บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดการวิจัยประเมินผล
2. แนวคิดระบบสุขภาพของโรเมอร์
3. แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
4. การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1. แนวคิดการวิจัยประเมินผล

1.1 ความหมายของการวิจัยประเมินผล

การพัฒนาระบบการติดตามประเมินผล เป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการบริหารการพัฒนาประเทศ และมีความสำคัญในการดำเนินงานทุกองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ในฐานะที่เป็นเครื่องมือตรวจสอบความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการประเมินผล ถือได้ว่าเป็นกลไกที่สำคัญที่สุดประการหนึ่ง ในกระบวนการบริหารจัดการการพัฒนาไปสู่การปฏิบัติ (วรเดช จันทรศร และ ไพโรจน์ ภัทรนรากุล, 2541) สำหรับความหมายของการประเมินผลมีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ว่า การประเมินผล (evaluation) เป็นการศึกษาว่าแผนงานหรือโครงการบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ทั้งในระหว่างปฏิบัติงานตามแผนเพื่อส่งข้อมูลป้อนกลับไปยังโครงการ และภายหลังจากที่ได้ดำเนินงานเสร็จสิ้นแล้ว การประเมินผลเป็นการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานจริงกับเป้าหมาย โดยเฉพาะในช่วงของการปฏิบัติงานและหลังจากปฏิบัติงานเสร็จสิ้นแล้ว การประเมินผลยังมีความครอบคลุมไปถึงการประเมินความเหมาะสมของแผนงานและโครงการ เพื่อช่วยตัดสินใจในการวางแผนโครงการในขั้นตอนต่างๆ อีกด้วย (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ และ เวคิน นพนิตย์, ม.ป.ป.) การประเมินผลเป็นกระบวนการที่เป็นระบบซึ่งช่วยอธิบายและเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินโครงการเพื่อให้

เกิดประโยชน์และเหมาะสม (Jeffrey, *et al.*, 1999) และเป็นสารสนเทศที่สำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงโครงการหรือการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (สุวิมล ติรกานันท์, 2544) สำหรับทางการศึกษา การประเมินผลเป็นขบวนการตีความหมาย (interpretation) และตัดสินคุณค่า (value judgement) จากสิ่งที่วัดได้ การประเมินผลต้องอาศัยวิธีการที่มีระบบแบบแผนในการรวบรวมข้อมูล ตลอดจนเหตุผลประกอบการพิจารณาตัดสินว่ากิจกรรมการศึกษานั้นดีหรือเลวอย่างไร เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมประการใด (เยาวดี วิบูลย์ศรี, 2537)

สรุปการประเมินผล หมายถึง ขบวนการที่มีระบบแบบแผนในการรวบรวมข้อมูลว่าแผนงานหรือโครงการ บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมประการใด มีปัญหาอุปสรรคอะไร โดยเป็นการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานจริงกับเป้าหมาย เพื่อส่งข้อมูลป้อนกลับไปยังโครงการ ช่วยตัดสินใจในการวางแผนงานโครงการ ในขั้นตอนต่างๆ สามารถทำได้ทั้งขณะที่มีการดำเนินโครงการ และเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้ว

สำหรับการวิจัยประเมินผล (evaluation research) หมายถึง การประยุกต์วิธีวิจัยทางสังคม เพื่อตัดสินคุณค่า การวางแผน การปรับปรุง การควบคุมกำกับให้เกิดประสิทธิผล ประสิทธิภาพแก่โครงการบริการทางสังคม (Rossi and Freeman, 1993) เป็นกระบวนการศึกษาแสวงหาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ ว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหา อุปสรรคอะไรบ้าง และบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่ มีผลกระทบในแง่มุมต่างๆ อย่างไรที่เกิดขึ้นจากโครงการบ้าง (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2536) การประเมินผลด้วยวิธีนี้ จะใช้ระเบียบวิธีวิจัยเป็นเครื่องมือในการศึกษา จึงทำให้ผลของการศึกษาเป็นที่ยอมรับกันได้ในทางวิชาการและทางปฏิบัติ เพราะการวิจัย คือกระบวนการเก็บรวบรวมการดำเนินการทางข้อมูล การวิเคราะห์และการตีความหมายข้อมูล เพื่อที่จะแสวงหาคำตอบต่อคำถามที่ตั้งไว้ โดยดำเนินการอย่างมีระเบียบแบบแผนหรือมีขั้นตอน (กมล สงวัฒนา, 2531) การวิจัยประเมินผลเป็นรูปแบบของวิจัยประยุกต์ที่อาศัยระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และประยุกต์ใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ในการแสวงหาคำตอบที่น่าเชื่อถือและแม่นตรง เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ว่ามีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลต่อกันหรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยอาจเลือกแนวทางวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative approach) หรือแนวทางเชิงคุณภาพ (qualitative approach) หรืออาจใช้ทั้งสองแนวทางร่วมกันก็ได้ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นแนวทางใดผู้วิจัยก็ต้องได้มาซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical data) ซึ่งเป็นข้อมูลจริงที่ได้จากการใช้แบบสอบถาม (questionnaire) การสังเกต (observation) การ

สัมภาษณ์ (interviewing) หรือการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ (existing หรือ secondary data) (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์, 2539)

สรุปการวิจัยประเมินผล หมายถึง การประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินคุณค่า การวางแผน การปรับปรุง การควบคุมกำกับให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพแก่โครงการ เป็นกระบวนการวิจัยเชิงประจักษ์หรือเชิงวิเคราะห์อย่างมีระบบเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนต่างๆ ที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการหรือไม่ และมีผลกระทบอะไรบ้าง

1.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยประเมินผล

การวิจัยประเมินผลเป็นการวิจัยประยุกต์ ซึ่งมุ่งเน้นที่การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์เพื่อการตัดสินใจของนักบริหาร (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์, 2539) วอร์ทเทน และแซนเดอร์ (Worthen and Sanders,1973) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการวิจัยประเมินผลว่า 1) เพื่อจัดหาข้อมูลช่วยในการตัดสินใจพัฒนาปรับปรุงและเปลี่ยนแปลง 2) เพื่อให้เกิดความเชื่อถือ มีคุณค่าที่จะพัฒนางานการมอบหมายงาน 3) เพื่อช่วยในการตัดสินใจการดำเนินโครงการ ภายใต้นโยบายและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด 4) เพื่อปรับปรุงเพิ่มผลผลิต 5) เพื่อลดผลกระทบจากความผิดพลาด 6) เพื่อประกอบการบริหารจัดการในงานที่ริเริ่มใหม่ เช่น การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการตลาด ฯลฯ 7) เพื่อให้สาธารณชนรับรู้และมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุน วีส (Weiss, 1972) ได้กล่าวว่าการประยุกต์วิชาการวิจัยประเมินผลที่ถูกต้องเหมาะสมนั้นย่อมจะหมายถึงการใช้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการวินิจฉัยสั่งการในกรณีดังต่อไปนี้ 1) เพื่อดำเนินการต่อหรือเลิกดำเนินการตามโครงการ 2) เพื่อปรับปรุงกระบวนการการปฏิบัติในโครงการ 3) เพื่อเพิ่มหรือลดมาตรฐานและเทคนิคบางประเภทในโครงการ 4) เพื่อสร้างโครงการในลักษณะคล้ายคลึงกันในท้องที่อื่นๆ 5) เพื่อแบ่งสรรทรัพยากรระหว่างโครงการที่ต่างแก่งแย่งแข่งขันกัน และ 5) เพื่อสนับสนุนหรือหักล้างกรอบทฤษฎีซึ่งเป็นรากฐานของโครงการ

สรุปได้ว่าจุดมุ่งหมายของการวิจัยประเมินผล เพื่อช่วยในการตัดสินใจ การดำเนินโครงการภายใต้นโยบายและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนงาน โครงการ และการปรับปรุงโครงการในอนาคต

1.3 รูปแบบการวิจัยประเมินผล

การวิจัยประเมินผลมีผู้เสนอแนวคิดไว้หลายรูปแบบ ตามปรัชญาการวิจัยประเมินผลที่แตกต่างกัน แต่ละรูปแบบมีข้อจำกัด จุดเด่น จุดด้อย และประโยชน์แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับทฤษฎี วิธีการ ประเด็นปัญหา การวิจัยประเมินผลอาจจำแนกตามช่วงเวลาหรือขั้นตอนการดำเนินโครงการโดยสามารถทำการวิจัยประเมินผล ณ ช่วงเวลา ขั้นตอนต่างๆ กันของโครงการ ด้วยวัตถุประสงค์ต่างๆ กัน ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 ขั้นตอน (นิศา ชูโต, 2538) คือ

ขั้นตอนที่หนึ่ง การวิจัยประเมินผลก่อนเริ่มดำเนินโครงการ (ex-ante evaluation) เป็นการวิจัยประเมินผลความเป็นไปได้ของโครงการ ว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ควรปรับปรุงโครงการอย่างไร และการวิจัยประเมินผลโครงการหลายๆ โครงการ เพื่อการเปรียบเทียบจัดลำดับความสำคัญ และตัดสินใจว่าโครงการใดบ้างควรได้รับเงินสมทบ

ขั้นตอนที่สอง การวิจัยประเมินผลขณะที่กำลังดำเนินการ (on going evaluation) เป็นการประเมินขีดความสำเร็จของกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการดำเนินโครงการเพื่อการติดตามงาน หรือควบคุมให้งานดำเนินไปตามแผนที่กำหนดไว้ ประเมินสาเหตุของความสำเร็จ หรือสาเหตุของความล้มเหลวของกิจกรรมเหล่านั้น เพื่อปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน ดังนั้นการวิจัยประเมินผลลักษณะนี้จึงทำขณะที่กำลังดำเนินโครงการ และส่วนใหญ่มักใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการบริหารจัดการ การประเมินในช่วงนี้อาจเรียกการประเมินเพื่อประมวลและแก้ไขปัญหาในระหว่างดำเนินโครงการ (formative evaluation) จะช่วยตรวจสอบว่าโครงการได้ดำเนินไปตามแผนของโครงการอย่างไร อาจตรวจสอบความก้าวหน้า (progress) ของโครงการว่าดำเนินได้ผลเพียงไร

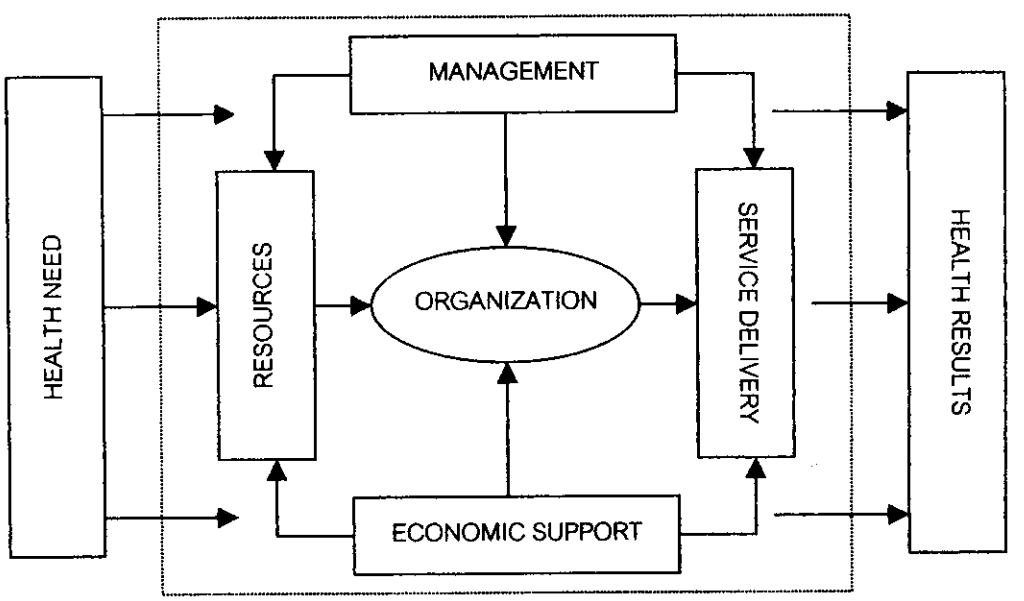
ขั้นตอนที่สาม การวิจัยประเมินผลหลังจากการดำเนินโครงการสิ้นสุดลง (export evaluation) มักเป็นการประเมินขีดความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของโครงการเทียบกับเป้าหมายและสรุปผลเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ การประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) มักใช้ประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ สำหรับโครงการที่มีการดำเนินระยะยาวก็อาจใช้การประเมินผลสรุปรวม ในการสรุปย่อความระยะยาวต่างๆ ข้อมูลที่ได้จากระยะต่างๆ จะช่วยให้มีการประเมินผลสรุปรวมนั้น ส่วนใหญ่จะรวบรวมจากผลของการประเมินผลเบื้องต้น เป็นการประเมินผลสรุปรวม ซึ่งผลสรุปที่ได้จะนำไปสู่การรายงานว่าโครงการได้ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวเพียงใด มีปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ต้องแก้ไขปรับปรุง ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้บริหารโครงการสามารถนำไปสู่การตัดสินว่าโครงการนั้นควรดำเนินการต่อหรือยกเลิก

สรุปได้ว่ารูปแบบการวิจัยประเมินผลสามารถจำแนกตามช่วงเวลาที่ทำการประเมินผลได้ 3 รูปแบบ คือ 1) การวิจัยประเมินผลก่อนเริ่มดำเนินโครงการ 2) การวิจัยประเมินผลขณะกำลัง

ดำเนินการ และ 3) การวิจัยประเมินผลหลังจากการดำเนินโครงการสิ้นสุดลง การจะใช้รูปแบบใดในการประเมินผล ขึ้นกับช่วงเวลาที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษาว่าอยู่ช่วงใดของการดำเนินโครงการและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. แนวคิดระบบสุขภาพของโรเมอร์

โรเมอร์ (Roemer, 1991) ได้เสนอองค์ประกอบของระบบสุขภาพ (health system components) ไว้ 5 องค์ประกอบ คือ 1) โครงการ (organization of program) ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันคือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) การจัดการ (management methods) เช่น การจัดการด้านข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย การจัดการด้านทรัพยากรที่สถานีอนามัยได้รับจัดสรร เป็นต้น 3) ทรัพยากร (production of resources) เช่น ความพึงพอใจของบุคลากร กลุ่มเป้าหมายในการรับบริการ เวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ได้รับการจัดสรร เป็นต้น 4) การเงินการคลัง (economic support mechanisms) ได้แก่ ต้นทุน รายรับ – รายจ่าย ของสถานีอนามัย และ 5) การจัดบริการ (delivery of services) คือการให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ แก่กลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย องค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้ง 5 จะก่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ดี อันเป็นผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ ซึ่งการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานีอนามัยต้องการปัจจัยดังกล่าวมาสนับสนุน ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 องค์ประกอบระบบสุขภาพและความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ระบบสุขภาพ

สรุปได้ว่าแนวคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพของโรเมอร์ (Roemer, 1991) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพมี 5 องค์ประกอบ คือ 1) โครงการ 2) การจัดการ 3) ทรัพยากร 4) การเงินการคลัง และ 5) การจัดบริการ

3. แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

3.1 ความหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health care coverage) มีความหมายหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ดังนี้ คือ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สถานการณ์ที่ประชาชนในประเทศทุกคนสามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่ดีได้ตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล โดยไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม หรือสถานที่อยู่อาศัยเป็นอุปสรรคขวางกั้นการเข้าถึงบริการที่จำเป็นเหล่านั้น การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนต้องมีการจ่ายเงิน อาจจะผ่านระบบภาษี ผ่านระบบประกันสุขภาพ หรือระบบอื่นๆ ตามลักษณะของระบบประกันสุขภาพของประเทศ แต่การที่จะให้ถึงซึ่งเป้าหมายการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้นั้น จะต้องมีความมั่นใจว่ารูปแบบการบริหารการเงินและแหล่งเงินที่ใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพนั้น เป็นรูปแบบที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนได้ (Nittayarumphong, 1998)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

โดยสรุปแล้ว หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การที่ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่ดีได้ตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล และมีส่วนร่วมจ่ายเงินตามลักษณะระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ

3.2 แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การที่บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นสินค้าสาธารณะ และสินค้าส่วนบุคคลในขณะเดียวกัน และยังมีองค์ประกอบที่เป็นสินค้าคุณธรรม (merit goods) ด้วยนั้น ทำให้ไม่อาจเปิดให้กลไกตลาดหรือกลไกราคาในระบบเสรีนิยมทำงานเป็นอิสระได้ทั้งหมด เพราะจะส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจและสังคมได้โดยตรงและง่าย เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจและความสามารถจ่ายทางเศรษฐกิจในบางกลุ่มประชากร จะมีผลให้ไม่สามารถเข้าถึงหรือขาดโอกาสในการได้รับบริการการแพทย์และสาธารณสุข หรือได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพ การสร้างหลักประกันและให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยโดยรัฐ จึงยังมีความสำคัญและจำเป็นอยู่มาก สำหรับประชากรกลุ่มนั้นๆ การสร้างหลักประกันและให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัย โดยอาศัยหลักการของการประกันภัย (insurance) คือการเฉลี่ยความเสี่ยง (risk sharing) และการเฉลี่ยแบ่งรับภาระค่าใช้จ่าย (เทียนฉาย กีระนันท์, 2539) การประกันสุขภาพจึงมีหลักการตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยความทุกข์ความสุข (low of average social solidality) โดยให้การคุ้มครองและผู้ที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการ (access to personal care) เมื่อมีความจำเป็นหรือเจ็บป่วยขึ้นโดยไม่คำนึงถึงรายได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบันมีลักษณะเป็นการขยายเพิ่มเติมจากเดิมทีละส่วน (incremental) กล่าวคือ การประกันสุขภาพของไทยเริ่มจากระบบราชการที่ให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นและได้มีวิวัฒนาการการดูแลรักษาพยาบาลในภาคอื่นๆ เป็นลำดับมา (ทวีศักดิ์ สูทกวาทิน, 2544) จนกระทั่งต้นปีพุทธศักราช 2544 รัฐบาลได้ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มทดลองในพื้นที่ 6 จังหวัด ตั้งแต่ วันที่ 1 เมษายน 2544 ระยะที่ 2 ดำเนินการเพิ่มเติมอีก 15 จังหวัด ตั้งแต่ วันที่ 1 มิถุนายน 2544 ระยะที่ 3 วันที่ 1 ตุลาคม 2544 (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) และระยะสุดท้ายดำเนินการทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545

สำหรับหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันเฉพาะที่สำคัญ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ (เทียนฉาย กีระนันท์, 2539)

1. การประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory Health Insurance) คือการประกันสุขภาพที่มีกฎหมายบังคับให้ทุกคนต้องอยู่ในการคุ้มครอง วิวัฒนาการของการประกันสุขภาพภาคบังคับในประเทศไทยเริ่มจากพระราชบัญญัติกองทุนทดแทนแรงงาน พุทธศักราช 2516 บังคับให้สถานประกอบการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนที่คุ้มครองการเจ็บป่วยที่เกี่ยวเนื่องจากงาน พระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533 บังคับให้ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม

และรัฐจ่ายสมทบอีกส่วนหนึ่ง คุ้มครองการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับงานและสิทธิประโยชน์อื่นๆ และสุดท้ายพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พุทธศักราช 2535 บังคับให้เจ้าของรถทุกคันจ่ายเบี้ยประกันล่วงหน้า เพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยทุกคน ไม่ว่าจะเป็นเจ้าของรถหรือไม่ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544)

2. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) คือการประกันสุขภาพที่ไม่ได้อาศัยกฎหมายบังคับให้ทุกคนต้องมีประกัน การแสวงหาหลักประกันจึงเป็นไปตามความสมัครใจอย่างแท้จริง ได้แก่ การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544)

3. สวัสดิการสงเคราะห์และสิทธิประโยชน์เกื้อกูลด้านสุขภาพอนามัย (social welfare) เป็นสวัสดิการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐจัดให้บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภท ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาล (ฟรี) แก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ทุพพลภาพ และสวัสดิการสงเคราะห์อื่นๆ เช่น การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ทหารผ่านศึก ปัจจุบันพุทธศักราช 2545 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ก็จัดอยู่ในรัฐสวัสดิการนี้ด้วย นอกจากนี้ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (Supachutikul, 1995) ได้จัดระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้าง และรัฐวิสาหกิจ เป็นอีกประเภทหนึ่งของหลักประกันสุขภาพ

หลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ประเภท ยังสามารถจำแนกได้เป็นหลายระบบ ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ธีรยุทธ บุญแผ่ผล และ ชารินา ศรีกฤษณพล, ม.ป.ป.) ในแต่ละระบบมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ส่วน ได้แก่ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544)

1. ประชาชน หรือผู้ป่วยที่ได้รับการคุ้มครอง (The Insured) ถ้าประชาชนหรือผู้ป่วยไม่มีประกันเมื่อไปใช้บริการต้องจ่ายเงินกับผู้ให้บริการโดยตรง แต่เมื่อมีการประกันจะเกิดองค์กรที่สาม (third party) ทำหน้าที่เก็บเบี้ยประกันล่วงหน้า (premium) และจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการแทนผู้ที่ทำประกัน

2. ผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพ (Provider) เป็นได้ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ความสำคัญคือปฏิบัติตามข้อตกลงที่มีไว้กับองค์กรประกัน และประชาชนผู้ทำประกัน

3. องค์กรประกัน (Insurance Body) เป็นได้ทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชน ความแตกต่างคือ ถ้าเป็นหน่วยงานของรัฐจะไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงกำไร ถ้าเป็นเอกชนมักแสวงหากำไรจากการทำธุรกิจการประกัน บางประเทศจึงออกกฎหมายบังคับว่าองค์กรที่ให้การคุ้มครองบริการสุขภาพที่จำเป็น (core health service) จะต้องเป็นองค์กรประเภทไม่แสวงกำไร (not-for profit private organization)

4. รัฐ หรือองค์กรวิชาชีพที่ดูแล (Government or Professional Body) การทำงานขององค์กรประกันและผู้ให้บริการ อาจเกิดปัญหาละเมิดจริยธรรม (moral hazard) ที่พบได้บ่อยในระบบประกันสุขภาพ จึงเกิดองค์ประกอบที่ 4 ขึ้น คือการดูแลควบคุมจากรัฐ หรือองค์กรวิชาชีพเพื่อให้การคุ้มครองสุขภาพแก่ประชาชนเป็นไปตามเป้าหมาย

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถเปรียบเทียบองค์ประกอบของหลักประกันสุขภาพแต่ละประเภท จำแนกตามองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ภาคบังคับ และรัฐสวัสดิการ จำแนกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	สมัครใจ	ภาคบังคับ	รัฐสวัสดิการ
ประชาชน/ผู้ประกันตน	- มีการคัดเลือกความเสี่ยง ปกปิดประวัติการเจ็บป่วย - ใช้บริการบ่อย ถ้าไม่มีส่วนในการจ่ายเมื่อใช้บริการ	- ไม่มีปัญหาการคัดเลือกกลุ่มเสี่ยง - ใช้บริการบ่อย ถ้าไม่มีส่วนในการจ่ายเมื่อใช้บริการ	- ใช้บริการบ่อย ถ้าไม่มีส่วนในการจ่ายเมื่อใช้บริการ
องค์กรประกัน	- สร้างแรงจูงใจแบบแสวงกำไรมากกว่าการสร้างสวัสดิภาพให้สังคม จึงคัดกลุ่มเสี่ยงออก	- ถ้าบริษัทเอกชนเป็นองค์กรประกันก็ยังคงมีปัญหาเช่นเดียวกัน	- ถ้าบริษัทเอกชนเป็นองค์กรประกันก็ยังคงมีปัญหาเช่นเดียวกัน
	- หน่วงเหนี่ยวการจ่ายค่าเสียหาย มีขั้นตอนและต้องการหลักฐานมากเกิน	- ถ้าเป็นองค์กรประกันเพียงองค์กรเดียวจะขาดแรงจูงใจในการแข่งขันด้านคุณภาพหรือสร้างความพึงพอใจเพื่อผู้ประกันตน	- ถ้าเป็นองค์กรประกันเพียงองค์กรเดียวจะขาดแรงจูงใจในการแข่งขันด้านคุณภาพหรือสร้างความพึงพอใจเพื่อผู้ประกันตน

ตาราง 1 (ต่อ)

องค์ประกอบ	สมัครใจ	ภาคบังคับ	รัฐสวัสดิการ
ผู้ให้บริการ	- พฤติกรรมบริการขึ้นกับกลไกการจ่ายเงิน ให้บริการมากเกินถ้าได้รับเงินตามรายกิจกรรม และให้บริการต่ำเกินถ้าได้รับเงินตามการเหมาจ่าย	- เหมือนกัน	- ให้บริการมากเกินความจำเป็น ในกรณีสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ - เลือกปฏิบัติ หรือปฏิเสธคนไข้ ในกรณีบัตร สปร.
รัฐ/องค์กรวิชาชีพ	- ไม่ได้ใช้มาตรการควบคุมผลกำไรขององค์กรประกันเท่าที่ควร	- ไม่ได้ใช้มาตรการควบคุมผู้ให้บริการเท่าที่ควร	- ไม่ได้ใช้มาตรการควบคุมผู้ให้บริการเท่าที่ควร - ไม่มีการควบคุมการใช้บริการสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ที่มา : ดัดแปลงจาก ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544

พิจารณาระบบหลักประกันสุขภาพที่กล่าวมาทั้งหมดจะพบว่า การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในปัจจุบันค่อนข้างเป็นการแยกส่วน กระจายความรับผิดชอบไปสู่หลายหน่วยงาน ขาดความเป็นเอกภาพ จึงทำให้เกิดปัญหาในระบบสุขภาพทั้งด้านประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการ มีความเหลื่อมล้ำในสิทธิประโยชน์และครอบคลุมประชากรเพียงร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) ดังนั้นรัฐบาลใหม่ที่เลือกตั้งภายใต้ระบอบรัฐธรรมนูญใหม่ จึงได้มีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนไทยทุกคน เพื่อทุกคนจะได้มีศักดิ์ศรีในการรับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2543) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายของรัฐบาลที่มีการขยายการดำเนินงานอย่างรวดเร็ว ทั่วประเทศ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปรัชญา 3 ประการ ดังนี้ (สำเริง แหยงกระโทก และ รุจิรา มังคละสิริ, 2545)

1. ประชาชน (User/clients) ไม่ต้องจ่ายเงินกับสถานบริการ แต่รัฐบาลจ่ายเงินเป็นค่าบริการรายหัวประชากรให้สถานบริการ (provider) โดยรัฐบาลเป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน เพื่อให้เกิดมาตรฐานการบริการ และกำกับให้เกิดคุณภาพในทิศทางที่ต้องการ จึงต้องมีผู้กำกับทางวิชาการ (standard setter) มาตรวจสอบ กำกับด้วย เพื่อให้เกิดความเสมอภาค (equity) คุณภาพ (quality) ประสิทธิภาพ (efficiency) และสังคมมีส่วนร่วมตรวจสอบได้ (social accoutability) แก่ประชาชน ประชาชนไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบจากสถานบริการ

2. ต้องมีสายใย (Bond) แห่งความผูกพัน ระบบบริการที่จะทำให้เกิดขึ้นต้องมีสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ และมีหมอประจำตัว หรือประจำครอบครัวของทุกครอบครัวอย่างเท่าเทียม ดังนั้นประชาชนและผู้ให้บริการต้องมีความผูกพันและมีพันธกิจต่อกัน โดยประชาชนเป็นผู้เลือกลงทะเบียน เพื่อให้สถานบริการได้ค่าตอบแทนรายหัวประชากร และสถานบริการต้องจัดบริการที่มีคุณภาพ เพื่อความประทับใจของผู้รับบริการ

3. ต้องมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพ เพราะหลักประกันเป็นการจ่ายค่าสุขภาพล่วงหน้า (Pre-paid) ไม่ใช่เจ็บป่วยแล้วจึงมารักษา ดังนั้นถ้าจะให้สอดคล้องกับหลักการนี้ ประชาชนต้องร่วมดูแลตนเองมิให้ป่วย เพื่อให้เงินหลักประกันเหลือ และเพียงพอในการใช้จ่าย ดังนั้นหลักการนี้การจัดสรรเงินรายหัวจึงทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของเงินให้มากที่สุด เขาจึงจะพยายามดูแลสุขภาพของตัวเองไม่ให้เจ็บป่วย การจัดสรรเงินรายหัวจึงควรจัดสรรลงไปยังหน่วยบริการที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด คือบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งถ้าจะให้ดีที่สุด ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมบริหารกองทุนนี้ด้วย

จะเห็นได้ว่าปรัชญาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งเน้นการใช้บริการที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งใกล้บ้าน ใกล้ใจ มีความรู้จัก และเข้าใจในสังคม วัฒนธรรมของชุมชนเป็นอย่างดี ซึ่งสถานบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันก็คือ สถานีอนามัย การดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวขึ้นกับบริบท และทรัพยากรที่มีในแต่ละพื้นที่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้ให้ความสำคัญกับการมีและใช้สถานีอนามัย เป็นสถานบริการด่านหน้า ให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรม (equity) ในการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพไปสู่คนหมู่มาก ในลักษณะของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข (solidality) ในสังคมตามฐานะ และความสามารถทางเศรษฐกิจ ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียม (equality) ในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น (essential health package) เอื้อต่อการจัดบริการอย่างมีบูรณาการและมีกรอบมาตรฐานเดียวกัน 2) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ควรอำนวยให้เกิดประสิทธิภาพ (efficiency) ในระบบสุขภาพ เอื้อต่อการทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency) ที่การใช้ทรัพยากรจะตรงต่อความต้องการ และสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับสุขภาพของประชาชนมากที่สุด กระตุ้นให้มีการเลือกใช้บริการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีความคุ้มค่า (cost effectiveness) ส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการใกล้บ้านที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพทางเทคนิค (technical efficiency) ในการให้บริการ ตลอดจนมีค่าบริหารจัดการไม่มากนัก 3) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเอื้อให้เกิดทางเลือกในการรับบริการ (choice) ที่เหมาะสม อันนำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดี เป็นระบบที่ควรเปิดโอกาสให้มีบริการที่หลากหลายช่วยให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายใกล้ตัว ประชาชนสามารถใช้สิทธิในการเลือก ไม่แบ่งแยกบทบาทของผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน และเพื่อให้มีการแข่งขันกันในด้านประสิทธิภาพและการพัฒนาคุณภาพของการบริการ มีการกำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพ จริยธรรมและแนวทางการดำเนินการของผู้ให้บริการที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบและกลไกในการป้องกันปัญหาการเลือกรับความเสี่ยง (cream skimming) ตลอดจนเพิ่มอำนาจการต่อรองแก่ผู้ซื้อบริการ และ 4) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรมุ่งสู่การ "สร้าง" ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า (promoting health for all) ไม่ใช่เพียงการคุ้มครองค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมบริการทางสุขภาพในด้านอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ประชาชนดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองต่างๆ ตลอดจนระบบและกลไกในการจ่ายเงิน และกำกับดูแลการจัดสรรทรัพยากรอย่างรอบคอบ

สรุปแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งอยู่บนพื้นฐานการเฉลี่ยความทุกข์ ความสุขโดยที่ภาระค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคขวางกั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็น ปรัชญาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งเน้นการใช้บริการที่สถานบริการระดับปฐมภูมิเป็นสถานบริการด่านแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ความเป็นธรรม 2) ประสิทธิภาพ 3) ทางเลือกในการรับบริการ และ 4) การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยเฉพาะการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อให้เกิดดุลยภาพที่พอดีระหว่างการพึ่งบริการและการพึ่งตนเอง

Central Library
Prince of Songkla University

4. การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถานีอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

4.1 ความหมายบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

การบริการปฐมภูมิมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายมุมมอง ไม่ว่าจะเป็นความหมายในเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการ หรือลักษณะบริการ จึงทำให้มีการแปลความหมายของบริการปฐมภูมิออกมาในลักษณะต่างๆ และมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันหลายชื่อ (สำเริง แหยงกระโทก, 2544 ข) ได้แก่ 1) สถานบริการด่านแรก (first line care) หรือสถานบริการด่านหน้า (front line care) 2) สถานบริการปฐมภูมิ หรือสถานบริการระดับต้น (primary care หรือ primary medical care) 3) สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (family practice) 4) สถานบริการครอบครัว (family service) 5) หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit) ทั้ง 5 ชื่อนี้มีความหมายตรงกับสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ เพียงแต่ว่าสถานบริการเหล่านี้อาจยังจัดไม่ครบถ้วนตามปรัชญา/แนวคิด และมาตรฐานการดำเนินงาน

ตามคำประกาศอัลมา อัลตา ค.ศ.1978 โดยองค์การอนามัยโลก (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2543ข) ให้ความหมายของคำว่า บริการปฐมภูมิ (primary care) คือ บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน ไม่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน ส่วนสตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1992) ให้ความหมายของบริการปฐมภูมิในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย ให้บริการที่ต่อเนื่อง เข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ และเป็นหน่วยที่ผสมผสานการบริการกับบริการเฉพาะทางหรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (co-ordinate care)

ในส่วนของประเทศไทย บริการปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านแรกที่เน้นคุณภาพการให้บริการเชิงสังคมควบคู่ไปกับเชิงเทคนิคบริการ (ทวีเกียรติ บุญยไพศาล, 2542) ดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (สำเริง แหยงกระโทก, 2544ก) ผู้ให้บริการนอกจากมีความรู้ ความ

สามารถด้านรักษาพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนและชุมชนด้วย จนทำให้การบริการมีความต่อเนื่อง (continuity) ผสมผสาน (integrated) และเป็นองค์รวม (holistic) (ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542) สามารถเชื่อมโยงยังสถานบริการอื่นซึ่งระดับสูง ตามความจำเป็นของผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่เหมาะสม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2539) รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุลย์ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) โดยมีเป้าหมายการให้บริการ 4 ด้าน คือ 1) ความเสมอภาค หมายถึง ผู้รับบริการทุกคนมีความสามารถเข้าถึงบริการ และได้รับบริการตามความจำเป็น (needs) 2) คุณภาพ หมายถึง คุณภาพเชิงบริการหรือเชิงสังคม ได้แก่ความพึงพอใจในภาพรวมของผู้รับบริการ (consumer satisfaction) 3) ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ คือ เป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด คุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (primary care networks) และ 4) สังคมมีส่วนร่วมตรวจสอบได้ (social accoutability) ในเชิงอุดมการณ์เป็นการให้บริการด้านสาธารณสุขที่ประชาชนมีอิสระในการจัดบริการ (freedom of health)

4.2 แนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในสถานีอนามัย

แนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขในระดับสถานีอนามัย เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศอังกฤษเมื่อปีพุทธศักราช 2463 เรียกว่า ศูนย์สุขภาพระดับต้น (primary health centre) ต่อมาในปีพุทธศักราช 2473 มีการประชุมกันในยุโรป และกำหนดนิยามของศูนย์สุขภาพท้องถิ่น (rural health centre) ว่าเป็นสถานบริการที่ทำหน้าที่ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาลในสถานที่เดียวกัน แนวคิดของสถานีอนามัยได้กระจายไปทั่วโลก หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในยุโรปและบางประเทศให้บริการโดยแพทย์ ในประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (health auxiliary) สำหรับประเทศไทยสถานีอนามัยมีวิวัฒนาการมาตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2456 จนกระทั่งปีพุทธศักราช 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการพัฒนาสถานีอนามัย จึงได้จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย กำหนดระยะเวลาตั้งแต่ปี 2535 – 2544 รวม 10 ปี โดยได้กำหนดสถานีอนามัยเป็น 2 ประเภท คือ 1) สถานีอนามัยทั่วไป หมายถึง สถานีอนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ มีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ทั้งสิ้น 4 งาน ได้แก่ การบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนา

ชุมชน งานบริหาร งานวิชาการ งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด 2) สถานีอนามัยขนาดใหญ่ หมายถึง สถานีอนามัยทั่วไปจำนวนหนึ่งซึ่งถูกคัดเลือกให้พัฒนาขึ้นเป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ซึ่งมีเป้าหมายจะพิจารณาสถานีอนามัยจำนวน 1 ใน 5 ของสถานีอนามัยทั่วประเทศ โดยคัดเลือกจากสถานีอนามัยซึ่งมีที่ตั้งอยู่ศูนย์กลางของชุมชน ทั้งด้านการคมนาคม สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อันจะทำให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่กว้างขวางกว่าสถานีอนามัยทั่วไป สถานีอนามัยขนาดใหญ่มีบทบาทเช่นเดียวกับสถานีอนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางอย่างสูงกว่า เช่น งานทันตกรรมพื้นฐาน ซึ่งยังไม่มีในสถานีอนามัยทั่วไป นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เสมือนเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนสถานีอนามัยทั่วไปที่กำหนดเป็นสถานีอนามัยลูกข่าย ทั้งในด้านการบริการ รับส่งต่อผู้ป่วย การบริหารและวิชาการ (http//www.mohanamai.com, 2546)

แนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่สถานีอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สรุปได้ดังนี้ คือ 1) เป้าหมายของการดำเนินงานต้องพิจารณาหรือคำนึงถึงผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพ/คุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นกับประชาชน มิใช่พิจารณาเพียงแค่กิจกรรม 2) เป้าหมายสุขภาพดีที่ต้องการให้บรรลุมีขอบเขตกว้างกว่าการดูแลรักษาโรค หมายรวมถึงการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และการพัฒนาให้ประชาชนมีพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพดี และการป้องกันโรคหรืออันตรายต่างๆ 3) การดำเนินการตั้งบนฐานของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ สร้างให้เกิดดุลยภาพที่เหมาะสมระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งบริการของประชาชน 4) กลวิธีการดำเนินงานตั้งอยู่บนฐานของการมองปัญหา สภาพความเป็นจริง และการแก้ปัญหาอย่างเป็นองค์รวม พิจารณาองค์ประกอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน สอดคล้องกับสภาพสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ และตั้งบนฐานเหตุผลที่เป็นวิทยาศาสตร์ 5) กลวิธีการดำเนินการมีทั้งส่วนที่เป็นบริการตั้งรับดูแลรักษาอย่างเหมาะสม และส่วนที่เป็นบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วยหรือมิให้เจ็บป่วยซ้ำ หรือมิให้มีความเจ็บป่วย/พิการที่รุนแรงขึ้น เป็นการดูแลที่ผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับการรักษาพยาบาล และ 6) การดำเนินงานเป็นการดูแลรับผิดชอบสุขภาพของประชากรที่ชัดเจน อย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัยที่ดีต้อง 1) มีการกำหนดขอบเขตกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน พร้อมกับทำให้ทั้งบุคลากรที่ให้บริการและประชาชนกลุ่มนั้นร่วมรับรู้และมีความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถประเมิน วางแผนงาน จัดบริการ

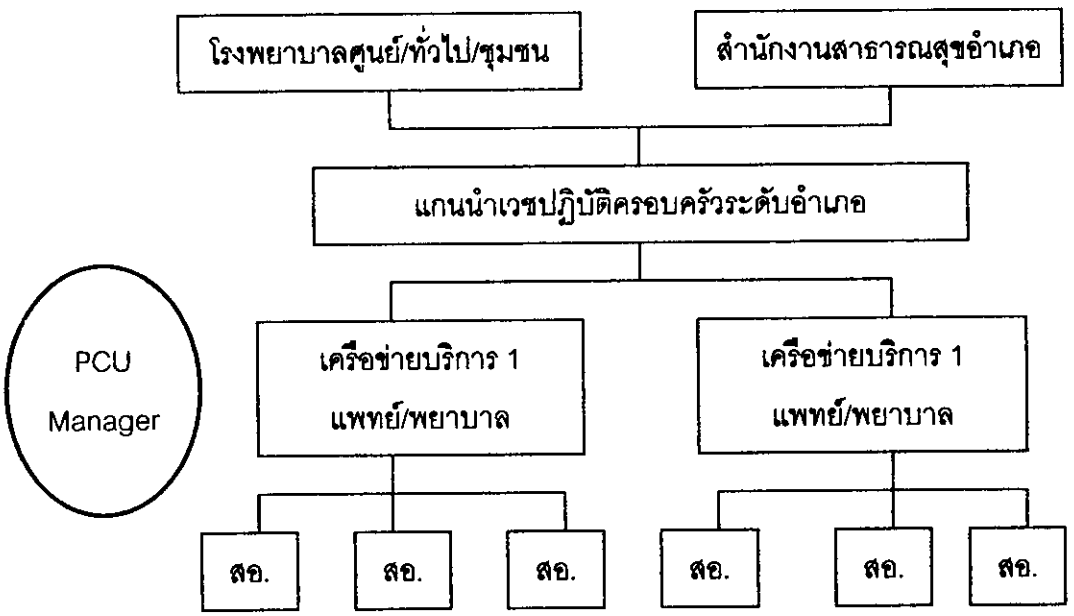
เชิงรุกและดูแลต่อเนื่องได้อย่างชัดเจน 2) เป็นหน่วยบริการขนาดเล็กหรือขนาดกลางที่กระจายในพื้นที่อย่างทั่วถึง ที่สร้างความเป็นกันเอง และความใกล้ชิดกับประชาชนได้ง่าย ครอบคลุมการดูแลประชากรที่ไม่มากเกินไปเพื่อให้สามารถดูแลครอบครัวและชุมชนได้อย่างทั่วถึง 3) บุคลากรที่ให้บริการมีทัศนคติที่ดี และมีความรู้ความสามารถในการประเมินสุขภาพที่เป็นระยะที่ยังไม่แสดงอาการที่ชัดเจนได้ดี สามารถประเมินสภาพชุมชนและความต้องการของชุมชนและบุคคลในมิติต่างๆ ได้อย่างรอบด้าน มีความเข้าใจในกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค สามารถประยุกต์วิธีการได้อย่างสอดคล้องกับสภาพวิถีชีวิตของประชาชน สามารถเป็นผู้สอนและฝึกทักษะการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนได้ (ศูนย์ประสานงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2544)

จากแนวคิดและหลักการข้างต้น สามารถสรุปเป็นบทบาทของสถานีอนามัยที่อยู่ใกล้บ้านที่ควรเป็น เพื่อทำหน้าที่ให้บริการระดับปฐมภูมิที่ดีได้ดังนี้ 1) เป็นที่ปรึกษา และช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างผสมผสาน หากไม่ต้องการยาในการรักษาก็ควรแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หากต้องรักษาหรือต้องการยาในขอบเขตที่สถานีอนามัยดูแลได้ก็ทำหน้าที่ให้บริการอย่างผสมผสาน ถ้าดูแลเองไม่ได้หรือไม่ครอบคลุมก็ทำหน้าที่ส่งต่อหรือประสานกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างผสมผสานเป็นเบื้องต้น 3) ให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ ด้านสังคมในระดับเบื้องต้น และส่งต่อในกรณีที่มีปัญหามากหรือมีปัญหาเฉพาะ 4) ให้บริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ 5) ให้การดูแลบริบาลผู้ที่ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 6) ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอย่างต่อเนื่องผสมผสาน รวมทั้งส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นในระยะเวลา และสถานการณ์ที่เหมาะสม

4.3 การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการปรับโครงสร้างการบริหารงานระดับอำเภอ จากเดิมที่บริหารจัดการแยกกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล เป็นการจัดบริการในลักษณะเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการรวมทีมระหว่างโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ทำงานร่วมกันในชื่อว่า แกนนำเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นยุทธศาสตร์หลักในการเคลื่อนงาน เพื่อนำสู่การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) ซึ่งในแต่ละเครือข่ายระดับอำเภอจะบริหารจัดการให้เกิด

การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับสภาพพื้นที่ โดยได้มีการกำหนดโครงสร้าง ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แผนภูมิเครือข่ายบริการระดับอำเภอ

หน้าที่ของแกนนำเวชปฏิบัติครอบครัว (core team) 1) วางแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ พร้อมทั้งเขียนแผนงาน/โครงการ เพื่อพัฒนางานบริการระดับปฐมภูมิของอำเภอ 2) กำกับการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิให้เป็นไปตามแผนงาน/โครงการในระดับอำเภอ 3) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ และ 4) ปรับปรุงการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ

หน้าที่ของทีมบริหาร (PCU manager) สถานบริการปฐมภูมิ 1) ทำหน้าที่ให้ความรู้ด้านวิชาการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) วางแผน ให้การสนับสนุน การบริการ การนิเทศงาน และควบคุมกำกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่รับผิดชอบ โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ต่อ 1 หน่วยบริการ 3) วางแผนการดำเนินงานเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่รับผิดชอบได้มาตรฐานที่กำหนดทั้ง 3 ด้าน คือ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานด้านผลลัพธ์ 4) พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถทักษะในการบริการได้อย่างผสมผสานทั้ง 4 มิติ คือ รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ และให้บริการอย่างต่อเนื่อง 5) สนับสนุนให้เกิดบริการต่างๆ ตามมาตรฐานที่กำหนด

รวมถึงเป็นกรรมการตรวจสอบภายใน ทำการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานสถานบริการปฐมภูมิ และ 6) รับดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่และประชาชนในเครือข่ายที่รับผิดชอบ

การจัดระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการดำเนินงานดังนี้

4.3.1 การจัดโครงสร้าง 1) การจัดเครือข่ายบริการโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดแต่ละอำเภอเป็น 1 เครือข่าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยามี 16 เครือข่าย โรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก และ 2) จัดให้กลุ่มสถานีอนามัยดูแลประชากรร่วมกัน 10,000 คน รวมเป็น 1 เครือข่าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจัดหน่วยบริการปฐมภูมิเป็น 65 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ร้อยละ 46.15 รับผิดชอบประชากร 10,000 คน แต่ไม่เกิน 20,000 คน ร้อยละ 50.76 และเกิน 20,000 คน ร้อยละ 3.09

4.3.2 การจัดบุคลากร 1) แกนนำพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวระดับอำเภอ เป็นคณะกรรมการระดับอำเภอโดยคัดเลือกบุคลากรจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย รวมกันไม่ต่ำกว่า 6 คน เพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอที่ตนเองรับผิดชอบ วางแผนดำเนินงาน ควบคุมและติดตาม ตลอดจนทำหน้าที่ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน การตรวจมาตรฐาน และรับรองคุณภาพของสถานบริการ 2) ผู้จัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติครอบครัว และบางแห่งยังเป็นพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน วิชาการ วัสดุ อุปกรณ์ และนิเทศติดตาม ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 3) หัวหน้าเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด 65 แห่ง ทำหน้าที่ดูแล สนับสนุนการดำเนินงานสถานีอนามัยตำบลในเครือข่ายของตนเอง และ 4) การจัดบุคลากรเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ในปี 2545 จำนวน 16 คน และพยาบาล (ต่อเนื่อง) 17 คน ลงปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้นในปี 2545 มีพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 70.76

4.3.3 การพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง การสร้างศรัทธาแก่ประชาชน โดยการ 1) พัฒนาแบบฟอร์มรายงานการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูล ซึ่งในแต่ละเครือข่ายมีการพัฒนาแบบฟอร์มร่วมกันในเครือข่าย 2) พัฒนาการใช้ข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต โดยการเชื่อมโยงเครือข่ายอำเภอที่อำเภอวังน้อย 3) การใช้โทรศัพท์หรือวิทยุ สำหรับขอคำปรึกษา การส่งต่อข้อมูลจากทีมบริหารไปยังผู้ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย และจากผู้ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยไปยังทีมบริหาร และ 4) การส่งตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการในกรณีที่

สถานีอนามัยไม่สามารถทำเองได้ เช่น การตรวจเสมหะ การตรวจหามะเร็งปากมดลูก เป็นต้น การฟังผลถ้าต้องการผลด่วนตามผลที่ทีมบริหารทางวิทยุหรือโทรศัพท์ ถ้าฟังผลตามปกติเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมารับผลที่โรงพยาบาลตามนัด หรือเมื่อทีมบริหารไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยนำผลตรวจไปด้วย

4.3.4 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ทุกเครือข่ายมีการจัดทำแฟ้มอนามัยครอบครัว บัตรผู้ป่วยนอก และบัตรอื่นๆ เพื่อดูแลผู้มารับบริการ โดยประยุกต์จากรูปแบบของศูนย์สุขภาพชุมชน มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและฐานข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ และให้การอบรมแก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเครือข่าย

4.3.5 การรับรองคุณภาพบริการ เป้าหมายให้หน่วยบริการปฐมภูมิในปี 2546 มีการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานและการประเมินผล การจัดทำแนวทางปฏิบัติด้านงานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมป้องกันโรค

4.3.6 การพัฒนาวิชาการและการพัฒนาคน ประกอบด้วย 2 ระดับ คือ

4.3.6.1 เครือข่ายระดับอำเภอ มีการพัฒนาคน วิชาการ ด้วยตนเอง ในลักษณะ 1) การเรียนภาคทฤษฎี หัวข้อตามความต้องการและความจำเป็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ 2) การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาล พยาบาลจากโรงพยาบาลเรียนรู้ระบบการทำงานที่สถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเรียนรู้การรักษาพยาบาลจากแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ 3) การเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก สถานีอนามัยในเครือข่าย โดยการเรียนวิธีการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น การตรวจหญิงตั้งครรภ์ ภาคปฏิบัติที่โรงพยาบาล และ 4) วิจัยหารูปแบบงานบริการระดับปฐมภูมิร่วมกับภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ของแกนนำพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวและเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอบางซ้าย

4.3.6.2 การพัฒนาบุคลากรระดับจังหวัด 1) หลักสูตรฝึกอบรมเวชปฏิบัติครอบครัวให้กับทีมบริหาร 45 แห่ง 2) หลักสูตรฝึกอบรมหมออนามัยประจำครอบครัวให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ 65 แห่ง 3) หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ให้กับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่/พยาบาล (ต่อเนื่อง) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 61 คน 4) หลักสูตรพัฒนาศักยภาพการทำงานในชุมชน ให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และพยาบาลวิชาชีพจบใหม่/พยาบาล (ต่อเนื่อง) จำนวน 130 คน 5) จัดสัมนา

แลกเปลี่ยนรายงานความก้าวหน้าของแกนนำเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 110 คน 3 ครั้ง/ปี และ 6) พัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สนใจในการทำวิจัย จำนวน 30 คน

4.3.7 การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 1) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร เสริมสร้างความรู้ในการดูแลรักษา การใช้ยา การดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเองได้นัดผู้ป่วยพบแพทย์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ แพทย์สอนวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ กรณีที่ดูแลผู้ป่วยเองได้แล้ว แต่มีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิขอคำปรึกษาจากทีมบริหารทางวิทยุหรือโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิกับทีมบริหาร 2) การจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกเคลื่อนที่ (extended OPD) โดยใช้ระบบการหมุนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ไปตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนที่กำหนด และ 3) การเพิ่มกรอบยาบางอย่างที่จำเป็น โดยต้องผ่านการสอนการใช้ยาจากแพทย์เภสัชกร ก่อนที่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจะให้แก่ผู้ป่วยเอง และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4.3.8 การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 1) การประเมินความพึงพอใจของแกนนำเวชปฏิบัติครอบครัวต่อประสิทธิภาพการทำงาน หน่วยบริการปฐมภูมิ 2) การประเมินสถานการณ์การเงินสถานพยาบาลของรัฐ และ 3) ตัวชี้วัดคุณภาพมาตรฐานบริการสถานบริการระดับต้น

นอกจากการดำเนินงานตามที่กล่าวมาแล้ว นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังมีการปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณ จากเดิมที่สถานพยาบาลมีรายรับเงินงบประมาณ ตามแผนงานโครงการปกติจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค และเงินที่ผู้ป่วยจ่าย มาเป็นระบบที่มีการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี (capitation) ตามประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เงินงบประมาณนี้ได้รวมหมวดเงินเดือนบุคลากรด้วย ระบบการขอขึ้นทะเบียน ประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถยื่นขอขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทุกวัน ที่สถานพยาบาลใกล้บ้านทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ สถานพยาบาลของรัฐในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการจัดสรรงบประมาณภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบบแยกงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (exclusive capitation) ตัดเงินเดือนรายสถานพยาบาลคู่สัญญาของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยจัดสรรเงินผู้ป่วยนอก และส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค สำหรับสถานพยาบาลในเครือข่าย เพื่อการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค แล้วแยกเงินสำหรับผู้ป่วยใน

ซึ่งใช้รูปแบบงบประมาณเป็นก้อนรวม (global budget) ไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลการให้บริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related groups : DRGs) มาคำนวณเพื่อจ่ายเงินคืนค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ค)

4.4 มาตรฐานสถานีอนามัยและแนวทางปฏิบัติ

สถานีอนามัยเป็นสถานบริการระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานอยู่ใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งในและนอกสถานบริการ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม บูรณาการทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ อย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) ซึ่งการจัดบริการของสถานีอนามัยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มี 4 ด้านใหญ่ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.4.1 มาตรฐานขั้นต่ำในการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย 1) ที่ตั้งและประชากร กำหนดให้ประชากรที่รับผิดชอบไม่ควรเกิน 10,000 คนต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ และสถานที่ตั้งของหน่วยให้บริการต้องอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที 2) ขีดความสามารถ คือ มีการให้บริการที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ 3) มีบริการด้านยาตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา 4) มีการตรวจชันสูตรพื้นฐานที่ควรทำเองได้ และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว 5) ด้านบุคลากร กำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 1,250 คน 6) ด้านการจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ (เช่น ระบบนัดหมาย ระบบการติดตาม การจัดระบบข้อมูล) เกิดความสะดวกรวดเร็ว (เช่น ประชาชนได้รับบริการภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากมาถึงสถานพยาบาล) มีข้อมูลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ และมีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน 7) ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่ ต้องมีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการ

รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ (sterile system) มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว มีอาคารให้บริการที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียงตามเกณฑ์ มีระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อกับโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่สนับสนุนการบริการ และด้านวิชาการได้อย่างต่อเนื่อง

4.4.2 ประเภทของบริการที่ต้องมี ได้แก่ 1) การรักษาพยาบาล ทั้งที่เป็นปัญหาสุขภาพทั่วไป ปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรังหรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม บริการดูแลที่บ้าน (home care) การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนการส่งต่อ การผ่าตัดเล็ก บริการตรวจชันสูตรพื้นฐาน (ทำเองหรือส่งต่อ) และบริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีปกติ 2) การส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลประชาชนตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ได้แก่ บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก วัคซีน บริการเด็กวัยเรียน บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ตามอาชีพเสี่ยง ผู้สูงอายุ การบริการที่บ้าน บริการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว บริการให้คำปรึกษา และการค้นหาโรคที่ร้ายแรงหรือโรคที่เรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า (screening) 3) การฟื้นฟูสุขภาพพื้นฐาน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เป็นส่วนที่เริ่มค้นหาปัญหาความต้องการของประชาชนแล้วให้การดูแลขั้นต้น ก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูที่ครบถ้วน สามารถส่งต่อเพื่อการรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว 4) การควบคุมป้องกันโรคในระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวัง และการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 5) สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ โดยให้ความรู้ และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงในการดำรงชีวิต (กิน พักผ่อน ออกกำลังกาย) ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยความร่วมมือเป็นเครือข่าย เพื่อทราบว่าพื้นที่มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไร มีปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพต่างๆ อย่างไร และร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผน และ

ดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน และ 6) บริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

4.4.3 มาตรฐานของผลลัพธ์งานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย 1) ด้านความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ กำหนดให้ประชาชนที่ลงทะเบียนและมีอาการเจ็บป่วยมาใช้บริการ หรือได้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 กลุ่มเป้าหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพได้รับการบริการตามเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ในกรณีที่ประชาชนในความรับผิดชอบป่วยด้วยโรคติดต่อ ต้องมีการรายงานให้แก่หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 2) ด้านคุณภาพบริการ โดยบริการที่ต้องมีความต่อเนื่อง ได้แก่ บริการดูแลก่อนคลอด บริการให้วัคซีนและติดตามพัฒนาการเด็ก บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะต้องมีบริการที่ทำให้กลุ่มหมายได้รับบริการอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก (early detection) ผู้ป่วยได้รับบริการรักษาพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มเป้าหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับบริการครบถ้วนตามเวลาที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 3) ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ คือ ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อย ประชาชนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคพื้นฐานที่ประชาชนดูแลด้วยตนเองได้ ควรได้รับการดูแลที่บ้าน โดยไม่ต้องหยุดพักงานโดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยได้รับบริการในสถานพยาบาลที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงและความสามารถของสถานพยาบาล

4.4.4 มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานีอนามัยจัดบริการให้แก่ประชาชนได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานที่กำหนด ในภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยได้รับการตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที สามารถรักษาโรคพื้นฐานให้แก่ผู้ป่วยได้ ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตโดยไม่มีเหตุอันควรทางการแพทย์ สามารถป้องกันการสูญเสียและรักษาสภาพ/หน้าที่ของอวัยวะ ป้องกันการติดเชื้อ ให้ยาและหัตถการต่างๆ แก่ผู้ป่วย รวมทั้งให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ มีขอบข่ายงาน คือ 1) การรักษาพยาบาลในโรคทั่วไป 2) การรักษาพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน และ 3) การรักษาพยาบาลในโรคเรื้อรัง

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถที่หลากหลาย เข้าใจขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม สภาพการดำรงชีวิตของประชาชนในชุมชน ต้องมีความรู้จักกับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเป็นอย่างดี จึงจะช่วยให้การจัดบริการเกิดประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้

โดยควรเน้นให้ทุกคนในครอบครัว ชุมชน รวมถึงองค์กรส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง และชุมชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไปในอนาคต

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปเป็นภาพรวมการศึกษาวิจัยได้ดังนี้ รูปแบบการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการประเมินผลระหว่างดำเนินโครงการ เนื่องจากการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อยู่ระหว่างการดำเนินงานตามนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะเปลี่ยนผ่าน (transectional) ผลการดำเนินโครงการยังไม่สิ้นสุด ซึ่งการประเมินผลระหว่างดำเนินโครงการจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าการจัดบริการประสบความสำเร็จระดับไหน เป็นการตรวจสอบความก้าวหน้าของโครงการว่าดำเนินงานได้ผลเพียงไร มีปัญหาอุปสรรคอะไร เป็นการติดตามงานหรือควบคุมให้งานดำเนินไปตามแผนที่กำหนดไว้ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานเพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่ตั้งไว้ โดยประเมินผลในประเด็นต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านภาระงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเปรียบเทียบ ก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2544 – ปีงบประมาณ 2545) แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

1.1 กลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบและปริมาณงาน ซึ่งจากการศึกษาของ อาภัสรา วงศ์สัมพันธ์ชัย (2538) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก กล่าวคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีจำนวนหมู่บ้านรับผิดชอบน้อยจะมีผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในเกณฑ์ดีมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบมาก จากการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2539) เรื่องการประเมินผลความก้าวหน้าโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (เล่ม 2) พบว่า จังหวัดสมุทรปราการมีหมู่บ้านที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน เท่ากับ 2.2 หมู่บ้าน จังหวัดพิจิตรเท่ากับ 2.5 หมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานีเท่ากับ 1.8 หมู่บ้าน และจังหวัดอุบลราชธานีเท่ากับ 3 หมู่บ้าน จำนวนประชากรที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน จังหวัดสมุทรปราการเท่ากับ 4,549 คน จังหวัดพิจิตรเท่ากับ 1,853 คน จังหวัดสุราษฎร์ธานีเท่ากับ 1,478 คน และจังหวัดอุบลราชธานีเท่ากับ 1,580 คน การศึกษาของ สุวรรณา นิลรัตน์ (2544) เรื่องบทบาทที่ปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและนอกพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พบว่า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน ในพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเท่ากับ 1.5

หมู่บ้าน นอกพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เท่ากับ 1.7 หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน รับผิดชอบประชากร 1,311 คน ในพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และนอกพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเท่ากับ 1,284 คน จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันต่อแห่งเท่ากับ 15 – 30 คน การศึกษาของ โสภี ชูแสง (2537) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายความจำเป็นพื้นฐานไปใช้ในการพัฒนาชนบทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลที่รับผิดชอบประชากรมากจะพัฒนาหมู่บ้านได้ครบลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ สายพิณ ลาภหลาย (2544) เรื่องการประเมินผลกระทบการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การจัดสรรงบประมาณแบบใหม่มีผลต่อการปฏิบัติงานประจำของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณงานเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากมีค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยสำหรับการเยี่ยมบ้าน

1.2 การมีสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ของสถานีอนามัย จากสรุปผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ก) ระบบการขอขึ้นทะเบียน พบว่า ประชาชนทุกคนสามารถยื่นขอขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทุกวันที่สถานพยาบาลใกล้บ้านทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมา (ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม 2545) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา คิดเป็นร้อยละ 94.44 ผู้ไม่มีสิทธิ คิดเป็นร้อยละ 5.56 การที่พบผู้ไม่มีสิทธิทั้งนี้เนื่องจากปัญหาการดำเนินงาน ระบบการขึ้นทะเบียนและการออกบัตร คือ 1) ข้อมูลที่ออกบัตรไม่ได้รับการอนุมัติ เนื่องจากมีการออกบัตรผิดพลาด การออกบัตรซ้ำซ้อนกับสิทธิอื่น ฐานข้อมูลประกันสังคมของส่วนกลางที่ใช้เป็นฐานกลางในการตรวจสอบยังไม่เป็นปัจจุบัน ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการไม่ได้รับการอนุมัติ และฐานข้อมูลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ที่ส่วนกลางใช้เป็นฐานกลางที่ได้จัดทำฐานขึ้นมาใหม่ ยังพบข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง 100 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งจังหวัดต้องอุทรณ์ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อยืนยันสิทธิก่อนออกบัตร ขั้นตอนดังกล่าวยังมีความล่าช้า 2) เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่ชัดเจนในเรื่องระบบการขึ้นทะเบียนและออกบัตร ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับขึ้นทะเบียนยังขาดระบบการตรวจสอบสิทธิ เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญของระบบการตรวจสอบสิทธิ ผู้ปฏิบัติไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจากผู้รับนโยบาย ขาดอุปกรณ์ที่ใช้การตรวจสอบสิทธิด้วยระบบคอมพิวเตอร์ นอกจากนี้ยังพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติยังเข้าใจระบบไม่ชัดเจน เนื่องจากขาดผู้ประสานงานที่ชัดเจน ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลที่เป็น

ปัจจุบัน และ 3) ไม่มีการติดตามข้อมูล ข้อมูลที่ไม่ได้รับการอนุมัติไม่ได้รับการจัดการอย่างจริงจังในระดับพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ให้ความสำคัญในการติดตามอย่างจริงจัง

1.3 ปริมาณการให้บริการรักษาพยาบาลจำแนกตามสิทธิที่สถานีอนามัย จากสรุปผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา , 2545ก) ด้านผลงานบริการในภาพรวมของทุกเครือข่ายสถานพยาบาล พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยนอก 788,999 คน 2,241,136 ครั้ง อัตราการใช้บริการ 2.84 คน/ครั้ง/ปี เป็นผู้ป่วยในเครือข่ายร้อยละ 94.3 นอกเครือข่ายร้อยละ 63.9 โดยมีผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพมาใช้บริการร้อยละ 63.9 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด ส่วนที่เหลือเป็นผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 12.9 ประกันสังคมร้อยละ 6.8 และร้อยละ 16.4 เป็นการใช้บริการรวมของสิทธิบัตรสุขภาพ ต่างด้าวขึ้นทะเบียน และอื่นๆ เช่น คนต่างด้าว/สิทธิไม่ชัดเจน/ปฏิเสธสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.4 ปริมาณผลการจัดบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2539) เรื่องการประเมินผลความก้าวหน้าโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (เล่ม 2) พบว่า ผลงานด้านการรักษาพยาบาลของสถานีอนามัยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนจากปี 2535 – 2538 การศึกษาของ สมชาติ ทองหิน (2543) เรื่องการประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร พบว่า ผลงานบริการสุขภาพของสถานีอนามัยด้านการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนนัก และการศึกษาของ สุวรรณา นิลรัตน์ (2544) เรื่องบทบาทที่ปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและนอกพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขมีการปฏิบัติบทบาทจริงในการให้บริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายและประชาชนอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวมและครอบคลุมประชาชนในเขตรับผิดชอบ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างนอกพื้นที่ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติบทบาทในรูปแบบเดิม คือให้บริการตามลักษณะงานที่รับผิดชอบหรือตามความถนัด การศึกษาของ บุปผา ศิริรัศมี และ บุญเลิศ เลี่ยวประไพ (2531) เรื่องการประเมินความรู้ ทัศนคติ ทักษะและผลการปฏิบัติงานตามแผนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล พบว่า บุคลากรสาธารณสุขกลุ่มต่างๆ ใช้เวลาปฏิบัติงานเพื่อกิจกรรมต่างๆ แตกต่างกัน โดยพยาบาลเทคนิคและผดุงครรภ์ใช้เวลาส่วนใหญ่ในด้านการรักษาพยาบาล ในขณะที่พนักงานอนามัยใช้

เวลาส่วนใหญ่ในการควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ วิชัย รูปขำดี, แสงเทียน อัจจิมางกูร และ พนมพร ไตรต้นวงศ์ (2544) เรื่องสภาพปัญหาและความต้องการด้านการประกันสุขภาพของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดความเข้าใจเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยมองว่าการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเป็นการลงทุนหรือการกระทำที่เกินความจำเป็น ให้ความสำคัญเฉพาะการรักษาเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว ขาดความเข้าใจและตระหนักว่าการป้องกันและส่งเสริมจะสามารถลดการเกิดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังไม่เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันส่งเสริมกับการลดภาระการรักษาพยาบาล ซึ่งในมุมมองของประชาชนแล้วสถานบริการสาธารณสุขจะต้องเป็นที่พึ่งในการให้การรักษาพยาบาลเมื่อเขาเจ็บป่วยได้ เมื่อประชาชนศรัทธาในบริการของสถานีอนามัยแล้ว บทบาทด้านอื่นๆ ของสถานีอนามัย เช่น ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพจึงจะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิผล (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, 2539) และจากการศึกษาความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน พบว่า ประชาชนทั่วทุกภาคเห็นว่าบริการในสถานีอนามัยยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร และต้องการให้เพิ่มการบริการด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและการเยี่ยมบ้านให้มากขึ้น (ทัศนา บุญทอง, 2545)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านการเงินของสถานีอนามัย เปรียบเทียบ ก่อน – หลัง มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2544 – ปีงบประมาณ 2545) ประเมินผลใน 3 ประเด็น คือ

2.1 ต้นทุนค่ายาด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยจำแนกตามสิทธิ จากสรุปผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ก) ต้นทุนในการบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2545 โดยวิธีลัด (quick method) จำแนกตามระดับสถานพยาบาล และประเภทต้นทุนดำเนินการ (ค่าแรงและค่าวัสดุ) พบว่า สถานีอนามัย มีต้นทุนรวมของผู้ป่วยนอก/ครั้ง เท่ากับ 74 บาท เป็นค่าแรง 53 บาท และค่าวัสดุ 21 บาท แต่การประเมินผลครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะค่ายาที่ใช้ในการรักษาพยาบาล/ครั้งที่สถานีอนามัย โดยไม่ได้คำนวณค่าแรง การศึกษาของ สมชาติ ทองหิน (2543) เรื่องการประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร พบว่า จำนวนต้นทุนต่อครั้งเพิ่มขึ้นในปี 2540 – 2542 คือเพิ่มจาก 54.45 บาท เป็น 55.40 บาท และ 56.01 บาทตามลำดับ และใกล้เคียงกับงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร (2544) ที่ได้สรุปการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะนำร่องจังหวัดยโสธร พบว่า ค่าใช่จ่ายผู้รับบริการรวมแต่ละประเภทบัตร

เท่ากับ 37.78 บาทต่อครั้ง แต่แตกต่างกับการศึกษาของ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และ สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2543) เรื่องประเมินผลการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานีอนามัยงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2540 เท่ากับ 73 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจากคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวส่วนใหญ่ใช้ในกลุ่มผู้มีการประกันสังคมมากที่สุด ร้อยละ 54.7

2.2 งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรของสถานีอนามัย จากสรุปผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2545 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ก) ด้านงบประมาณที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดสรรให้สถานีอนามัย พบว่า มีการสนับสนุนตามที่สถานีอนามัยใช้จ่ายจริง เช่น ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตอบแทนนอกเวลา และเงิน 10 บาท/บัตร ที่โอนเข้าเงินบำรุงเพื่อเป็นทุนในการพัฒนางาน เป็นต้น และส่วนใหญ่มีการสนับสนุนมากกว่าเงินที่สถานีอนามัยควรจะได้รับ มีบางโรงพยาบาลแม่ข่ายที่พบว่ามีการสนับสนุนให้สถานีอนามัยน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ จากรายงานผลการพัฒนาการบริหารงานสาธารณสุขตามนโยบายรัฐบาล รอบครึ่งปีหลัง ปีงบประมาณ 2545 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2545ข) การจัดสรรเงินมีหลักเกณฑ์ คือ 1) จัดสรรเงินตามผลงาน 2) จัดสรรเพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมที่จำเป็นแต่ขาดความสนใจ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การตรวจมะเร็งปากมดลูก การส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เป็นต้น 3) ให้พูดคุยในแกนนำเวชปฏิบัติ 4) จัดสรรเพื่อพัฒนาสถานีอนามัยให้เข้มแข็ง 5) ไม่ควรคำนึงถึงกำไร – ขาดทุน แต่คำนึงว่าจัดสรรไปแล้วประชาชนได้ประโยชน์หรือไม่ และ 6) จัดสรรเงินเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน วัตถุประสงค์การจัดสรรเงินจากโรงพยาบาลสู่สถานีอนามัย 1) เพื่อให้แกนนำเวชปฏิบัติครอบครัวได้มีการปรึกษาหารือในการค้นหารูปแบบที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดสรรเงิน 2) เพื่อกำหนดเกณฑ์กลางที่ยืดหยุ่นได้ให้โรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ และ 3) เพื่อให้สถานีอนามัยและโรงพยาบาลได้ทราบล่วงหน้าว่าจะได้รับเงินทั้งปีเท่าไร จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้วางแนวทางในการจัดสรรเงินไว้ให้โรงพยาบาลแม่ข่าย แต่การจัดสรรจริงขึ้นอยู่กับแต่ละเครือข่ายสถานพยาบาลในการตกลงและหาเกณฑ์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัยว่าจะจัดสรรให้เท่าไรในลักษณะไหน จากการศึกษาของ บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ (2539) เรื่องการพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ (เล่ม 3) พบว่า ชุมชนมีความต้องการด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่าความต้องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบประมาณที่ได้รับจะเน้นไปในเรื่องการจัดหายาและเวชภัณฑ์ โดยร้อยละของการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่

5 - 7 พบว่า งบประมาณที่จัดสรรให้บริการรักษาพยาบาลสูงกว่างบประมาณที่จัดสรรให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และบริการควบคุมป้องกันโรค (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2543ก อ้างตาม MSH, 1999 : 14) การจัดสรรทรัพยากรที่เน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ดังกล่าวมา เป็นเหตุที่นำไปสู่ความด้อยประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

2.3 รายรับ รายจ่าย ของสถานีอนามัย การดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการปฏิรูประบบการจัดสรรเงินงบประมาณ จากเดิมที่สถานพยาบาลมีรายรับเป็นเงินงบประมาณตามแผนงานโครงการปกติจากส่วนกลางสู่ภูมิภาคและเงินของผู้ป่วยที่จ่ายเอง (out of pocket) มาเป็นระบบประกันสุขภาพที่มีการจัดสรรเงินงบประมาณเป็นลักษณะการจ่ายล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี ตามจำนวนประชาชนที่มาขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ รายรับของสถานีอนามัยได้จากเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เงินประกันสังคม เงินเหมาจ่ายรายหัวของประชาชนที่ขึ้นทะเบียน เงิน 30 บาท ในการมาใช้บริการแต่ละครั้ง รายรับจากประชาชนที่จ่ายเงินเอง และรายรับอื่นๆ ส่วนรายจ่ายของสถานีอนามัย ได้แก่ รายจ่ายบุคลากร เช่น ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เป็นต้น รายจ่ายค่ายา/เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุทั่วไป และสาธารณูปโภค รายจ่ายด้านงบลงทุน ที่ดินสิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ที่ราคาไม่สูง และรายจ่ายอื่นๆ (คณะทำงานพัฒนาความพร้อมด้านการบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาล, 2544)

3. ข้อมูลด้านการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (การปฏิบัติ) ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการศึกษาของกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2545) เรื่องการศึกษาตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพบริการสถานบริการระดับต้นในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นลำดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา (2542) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานในสถานีอนามัย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พบว่า เพศหญิงมีผลต่อการปฏิบัติงานในสถานีอนามัยมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากภาระกิจหรืองานที่ปฏิบัติที่สถานีอนามัยมีทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นงานที่ต้องการความละเอียด ใช้เวลานาน เป็นงานที่จำเจ ต้องอาศัยความอดทน จึงเป็นงานที่เพศหญิงจะทำได้ดีกว่าเพศชายที่มีธรรมชาติความอดทนน้อย ไม่ชอบงานจำเจ การศึกษาของ บุปผา ศิริรัศมี และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2531) เรื่องการประเมินความรู้ ทัศนคติ ทักษะและผลการปฏิบัติงานตามแผนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล พบว่า บุคลากรสาธารณสุขกลุ่มต่างๆ ใช้เวลาปฏิบัติงานเพื่อกิจกรรมต่างๆ

แตกต่างกัน โดยพยาบาลเทคนิคและผดุงครรภ์ใช้เวลาส่วนใหญ่ในด้านการรักษาพยาบาล ในขณะที่พนักงานอนามัยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาของ วิชัย รูปขำดี, แสงเทียน อัจจิมางกูร และ พนมพร ไตรต้นวงศ์ (2544) เรื่องสภาพปัญหาและความต้องการด้านการประกันสุขภาพของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดความเข้าใจเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยมองว่าการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเป็นการลงทุนหรือการกระทำที่เกินความจำเป็น ให้ความสำคัญเฉพาะการรักษาพยาบาลเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว ขาดความเข้าใจและตระหนักว่าการป้องกันและส่งเสริมจะสามารถลดการเกิดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังไม่เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันส่งเสริมกับการลดภาระการรักษาพยาบาล ซึ่งในมุมมองของประชาชนแล้วสถานบริการสาธารณสุขจะต้องเป็นที่พึ่งในการให้การรักษาพยาบาลเมื่อเขาเจ็บป่วยได้ เมื่อประชาชนศรัทธาในบริการของสถานีอนามัยแล้วบทบาทด้านอื่นๆ ของสถานีอนามัย เช่น ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จึงจะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิผล (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, 2539)

4. ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย การศึกษาของ รำไพ สุขสวัสดิ์ ณ อยุธยา (2535) เรื่องความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลของประเทศไทย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลของประเทศไทย มีระดับความพึงพอใจในงานที่ทำในด้านบวกค่อนข้างต่ำแทบทุกเรื่อง การศึกษาของ ดารา ถาระเกษร (2539) เรื่องความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลฝ่ายประสาทวิทยา โรงพยาบาลประสาทสงขลา พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้หนังสือคู่มือต่างๆ ความเพียงพอ คล่องตัวในการเบิกจ่าย อยู่ในระดับต่ำ และการศึกษาของ บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ (2539) เรื่องการพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ (เล่ม 3) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่ำเนื่องจากความไม่เพียงพอของทรัพยากรในการปฏิบัติงานที่สำคัญ ได้แก่ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและยานพาหนะ จากทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two-Factor Theory) (สมยศ นาวีการ, 2544 อ้างตาม Herzberg, 1950) โดยเฮิร์ซเบิร์ก ได้กล่าวว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความพึงพอใจในงานจะแยกและแตกต่างจากปัจจัยที่นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในงาน ปัจจัยที่นำไปสู่ความพึงพอใจในงาน เช่น งานที่มีความท้าทาย และความรู้สึกทางความสำเร็จ เฮิร์ซเบิร์ก เรียกปัจจัยเหล่านี้ว่าสิ่งที่พอใจหรือปัจจัยจูงใจ (motivation factors) ปัจจัยเหล่านี้จะเกี่ยวพันกับเนื้อหาของงาน ส่วนปัจจัยที่นำไปสู่ความไม่พึงพอใจ เช่น สภาพแวดล้อมการทำงาน วัสดุอุปกรณ์ในการทำงาน และการบังคับบัญชา เฮิร์ซเบิร์ก เรียกปัจจัยเหล่านี้ว่า สิ่งที่ไม่พอใจหรือปัจจัยอนามัย (hygiene

factors) และเฮิร์ซเบิร์กได้สรุปว่าปัจจัยอนามัยสามารถสร้างความไม่พอใจในงานได้ ถ้าได้รับการตอบสนองจะกำจัดความไม่พอใจออกไปได้

5. ความสัมพันธ์ระหว่างผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (ระดับการปฏิบัติ) กับคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จากทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ พบว่า บุคคลย่อมแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันไปตามฐานะตำแหน่งทางสังคม (social status) (ชุดา จิตพิทักษ์, 2525) การแสดงพฤติกรรมจึงเป็นไปเพื่อตอบสนองความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับตำแหน่งนั้นๆ (ทัศนา บุญทอง, 2525) ซึ่ง ออร์แกน และ เบทเมน (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 การศึกษาของ จำรัส ชูวงศ์ (2541) เรื่องความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ความพึงพอใจในงานรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเฮิร์ซเบิร์ก กล่าวว่า ความพึงพอใจจะส่งผลที่ดีต่อการปฏิบัติงาน (สมยศ นาวีการ, 2544 อ้างตาม Herzberg, 1950)