ด้านงานวางแผนครอบครัว พบว่า อัตราการรับบริการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 91.21 และ 91.23 ตามลำดับ) ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า อัตราการดูแลหญิงมีครรภ์ครั้งที่ 4 ตามเกณฑ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 16.03) ส่วนอัตราการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ 2.53 และ 3.25 ตามลำดับ)

2.4.2 การให้บริการควบคุมป้องกันโรคของสถานอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาคผนวก ข ตาราง 30 หน้า 127)

2.4.2.1 งานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อของสถานอนามัย ทั้งก่อนและหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลงานมีความแตกต่างกันอย่างไม่ชัดเจน ด้านงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อัตราการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.8 ในขณะที่อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ส่วนอัตราการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสถานอนามัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.95 ด้านงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า อัตราการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงร้อยละ 0.45 แต่อัตราป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.27 และอัตราการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของสถานอนามัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.15 ด้านงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 - 59 ปี ของสถานอนามัย พบว่า อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.94 และผู้ที่พบความผิดปกติเกี่ยวกับมะเร็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.27 ซึ่งก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่พบผู้มีความผิดปกติเกี่ยวกับมะเร็ง

2.4.2.2 งานการควบคุมป้องกันโรคติดต่อของสถานอนามัย ด้านงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างไม่ชัดเจน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.39) และอัตราการเก็บอุจจาระส่งตรวจเพาะเชื้อก็มีแนวโน้มลดลงอย่างไม่ชัดเจนด้วยเช่นกัน (ลดลงร้อยละ 0.75) ด้านงานควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กต่ำกว่า 5 ปี พบว่า อัตราเด็กป่วยใช้หวัดได้รับยาปฏิชีวนะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 ด้านงานควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เปลี่ยนแปลง แต่อัตราการใช้สารกำจัดลูกน้ำยุงลายและการพ่นหมอกควันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.54 และ 8.16 ตามลำดับ ด้านงานควบคุมวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค

ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนได้รับการดูแลแบบมีพี่เลี้ยงกำกับ อัตราการรักษาหายลดลงร้อยละ 4.89 และ อัตราขาดการรักษาลดลงร้อยละ 5.81 ส่วนอัตราผู้ป่วยวินโรคที่กำลังรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.95

สำหรับผลงานการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลงานการเยี่ยมบ้านประชากรในเขต รับผิดชอบของสถานีอนามัยเปรียบเทียบ ก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย จัดผู้ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็น 4 ประเภท คือ กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ไร้ความสามารถ และการเยี่ยมเพื่อสร้างสัมพันธภาพ รายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบของ สถานีอนามัยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กิจกรรม	ก่อนมี UC (คน)		หลังมี UC (คน)		df	t	p-value
	$\bar{X}_1$	S.D. <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	S.D. <sub>2</sub>			
1. เยี่ยมกลุ่มเสี่ยง : ปี	148.61	123.76	171.8	158.96	32	-1.176	0.248
2. เยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง : ปี	23.45	23.91	33.15	30.32	32	-3.007	0.005*
3. เยี่ยมผู้ไร้ความสามารถ : ปี	4.24	4.84	6.21	10.51	32	-1.101	0.279
4. เยี่ยมเพื่อสร้างสัมพันธ : ปี	173.58	205.46	198.61	225.10	32	-1.349	0.187
<b>รวม</b>	<b>349.88</b>	<b>295.02</b>	<b>409.15</b>	<b>363.08</b>	<b>32</b>	<b>-1.595</b>	<b>0.121</b>

\*p-value < 0.05

จากตาราง 9 พบว่า ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเยี่ยมเพื่อสร้างสัมพันธภาพมีผลงานเฉลี่ยสูงสุด 173.58 คน รองมาเป็นการเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง 148.61 คน การเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง 23.45 คน และการเยี่ยมผู้ไร้ความสามารถ 4.24 คน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า สถานีอนามัยมีผลงานการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยทุกประเภท เท่ากับ 349.88 คน

หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การเยี่ยมเพื่อสร้างสัมพันธภาพยังคงมีผลงานเฉลี่ยสูงสุด 205.46 คน (เพิ่มขึ้น 31.88 คน) รองมาเป็นการเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง 123.76 คน (ลดลง 24.85 คน) การเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง 33.15 คน (เพิ่มขึ้น 9.7 คน) และการเยี่ยมผู้ไร้ความสามารถ 6.21 คน (เพิ่มขึ้น 1.97 คน) ตามลำดับ โดยมีผลงานการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยทุกประเภท เท่ากับ 409.15 คน (เพิ่มขึ้น 59.27 คน)

เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ ผลงานการเยี่ยมบ้านของสถานีนอนามัยเปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามประเภทการเยี่ยมบ้าน พบว่า การเยี่ยม กลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมผู้ไร้ความสามารถ และการเยี่ยมเพื่อสร้างสัมพันธภาพ มีผลงานไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.248$  ,  $0.279$  และ  $0.187$  ตามลำดับ) ส่วนการเยี่ยม ผู้ป่วยเรื้อรังมีผลงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $0.05$  ในลักษณะที่เพิ่มขึ้น และ เมื่อเปรียบเทียบผลงานการเยี่ยมบ้านในภาพรวมทุกประเภท พบว่า ผลงานการเยี่ยมบ้าน ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.121$ )

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลด้านการเงินของสถานีนอนามัยเปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2544 - ปีงบประมาณ 2545)

3.1 เปรียบเทียบต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัย จำแนกตามสิทธิ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 3.1 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัย จำแนกตามสิทธิ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากสถานีนอนามัยที่เป็น กลุ่มตัวอย่าง 55 แห่ง (ร้อยละ 90.16) ที่เหลือ 6 แห่ง (ร้อยละ 9.84) ไม่มีข้อมูล โดยรวมผู้มีสิทธิ สปร. และผู้ที่ไม่ต้องร่วมจ่าย ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือผู้มีสิทธิบัตรทองมี "ท" (ไม่เสีย 30 บาท) หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งได้แก่ ผู้มีสิทธิ 0 - 12 ปี มารยมต้น ผู้มีรายได้น้อย ผู้พิการ ทหารผ่านศึก ภิกษุ/ผู้นำศาสนา ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้กลุ่มเดียวกัน สำหรับผู้มีสิทธิแต่ไม่นำบัตรมาหรือต้องการ ร่วมจ่ายเพื่อเป็นเงินบำรุงสถานีนอนามัยจัดไว้ในกลุ่มเต็มใจจ่าย

ตาราง 10 เปรียบเทียบต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของสถานีนอนามัยจำแนกตามสิทธิ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเภทสิทธิ	ก่อนมี UC (บาท)		หลังมี UC (บาท)		df	t	p-value
	$\bar{X}_1$	S.D. <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	S.D. <sub>2</sub>			
1. สปร./บัตรทองมี "ท"	23.31	7.49	24.34	8.78	54	-1.069	0.290
2. บัตรทองไม่มี "ท"	-	-	25.76	8.27	-	-	-
3. บัตรประกันสุขภาพ	27.19	11.36	14.50	13.15	54	4.644	0.000*
4.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	50.59	25.42	52.88	22.84	54	-0.691	0.493
5. ประกันสังคม	44.92	23.06	59.84	52.60	54	-2.049	0.045*
6. ผู้ไม่มีสิทธิใดๆ	23.75	24.59	18.84	15.87	54	1.372	0.176
7. เต็มใจจ่าย (มีสิทธิ)	11.50	16.51	11.05	16.18	54	0.435	0.665
รวม	30.21	8.40	29.60	11.58	54	0.455	0.651

\*p-value < 0.05

จากตาราง 10 เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของสถานีนอนามัยจำแนกตามสิทธิ ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีต้นทุนค่ายาเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 50.59 บาท รองมาเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคม 44.92 บาท ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ 27.19 บาท ผู้ไม่มีสิทธิใดๆ 23.75 บาท ผู้มีสิทธิ สปร. 23.31 บาท และผู้เต็มใจจ่าย 11.50 บาท ตามลำดับ โดยมีต้นทุนค่ายาเฉลี่ยรวมทุกสิทธิเท่ากับ 30.21 บาท

หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ต้นทุนค่ายาเฉลี่ยสูงสุดคือผู้มีสิทธิประกันสังคม 59.84 บาท (เพิ่มขึ้น 14.92 บาท) รองมาคือผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 52.88 บาท (เพิ่มขึ้น 2.29 บาท) ผู้มีสิทธิบัตรทองไม่มี "ท" 25.76 บาท ผู้มีสิทธิบัตรทองมี "ท" 24.34 บาท (เพิ่มขึ้น 1.03 บาท) ผู้ไม่มีสิทธิ 18.84 บาท (ลดลง 4.91 บาท) ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ 14.50 บาท (ลดลง 12.69 บาท) และผู้ที่เต็มใจจ่าย 11.05 บาท (ลดลง 0.45 บาท) ตามลำดับ โดยมีต้นทุนค่ายาเฉลี่ยรวมทุกสิทธิเท่ากับ 29.60 บาท (ลดลง 0.61 บาท)



เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของสถานื่อนามัย จำแนกตามสิทธิ เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในผู้มีสิทธิประกันสุขภาพและประกันสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในลักษณะที่เพิ่มขึ้น ส่วนผู้มีสิทธิ สปร./บัตรทองมี "ท" ผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ผู้ไม่มีสิทธิ และผู้เต็มใจจ่าย มีต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลเฉลี่ย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.290, 0.493, 0.176$  และ  $0.665$  ตามลำดับ) และเมื่อวิเคราะห์ต้นทุนค่ายาเฉลี่ยรวมทุกสิทธิของสถานื่อนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.615$ )

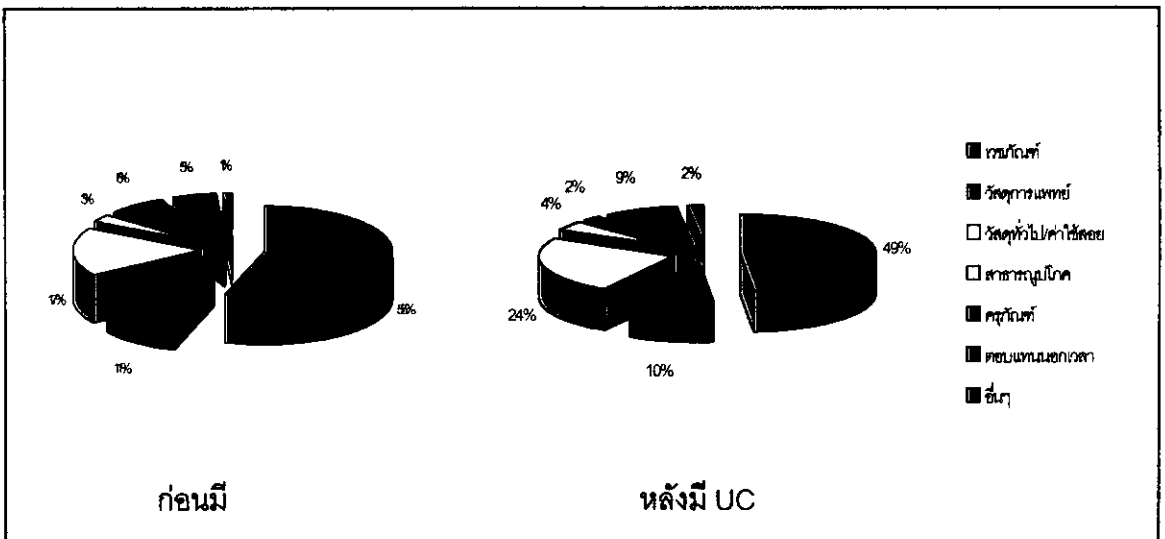
3.2 เปรียบเทียบงบประมาณที่สถานื่อนามัยได้รับการจัดสรร ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 3.2 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้านงบประมาณที่สถานื่อนามัยได้รับจัดสรร ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากสถานื่อนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 61 แห่ง (ร้อยละ 100) โดยวิเคราะห์งบประมาณเฉลี่ยต่อแห่งที่สถานื่อนามัยได้รับ จำแนกตามประเภทงบประมาณ

ตาราง 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของงบประมาณที่สถานีนอนามัยได้รับการจัดสรร ก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเภทงบประมาณ	ก่อนมี UC		หลังมี UC		df	t	p-value
	$\bar{X}_1$	S.D. <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	S.D. <sub>2</sub>			
1. เวชภัณฑ์	86,845.49	53,633.03	75,941.15	43,285.04	60	2.285	.026*
2. วัสดุการแพทย์	17,285.94	41,340.69	16,039.84	41,164.78	60	2.694	.009*
3. วัสดุทั่วไป/ค่าใช้สอย	27,169.88	36,123.52	38,091.78	28,255.89	60	-2.921	.005*
4. สาธารณูปโภค	4,448.18	2,930.63	6,328.05	1,745.29	60	-5.559	.000*
5. ครุภัณฑ์	11,846.62	15,871.95	3,434.44	12,313.57	60	3.710	.000*
6. ตอบแทนนอกเวลา	8,659.01	17,420.53	13,938.02	18,153.92	60	-2.326	.024*
7. อื่นๆ	1,244.83	6,902.75	1,295.46	7,667.71	60	-1.251	.216
<b>รวม</b>	<b>157922.92</b>	<b>113295.13</b>	<b>157022.61</b>	<b>93880.62</b>	<b>60</b>	<b>0.126</b>	<b>.900</b>

p-value < 0.05



ภาพประกอบ 6 ร้อยละของงบประมาณที่สถานีนอนามัยได้รับการจัดสรร จำแนกตามประเภท ก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากตาราง 11 และภาพประกอบ 6 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์งบประมาณที่สถานีนอนามัยได้รับการจัดสรรเปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า งบประมาณเฉลี่ยที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรสูงสุด ได้แก่ ค่าเวชภัณฑ์ 86,845.49 บาท คิดเป็นร้อยละ 55 รองมาคือค่าวัสดุทั่วไป/ค่าใช้สอย 27,169.88 บาท คิดเป็นร้อยละ 17 ค่าวัสดุการแพทย์ 17,285.94 บาท คิดเป็นร้อยละ 11 ค่าครุภัณฑ์ 11,846.62 บาท คิดเป็นร้อยละ 8 ค่าตอบแทนนอกเวลา 8,659.01 บาท คิดเป็นร้อยละ 5 ค่าสาธารณูปโภค 4,448.18 บาท คิดเป็นร้อยละ 3 และงบประมาณด้านอื่นๆ 1,244.83 บาท คิดเป็นร้อยละ 1 ตามลำดับ ซึ่งงบประมาณเฉลี่ยที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรทั้งหมดรวมเป็นเงิน 157,922.92 บาท

หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า งบประมาณเฉลี่ยที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรสูงสุด ได้แก่ค่าเวชภัณฑ์ 75,941.15 บาท คิดเป็นร้อยละ 49 (ลดลง 10,904.34 บาท) รองมาคือค่าวัสดุทั่วไป/ค่าใช้สอย 38,091.78 บาท คิดเป็นร้อยละ 24 (เพิ่มขึ้น 10,921.90 บาท) ค่าวัสดุการแพทย์ 16,039.84 บาท คิดเป็นร้อยละ 10 (ลดลง 1,246.10 บาท) ค่าตอบแทนนอกเวลา 13,938.02 บาท คิดเป็นร้อยละ 9 (เพิ่มขึ้น 5,279.01 บาท) ค่าสาธารณูปโภค 6,328.05 บาท คิดเป็นร้อยละ 4 (เพิ่มขึ้น 1,879.87 บาท) ค่าครุภัณฑ์ 3,434.44 บาท คิดเป็นร้อยละ 2 (ลดลง 8,412.18 บาท) และงบประมาณด้านอื่นๆ 1,295.46 บาท คิดเป็นร้อยละ 2 (เพิ่มขึ้น 50.63 บาท) ตามลำดับ โดยงบประมาณเฉลี่ยที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรทั้งหมด เป็นเงิน 157,022.61 บาท (ลดลง 900.31 บาท)

เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อเปรียบเทียบงบประมาณเฉลี่ยที่สถานีนอนามัยได้รับการจัดสรร ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพิจารณารายประเภทงบประมาณ พบว่า ค่าเวชภัณฑ์ ค่าวัสดุทางการแพทย์ ค่าวัสดุทั่วไป/ค่าใช้สอย ค่าสาธารณูปโภค ค่าครุภัณฑ์ และค่าตอบแทนนอกเวลา เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณค่าเวชภัณฑ์ ค่าวัสดุการแพทย์ และค่าครุภัณฑ์ได้รับจัดสรรลดลง ส่วนงบประมาณค่าวัสดุทั่วไป/ค่าใช้สอย ค่าตอบแทนนอกเวลา และค่าสาธารณูปโภคได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้น สำหรับงบประมาณประเภทอื่นๆ ที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรร พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.216$ ) และเมื่อวิเคราะห์งบประมาณรวมทุกประเภทที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรร เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.900$ )

3.3 เปรียบเทียบ รายรับ รายจ่าย ของสถานื่อนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 3.3 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ รายรับ รายจ่าย ของสถานื่อนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากสถานื่อนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 61 แห่ง (ร้อยละ 100) โดยวิเคราะห์ รายรับเฉลี่ย และรายจ่ายเฉลี่ย ต่อสถานื่อนามัย 1 แห่ง

ตาราง 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายรับ รายจ่าย ของสถานื่อนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รายการ	ก่อนมี UC (บาท)		หลังมี UC (บาท)		df	t	p-value
	$\bar{X}_1$	S.D. <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	S.D. <sub>2</sub>			
1. รายรับ	113,904.2	102,584.91	143,345.9	94,372.6	60	-15.533	.000*
2. รายจ่าย	116,486.4	112,663.39	123,678.6	90,471.16	60	-0.050	.094

\*p-value < 0.05

จากตาราง 12 เมื่อเปรียบเทียบ รายรับเฉลี่ย รายจ่ายเฉลี่ย ของสถานื่อนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานื่อนามัยมีรายรับเฉลี่ย 113,904.2 บาท รายจ่ายเฉลี่ย 116,486.4 บาท โดยมีรายรับต่ำกว่ารายจ่าย 2,582.2 บาท เมื่อพิจารณารายสถานื่อนามัย พบว่า มีสถานื่อนามัย 19 แห่ง (ร้อยละ 31.15) ที่รายรับน้อยกว่ารายจ่าย

หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า สถานื่อนามัยมีรายรับเฉลี่ย 143,345.9 บาท (รายรับเพิ่มขึ้น 29,441.7 บาท) รายจ่ายเฉลี่ย 123,678.6 บาท (รายจ่ายเพิ่มขึ้น 7,192.2 บาท) และมีรายรับสูงกว่ารายจ่าย 19,667.3 บาท โดยมีสถานื่อนามัย 6 แห่ง (ร้อยละ 9.84) ที่รายรับน้อยกว่ารายจ่าย

เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า รายรับของสถานื่อนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสถานื่อนามัยมีรายรับเพิ่มขึ้นหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนรายจ่ายของสถานื่อนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.094)

**ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (การปฏิบัติ) ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย**

ส่วนที่ 4 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้านการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (การปฏิบัติ) ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 175 คน (ร้อยละ 96.15) ทั้งรายรวมและรายกิจกรรมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามกิจกรรมการจัดบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

กิจกรรมการจัดบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการจัดบริการ
การรักษาพยาบาล	2.69	0.29	มาก
การส่งเสริมสุขภาพ	2.60	0.26	มาก
การควบคุมป้องกันโรค	2.62	0.33	มาก
การฟื้นฟูสุขภาพ	2.57	0.41	มาก
<b>รวม</b>	<b>2.62</b>	<b>0.27</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งรายรวมและรายกิจกรรมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีคะแนนการจัดบริการเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.57 – 2.69 คะแนน โดยการจัดบริการรักษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.69 รองมาเป็นการควบคุมป้องกันโรคคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 การส่งเสริมสุขภาพคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 และการฟื้นฟูสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ตามลำดับ

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย จำแนกตามระดับการให้บริการ  
สาธารณสุขระดับปฐมภูมิภาพรวม ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระดับการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	-	-
ระดับปานกลาง	52	29.7
ระดับมาก	123	70.3
<b>รวม</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.3) มีการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิภาพรวม ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.7 มีการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถจำแนกระดับการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิรายกิจกรรมการรักษายาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ได้ดังตาราง 15

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย จำแนกตามระดับการให้บริการ  
สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ รายกิจกรรมการรักษายาบาล การส่งเสริมสุขภาพ  
การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

กิจกรรม	ระดับการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ			รวม จำนวน (ร้อยละ)
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	
การรักษายาบาล	1 (0.6)	37 (21.1)	137 (78.3)	175 (100)
การส่งเสริมสุขภาพ	-	55 (31.4)	120 (68.6)	175 (100)
การควบคุมป้องกันโรค	1 (0.6)	63 (36.0)	111 (63.4)	175 (100)
การฟื้นฟูสุขภาพ	2 (1.1)	65 (37.1)	108 (61.7)	175 (100)

จากตาราง 15 เมื่อวิเคราะห์ระดับการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิรายกิจกรรม ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.3) มีการจัดบริการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.1 มีการจัดบริการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.6 มีการจัดบริการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับน้อย

ด้านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.6) มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.4 มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยไม่พบผู้ที่มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ด้านกิจกรรมการควบคุมป้องกันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.4) มีการจัดบริการควบคุมป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36 มีการจัดบริการควบคุมป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.6 มีการจัดบริการควบคุมป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อย

ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 61.7) มีการจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.1 มีการจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.1 มีการจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

#### ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านความพึงพอใจในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ส่วนที่ 5 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความพึงพอใจในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 175 คน (ร้อยละ 96.15) โดยวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจใน 4 ด้าน คือ 1) บุคลากร 2) เงิน 3) วัสดุครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และ 4) การบริหารจัดการ นอกจากนี้ยังทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิกับระดับการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการ  
จัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ รายด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุ ครุภัณฑ์  
เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และการบริหารจัดการ

ความพึงพอใจรายด้าน	ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการ			รวม จำนวน (ร้อยละ)
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	
บุคลากร	36 (20.6)	121 (69.1)	18 (10.3)	175 (100)
งบประมาณ	111 (63.4)	58 (33.1)	6 (3.4)	175 (100)
วัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์	62 (35.4)	96 (54.9)	17 (9.7)	175 (100)
การบริหารจัดการ	36 (20.6)	121 (69.1)	18 (10.3)	175 (100)

จากตาราง 16 เมื่อวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ  
จำแนกรายด้าน ด้านบุคลากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 69.1) มีความพึงพอใจ  
ด้านบุคลากรในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ  
20.6 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.3 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ด้านงบประมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.4) มีความพึงพอใจด้าน  
งบประมาณในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.1  
มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.4 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ  
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.9) มีความพึงพอใจด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ ทาง  
ทางการแพทย์ ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ  
35.4 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9.7 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ด้านการบริหารจัดการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 69.1) มีความพึงพอใจ  
ด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.6 มีความพึงพอใจอยู่ใน  
ระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.3 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก



ตาราง 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกรายด้าน

ความพึงพอใจรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. บุคลากร	1.94	0.55	ปานกลาง
2. งบประมาณ	1.40	0.56	น้อย
3. วัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์	1.74	0.62	ปานกลาง
4. การบริหารจัดการ	1.90	0.55	ปานกลาง
รวม	1.67	0.55	ปานกลาง

จากตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรายด้านอยู่ระหว่าง 1.40 – 1.94 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยด้านบุคลากรสูงสุด เท่ากับ 1.94 คะแนน รองมาเป็นด้านการบริหารจัดการ เท่ากับ 1.90 คะแนน ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ทางการแพทย์ เท่ากับ 1.74 คะแนน และด้านงบประมาณ เท่ากับ 1.40 คะแนน ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งรายรวมและรายด้าน บุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ทาง การแพทย์ และการบริหารจัดการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ยกเว้นด้านงบประมาณที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับน้อย

สรุปความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจด้านบุคลากรมากที่สุด ส่วนด้านงบประมาณกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิภาพรวมของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ระดับความพึงพอใจภาพรวม	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.
ระดับน้อย	79	2.57	0.50
ระดับปานกลาง	89	2.80	0.40
ระดับมาก	7	3.00	0.00
รวม	175	2.70	0.46

ตาราง 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ  
กับระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

แหล่งความแปรปรวน (Sources of Variation)	ค่าการผันแปร	ระดับความเป็น	ค่าผันแปรเฉลี่ย	F	p-value
	ยกกำลังสอง (Sum of Squares)	อิสระ (Degree of Freedom)			
<b>ความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</b>					
ระหว่างกลุ่ม	2.822	2	1.411	7.196	.001*
ภายในกลุ่ม	33.727	172	0.196		
การผันแปรรวม	36.549	174			

p-value < 0.05

จากตาราง 18 และ 19 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ กับระดับความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ระหว่าง 2.57 – 3.00 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจระดับมากมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.00 คะแนน รองมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 2.80 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 2.57 คะแนน ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิแตกต่างกัน มีระดับการจัดบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิระดับมากมีผลการจัดบริการดีที่สุด รองมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจระดับปานกลางและระดับน้อยตามลำดับ

## ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (การปฏิบัติ) กับ คุณลักษณะประชากรของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

หลังจากผู้วิจัยได้นำตัวแปรด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ตัวแปรด้านลักษณะการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตำแหน่ง ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข ประสบการณ์ทำงานที่สถานีอนามัย การเข้าฟังการประชุมชี้แจงนโยบาย การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และการเข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติมด้านการพัฒนาการจัดบริการหรือกระบวนการดำเนินงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตัวแปรความพึงพอใจ ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาทดสอบนัยสำคัญทางสถิติกับผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และการประมาณค่าผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน (Independent-Sample t-test) พบว่ามีตัวแปรอิสระ 3 ตัว ที่มีผลต่อระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง (ภาคผนวก ง ตาราง 36 หน้า 139 และความพึงพอใจ (ตาราง 19 หน้า 74) ส่วนตัวแปรอิสระที่เหลือไม่มีผลต่อระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในส่วนที่ 6 ผู้วิจัยต้องการหาว่าสมาชิกของกลุ่มย่อยของตัวแปรอิสระแต่ละตัว (อายุ ตำแหน่ง ความพึงพอใจ) ก่อให้เกิดความแตกต่างกันหรือมีผลอย่างไรในตัวแปรตาม (การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ) และเมื่อนำคุณสมบัติความเป็นสมาชิกของกลุ่มต่างๆ ของตัวแปรอิสระหลายๆ ตัว มาคิดพร้อมกัน ความเป็นสมาชิกของกลุ่มต่างๆ มีผลอย่างไรต่อตัวแปรตาม ซึ่งต้องใช้เทคนิคการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis : MCA) เป็นวิธีการทางสถิติสำหรับศึกษาความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรอิสระหลายตัวกับตัวแปรตาม 1 ตัว โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ตัวแปรอิสระทั้งหลายต้องไม่มีผลกระทบต่อกัน (พิจารณาค่า  $p\text{-value} > \alpha$ ) ดังนั้นจึงต้องทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนก่อน (Analysis of variance : ANOVA) ถ้าตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีผลกระทบต่อกันก็สามารถใช้เทคนิคการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ได้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540 ; สำราญ มีแจ้ง, 2544) ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวน โดยนำตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง และความพึงพอใจ มาหาผลกระทบต่อกัน ตัวแปรตาม คือ ระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ตัวแปรร่วมประกอบด้วย การเข้าฟังการประชุมชี้แจงนโยบายการให้บริการ และการเข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติมด้านการพัฒนาการจัดบริการหรือกระบวนการดำเนินงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นตัวแปรที่สามารถจัดกระทำให้เกิดขึ้นได้ ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนดังตาราง 20

ตาราง 20 การตรวจสอบผลกระทบของตัวแปรอิสระ อายุ ตำแหน่ง และความพึงพอใจ ต่อระดับ การจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)

ที่มาของการผันแปร (Source)	ผลรวมกำลัง สอง (Sum of Square)	ชั้นความ อิสระ (df)	ค่าเฉลี่ยผลรวม กำลังสอง (Mean Square)	F	p-value
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>ตัวแปรอิสระ (Main Effects)</b>					
อายุ	7.26E-02	2	3.6E-02	0.190	0.827
ตำแหน่ง	0.201	2	0.100	0.525	0.592
ความพึงพอใจ	2.861	1	2.861	14.980	0.000
<b>ตัวแปรร่วม (Covariates)</b>					
การเข้าฟังนโยบาย	1.39E-02	1	1.4E-02	0.073	0.788
การประชุม/อบรม	5.95E-03	1	6.0E-03	0.031	0.860
<b>ค่าปฏิกริยา 3 ทาง (3-way interaction)*</b>					
อายุ X ตำแหน่ง X ความพึงพอใจ	0.501	3	0.167	0.874	0.456
การผันแปรที่อธิบายได้	6.564	17	0.386	2.022	0.013
การผันแปรที่เหลือ	29.985	157	0.191		
การผันแปรทั้งหมด	36.549	174	0.577		

$\alpha = 0.05$

\*ทดสอบว่าตัวแปรอิสระ 3 ตัวมีผลกระทบหรือมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

ตาราง 20 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาผลกระทบระหว่างตัวแปรอิสระ อายุ ตำแหน่ง และความพึงพอใจ กับผลการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาค่าปฏิกริยา 3 ทาง\* (คอลัมน์ 1) พบว่า อายุ ตำแหน่ง และความพึงพอใจ ไม่มีผลกระทบ ซึ่งกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (พิจารณาคอลัมน์ 6 p-value = 0.456 ซึ่งมากกว่า  $\alpha = 0.05$ ) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงสามารถนำไปวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ การจำแนกพหุได้ดังตาราง 21 สำหรับตัวแปรร่วม คือ การเข้าฟังการประชุมชี้แจงนโยบายและ การเข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติมด้านการพัฒนาการจัดการบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นตัวแปรที่จัดกระทำให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจมีผลต่อการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พบว่า ตัวแปรร่วมทั้ง 2 ตัว ไม่มีผลต่อการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (พิจารณาคอลัมน์ 6 p-value = 0.788 และ 0.860 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า  $\alpha = 0.05$ )

ตาราง 21 การวิเคราะห์การจำแนกหมู่ ความสัมพันธ์ระหว่างผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย กับปัจจัยด้านอายุ ตำแหน่ง ความพึงพอใจ เรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อย

ตัวแปรอิสระและ กลุ่มย่อย	จำนวน	ยังไม่ปรับ		ปรับ		ลำดับความ สำคัญ
		(ไม่ควบคุมตัวแปรอิสระ)		(ควบคุมตัวแปรอิสระ)		
		ค่าเบี่ยงเบน	Eta <sup>2</sup>	ค่าเบี่ยงเบน	Beta <sup>2</sup>	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>ความพึงพอใจ</b>						
น้อย	79	0.072		0.073		
ปานกลาง - มาก	96	0.075		0.076		
			0.081		0.081	1
<b>ตำแหน่ง</b>						
บริหาร	51	0.078		0.080		
บริการ	95	0.067		0.067		
วิชาการ	29	0.110		0.111		
			0.007		0.007	2
<b>อายุ</b>						
< 30 ปี	67	0.095		0.096		
30 - 40 ปี	52	0.067		0.068		
> 40 ปี	56	0.104		0.105		
			0.005		0.004	3
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำลังสอง (R <sup>2</sup> ) = 0.180						
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) = 0.091						
ค่าเฉลี่ยรวม (Grand Mean) = 2.634						

จากตาราง 21 การวิเคราะห์การจำแนกหมู่ เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ คือ อายุ ตำแหน่ง และความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง กับผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรร่วม ประกอบด้วย การเข้าฟัง นโยบายการจัดการบริการ และการเข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติมด้านการพัฒนาการจัดการบริการหรือกระบวนการดำเนินงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อย เมื่อยังไม่ได้ควบคุมความแตกต่างด้าน อายุ ตำแหน่ง และความพึงพอใจ (ตัวแปรอิสระ) การเข้าฟัง

นโยบายการจัดการบริการ และการเข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติมด้านการพัฒนาการจัดการบริการหรือกระบวนการดำเนินงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตัวแปรร่วม) พบว่า ความพึงพอใจในการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับผลการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด (คอสม์น 4 พิจารณาค่า  $Eta^2 = 0.081$ ) รองมาคือ ตำแหน่ง ( $Eta^2 = 0.007$ ) และอายุ ( $Eta^2 = 0.004$ ) ตามลำดับ เมื่อควบคุมความแตกต่างด้านอายุ ตำแหน่ง และความพึงพอใจ (ตัวแปรอิสระ) การเข้าฟังนโยบายการจัดการบริการและการเข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติมด้านการพัฒนาการจัดการบริการหรือกระบวนการดำเนินงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตัวแปรร่วม) พบว่า ลำดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับผลการจัดการบริการไม่แตกต่างจากเมื่อยังไม่ได้ควบคุมความแตกต่างของตัวแปรอิสระและตัวแปรร่วม (คอสม์น 6 พิจารณาจากค่า  $Beta^2$ ) โดยสามารถเรียงลำดับความสำคัญของตัวแปรอิสระ (คอสม์น 7) ที่มีความสัมพันธ์กับผลการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างจากมากไปน้อยได้ดังนี้คือ ความพึงพอใจ ตำแหน่ง และอายุ ( $Beta^2 = 0.081, 0.007$  และ  $0.004$  ตามลำดับ)

ตัวแปรอิสระทั้งหมด คือ อายุ ตำแหน่ง และความพึงพอใจในการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง สามารถอธิบายความแปรปรวนของผลการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 18 ( $R^2 = 0.081$ ) มีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.091 ( $R = 0.091$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.634 (Grand Mean = 2.634)

ผลการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ เมื่อพิจารณาค่าเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยรวม (Deviation from the grand mean) ก่อนและหลังควบคุมตัวแปรอิสระ (คอสม์น 3 และ 5) ปรากฏผล ดังนี้

#### 1. ความพึงพอใจในการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิกับผลการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเมื่อไม่ได้ควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิระดับปานกลางถึงระดับมากมีผลการจัดการบริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.709 คะแนน (พิจารณาค่าเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยรวม คือ คอสม์น 3 + ค่าเฉลี่ยรวม =  $0.075 + 2.634 = 2.709$ ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับน้อยมีผลการจัดการบริการอยู่ในระดับรองลงมา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.706 คะแนน ( $0.072 + 2.634 = 2.706$ )

ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิกับระดับการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ พบว่า ไม่แตกต่างจากเมื่อยังไม่ได้ควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจ

ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิตั้งระดับปานกลางถึงระดับมากมีผลการจัดบริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.71 คะแนน (พิจารณาค่าเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยรวมคือ คอสม์ 5 + ค่าเฉลี่ยรวม =  $0.076 + 2.634 = 2.71$ ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจระดับน้อยมีผลการจัดบริการอยู่ในระดับรองลงมา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.707 คะแนน ( $0.073 + 2.634 = 2.707$ )

สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิตั้งระดับปานกลางถึงระดับมากมีผลการจัดบริการดีที่สุด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจระดับน้อยมีผลการจัดบริการรองลงมา

## 2. ตำแหน่ง

ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งกับผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เมื่อไม่ได้ควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งด้านวิชาการมีผลการจัดบริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.744 คะแนน (พิจารณาค่าเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยรวมคือ คอสม์ 3 + ค่าเฉลี่ยรวม =  $0.110 + 2.634 = 2.744$ ) ระดับรองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งด้านบริหารมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.712 คะแนน ( $0.078 + 2.634 = 2.712$ ) และตำแหน่งด้านบริการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.701 คะแนน ( $0.067 + 2.634 = 2.701$ ) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งกับผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งด้านวิชาการมีผลการจัดบริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.745 คะแนน (พิจารณาค่าเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยรวมคือ คอสม์ 5 + ค่าเฉลี่ยรวม =  $0.111 + 2.634 = 2.745$ ) ระดับรองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งด้านบริหารมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.712 คะแนน ( $0.080 + 2.634 = 2.714$ ) และตำแหน่งด้านบริการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.701 คะแนน ( $0.067 + 2.634 = 2.701$ ) ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างจากเมื่อไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ

สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งด้านวิชาการมีผลการจัดบริการดีที่สุด รองมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งด้านบริหาร และตำแหน่งด้านบริการ ตามลำดับ

## 3. อายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เมื่อไม่ได้ควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 40 ปี มีผลการจัดบริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.738 คะแนน (พิจารณาค่าเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยรวมคือ คอสม์ 3 + ค่าเฉลี่ยรวม =  $0.104 + 2.634 = 2.738$ ) ระดับรองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ

น้อยกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.729 คะแนน ( $0.095 + 2.634 = 2.729$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.701 คะแนน ( $0.067 + 2.634 = 2.701$ ) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ พบว่า ไม่แตกต่างจากเมื่อไม่มีการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีผลการจัดบริการอยู่ในระดับมากที่สุด คือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.739 คะแนน (พิจารณาค่าเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยรวม คือ คอสม์ 3 + ค่าเฉลี่ยรวม =  $0.105 + 2.634 = 2.739$ ) ระดับรองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.730 คะแนน ( $0.096 + 2.634 = 2.730$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.702 คะแนน ( $0.068 + 2.634 = 2.702$ ) ตามลำดับ

สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีผลการจัดบริการดีที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 40 ปี ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตัวแปรทั้ง 3 คือ ความพึงพอใจ ตำแหน่ง และอายุ จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจระดับปานกลางถึงระดับมาก มีตำแหน่งด้านวิชาการและมีอายุมากกว่า 40 ปี เป็นผู้ที่มีผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับอยู่ในระดับมากที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.923 คะแนน (พิจารณาคอสม์ 3 ค่าเบี่ยงเบนของแต่ละตัว + ค่าเฉลี่ยรวม =  $0.075 + 0.110 + 0.104 + 2.634 = 2.923$ ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย มีตำแหน่งด้านบริการและมีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 40 ปี เป็นผู้ที่มีผลการจัดบริการอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 คะแนน ( $0.072 + 0.067 + 0.067 + 2.634 = 2.84$ )

สรุปได้ว่าเมื่อพิจารณาตัวแปรทั้ง 3 ตัว คือ ความพึงพอใจ ตำแหน่ง และอายุร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจระดับปานกลางถึงระดับมาก มีตำแหน่งด้านวิชาการ และมีอายุมากกว่า 40 ปี มีผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น

**ส่วนที่ 7 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย**

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 96 คน (ร้อยละ 54.87) จากการตอบแบบสอบถามปลายเปิดส่วนที่ 4 ชุดที่ 1 เป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และ 4) ด้านการบริหารจัดการ



ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ด้านบุคลากรในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

ด้านบุคลากร	จำนวน (n = 96)	ร้อยละ
<b>ปัญหา อุปสรรค</b>		
- บุคลากรน้อย ไม่เพียงพอ ไม่ครบตามกรอบ	42	43.75
- ขาดความรู้ความเข้าใจระบบงานในระดับปฐมภูมิ	24	25
- ไม่มีความชัดเจนในนโยบาย ขาดความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน	9	9.38
- ไม่ได้รับการฟื้นฟูด้านวิชาการ เช่น การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย การใช้สมุนไพร	4	4.17
- ขาดบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการในการปฏิบัติงาน	3	3.14
- เจ้าหน้าที่ยึดติดกับระบบงานแบบเก่า ปฏิบัติงานไม่จริงจัง	3	3.14
- กิจกรรมมากเกินไปความสามารถของเจ้าหน้าที่	1	1.04
- ผู้รับบริการมาก เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาออกชุมชน	1	1.04
<b>ข้อเสนอแนะ</b>		
- ควรมีการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ การดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง แก่ จนท. สอ. ทุกคน ไม่ใช่ให้แค่ สอ.ที่เป็น PCU	11	11.46
- ควรเพิ่มบุคลากรให้ครบตามกรอบ	10	10.42
- ควรมีการพัฒนาบุคลากรเป็นทีม และสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ให้ทีมสุขภาพของ รพ. กับ สอ. เป็นไปแนวทางเดียวกัน	8	8.33
- ควรมีบุคลากรที่ดูแลรับผิดชอบ PCU โดยตรง เป็นที่ปรึกษาและร่วมพัฒนา แก้ปัญหา ตลอดจนเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการ	7	7.29
- ทุก สอ. ควรมีแพทย์และพยาบาลมาร่วมปฏิบัติงานเดือนละ 1 วัน และควรลงมาปฏิบัติงานจริง	6	6.25
- ควรมีการศึกษาดูงาน PCU	4	4.17
- ควรมีการให้ขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ และสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง	2	2.08
- ควรมีการแบ่งงานกันปฏิบัติ แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ	2	2.08

จากตาราง 22 พบว่า ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ลำดับแรก คือ 1) ปัญหาด้านบุคลากรน้อย ไม่เพียงพอ ไม่ครบตามกรอบ 2) เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ และ 3) นโยบายไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนะว่า 1) ควรมีการอบรม

ให้ความรู้เรื่องการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแก่เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยทุกคน ไม่ใช่ให้แต่สถานีนอนามัยที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ควรเพิ่มบุคลากรให้ครบตามกรอบ และ 3) ควรมีการพัฒนาบุคลากรเป็นทีม สร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ให้ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลกับสถานีนอนามัยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ด้านงบประมาณในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

ด้านงบประมาณ	จำนวน (n = 96)	ร้อยละ
<b>ปัญหา อุปสรรค</b>		
- ขั้นตอนการเบิก – จ่าย ค่าเช่า ยุงยาก ไม่คล่องตัว การจัดสรรผ่าน รพ. ไม่เชื่อมต่อการเบิกจ่ายของ สอ. ไม่มีเวลาที่แน่นอนในการจัดสรร	65	67.71
- งบประมาณสนับสนุนน้อย ไม่เพียงพอ	34	35.42
- การบริหารจัดการไม่โปร่งใส รพ. เป็นผู้บริหารเพียงฝ่ายเดียว สอ. ไม่ทราบเกณฑ์ การจัดสรรให้ สอ. ขาดการประสานกับ สอ.	27	28.13
- ค่าตอบแทนต่ำเมื่อเทียบกับจังหวัดใกล้เคียง ทำให้ขาดขวัญและกำลังใจ	4	4.17
- การจัดสรรเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ	2	2.08
<b>ข้อเสนอแนะ</b>		
- ควรสนับสนุนให้เพียงพอ ตามความต้องการ และเป็นธรรม	10	10.42
- ควรพัฒนาระบบบริหารจัดการงบประมาณให้มีความชัดเจนและให้ สอ. มีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณ	8	8.33
- ควรให้ สอ. บริหารจัดการงบประมาณของ สอ. เพื่อความสะดวกรวดเร็ว หรือจัดสรรให้ สอ. โดยตรง	7	7.29
- ควรจัดสรรงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านรักษาพยาบาล	2	2.08
- ควรมีงบประมาณเพื่อพัฒนา สอ. หรือ PCU	2	2.08
- ควรมีการจัดสรรงบประมาณในการออกเยี่ยมบ้านตามปริมาณผลงาน	2	2.08
- งบประมาณควรจัดสรรให้ตามรายหัวประชากร	2	2.08

จากตาราง 23 พบว่า ปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณ ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ลำดับแรก คือ 1) ขั้นตอนการเบิก – จ่ายค่าเช่า ยุงยาก ไม่คล่องตัว การจัดสรรผ่านโรงพยาบาลไม่เชื่อมต่อการเบิกจ่ายของสถานีนอนามัย ไม่มีเวลาที่แน่นอนในการจัดสรร

2) งบประมาณสนับสนุนน้อย ไม่เพียงพอ และ 3) การบริหารจัดการไม่โปร่งใส โรงพยาบาลเป็นผู้บริหารเพียงฝ่ายเดียว สถานื่อนามัยไม่ทราบเกณฑ์การจัดสรรให้สถานื่อนามัย ขาดการประสานกับสถานื่อนามัย สำหรับข้อเสนอแนะ คือ 1) ควรสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอตามความต้องการและเป็นธรรม 2) ควรพัฒนาระบบบริหารจัดการงบประมาณให้มีความชัดเจนโดยให้สถานื่อนามัยมีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณ และ 3) ควรให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบริหารจัดการงบประมาณของสถานื่อนามัยเพื่อความสะดวกรวดเร็ว หรือจัดสรรให้สถานื่อนามัยโดยตรง

ตาราง 24 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์	จำนวน (n = 96)	ร้อยละ
<b>ปัญหา อุปสรรค</b>		
- การจัดสรรไม่เพียงพอ ไม่ตรงกับความต้องการ ไม่ยุติธรรม ขาดมาตรฐาน	53	55.21
- ขั้นตอนการ เบิก - จ่าย ล่าช้า ยุ่งยาก ไม่สะดวก ไม่ได้รับตามกำหนด ได้ไม่ครบ ไม่ทันต่อความต้องการ ไม่มีคุณภาพ	46	47.92
- ไม่มีอุปกรณ์ในการตรวจเลือด ไม่มีเครื่องตรวจการได้ยิน และวัสดุ ครุภัณฑ์ บางอย่างเกินความจำเป็น	3	3.13
<b>ข้อเสนอแนะ</b>		
- ควรจัดสรรตามความต้องการ ให้เพียงพอ	4	4.17
- ควรพัฒนาระบบบริหารจัดการ วัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์	1	1.04
- การจัดสรรเวชภัณฑ์ควรพิจารณาจากจำนวนผู้รับบริการ	1	1.04

จากตาราง 24 พบว่าปัญหาอุปสรรคด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) การจัดสรรไม่เพียงพอ ไม่ตรงกับความต้องการ ไม่ยุติธรรม ขาดมาตรฐาน 2) ขั้นตอนการเบิก - จ่ายล่าช้า ยุ่งยาก ไม่สะดวก ไม่ได้รับตามกำหนด ได้ไม่ครบ ไม่ทันต่อความต้องการ ไม่มีคุณภาพ และ 3) ไม่มีอุปกรณ์ในการตรวจเลือด ไม่มีเครื่องตรวจการได้ยิน วัสดุ ครุภัณฑ์บางอย่างเกินความจำเป็น ส่วนข้อเสนอแนะ คือ 1) ควรจัดสรรตามความต้องการให้เพียงพอ 2) ควรพัฒนาระบบบริหารจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และ 3) การจัดสรรเวชภัณฑ์ควรพิจารณาจากจำนวนผู้รับบริการ

ตาราง 25 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ  
ด้านการบริหารจัดการในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

ด้านการบริหารจัดการ	จำนวน (n = 96)	ร้อยละ
<b>ปัญหา อุปสรรค</b>		
- ขาดการประสานงาน การวางแผน การตั้งเป้าหมายการปฏิบัติงานระหว่าง รพ. กับ สอ.	21	21.88
- ไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน ทีมสุขภาพจาก รพ. ไม่เข้าใจงาน สอ. ไม่ตรงเวลาในการออก PCU ไม่สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้	17	17.71
- การติดต่อประสานงานระหว่าง รพ. กับ สอ. ค่อนข้างล่าช้า ผ่านหลาย ขั้นตอน ไม่ต่อเนื่อง และไม่มีศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน	10	10.42
- ขาดความสามัคคีในการปฏิบัติงาน ไม่มีการปฏิบัติงานเป็นทีม ปฏิบัติงาน แทนกันไม่ได้	9	9.38
- การนิเทศงานไม่ชัดเจน ไม่สม่ำเสมอ มีแผนแต่ไม่ปฏิบัติ	5	5.21
- ระบบการส่งต่อขาดการประสานงาน การแจ้งผลกลับ สอ. ล่าช้า	4	4.17
- ยังไม่มีระบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ	1	1.04
<b>ข้อเสนอแนะ</b>		
- ควรมีการจัดทำแผน วางระบบที่แน่นอน ว่า PCU/สอ./รพ. มีหน้าที่อะไร ปฏิบัติอย่างไร แบบไหน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตามสถานการณ์จริง	10	10.42
- ควรมีการประสานงานระหว่าง รพ. กับ สอ. ในการทำงานเป็นทีม	8	8.33
- ควรมีการประเมินโครงการ ถ้าขาดทุนควรยกเลิก ผู้บริหารระดับสูงควร ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นและรีบแก้ไข โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ	5	5.21
- ควรพัฒนาระบบการส่งต่อร่วมกันระหว่าง รพ. กับ สอ. สร้างความเข้าใจ กับประชาชนเรื่องระบบส่งต่อ และรพ. ควรแนะนำให้ประชาชนไปรับ บริการที่ สอ. กรณีที่ สอ. สามารถปฏิบัติได้	3	3.13

จากตาราง 25 พบว่า ปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการในการจัดบริการสาธารณสุข  
ระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ลำดับแรก คือ 1) ขาดการประสานงาน การวางแผน การตั้ง  
เป้าหมายการปฏิบัติงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนามัย 2) ไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน  
ทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลไม่เข้าใจงานสถานีนามัย ไม่ตรงเวลาในการออกหน่วยบริการปฐมภูมิ  
ไม่สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ และ 3) การติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานี

อนามัยค่อนข้างล่าช้า ผ่านหลายขั้นตอน ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน สำหรับข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ คือ 1) ควรมีการจัดทำแผน วางระบบที่แน่นอนว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานีอนามัย และโรงพยาบาล มีหน้าที่อะไร ปฏิบัติอย่างไร แบบไหน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตามสถานการณ์จริง 2) ควรมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัยในการทำงานเป็นทีม และ 3) ควรมีการประเมินโครงการ ถ้าขาดทุนควรยกเลิก ผู้บริหารระดับสูง ควรศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจริงและรีบแก้ไข โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานด้วย

### การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในอำเภอ บางไทร อำเภอบางปะหัน อำเภอบางซ้าย และอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 175 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน ลาภหลาย (2544) เรื่องการประเมินผลกระทบการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการ ประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.2) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดังการ สังแก้ว (2545) เรื่องความพร้อมการจัดบริการของเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัยและความต้องการใช้บริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์ แผนปัจจุบันของประชาชนจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.2) ซึ่งจากรายงานการศึกษา : ทิศทางการปรับภารกิจบทบาทของสถาบันพระบรมราชชนก (สถาบันพระบรมราชชนก, 2545) พบว่า การผลิตบุคลากรสาธารณสุขโดยกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 76.9 เป็นสาขาพยาบาล ซึ่งเป็นการเรียนที่เน้นกลุ่มเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัยส่วนใหญ่ก็จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานใน สถานีอนามัยจึงเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35.9 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ จันทร์สุทธิ (2543) เรื่องการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดยโสธร : กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 34.9 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดังการ สังแก้ว (2545) เรื่องความพร้อม การจัดบริการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและความต้องการใช้บริการแบบผสมผสานการแพทย์ แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของประชาชนจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.8 ปี จากแนวคิดของ ฮาวิคเฮอร์ท (ชาติชาย พิทักษ์ธนาคม, 2544 อ้างตาม Havighurst) ได้แบ่งพัฒนาการมนุษย์ออกเป็นวัยต่างๆ โดยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (18 - 35 ปี) จะเป็นวัยเริ่ม

ประกอบอาชีพ รู้จักจัดการภารกิจในครอบครัว ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยนี้จึงเป็นวัยทำงานที่สามารถพัฒนางานด้านการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิต่อไปได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุขที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุขเฉลี่ย 14.3 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.7) การศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า (ร้อยละ 61.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน ลาภหลาย (2544) เรื่องการประเมินผลกระทบการจัดระบบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.5) ระดับการศึกษาปริญญาตรี/เทียบเท่า (ร้อยละ 46) และจากการสรุปการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะนำร่องจังหวัดยโสธร (กลุ่มงานประกันสุขภาพ, 2544) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.2) วุฒิการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี/เทียบเท่า (ร้อยละ 52.7) ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องถึงระดับปริญญาตรีสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีมหาวิทยาลัย 6 แห่ง ที่เปิดรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ศึกษาต่อเนื่องถึงระดับปริญญาตรี (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2539) นอกจากนี้ยังมีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอีกหลายแห่งที่เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ต่อเนื่องสำหรับผู้จบหลักสูตรประกาศนียบัตร 2 ปี จึงส่งผลให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยมีโอกาสในการศึกษาต่อเนื่องจนจบระดับปริญญาตรีสูงขึ้น

ลักษณะการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 42.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพงศ์ ทองสกุล (2545) เรื่องบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนมัยจังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 44.5) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดังการ สังแก้ว (2545) เรื่องความพร้อมการจัดบริการของเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยและความต้องการใช้บริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของประชาชนจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 44) ทั้งนี้เนื่องจากที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยเมื่อจบการศึกษาจะบรรจุเข้ารับราชการที่สถานีนอนมัยในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน แล้วจึงปรับเปลี่ยนเป็นตำแหน่งอื่นภายหลัง และกรอบอัตรากำลังของสถานีนอนมัยก็กำหนดตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในอัตราส่วนที่มากกว่าตำแหน่งอื่น (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, 2539 ; พรรณี ภัทรพงษ์พันธ์, 2545) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุขเฉลี่ย 14.3 ปี ประสบการณ์ทำงานที่สถานีนอนมัยเฉลี่ย 13.2 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ จันทรสุนทร (2543) เรื่องการประเมินผล

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธร : กรณีศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุน การบริการขั้นปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างมีอายุราชการเฉลี่ย 13 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตร คงจันทร์ (2543) เรื่องการประเมินผลบุคลากรด้านการจัดการข้อมูลการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานสาธารณสุขเฉลี่ย 14.7 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ดังการ สังแก้ว (2545) เรื่องความพร้อมการจัดบริการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และความต้องการใช้บริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของ ประชาชนจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 15.5 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคย เข้ารับฟังการประชุมที่แจ้งนโยบายการจัดการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 92.6) และเคยเข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติมด้านพัฒนาการจัดการจัดบริการ หรือกระบวนการดำเนินงาน ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 74.9) จำนวนครั้งที่ เข้ารับฟังการที่แจ้งนโยบายการจัดการจัดบริการ 1 ครั้ง (ร้อยละ 72.6) และจำนวนครั้งที่เข้าประชุม/ อบรมเพิ่มเติมด้านพัฒนาการจัดการจัดบริการหรือกระบวนการดำเนินงานในโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า 1 ครั้ง (ร้อยละ 61.7) สอดคล้องกับงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร (2544) เรื่องสรุปการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะนำร่อง จังหวัดยโสธร ที่พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีโอกาสเข้าร่วมประชุมที่แจ้งรายละเอียดโครงการ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 84.9) โดยจำนวนครั้งที่เข้าร่วมประชุม 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 65.9) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ศิริพงศ์ ทองสกุล (2545) เรื่อง บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของ สถานีอนามัยจังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าประชุม/อบรมหรือสัมมนาเกี่ยวกับ บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิหรือเวชปฏิบัติครอบครัว (ร้อยละ 61.1) ทั้งนี้เนื่องจากนโยบาย การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนด กรอบแนวคิดในการดำเนินงานไว้กว้างๆ การปฏิบัติขึ้นอยู่กับการวางแผนการดำเนินงานของแต่ละ จังหวัด จึงทำให้ลักษณะการดำเนินงาน การถ่ายทอดนโยบายแตกต่างกันไปตามพื้นที่ ซึ่งการ ศึกษาของ เรดดิ้ง (Redding, 1973) ที่มหาวิทยาลัยคูเปอร์เกี่ยวกับการสื่อสารในองค์การ พบว่า การบอกกล่าวให้บุคลากรได้รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงล่วงหน้า และการอธิบายเหตุผลเกี่ยวกับนโยบาย จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบังคับบัญชาที่มีประสิทธิภาพ การฝึกอบรมและการพัฒนาการ จัดการ เป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ซึ่งจะช่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถ ฝีมือในการปฏิบัติงาน ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และช่วยให้เข้าใจนโยบายจุดมุ่งหมายขององค์การดีขึ้น โดยเฉพาะนโยบายหรือ แนวทางปฏิบัติใหม่ๆ ที่ต้องการความชัดเจนในการปฏิบัติ (จุฑามณี ตระกูลมุกดา, 2544)

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านลักษณะทางประชากรและลักษณะการปฏิบัติงาน เมื่อนำมาทดสอบนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พบว่า ลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกัน (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา) และลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน (ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข ประสบการณ์ทำงานที่สถานีนอนามัย การเข้าฟังนโยบายการจัดบริการ และการเข้าประชุม/อบรมเพิ่มเติมด้านการพัฒนาการจัดบริการ) มีระดับการจัดบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.228, 0.772, 0.053, 0.100, 0.066, 0.932$  และ  $0.726$  ตามลำดับ) (ภาคผนวก ตาราง 36 หน้า 139 และ ตาราง 37 หน้า 140) ยกเว้นลักษณะทางประชากรด้านอายุ พบว่า อายุแตกต่างกันระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพนัส หันนาคินทร์ (2542) กล่าวว่า บุคคลที่มีประสบการณ์มากย่อมปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้ลุล่วงไปได้ และจากการศึกษาพัฒนาการรับรู้ของมนุษย์ พบว่า บุคคลยิ่งอายุมากขึ้นก็จะมีข้อมูลและประสบการณ์มากขึ้น สามารถคิดและตีความการรับรู้ สถานการณ์ต่างๆ ได้ละเอียดถี่ถ้วน นอกจากนั้นประสบการณ์ในอดีตยังมีผลต่อการรับรู้ในปัจจุบันของบุคคลเป็นอย่างมากทั้งในด้านบวกและด้านลบ (วันชัย ธรรมสังการ, กานดา จันทร์แย้ม และ ดารณี กาญจนสุวรรณ, 2544) สอดคล้องกับคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยว่า "เราเป็นที่เค้า แก่กว่าเค้า ทำงานมานาน ความรับผิดชอบมันต้องมากกว่าน้องๆ เป็นน้องสบายไม่ต้องรับผิดชอบ เวลามีปัญหาอะไรเราต้องรับหน้าก่อน บางทีน้องไม่ทำเราก็ต้องทำ ไม่งั้นก็ไม่หันเรา" และลักษณะการปฏิบัติงานด้านตำแหน่ง พบว่า ตำแหน่งแตกต่างกันระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยว่า "ทำงานเหมือนๆ กัน อยู่ สอ. ถึงจะเป็นนักวิชาการก็ต้องให้บริการ เพราะชาวบ้านเขาไม่ได้รู้ว่าใคร ตำแหน่งไหน หน้าที่อะไร เขามาแล้วเจอหมอบเป็นใช้ได้ นักวิชาการไม่ได้นั่งโต๊ะทำแต่งงานวิชาการเหมือนชื่อตำแหน่ง.....อย่างที่เนี่ยการเงินก็ทำ รักษา ก็ทำ.....ทุกคนจะคาดหวังกับเรา....."

2. เปรียบเทียบภาระงานของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 ด้านกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบและปริมาณงาน ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วยจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 1 คน จำนวนประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 1 คน จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันต่อแห่ง และปริมาณการเยี่ยมบ้านประชากรในเขตรับผิดชอบเฉลี่ยต่อสัปดาห์ต่อแห่ง เมื่อเปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ไม่แตกต่างกัน



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.475 , 0.462 , 0.073 และ 0.305 ตามลำดับ) (ตาราง 5 หน้า 54) โดยทั้งก่อนและหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน ไม่ถึง 3 หมู่บ้าน ( $\bar{x}$  = 2.31 หมู่บ้าน และ 2.25 หมู่บ้าน ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2539) เรื่องการประเมินผลความก้าวหน้าโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (เล่ม 2) พบว่า จังหวัดสมุทรปราการมีหมู่บ้านที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน เท่ากับ 2.2 หมู่บ้าน จังหวัดพิจิตรเท่ากับ 2.5 หมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานีเท่ากับ 1.8 หมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณ นิลรัตน์ (2544) เรื่องบทบาทที่ปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและนอกพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พบว่า หมู่บ้านที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน ในพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเท่ากับ 1.5 หมู่บ้าน นอกพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเท่ากับ 1.7 หมู่บ้าน ซึ่งการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีการกำหนดจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน แต่จากการศึกษาของ อภิสร วงศ์สัมพันธ์ชัย (2538) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก กล่าวคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีจำนวนหมู่บ้านรับผิดชอบน้อยจะมีผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในเกณฑ์ดีมากกว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบมาก ด้านจำนวนประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ยต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน พบว่า ทั้งก่อนและหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 1,000 คน ( $\bar{x}$  = 844.91 คน และ 814.31 คน ตามลำดับ) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2539) เรื่องการประเมินผลความก้าวหน้าโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (เล่ม 2) ที่พบว่าจังหวัดสมุทรปราการมีประชากรที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน เท่ากับ 4,549 คน จังหวัดพิจิตรเท่ากับ 1,853 คน จังหวัดสุราษฎร์ธานีเท่ากับ 1,478 คน และจังหวัดอุบลราชธานีเท่ากับ 1,580 คน และผลการศึกษาของ สุวรรณ นิลรัตน์ (2544) เรื่องบทบาทที่ปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและนอกพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พบว่า ในพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คนรับผิดชอบประชากร 1,311 คน นอกพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเท่ากับ 1,284 คน แต่เป็นไปตามแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่กำหนด

ให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 1,250 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545) และจากการศึกษาของ โสภี ชูแสง (2537) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายความจำเป็นพื้นฐานไปใช้ในการพัฒนาชนบทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลที่รับผิดชอบประชากรมากจะพัฒนาหมู่บ้านได้ครบลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจต้องมีบุคลากรขั้นต่ำในสัดส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ต่อประชากร 1,000 – 1,250 คน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) ด้านจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันต่อแห่ง ทั้งก่อนและหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า จำนวนผู้รับบริการที่สถานีอนามัยเฉลี่ยต่อวันต่อแห่งประมาณ 20 คน (17.89 คน และ 18.70 คน ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณ นิลรัตน์ (2544) เรื่องบทบาทที่ปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและนอกพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันต่อแห่งเท่ากับ 15 – 30 คน ด้านปริมาณการเยี่ยมบ้านประชากรในเขตรับผิดชอบเฉลี่ยต่อสัปดาห์ต่อแห่ง พบว่า ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 31.20 คน หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 34.76 คน ซึ่งยังไม่เป็นไปตามนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะต้องเยี่ยมประชากรในเขตรับผิดชอบให้ครบทุกหลังคาเรือน และจากการศึกษาความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน พบว่า ประชาชนทั่วทุกภาคเห็นว่าบริการในสถานีอนามัยยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควรและต้องการให้เพิ่มการบริการด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านให้มากขึ้น (ทัศน บุญทอง, 2545) ซึ่งจากคำถามปลายเปิดด้านปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้รับบริการรักษาพยาบาลมีจำนวนมาก แต่เจ้าหน้าที่น้อยไม่ครบตามกรอบอัตรากำลัง จึงไม่มีเวลาออกเยี่ยมบ้าน และขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานโดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนะให้มีการจัดสรรงบประมาณให้สำหรับการเยี่ยมบ้านตามปริมาณผลงาน เนื่องจากหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีการจัดสรรงบประมาณให้สำหรับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน ลาภหลาย (2544) เรื่องการประเมินผลกระทบการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่มีผลต่อการปฏิบัติงานประจำของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากมีการจัดสรรเงินให้สถานีอนามัยตามปริมาณผลงาน และสอดคล้องกับค่ากล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแห่ง

หนึ่งที่ว่า "ก่อนมี UC (ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2544) เราจัดสรรเงินให้ตามผลงานเยี่ยมบ้าน สอ. จะรายงานมาเยอะมาก ทำไม่ทำไม่รู้ พอไปตรวจสอบกลับไม่ได้ลงไปเยี่ยมจริง ปีนี้ (หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545) เราเลยเปลี่ยนใหม่ ไม่มีการ จัดสรรเงินให้สำหรับส่วนนี้"

2.2 ด้านความครอบคลุมการมีสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความครอบคลุมผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 90.28 หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความครอบคลุมผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 97.64 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.36) ส่วนที่เหลือร้อยละ 2.36 เป็นผู้ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล ซึ่งยังไม่เป็นไปตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิรักษาพยาบาล โดยเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน (ผลสรุปคณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) การที่ยังมีประชาชนบางส่วนที่ยังไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัญหาด้านคุณภาพของข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ข้อมูลมีความซ้ำซ้อน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยว่า "เรื่องบัตรมีปัญหามาก เราทำส่งอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) บางทีซื้อมาไปเลย ไม่ได้รับบัตร บางคนก็มีสิทธิซ้อนกัน เขามาทำบัตรที่เราเขาก็ว่ายังไม่รับบัตรอะไร พอเข้าคอมก็ฟ้องว่ามีสิทธิแล้ว เราตรวจสอบไม่ได้ต้องให้อำเภอทำ จำนวนคนมีสิทธิไม่รู้เท่าไรแน่ เราก็ทำตามที่อำเภอออกบัตรให้แหละ" ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับสรุปการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 ที่พบว่า ความครอบคลุมผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ของประชาชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม 2545) คิดเป็นร้อยละ 94.44 ที่เหลือร้อยละ 5.56 อยู่ระหว่างการตรวจสอบสิทธิ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องสิทธิซ้ำซ้อน ข้อมูลผิดพลาดเนื่องจากรหัสประจำตัวประชาชนไม่ถูกต้อง บางรายขึ้นทะเบียนต่างจังหวัดแต่ตัวอยู่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บางรายชื่ออยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและถูกขึ้นทะเบียนแต่ตัวไม่ได้อยู่ในจังหวัดและไปขึ้นทะเบียนไว้ต่างจังหวัด บางรายไม่พบข้อมูลในฐานข้อมูลกลาง ซึ่งต้องรอการแก้ไขจากส่วนกลาง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ก)

2.3 ข้อมูลการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยจำแนกตามสิทธิ เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ ผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ผู้มีสิทธิประกันสังคม ผู้ไม่มีสิทธิใดๆ และผู้เต็มใจจ่าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้มีสิทธิบัตรทองมี "ท" มีอัตราการใช้บริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.313$ ) โดยทั้งก่อนและหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้มีสิทธิ สปร. (ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) หรือผู้มีสิทธิบัตรทองมี "ท" (หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) มีอัตราการใช้บริการสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับสรุปการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 ด้านผลงานบริการผู้ป่วยของทุกเครือข่ายสถานพยาบาล ข้อมูลถึงเดือนกันยายน 2545 ที่พบว่า ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้บริการสูงสุด ร้อยละ 63.9 ส่วนที่เหลือเป็นผู้ป่วยสิทธิข้าราชการร้อยละ 12.9 ผู้ป่วยประกันสังคมร้อยละ 6.8 และร้อยละ 16.4 เป็นการให้บริการรวมของสิทธิประกันสุขภาพ ต่างดาวขึ้นทะเบียน และอื่นๆ เช่น คนต่างดาว สิทธิไม่ชัดเจน ปฏิเสธสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ก) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลความครอบคลุมสิทธิรักษาพยาบาลที่พบว่าผู้มีสิทธิ สปร. (ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) หรือผู้มีสิทธิบัตรทองมี "ท" (หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) มีความครอบคลุมสิทธิรักษาพยาบาลสูงสุด จึงทำให้ประชาชนกลุ่มนี้มาใช้บริการสูงสุดเนื่องจากเป็นบุคคลส่วนใหญ่ในพื้นที่ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยว่า "ที่มีส่วนใหญ่มักกับเด็กมาใช้บริการเยอะ ยิ่งอยู่ใกล้โรงเรียนเดี๋ยวก็ทำแผล เย็บแผลเป็นประจำ ถ้าวันพระหรือมีงานศพงานอะไรที่วัดเตรียมตัวได้เลยวันนั้นจะยุ่งมาก บางทีคนแก่มาทำครัวแล้วก็เป็ดลม...วัยรุ่นก็มีบ้างแต่ไม่มากเพราะไปเรียน ไปทำงานที่อื่น คนที่มาอนามัยส่วนใหญ่ก็เป็นคนที่อยู่กับบ้านนั่นแหละ" โดยหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผู้มีสิทธิบัตรทองมี "ท" มีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.89 ผู้มีสิทธิบัตรทองไม่มี "ท" มีอัตราการใช้บริการร้อยละ 10.76 กลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมจ่าย 30 บาท ซึ่งคือกลุ่มประกันสุขภาพเดิมและกลุ่มรายได้ไม่น้อยบางส่วนที่สามารถร่วมจ่ายค่าบริการได้ ผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.30 ผู้มีสิทธิประกันสังคมมีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.63 ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพมีอัตราการใช้บริการลดลงร้อยละ 10.4 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลความครอบคลุมสิทธิรักษาพยาบาล ที่พบว่า หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้มีสิทธิประกันสุขภาพมีความครอบคลุมลดลง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มนี้เปลี่ยนไปใช้สิทธิบัตรทองไม่มี "ท"

จึงทำให้อัตราการใช้บริการลดลงตามไปด้วย ผู้ที่เต็มใจจ่ายมีอัตราการใช้บริการลดลงร้อยละ 1.32 และผู้ไม่มีสิทธิใดๆ มีอัตราการใช้บริการลดลงร้อยละ 1.87 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลความครอบคลุมสิทธิรักษาพยาบาล ที่พบว่า ผู้ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลมีอัตราลดลงร้อยละ 7.36 และเนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจัดสรรเงินให้ตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2544) ซึ่งอาจมีส่วนในการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่สถานอนามัยมีกำลังใจในการสำรวจและขึ้นทะเบียนประชาชนในเขตรับผิดชอบ จึงทำให้ความครอบคลุมผู้มีสิทธิเพิ่มขึ้น ผู้ที่ไม่มีสิทธิลดลง และส่งผลให้อัตราการใช้บริการของผู้ไม่มีสิทธิลดลงตามไปด้วย

2.4 ข้อมูลด้านปริมาณการให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เน้นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการให้บริการของสถานอนามัยเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติแบบเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปมากนัก เจ้าหน้าที่สถานอนามัยยังคงปฏิบัติเหมือนที่เคยปฏิบัติ ผู้รับบริการก็เป็นประชาชนกลุ่มเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน จึงทำให้ปริมาณการให้บริการไม่ได้เพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแบบสอบถามปลายเปิดด้านปัญหา อุปสรรคในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่พบว่า บุคลากรยังยึดติดกับงานระบบเก่า ยังคงทำงานแบบเดิมๆ ไม่มีการพัฒนาปรับปรุง และเจ้าหน้าที่สถานอนามัยบางส่วนยังระบุว่าพัฒนาจะได้รับเฉพาะผู้ที่อยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก ซึ่งทั้งจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีเพียง 65 แห่ง (ร้อยละ 31.55) นับเป็นส่วนน้อยที่ได้รับการพัฒนา ส่วนสถานอนามัยที่เหลือ 141 แห่ง (ร้อยละ 68.45) ซึ่งมีจำนวนมากกว่าครึ่ง ถ้าไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงนับเป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการขัดขวางการพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยว่า "ส่วนมากคนไปประชุมก็เป็นคนเดิมๆ แหะ กลับมาก็ไม่ได้ถ่ายทอด บางครั้งถ่ายทอดแต่ไม่รู้เรื่อง ยิ่งถ้าเราไม่ได้เป็น PCU (หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ) ยิ่งไม่รู้เรื่องใหญ่เลย เขาพัฒนาแต่ PCU นโยบายใครก็รู้สร้างนำซ่อม แต่ที่ว่าไม่เห็นมีอะไรเปลี่ยนแปลงเลย ทำงานเหมือนเดิม เพียงแต่สนองนโยบายเยอะขึ้น แกรมประชุมอะไรต่ออะไรให้มันไปหมดสารพัดจะทำเดี่ยวนโยบายนั่นนโยบายนี่ ไม่ค่อยได้อยู่สอง. ยิ่งที่อยู่ 2 คน ยิ่งแยะใหญ่ ที่จะให้เยี่ยมบ้านนะหรือไม่มีเวลาหรอก"

3. ข้อมูลการเงินของสถานีนอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2544 - ปีงบประมาณ 2545)

3.1 ข้อมูลต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัย จำแนกตามสิทธิ เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของสถานีนอนามัยจำแนกตามสิทธิ ในผู้มีสิทธิประกันสุขภาพและประกันสังคม เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้มีสิทธิ สปร./บัตรทองมี "ท" ผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ผู้ไม่มีสิทธิ และ ผู้เต็มใจจ่ายมีต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลเฉลี่ย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.290 , 0.493 , 0.176 และ 0.665 ตามลำดับ) และเมื่อวิเคราะห์ต้นทุนค่ายาเฉลี่ยรวมทุกสิทธิของสถานีนอนามัย ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.615) โดยก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีต้นทุนค่ายาเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 50.59 บาท ต้นทุนค่ายาเฉลี่ยรวมทุกสิทธิเท่ากับ 30.21 บาท หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ต้นทุนค่ายาเฉลี่ยสูงสุดคือผู้มีสิทธิประกันสังคม 59.84 บาท โดยมีต้นทุนค่ายาเฉลี่ยรวมทุกสิทธิเท่ากับ 29.60 บาท (ลดลง 0.61 บาท) การที่ผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและผู้มีสิทธิประกันสังคมมีต้นทุนค่ายาสูงสุด อาจเนื่องจากผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ต้องจ่ายเงินค่าบริการให้กับสถานีนอนามัยตามที่เรียกเก็บขณะรับบริการ ซึ่งจะเป็นส่วนช่วยให้สถานีนอนามัยมีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น สำหรับผู้มีสิทธิประกันสังคมสถานีนอนามัยสามารถเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักได้เต็มจำนวนตามที่เรียกเก็บ จึงอาจทำให้ต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลในผู้มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและผู้มีสิทธิประกันสังคมสูงกว่าผู้มีสิทธิอื่นๆ ซึ่งถือเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของสถานีนอนามัย ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย "ข้าราชการกับพวกโรงงาน (สิทธิประกันสังคม) นั้นแหละที่ทำให้สอ. มีรายได้ เราเรียกเก็บได้เต็มที่ อย่างประกันสังคมเรียกไปเท่าไรเขาก็จ่ายให้ตามนั้น แต่ว่าข้าหน้อยกว่าจะได้เงิน.....ส่วนคนแก่เด็ก (สิทธิ สปร./บัตรทองมี "ท") เราไม่ได้เก็บ คนที่ต้องจ่าย 30 บาท ก็ไม่ได้บังคับ ไม่มีก็ไม่ได้ว่า เห็นอยู่ว่าใครมีสภาพแบบไหน....." ซึ่งตรงกับคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ว่า "ประกันสังคม สอ. ขอเบิกมาเท่าไร โรงพยาบาล (โรงพยาบาล) ก็จ่ายให้เต็มตามที่เบิก ไม่ได้ตัดออก จึงเป็นไปได้ที่ค่ายาจะสูงกว่าคนอื่น เพราะทำให้สอ. มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น"

3.2 ข้อมูลด้านงบประมาณที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรร เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า งบประมาณค่าเวชภัณฑ์ ค่าวัสดุการแพทย์ ค่าวัสดุทั่วไป/ค่าใช้สอย ค่าสาธารณูปโภค ค่าครุภัณฑ์ และค่าตอบแทนนอกเวลา ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนงบประมาณประเภทอื่นๆ ที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรร พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.216$ ) และเมื่อวิเคราะห์งบประมาณรวมทุกประเภทที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรร เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.900$ ) โดยทั้งก่อนและหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณเฉลี่ยที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรสูงสุด ได้แก่ ค่าเวชภัณฑ์ (ร้อยละ 55 และร้อยละ 49 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสรุปการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 พบว่า งบประมาณที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดสรรให้กับสถานีนอนามัยลูกข่ายถึงเดือนกันยายน 2545 เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 43,973,686 บาท คิดเป็นมูลค่าเวชภัณฑ์สูงสุดถึง 24,274,197 บาท โดยการจัดสรรงบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้สถานีนอนามัยจะสนับสนุนให้สถานีนอนามัยตามที่ใช้จ่ายจริง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ก) จะเห็นได้ว่างบประมาณที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรสูงสุดเป็นค่าเวชภัณฑ์ที่ส่วนใหญ่ใช้ในกิจกรรมการรักษาพยาบาลมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ ซึ่งขัดแย้งกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยปฏิบัติงานสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ (ศูนย์ประสานงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2544) แต่สอดคล้องกับคำถามปลายเปิดปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง คือ งบประมาณที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ (2539) เรื่องการพัฒนาของสถานีนอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ (เล่ม 3) พบว่า ชุมชนมีความต้องการด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่าความต้องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบประมาณที่ได้รับจะเน้นไปในเรื่องการจัดหาและเวชภัณฑ์ โดยร้อยละของการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 - 7 พบว่า งบประมาณที่จัดสรรให้บริการรักษาพยาบาลสูงกว่างบประมาณที่จัดสรรให้บริการส่งเสริมสุขภาพและบริการควบคุมป้องกันโรค (สุพัตรา ศรีวินิชากร, 2543ก อ้างตาม MSH, 1999 : 14) การจัดสรรทรัพยากรที่เน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังกล่าวมาเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ความด้อยประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ

(จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณจึงควรพิจารณาจัดสรรให้ตามความต้องการและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณ ทั้งยังเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในพื้นที่นั้นๆ

3.3 ข้อมูลรายรับ รายจ่าย ของสถานีนอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า รายรับของสถานีนอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนรายจ่ายของสถานีนอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน - หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.094$ ) โดยก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานีนอนามัยมีรายรับต่ำกว่ารายจ่าย 2,582.2 บาท หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานีนอนามัยมีรายรับเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 29,441.7 บาท รายจ่ายเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 7,192.2 บาท มีรายรับสูงกว่ารายจ่าย 19,667.3 บาท ซึ่งขัดแย้งกับสรุปการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 ที่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบรายรับ รายจ่าย ปีงบประมาณ 2545 ในภาพรวมทั้งจังหวัดมีรายจ่ายมากกว่ารายรับ 25.37 ล้านบาท แต่ทั้งนี้ยังเหลืองบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างวดสุดท้ายที่รอโอนอยู่ประมาณ 17.86 ล้านบาท แต่เมื่อวิเคราะห์แยกรายเครือข่ายสถานพยาบาล พบว่า ยังมีเครือข่ายสถานพยาบาลที่ต้องปรับตัวด้านการบริหารทรัพยากรอย่างมาก เนื่องจากมีรายรับสำหรับจ่ายบุคลากรได้ แต่มีงบประมาณเหลือไม่เพียงพอในการดำเนินการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ก) การที่ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสถานีนอนามัยมีรายรับเพิ่มขึ้น สามารถอภิปรายผลได้ว่า ข้อมูลรายจ่ายของสถานีนอนามัยที่ได้คิดจากงบประมาณที่สถานีนอนามัยใช้จ่ายจริง โดยไม่ได้คิดค่าแรงหรือต้นทุนดำเนินการ จึงทำให้รายรับสูงกว่ารายจ่าย ประกอบกับข้อมูลรายรับของสถานีนอนามัยที่ได้จากแบบบันทึกกิจกรรมการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย พบว่ามีเงินค้างจ่ายมาจากปีงบประมาณ 2544 (ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เช่น เงินประกันสังคมที่เรียกเก็บไปที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักแต่ได้มีการจ่ายเงินคืนให้สถานีนอนามัยเป็นงวดๆ จึงมีงวดที่ค้างจ่ายข้ามปีงบประมาณ ซึ่งอาจทำให้รายรับของสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยว่า "เงินประกันสังคมได้เข้ามา เขาคจัดสรรให้เป็นงวดๆ กว่าจะได้ครบข้ามไปอีกปี....." นอกจากนี้ยังมีเงินสปร. ที่เหลือมาจากปีงบประมาณ 2544 (ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ซึ่งสรุปการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 พบว่า ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการของอำเภอแห่งหนึ่ง จ่ายจากเงินสปร. 260,160 บาท



จ่ายจากเงินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียง 14,000 บาท ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอว่า "ปีนี้ (ปีงบประมาณ 2545) อยู่ได้เพราะมีเงินสปร. จากปีที่แล้วเหลืออยู่ แต่ปีหน้าไม่แน่ใจว่าจะอยู่ได้ไหม ถ้าไม่เอาค่าแรงมารวมก็น่าจะอยู่ได้"

4. ข้อมูลด้านการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (การปฏิบัติ) หลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2545) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.3) มีระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิภาพรวมอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.7 มีการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขเป็นงานที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยปฏิบัติจนเกิดเป็นความเคยชิน จึงสามารถปฏิบัติได้ดี ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยว่า "โครงการ UC เขาให้ปรับแนวคิดใหม่ ต้องให้บริการแบบต่อเนื่อง องค์กรวม ผลผสมผสาน งานก็ยังทำงานเหมือนเดิม เพียงแต่แนวคิดในการทำงานเปลี่ยนไป ที่ทำงานมา 10 กว่าปี ก็รักษา ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูนั้นแหละ" เมื่อพิจารณารายการกิจกรรม พบว่า การจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.69 รองมาเป็นการควบคุมป้องกันโรคคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 การส่งเสริมสุขภาพคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 และการฟื้นฟูสุขภาพคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ตามลำดับ การที่การจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.9) และจบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลซึ่งมีความรู้ความชำนาญด้านการรักษาพยาบาลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย จึงทำให้คะแนนการปฏิบัติงานรักษาพยาบาลมากกว่าคะแนนการปฏิบัติงานด้านอื่น จากการศึกษาของเกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา (2542) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานในสถานีอนามัย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พบว่า เพศหญิงมีผลต่อการปฏิบัติงานในสถานีอนามัยมากกว่าเพศชาย เนื่องจากภาระกิจหรืองานที่ปฏิบัติที่สถานีอนามัยมีทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นงานที่ต้องการความละเอียด ใช้ระยะเวลายาวนาน เป็นงานที่จำเจ ต้องอาศัยความอดทน จึงเป็นงานที่เพศหญิงจะทำได้ดีกว่าเพศชายที่มีธรรมชาติความอดทนน้อย ไม่ชอบงานจำเจ จากการศึกษาของ บุญผา ศิริวิเศษ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2531) เรื่องการประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะและผลการปฏิบัติงานตามแผนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล พบว่า บุคลากรสาธารณสุขกลุ่มต่างๆ ใช้เวลาปฏิบัติงานเพื่อกิจกรรมต่างๆ แตกต่างกัน โดยพยาบาลเทคนิคและผดุงครรภ์ใช้เวลาส่วนใหญ่ในด้านการรักษา

พยาบาล ในขณะที่พนักงานอนามัยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังอาจมีสาเหตุมาจากการให้บริการที่สถานอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในชุมชนและอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด จึงต้องทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องรายงานประจำปี 2545 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ค) ที่พบว่าเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นลำดับแรก และสอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการจากแบบสอบถามปลายเปิด ที่พบว่าผู้รับบริการที่สถานอนามัยมีมาก และเจ้าหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ วิรัช รูปชาติ, แสงเทียน อัจฉิมางกูร และ พนมพร ไตรตันวงศ์ (2544) เรื่องสภาพปัญหาและความต้องการด้านการประกันสุขภาพของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความเข้าใจเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยมองว่าการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเป็นการลงทุนหรือการกระทำที่เกินความจำเป็น ให้ความสำคัญเฉพาะการรักษาเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว ขาดความเข้าใจและตระหนักว่าการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพจะสามารถลดการเกิดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังไม่เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันส่งเสริมกับการลดภาระการรักษาพยาบาล ซึ่งในมุมมองของประชาชนแล้วสถานบริการสาธารณสุขจะต้องเป็นที่พึ่งในการให้การรักษาพยาบาลเมื่อเขาเจ็บป่วยได้ เมื่อประชาชนศรัทธาในบริการของสถานอนามัยแล้วบทบาทด้านอื่นๆ ของสถานอนามัย เช่น ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จึงจะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, 2539)

5. ข้อมูลด้านความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2545) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิกับระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิแตกต่างกันมีระดับการจัดบริการแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.9 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.1 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้านบุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และการบริหารจัดการอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านงบประมาณที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ใน

ระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับคำถามปลายเปิดปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ขั้นตอนการเบิก - จ่าย ค่าเช่า ยุงยาก ไม่คล่องตัว งบประมาณสนับสนุนน้อยไม่เพียงพอ จึงทำให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รำไพ สุขสวัสดิ์ ณ อยุธยา (2535) เรื่องความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลของประเทศไทย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลของประเทศไทย มีระดับความพึงพอใจในงานที่ทำในด้านบวกค่อนข้างต่ำแทบทุกเรื่อง สอดคล้องกับ ดารา การเกษร (2539) เรื่องความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลฝ่ายประสาทวิทยา โรงพยาบาลประสาทสงขลา พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้หนังสือคู่มือต่างๆ ความเพียงพอคล่องตัวในการเบิกจ่ายอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ (2539) เรื่องการพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ (เล่ม 3) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่ำ เนื่องจากความไม่เพียงพอของทรัพยากรในการปฏิบัติงาน ที่สำคัญได้แก่ยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็นและยานพาหนะ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้านงบประมาณอยู่ในระดับน้อยสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two-Factor Theory) (สมยศ นาวิกาน, 2544 อ้างตาม Herzberg, 2493) โดยเฮิร์ซเบิร์ก ได้กล่าวว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความพึงพอใจในงานจะแยกและแตกต่างจากปัจจัยที่นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในงาน ปัจจัยที่นำไปสู่ความพึงพอใจในงาน เช่น งานที่มีความท้าทายและความรู้สึกทางความสำเร็จ เฮิร์ซเบิร์ก เรียกปัจจัยเหล่านี้ว่า สิ่งที่พอใจหรือปัจจัยจูงใจ (motivation factors) ปัจจัยเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของงาน ส่วนปัจจัยที่นำไปสู่ความไม่พึงพอใจ เช่น สภาพแวดล้อมการทำงาน วัสดุอุปกรณ์ในการทำงาน และการบังคับบัญชา เฮิร์ซเบิร์ก เรียกปัจจัยเหล่านี้ว่าสิ่งที่ไม่พอใจหรือปัจจัยอนามัย (hygiene factors) และเราได้สรุปว่าปัจจัยอนามัยสามารถสร้างความไม่พอใจในงานได้ ถ้าได้รับการตอบสนองจะกำจัดความไม่พอใจออกไปได้ ดังนั้นการที่บุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมากจึงมีส่วนในการนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน ในที่สุด ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยว่า "ถ้าเราได้รับงบประมาณเพียงพอ เครื่องไม้เครื่องมือครบ ย่อมทำให้เกิดกำลังใจในการทำงาน..... พวกนี้ก็มีผลต่อการทำงานอยู่แล้ว ถ้าไม่มีงบประมาณ ไม่มีของ จะเบิกอะไรก็ไม่มีให้จะให้งานออกมาดีได้อย่างไร"

6. ความสัมพันธ์ระหว่างผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (การปฏิบัติ) กับคุณลักษณะประชากรของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หากความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความพึงพอใจมีผลต่อผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

มากที่สุด รองมาคือตำแหน่งและอายุตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิกับผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิระดับมากมีผลการจัดบริการดีที่สุด ส่วนความสัมพันธ์สัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งกับระดับการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งด้านวิชาการมีผลการจัดบริการดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จาร์ล ชวงส์ (2541) เรื่องความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ความพึงพอใจในงานรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก ที่กล่าวว่าความพึงพอใจจะส่งผลที่ดีต่อการปฏิบัติงาน (สมยศ นาวิการ, 2544 อ้างตาม Herzberg, 2493) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากจึงมีผลการปฏิบัติงานดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจระดับปานกลางและระดับน้อย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งทางวิชาการซึ่งมีผลการปฏิบัติงานดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งด้านบริหารและบริการ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลย่อมแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันไปตามฐานะตำแหน่งทางสังคม (social status) (ชุตตา จิตพิทักษ์, 2525) ประกอบกับผู้ที่มีตำแหน่งทางด้านวิชาการเป็นบุคคลที่ถูกคาดหวังจากเพื่อนร่วมงานว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ดังนั้นการแสดงพฤติกรรมจึงเป็นไปเพื่อตอบสนองความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตำแหน่งนั้นๆ (ทัศนานุญทอง, 2525) ซึ่ง ออร์แกน และเบทแมน (Organ and Batemane, 1986) ได้เสนอองค์ประกอบที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานไว้ 6 ข้อ คือ 1) งาน (task) ประกอบด้วยวิธีการ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน 2) แรงจูงใจ (motivation) เปรียบเสมือนจุดยืนและความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติงานให้ได้คุณภาพในระดับหนึ่งตามกฎเกณฑ์นั้นๆ 3) ความพยายาม (effort) เป็นผลของแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อให้ปฏิบัติงานได้ประสบผลสำเร็จ 4) ความสามารถ (ability) เกิดขึ้นจากการฝึกหัดหรือประสบการณ์การปฏิบัติร่วมกับความถนัดส่วนบุคคลที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานนั้น 5) สภาพแวดล้อม (environment) เป็นลักษณะทางกายภาพในองค์การ ได้แก่ เสียง ผู้ร่วมงาน ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติงาน และ 6) การรับรู้ต่อบทบาท (role perception) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่จะรับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองต่อการปฏิบัติ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยว่า "ไม่ว่าตำแหน่งไหนก็ทำงานได้เหมือนกัน แต่นักวิชาการเขาน่าจะทำได้ดีกว่าคนอื่นนะ....." สำหรับอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีผลการจัดบริการดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2545)

เรื่องรายงานผลการศึกษาคณาภพบริการหน่วยบริการปฐมภูมิตามการรับรู้ของแกนนำศูนย์สุขภาพชุมชนระดับอำเภอ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของแกนนำพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของแกนนำพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนระดับอำเภอมีค่าระหว่าง 3.11 – 3.16 คะแนน โดยกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี และ 51 – 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.16 คะแนนเท่ากัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 40 ปี มีผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิตีดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากต้องปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างกับผู้ที่อายุน้อยกว่า ประกอบกับผู้ที่อายุมากส่วนใหญ่จะปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้าอนามัย ซึ่งต้องมีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองและทุกคนในสถานอนามัย และจากการศึกษาพัฒนาการรับรู้ของมนุษย์ พบว่า บุคคลยิ่งอายุมากขึ้นก็จะมีข้อมูลและประสบการณ์มากขึ้น สามารถคิดและตีความการรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ได้ละเอียดถี่ถ้วน นอกจากนั้นประสบการณ์ในอดีตยังมีผลต่อการรับรู้ในปัจจุบันของบุคคลเป็นอย่างมากทั้งด้านบวกและด้านลบ (วันชัย ธรรมสังการ , กานดา จันทร์แย้ม และ ดารณี กาญจนสุวรรณ, 2544) จึงอาจมีส่วนทำให้ผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยว่า "เราเป็นน้องเขาสบายไม่ต้องรับผิดชอบ ทำหน้าที่ของเราให้เรียบร้อย พี่หัวหน้าจะหนักหน่อยต้องคอยรับทุกเรื่องเวลาเกิดปัญหา....." และ "พี่แก่กว่าใครๆ จะทำเล่นๆ ไม่ได้ ต้องรับผิดชอบมากกว่าน้อง ถ้าน้องไม่ทำเราก็ต้องทำ.....พอเกิดปัญหาเราต้องรับหน้า" ดังนั้นผู้ที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ผู้ที่มีตำแหน่งด้านวิชาการและผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี จึงมีผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นๆ

7. ข้อมูลด้านปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย จำแนกเป็น

7.1 ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ลำดับแรก คือ 1) ปัญหาด้านบุคลากรน้อย ไม่เพียงพอ ไม่ครบตามกรอบ 2) เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ และ 3) นโยบายไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนะว่า 1) ควรมีการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแก่เจ้าหน้าที่สถานอนามัยทุกคน ไม่ใช่ให้แต่สถานอนามัยที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ควรเพิ่มบุคลากรให้

ครบตามกรอบ และ 3) ควรมีการพัฒนาบุคลากรเป็นทีม สร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ให้ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลกับสถานีนอนามัยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากรไม่เพียงพออาจมีผลกระทบกับการปฏิบัติงานได้ สำหรับสถานีนอนามัยที่มีปริมาณงานมาก ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยว่า "ของพี่อยู่กัน 2 คน แต่ประชากรตั้ง 2,000 กว่า โรงเรียนอีก 3 โรง แคเจอโรงเรียน.....โรงเรียนเด็ยวันก็เรียนก็ป่าเข้าไปเกือบพันแล้ว เวลาออกนอนามัยโรงเรียนต้องวานให้นอนามัยในโซนมาช่วย" แต่ในบางสถานการณ์การที่บุคลากรน้อยก็ไม่ใช่ว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดถ้าพบว่ามีบุคลากรมากแต่ไม่ช่วยกันปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยว่า ".....ถึงพี่อยู่ 2 คน พี่ก็มีความสุขดี ไม่อยากได้ใครมาเพิ่ม เพราะพี่อยู่กับน้องที่นอนามัยเราเข้าใจกันช่วยกันทำงาน ถ้ามีมากแล้วไม่ช่วยกันอย่างที่อื่น พี่ไม่เอาหรอก" และ "ของพี่อยู่กัน 4 คนก็จริงนะ แต่เหมือนอยู่กัน 2 คน ที่เหลือถ้าไม่บอกก็ไม่ทำ ไม่มีกะใจจะช่วยกันทำงาน" สำหรับปัญหาอุปสรรคด้านความรู้เข้าใจในการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ นับเป็นปัญหาที่มีส่วนสำคัญในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ถ้าบุคคลขาดความรู้ความเข้าใจก็ไม่สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ หรือการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจไปคนละทิศคนละทางย่อมทำให้การปฏิบัติงานเกิดความสับสน และอาจนำไปสู่การขาดความสามัคคีในการปฏิบัติงานได้ ดังที่ กริช สืบสนธิ (2525) ได้กล่าวว่าการให้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน จะช่วยให้การทำงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการที่บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันจะมีส่วนสนับสนุนให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จได้ ซึ่งการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีทั้งในส่วนของผู้ที่สถานีนอนามัยและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่มาปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัย ซึ่งเป็นบุคลากรที่หลากหลาย มีความรู้ ความชำนาญแตกต่างกันจึงต้องอาศัยการสื่อสารที่ถูกต้องและเป็นระบบในการแจ้งข้อมูลข่าวสารให้เจ้าหน้าที่ที่ทราบถึงตนเอง ควรปฏิบัติอย่างไร และควรปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นอย่างไรเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนโยบายแต่ครั้งจะมีผลกระทบกับผู้ปฏิบัติงานโดยตรง เพราะต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลง

7.2 ปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณ ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของกลุ่มตัวอย่าง 3 ลำดับแรก คือ 1) ขั้นตอนการเบิก - จ่ายล่าช้า ยุ่งยาก ไม่คล่องตัว การจัดสรรผ่านโรงพยาบาลไม่เอื้อต่อการเบิกจ่ายของสถานีนอนามัย ไม่มีเวลาที่แน่นอนในการจัดสรร 2) งบประมาณสนับสนุนน้อย ไม่เพียงพอ และ 3) การบริหารจัดการไม่โปร่งใส โรงพยาบาลเป็นผู้บริหารเพียงฝ่ายเดียว สถานีนอนามัยไม่ทราบเกณฑ์การจัดสรรให้สถานีนอนามัย โรงพยาบาลขาดการประสานกับสถานีนอนามัย สำหรับข้อเสนอแนะ คือ ควรสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอตามความต้องการ

และเป็นธรรม , ควรพัฒนาระบบบริหารจัดการงบประมาณให้มีความชัดเจนโดยให้สถานีอนามัยมีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณ และควรให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบริหารจัดการงบประมาณของสถานีอนามัยเพื่อความสะดวกรวดเร็วหรือจัดสรรให้สถานีอนามัยโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยว่า "การจัดสรรเงินของโรงพยาบาล สอ. ไม่มีส่วนรู้เห็นเลย เขาจัดมาให้เรา เราไม่รู้เกณฑ์ อย่างค่าเวชภัณฑ์ก็อยู่ที่โรงพยาบาลเลยไม่ได้มีตัวเงินมาให้ สอ. รู้แต่ยอดตัวเลขที่เราเบิกไปแต่ละงวดว่าเป็นเงินเท่าไร....." และจากผลการพัฒนาการบริหารงานสาธารณสุขตามนโยบายรัฐบาล รอบครึ่งปีหลัง ปีงบประมาณ 2545 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การจัดสรรงบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้สถานีอนามัยลูกข่ายของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีหลักเกณฑ์ในการจัดสรรคือ 1) จัดสรรเงินตามผลงาน 2) จัดสรรเพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมที่จำเป็นแต่ขาดความสนใจ ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น 3) ให้พูดคุยในแกนนำเวชปฏิบัติครอบครัว 4) จัดสรรเพื่อพัฒนาสถานีอนามัยให้เข้มแข็ง 5) ไม่ควรคำนึงถึงกำไร ขาดทุน แต่คำนึงว่าจัดสรรไปแล้วประชาชนได้ประโยชน์หรือไม่ และ 6) จัดสรรเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้แกนนำเวชปฏิบัติครอบครัวได้มีการปรึกษาหารือในการค้นหารูปแบบที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดสรรเงิน 2) เพื่อกำหนดเกณฑ์กลางที่ยืดหยุ่นได้ให้โรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ และ 3) เพื่อให้สถานีอนามัยและโรงพยาบาลได้ทราบล่วงหน้าว่าจะได้รับเงินเท่าไร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ข) และจากสรุปการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 พบว่า ในการจัดสรรงบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อสนับสนุนสถานีอนามัย พบว่า มีการจัดสรรตามที่อนามัยใช้จ่ายจริง เช่น ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตอบแทนนอกเวลา และเงิน 10 บาทต่อบัตรที่โอนเข้าเงินบำรุงเพื่อเป็นทุนในการพัฒนางาน และส่วนใหญ่มีการสนับสนุนมากกว่าเงินที่สถานีอนามัยควรจะได้รับ และมีบางโรงพยาบาลที่มีการสนับสนุนให้สถานีอนามัยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ก) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการจัดสรรงบประมาณค่อนข้างยืดหยุ่น การรับนโยบายไปปฏิบัติจึงขึ้นกับการพูดคุยตกลงกันระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัยว่าจะใช้เกณฑ์ใด การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการปฏิรูประบบการบริหารจัดการการกระจายและการใช้ทรัพยากรของสถานพยาบาล นับเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่โรงพยาบาลกับสถานีอนามัยต้องเรียนรู้ร่วมกัน และช่วยกันหารูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติงานพบปัญหาได้น้อยที่สุด บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอว่า "เรื่องเงินที่ได้รับจัดสรร อำเภอนี้ไม่ค่อยมี

ปัญหานะ หมอ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) เขาให้อำนาจเราเต็มที่ในการบริหารจัดการทั้งของโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย ที่ทำแผนเสนอหมอไปว่าเราต้องการใช้เท่าไร มีโครงการอะไรบ้าง ส่วนมากหมอจะสนับสนุนตลอด มันเป็นเรื่องใหม่ต้องเรียนรู้ร่วมกันทั้งเราทั้งโรงพยาบาล....”

7.3 ปัญหาอุปสรรคด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ คือ 1) การจัดสรรไม่เพียงพอ ไม่ตรงกับความต้องการ ไม่ยุติธรรม ขาดมาตรฐาน 2) ขั้นตอนการเบิก - จ่าย ลำบาก ยุ่งยาก ไม่สะดวก ไม่ได้รับตามกำหนด ได้ไม่ครบ ไม่ทันต่อความต้องการ ไม่มีคุณภาพ และ 3) ไม่มีอุปกรณ์ในการตรวจเลือด ไม่มีเครื่องตรวจการได้ยิน วัสดุครุภัณฑ์บางอย่างเกินความจำเป็น สำหรับข้อเสนอแนะ คือ 1) ควรจัดสรรตามความต้องการให้เพียงพอ 2) ควรพัฒนาระบบบริหารจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และ 3) การจัดสรรเวชภัณฑ์ควรพิจารณาจากจำนวนผู้รับบริการ จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า วัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญในการจัดบริการ การจัดสรรที่ไม่ได้มีการคำนึงถึงความจำเป็นและปัญหาในการปฏิบัติงาน ย่อมไม่ตอบสนองต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการจัดสรรเพราะในการเบิกวัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ จะมีขอบเขตในการเบิก - จ่ายเป็นระบบเดียวกันทั้งอำเภอ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยว่า “ของบางอย่างที่ไม่ได้ใช้เลย ไม่มีความจำเป็น เขาจัดสรรให้โดยไม่ได้ดูว่าเราต้องการอะไร บางอย่างที่เราต้องการก็ไม่มีให้เบิก อย่างยาเนี่ยคนไข้ขอบยาทาเวลาปวดเมื่อย แต่เราไม่มีจ่ายให้ เบิกของไปแต่ละอย่างกว่าจะได้ บางทีเราต้องซื้อมาใช้เอง.....” ดังนั้นในการจัดสรรควรคำนึงถึงความต้องการและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่เป็นหลัก และควรมีมาตรฐาน ระยะเวลาที่แน่นอน ในการจัดสรร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ทรัพยากร เพราะการที่จัดสรรไปแล้วไม่ตรงกับความต้องการย่อมไม่เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงาน

7.4 ปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 3 ลำดับแรก คือ 1) ขาดการประสานงาน การวางแผน การตั้งเป้าหมายการปฏิบัติงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนอนามัย 2) ไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน ทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลไม่เข้าใจงานสถานีนอนามัย ไม่ตรงเวลาในการออกหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ และ 3) การติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนอนามัยค่อนข้างล่าช้า ผ่านหลายขั้นตอน ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน สำหรับข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ คือ 1) ควรมีการจัดทำแผน วางระบบที่แน่นอนว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานีนอนามัยและโรงพยาบาล มีหน้าที่อะไร ปฏิบัติอย่างไร แบบไหน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตามสถานการณ์จริง 2) ควรมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนอนามัยในการทำงานเป็นทีม และควรมีการ



ประเมินโครงการถ้าขาดทุนควรยกเลิก ผู้บริหารระดับสูงควรศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจริงและรีบแก้ไข โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานด้วย โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย ซึ่งก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่างฝ่ายต่างทำหน้าที่ของตนเอง การปฏิบัติงานมีลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะดำเนินงานให้เกิดผลสำเร็จ บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้ ควรเริ่มจากการทำความเข้าใจกันระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ว่าใครควรทำอะไร ลักษณะไหน โรงพยาบาลควรสนับสนุนสถานีอนามัยด้านวิชาการความรู้ในส่วนที่สถานีอนามัยขาดในลักษณะการเป็นที่เสี่ยง ไม่จำเป็นต้องลงไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย เพราะการลงไปปฏิบัติงานในลักษณะการบริการผู้ป่วยนอกเคลื่อนที่ ไม่ก่อให้เกิดความต่อเนื่อง เป็นองค์รวม ผสมผสานกับประชาชนในพื้นที่ การจะพัฒนาที่ยั่งยืนต้องให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยว่า “หมอ พยาบาลไม่ยอกได้หรอก เราก็ต่างานได้ เพียงแต่ถ้ามีคนมาช่วยสนับสนุนด้านวิชาการความรู้ในส่วนที่เราขาดก็เพียงพอแล้ว” และ “พยาบาลมาทำงานที่อนามัย เวลาเยี่ยมบ้านเราต้องเสียเวลาพาไปอีก สู้เราไปคนเดียวสะดวกกว่า โรงพยาบาลไม่เข้าใจงานของสอ. เขาอยู่ในห้องแอร์ พอมาลงชุมชนก็ร้อน ไปไหนก็มีรถตู้พาไปส่ง.....” ดังนั้นการที่จะสร้างความสำเร็จในการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลกับสถานีอนามัยจึงควรมีการวางแผนการตั้งเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน การประเมินปัญหาอุปสรรคและการร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และควรมีศูนย์กลางสำหรับการประสานงานเพื่อความสะดวกรวดเร็ว โดยมีทั้งตัวแทนจากโรงพยาบาลและสถานีอนามัย