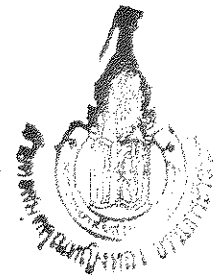


การประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพ  
ของสถานีนอมาัยในจังหวัดยโสธร  
Formative Evaluation of Payment Mechanism for Health Services  
of Health Centers in Yasothon Province



สมชาติ ทองหิน  
Somchat Thonghin

|           |                           |      |
|-----------|---------------------------|------|
| เลขที่    | ๑ RA 990. 753437 ๙๙๒ 154๗ | ๙. 2 |
| Order No. |                           |      |
| Dir. No.  | 201897                    |      |
|           | 3-1-ส.ค. 2543             |      |

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
Master of Science Thesis in Health System Research and Development  
Prince of Songkla University  
2543

ชื่อวิทยานิพนธ์      การประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพ  
ของสถานอนามัยในจังหวัดยโสธร  
ผู้เขียน              นายสมชาติ ทองหิน  
สาขาวิชา            การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

---

คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

.....  
.....ประธานกรรมการ  
(ดร.สาวิตรี      ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....  
.....ประธานกรรมการ  
(ดร.สาวิตรี      ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....  
.....กรรมการ  
(นพ.สัมฤทธิ์      ศรีธำรงค์สวัสดิ์)

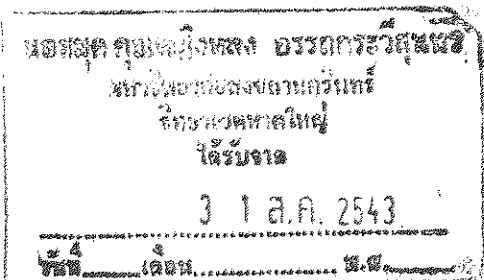
.....  
.....กรรมการ  
(นพ.สัมฤทธิ์      ศรีธำรงค์สวัสดิ์)

.....  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ)

.....  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์สมแก้ว รุ่งเลิศเกรียงไกร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบ  
สาธารณสุข

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ บำรุงรักษา)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



|                 |  |
|-----------------|--|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | การประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพ<br>ของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร |
| ผู้เขียน        | นายสมชาติ ทองหิน   |
| สาขาวิชา        | การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข  |
| ปีการศึกษา      | 2542   |

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542 ในหมวดสวัสดิการผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) และบัตรประกันสุขภาพซึ่งใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัวให้กับสถานีนอนามัย โดยประเมินด้านประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ คุณภาพบริการของสถานีนอนามัย ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานีนอนามัย และปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการ เพื่อนำไปเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนาโครงการต่อไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ ผู้ให้บริการ จำนวน 87 ราย ผู้รับบริการ จำนวน 400 ราย และสถานีนอนามัย จำนวน 87 แห่ง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสำรวจข้อมูล และแบบรายงาน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามในส่วนของความพึงพอใจ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของ ครอนบาค อัลฟา ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามผู้ให้บริการ เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามผู้รับบริการ เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัดส่วน อัตรา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one-way ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า ด้านประสิทธิภาพ วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวในปัจจุบันยังไม่ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณเท่าที่ควร โดยพิจารณาจากสัดส่วนงบประมาณที่สถานีนอนามัยได้รับการจัดสรรนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลและสัดส่วนงบประมาณที่ได้รับเฉลี่ยต่อครั้งก็เพิ่มสูงขึ้น แต่ปริมาณการให้บริการแก่ผู้ป่วยถึงแม้ว่ามีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นแต่เพิ่มในอัตราที่ลดลง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชนที่ลดลงต่ำมาก ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ต้นทุนสุขภาพโดยรวมทั้งจังหวัดสูงขึ้น และยังพบว่าอัตราการคืนทุนของสถานีนอนามัยที่ได้รับค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้งบประมาณในส่วนที่กันไว้

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็ไม่ได้มีการใช้จ่ายให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ สำหรับด้านคุณภาพบริการของสถานื่อนามัยนั้น คุณภาพบริการของสถานื่อนามัย พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.14$ , S.D. = 0.61) และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มผู้รับบริการเปรียบเทียบ 3 กลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่ต่างกัน พบว่า ผู้รับบริการอำเภอระยะที่ 2 เริ่มดำเนินการเมื่อปี 2541 คือ อำเภอป่าต้ว มีความพึงพอใจมากกว่าผู้รับบริการอำเภอระยะที่ 3 ซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อปี 2542 คือ อำเภอคำเขื่อนแก้ว ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในปี 2542 มีความครอบคลุม ร้อยละ 76.03 แต่ในภาพรวมแล้วมีแนวโน้มลดลง สำหรับด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานื่อนามัยนั้น ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดสรรงบประมาณในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.87$ , S.D. = 0.58) และไม่พบความแตกต่างของความพึงพอใจใน 3 กลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินงานโครงการที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัญหาอุปสรรคสำคัญของผู้ให้บริการคือ การขาดขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการทำงาน ประชาชนไม่เข้าใจในระบบบริการ ตลอดจนการขาดความชัดเจนในนโยบายของผู้บริหาร โดยมีข้อเสนอแนะคือ ควรมีการลดอัตราการตามจ่ายข้ามเขตให้กับโรงพยาบาลลง การจัดสรรงบประมาณให้รวดเร็วและทันเวลา สำหรับข้อเสนอแนะของผู้รับบริการคือ ควรเพิ่มคุณภาพและศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการตรวจรักษา เพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้เพียงพออย่างน้อย 3 คน มีเจ้าหน้าที่อยู่เวรให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดจนการเพิ่มยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอ

จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการพิจารณาปรับอัตราการตามจ่ายและการพัฒนาหลักเกณฑ์การจัดสรรใหม่ เพราะการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวอย่างเดียว ยังไม่มีความเหมาะสมเท่าที่ควร ควรนำเรื่องของอายุ เพศ อัตราป่วย และการใช้บริการมาเป็นเกณฑ์พิจารณาจัดสรรร่วมด้วย และในการศึกษาครั้งต่อไปผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการ ผลกระทบของวิธีการจัดสรรงบประมาณในด้านความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพประชาชนและคุณภาพข้อมูลของสิทธิบัตรต่างๆ รวมทั้งการศึกษาถึงลักษณะและปัจจัยที่มีผลต่อการข้ามเขตไปรับบริการในโรงพยาบาลของผู้รับบริการในแต่ละอำเภอต่อไป

ผู้ตรวจบัญชีกอง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
กองตรวจบัญชี  
จังหวัดขอนแก่น  
วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๔๓  
๒๕๔๓

Thesis Title            Formative Evaluation of Payment Mechanism for Health Services  
                                 to Health Centers in Yasothon Province

Author                    Mr. Somchat Thonghin

Major Program         Health System Research and Development

Academic Year         1999

#### Abstract

This study aimed to evaluate the payment mechanism reform of Yasothon province in fiscal year 1999, a per capita payment to health centers under the public assistance scheme, and the health card scheme. The objectives of the study were to evaluate impacts of the reform including efficiency, quality of care, insurance coverage, provider satisfaction and constraints of the reform. Data were collected from three samples groups, including 87 health staffs working in the health centers, 400 patients who attended the health centers, and the productivities report data from the 87 health centers. Two sets of questionnaire that had acceptable validity and reliability were used to assess provider and consumer satisfaction. The Cronbach Alpha Coefficient of both sets of questionnaire was 0.91 for providers satisfaction and 0.94 for consumer satisfaction questionnaire. Statistics computed included frequency, percentage, range, mean standard deviation, proportion and one-way ANOVA.

The results revealed that in the per capita payment, allocative efficiency was not improved even increase of proportion of budget allocated to health centers, but decrease in proportion of service provided. Utilization rate at provincial hospital was increased but decreased in community hospitals and health centers. Average cost per case treated was increased and cost-recovery was low at health centers. In addition, the budget reserved for health promotion and prevention was not used to served the objectives. Quality of care provided by health centers was high in term of consumer satisfaction ( $\bar{X} = 4.14$ , S.D. = 0.61). Comparing satisfaction level in 3 different phasing districts revealed that the second phase district had higher level of satisfaction and

significantly different from the third phase district. Seventy six percent of Yasothon province was covered by all insurance schemes in 1999 but the trend was decreasing. Providers at health centers were moderately satisfied with their works ( $\bar{X} = 2.87$ , S.D. = 0.58) and the satisfaction levels were not significantly different between three different phasing districts. Problem stated by health staffs included a lack of motivation and incentives for works, a lack of knowledge and ignorant of people, and ambiguity in policy issues on the part of administrative managers. The following were suggested: a reduction of cross-boundary payment rate, prompt allocation of budget and on time, and the capability of health facilities should be included as one of the budget allocation criteria. Consumers requested for improved capability and quality of care, availability of drugs and health staffs all times.

Recommendation for policy makers and health administrators include reduction of cross-boundary payment rate for improving cost-recovery at health centers. In addition, differential per capita in relation to age, sex, illness rate and utilization should be considered. Implications of the reform on information management system, validity and coverage of registration, and factors determined used and cross-boundary cases were recommended for further evaluation.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี อันเนื่องมาจากความกรุณา และความช่วยเหลือจาก ดร.สาวิตรี ลี้มชัยอรุณเรือง และนายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และนางชฎาภรณ์ ชื่นตา ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการเขียนวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ดร.บุญแสง ลีลาเทพิน ที่กรุณาให้คำแนะนำในการเขียน Abstract รวมทั้งรองศาสตราจารย์สมแก้ว รุ่งเลิศเกรียงไกร และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย นางชฎาภรณ์ ชื่นตา และนางสาวไพรวลัย กาลจักร์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร (นายแพทย์สุวิทย์ วิจิตรพันธ์) และนายแพทย์ประศาสตร์ ผิวเรืองนนท์ นายแพทย์ประกาย วิบูลย์วิภา และนายปรีชา ทองเที่ยงดี ที่กรุณาให้การสนับสนุนในการศึกษาและการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ขอขอบพระคุณสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนค่าเล่าเรียนตลอดหลักสูตร ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ ที่ได้กรุณาเอื้อเฟื้อและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้ช่วยนักวิจัยที่กรุณาช่วยเหลือในการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบบสำรวจ จนการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท รุ่นที่ 1,2,3 ที่เป็นกัลยาณมิตรทุกคน และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วน

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ภรรยา และลูกทั้ง 2 คน รวมทั้งญาติๆ ทุกคนที่สนับสนุนให้มีความรู้ และเป็นกำลังใจในการศึกษาที่สำคัญยิ่งมาโดยตลอด

สมชาติ ทองหิน

## สารบัญ

หน้า

|  |      |
|--|------|
| บทคัดย่อ.....  | (3)  |
| Abstract.....  | (5)  |
| กิตติกรรมประกาศ.....                                 | (7)  |
| สารบัญ.....  | (8)  |
| รายการตาราง.....                                     | (10) |
| รายการภาพประกอบ.....                                 | (13) |
| ตัวย่อและสัญลักษณ์.....                              | (15) |
| บทที่  |      |
| 1 บทนำ.....  | 1    |
| ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา.....                      | 1    |
| วัตถุประสงค์.....                                    | 3    |
| คำถามของการวิจัย.....                                | 4    |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย.....                            | 5    |
| นิยามศัพท์.....                                      | 6    |
| ขอบเขตของการวิจัย.....                               | 7    |
| ความสำคัญของการวิจัย.....                            | 7    |
| 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                   | 8    |
| การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข.....                   | 8    |
| การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร.....    | 24   |
| ตัวชี้วัดความสำเร็จของการปฏิรูปการคลังสาธารณสุข..... | 30   |
| การวิจัยประเมินผล.....                               | 39   |
| การประเมินผลโครงการสาธารณสุข.....                    | 44   |
| 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....                              | 47   |
| รูปแบบการวิจัย.....                                  | 47   |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....                         | 47   |
| เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ.....                   | 50   |



## สารบัญ (ต่อ)

|  | หน้า |
|--|------|
| วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล.....                                      | 54   |
| การวิเคราะห์ข้อมูล.....  | 55   |
| 4 ผลการวิจัย และการอภิปรายผล.....                              | 57   |
| ส่วนที่ 1 ประสิทธิภาพการจัดสรรงบประมาณ.....                    | 57   |
| ส่วนที่ 2 คุณภาพบริการของสถานีนอนามัย.....                     | 74   |
| ส่วนที่ 3 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ.....               | 78   |
| ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ.....                      | 82   |
| ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ.....                      | 85   |
| 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....                            | 89   |
| สรุปผลการวิจัย.....  | 89   |
| ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....                               | 91   |
| บรรณานุกรม.....  | 95   |
| ภาคผนวก.....   | 106  |
| ภาคผนวกที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....                 | 106  |
| ภาคผนวกที่ 2 ผลการจัดสรรงบประมาณและข้อมูลด้านบริการสุขภาพ..... | 117  |
| ภาคผนวกที่ 3 แบบสอบถามและแบบสำรวจข้อมูล.....                   | 132  |
| รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม.....  | 154  |
| ประวัติผู้เขียน.....   | 155  |

## รายการตาราง

| ตาราง  | หน้า |
|--|------|
| 1 จุดแข็งและจุดอ่อนของรูปแบบหรือวิธีการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในแต่ละวิธี.....                           | 12   |
| 2 ประเด็นการประเมิน และตัวชี้วัด (indicators) การวิจัยในครั้งนี้.....  | 35   |
| 3 ประเด็นการประเมินตัวชี้วัดตัวแปรวิธีการวัดตัวแปรและแหล่งข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้.....  | 36   |
| 4 จำนวนหมู่บ้าน ประชากร และกลุ่มตัวอย่างด้านผู้รับบริการที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้.....  | 49   |
| 5 สัดส่วนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรต่อผลงานการให้บริการต่อครั้ง (visit/capita) เปรียบเทียบปี 2540-2542 ของสถานีอนามัย จังหวัดยโสธร.....                 | 66   |
| 6 สัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพเปรียบเทียบ ระหว่างสถานบริการทั้ง 3 ระดับของจังหวัดยโสธร ปี 2540-2542.....           | 69   |
| 7 อัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542.....                    | 71   |
| 8 งบประมาณที่ได้รับจัดสรรสำหรับบริการสุขภาพของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และ บัตรประกันสุขภาพ ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542..... | 72   |
| 9 เปรียบเทียบจำนวนงบประมาณที่สถานีอนามัยได้รับจัดสรรกับค่าต้นทุนดำเนินการ (Unit Cost) ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542.....        | 72   |
| 10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจผู้รับบริการจากสถานีอนามัย โดยจำแนกเป็นภาพรวม และรายด้าน ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ.....      | 75   |
| 11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ จากสถานีอนามัย จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินการ.....           | 76   |
| 12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ โดยจำแนก เป็นภาพรวมและรายด้าน ของกลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินการ.....                | 83   |
| 13 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ในสถานีอนามัย จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินการ.....            | 84   |
| 14 ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการจากสถานีอนามัยต่อบริการที่ได้รับจากสถานีอนามัย.....  | 85   |
| 15 ข้อเสนอแนะ ปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในสถานีอนามัยต่อการ ดำเนินงานปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร.....                   | 87   |

รายการตาราง (ต่อ)

| ตาราง   | หน้า |
|---|------|
| 16 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของสถานื่อนามัย จำแนกตามลักษณะทั่วไป.....  | 107  |
| 17 จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานื่อนามัยจำแนกตามตำแหน่งหน้าที่<br>ที่ปฏิบัติงานเปรียบเทียบ 3 ปีซ้อนหลัง.....   | 107  |
| 18 ข้อมูลด้านประชากรและโรงเรียนในความรับผิดชอบของสถานื่อนามัยปี 2542.....   | 108  |
| 19 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการจำแนกตามลักษณะของผู้ให้บริการ.....  | 108  |
| 20 จำนวนและร้อยละของความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการและการจัดบริการ<br>ของสถานื่อนามัยในปัจจุบัน.....  | 110  |
| 21 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในสถานื่อนามัยต่อการเปลี่ยนแปลงวิธี<br>การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานื่อนามัยในจังหวัดยโสธร.....      | 111  |
| 22 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามลักษณะของผู้รับบริการ.....  | 112  |
| 23 จำนวนและร้อยละของข้อมูลผู้รับบริการ และการบริการของสถานื่อนามัย.....   | 114  |
| 24 ความคิดเห็นของผู้รับบริการจากสถานื่อนามัยต่อบริการที่ได้รับ.....   | 116  |
| 25 ผลการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกรวมหมวดบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ<br>จำแนกตามรายสถานบริการและกองทุนรวม จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2541.....                | 118  |
| 26 ผลการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกรวมหมวดบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ<br>จำแนกรายสถานบริการ และกองทุนรวม จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542.....                  | 119  |
| 27 ผลการจัดสรรงบประมาณส่วนการกันข้ามเขตและส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จำแนก<br>รายกองทุนรวม จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542.....                                | 121  |
| 28 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณหมวด สปร. และบัตรประกันสุขภาพให้กับสถาน<br>บริการสาธารณสุขจำแนกตามประเภทสถานบริการ จังหวัดยโสธร ปี 2537-2542.....            | 121  |
| 29 จำนวนผลงานการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบ 3 ปีซ้อนหลัง<br>จำแนกรายอำเภอและประเภทสถานบริการ จังหวัดยโสธร.....                             | 122  |
| 30 ผลการส่งเสริมโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี และการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน<br>ในนักเรียนประถมศึกษาของสถานื่อนามัยเปรียบเทียบผลงาน 3 ปีซ้อนหลัง.....             | 123  |
| 31 ผลการบริการอนามัยแม่และเด็ก(ANC) บริการวางแผนครอบครัว(FP) และบริการ<br>สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(EPI) ของสถานื่อนามัยเปรียบเทียบผลงาน 3 ปีซ้อนหลัง..... | 123  |

รายการตาราง (ต่อ)

| ตาราง  | หน้า |
|--|------|
| 32 ผลการบริการทันตสาธารณสุขและอนามัยโรงเรียนเปรียบเทียบผลงาน 3 ปีย้อนหลัง.....   | 124  |
| 33 ผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เปรียบเทียบ<br>ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง.....  | 125  |
| 34 ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค(TB) เปรียบเทียบผลงาน 3 ปีย้อนหลัง.....   | 126  |
| 35 จำนวน และร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพที่ข้ามเขต<br>(by-pass) มารับบริการในโรงพยาบาล จำแนกตามความสามารถในการดูแลรักษา<br>ของสถานอนามัยและจำแนกรายอำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542.....             | 126  |
| 36 จำนวน และร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพที่ข้ามเขต<br>(by-pass) มารับบริการในโรงพยาบาล จำแนกตามลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยของ<br>สถานอนามัย ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542..... | 127  |
| 37 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ จำแนกรายอำเภอ<br>จังหวัดยโสธร ปี 2540 – 2542.....  | 128  |
| 38 จำนวนและความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนจำแนกตาม<br>ประเภทสิทธิบัตรและรายอำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542.....  | 130  |

## รายการภาพประกอบ

| ภาพประกอบ  | หน้า |
|--|------|
| 1 กรอบแนวคิด (conceptual framework) ในการวิจัยในครั้งนี้.....  | 5    |
| 2 การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในหมวด สปร.ตามแนวคิดในการปฏิรูประบบ<br>การเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542.....  | 28   |
| 3 การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในหมวดบัตรประกันสุขภาพตามแนวคิดในการ<br>ปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542.....   | 29   |
| 4 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกรวมหมวดบัตร สปร.และบัตร<br>ประกันสุขภาพของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2541.....   | 58   |
| 5 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกรวมหมวดบัตร สปร.และ<br>บัตรประกันสุขภาพของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542.....   | 59   |
| 6 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณหมวด สปร.และบัตรประกันสุขภาพให้กับ<br>สถานบริการสาธารณสุข จำแนกตามประเภทสถานบริการ ปี 2537 – 2542.....   | 61   |
| 7 ผลการจัดสรรงบประมาณส่วนการกันข้ามเขต(10%)และส่งเสริมสุขภาพ<br>ป้องกันโรค(10%)ของกองทุนอำเภอตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542.....  | 62   |
| 8 ปริมาณผลการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ<br>ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2540-2542.....   | 63   |
| 9 ร้อยละของผู้รับบริการบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพที่มีการข้ามชั้นตอนไป<br>รับบริการในโรงพยาบาล จำแนกตามความสามารถในการดูแลรักษาของ<br>สถานื่อนามัย ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542..... | 68   |
| 10 ร้อยละของผู้รับบริการบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพที่ข้ามเขต<br>ไปรับบริการในโรงพยาบาลจำแนกตามการส่งต่อผู้ป่วย ของอำเภอ<br>กลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542.....                                 | 68   |
| 11 สัดส่วนผลงานการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร.และบัตร<br>ประกันสุขภาพ จำแนกตามประเภทสถานบริการ จังหวัดยโสธร ปี 2540-2542.....  | 69   |
| 12 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบของอำเภอ<br>กลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2540 – 2542.....   | 78   |

## รายการภาพประกอบ (ต่อ)

| ภาพประกอบ   | หน้า |
|---|------|
| 13 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบ<br>จำแนกตามประเภทสิทธิบัตร อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ปี 2542.....   | 79   |
| 14 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบ<br>จำแนกตามประเภทสิทธิบัตร อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร ปี 2542.....  | 80   |
| 15 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบ<br>จำแนกตามประเภทสิทธิบัตร อำเภอกำแพงแสน จังหวัดยโสธร ปี 2542.....   | 80   |
| 16 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ<br>จำแนกตามประเภทสถานบริการ จังหวัดยโสธรปีงบประมาณ 2541.....  | 120  |
| 17 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ<br>จำแนกตามประเภทสถานบริการ จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542.....   | 120  |
| 18 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพที่มีการข้ามเขตไป<br>รับบริการในโรงพยาบาล จำแนกตามความสามารถในการดูแลรักษาของ<br>สถานเอนามัย และรายอำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542..... | 127  |
| 19 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบ<br>จังหวัดยโสธร ปี 2540 – 2542.....  | 128  |
| 20 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบ<br>จำแนกตามประเภทสิทธิบัตร จังหวัดยโสธร ปี 2542.....   | 129  |
| 21 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ จำแนกราย<br>อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542.....   | 129  |

## ตัวย่อและสัญลักษณ์

|      |   |   |
|------|---|---|
| สอ.  | = | สถานีอนามัย   |
| สสอ. | = | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  |
| สศจ. | = | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  |
| รพช. | = | โรงพยาบาลชุมชน  |
| รพท. | = | โรงพยาบาลทั่วไป   |
| สปร. | = | สวัสดิการผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล   |
| ANC  | = | Antenatal care (การดูแลมารดาก่อนคลอด)   |
| CA   | = | Cancer (โรคมะเร็ง)  |
| DM   | = | Diabetes mellitus (โรคเบาหวาน)  |
| DOTs | = | Directly Observed Therapy Short Course (การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยงกำกับ) |
| DRGs | = | Diagnosis Related Groups (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)   |
| EPI  | = | Expanded Program Immunization (การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค)   |
| FBS  | = | Fasting Blood Sugar (การตรวจหาระดับน้ำตาลในกระแสเลือด)  |
| FP   | = | Family Planning (การวางแผนครอบครัว)   |
| GNP  | = | Gross National Product (ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ)   |
| GP   | = | General practitioner (แพทย์ประจำครอบครัว/แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป)                                     |
| HIP  | = | Health Information Program (โปรแกรมฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิสวัสดิการ)                      |
| HT   | = | Hypertension (โรคความดันโลหิตสูง)   |
| MWRA | = | Married Women Reproductive Ages (หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วและอยู่กินกับสามี)                 |
| OPD  | = | Out patient department (แผนกผู้ป่วยนอก)   |
| SIP  | = | Social Investment Project (หน่วยดำเนินงานโครงการเงินจากกองทุนคาร์โลก)                               |
| TB   | = | Tuberculosis Bacilli (โรควัณโรค)  |
| WB   | = | World Bank (ธนาคารโลก)  |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด และกระบวนการพัฒนาใหม่ที่มุ่งเน้นให้คนเป็นจุดศูนย์กลางหรือจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนา โดยให้มีการพัฒนาในลักษณะองค์รวมที่มีกระบวนการพัฒนาที่เป็นแบบบูรณาการ และเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาและครอบคลุมทุกมิติ เพื่อนำไปสู่วิสัยทัศน์ของการพัฒนาในอนาคต คือ "เศรษฐกิจดี สังคมไม่มีปัญหา การพัฒนายั่งยืน" และเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 เป็นก้าวแรกที่สำคัญของการพัฒนาในทิศทางใหม่ แผนนี้จึงให้ความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาและผลกระทบ (process and impact) มากกว่าผลลัพธ์ (output) เพียงด้านเดียว (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541) ดังนั้นในการที่จะวัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการที่กำลังดำเนินการอยู่หรือสิ้นสุดลงแล้ว จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการของ "การวิจัยประเมินผล" มาช่วยในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นกระบวนการวัดความสำเร็จของโครงการ เปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่ตั้งไว้ รวมทั้งเป็นการสรุปถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ได้จากข้อเท็จจริง เพื่อนำมาให้ผู้บริหารตัดสินใจ ในกรณีที่โครงการกำลังดำเนินการอยู่ก็สามารถปรับปรุงการดำเนินงานให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการที่ตั้งไว้ได้อย่างทันที ซึ่งจะส่งผลถึงความสำเร็จของโครงการในที่สุด (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2540)

จังหวัดยโสธร เป็น 1 ใน 5 จังหวัดในพื้นที่นำร่องโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health care reform project) ของกระทรวงสาธารณสุขโดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การสหภาพยุโรป และเริ่มดำเนินโครงการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 จนถึงปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายหลักในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดเพื่อให้ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ในการปฏิรูประบบบริการที่สำคัญ คือ ความเป็นธรรม (equity) ประสิทธิภาพ (efficiency) คุณภาพ (quality) และการให้สังคมมีส่วนร่วมในการตรวจสอบได้ (social accountability) อนึ่ง โครงการปฏิรูปของจังหวัดที่มีรูปแบบการดำเนินการอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมโครงการหนึ่ง คือ การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุข (health care financing reform) ในสถานบริการของรัฐให้มีประสิทธิภาพและเกิดความ เป็นธรรม ซึ่งจะสนับสนุนให้ระบบบริการสามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้ เนื่องจากระบบการคลังด้านสาธารณสุขนั้น (แหล่งของเงิน และการจัดสรรเงินให้แก่สถานบริการ) นับเป็นองค์



ประกอบที่สำคัญเมื่อกล่าวถึงระบบบริการสาธารณสุข โดยที่ทั้งสององค์ประกอบมีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนั้นวิธีการจัดสรรเงินหรือการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการและผู้ให้บริการก็มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ดังนั้น ระบบการเงินการคลังจึงถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการที่จะกระตุ้นหรือขัดขวางการจัดบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญในการจัดบริการด้านสาธารณสุข คือ ประสิทธิภาพ (efficiency) คุณภาพ (quality) และความเป็นธรรม (equity) (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541)

การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา โดยมีกลยุทธ์คือ การรวมกองทุน (merge funds) งบประมาณด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน โดยมีการรวมงบประมาณหมวดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) และบัตรประกันสุขภาพเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานบริการแบบใหม่ โดยจ่ายให้กับการบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน (register) กับสถานบริการที่รับผิดชอบ และจ่ายตามปริมาณบริการเป็นโบนัสโรคในอัตราเดียวกัน (flat rate/bonus) ให้กับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และปล่อยให้เงินไหลตามจำนวนผู้ป่วย (money follow patients) กล่าวคือ ในกรณีที่มีผู้รับบริการมีการข้ามขั้นตอน (by-pass) ไปรับบริการโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วย (referral system) จะต้องมีการตามจ่ายให้กับสถานบริการที่เป็นผู้ให้บริการตามอัตราที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่สถานบริการผู้ให้บริการโดยยึดหลักผู้ให้บริการก็ต้องได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายในบริการแต่ละครั้ง ในขณะเดียวกันเพื่อเป็นการปรับพฤติกรรมของผู้รับบริการ และผลักดันให้เข้าสู่ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ในกรณีที่ผู้รับบริการมีการข้ามขั้นตอนโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมจ่าย (co-payment) ในบริการแต่ละครั้ง โดยคาดว่าหากอัตราการจ่ายสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและเป็นที่ยอมรับของสถานบริการ รูปแบบดังกล่าวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดบริการสาธารณสุขของสถานบริการได้ นอกจากนั้นก็ยังสามารถทำให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสจะได้รับบริการที่เท่าเทียมกับกลุ่มอื่นโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติเช่นที่เคยผ่านมา

ในปีงบประมาณ 2542 จังหวัดยโสธรได้เข้าร่วมในโครงการเงินกู้เพื่อการลงทุนทางสังคมจากธนาคารโลก (Social Investment Project : SIP) และได้มีการพิจารณาใช้รูปแบบเดิมในการจัดสรรแต่ได้มีการปรับปรุง พัฒนารูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณจากปัญหาที่พบในปีที่ผ่านมาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อาทิเช่น การกระจายอำนาจการบริหารจัดการลงไปสู่ระดับอำเภอมากยิ่งขึ้น การโอนเงินงบประมาณทุกส่วนไปให้ระดับอำเภอในการบริหารจัดการ การกำหนดอัตราการ

เรียกเก็บระหว่างสถานบริการให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้น การกำหนดหมู่บ้านของสถานบริการในการข้ามไปรับบริการที่อื่นโดยไม่ต้องผ่านระบบการส่งต่อ การสร้างคู่มือโรค/อาการ/บริการที่สถานีอนามัยสามารถรักษาได้หรือไม่ได้/เกินขีดความสามารถ การพัฒนาระบบ ข้อมูลการรับบริการและการเรียกเก็บงบประมาณของโรงพยาบาล เป็นต้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการประเมินรูปแบบของการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542 นี้ โดยอาศัยกระบวนการวิจัยประเมินผลในการศึกษา เพื่อเป็นการประเมินผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์โครงการที่ตั้งไว้หรือไม่หรือได้ผลเพียงใด รวมทั้งเป็นการศึกษาถึงปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่สำคัญในการประเมินผลจึงจำเป็นต้องประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่ตั้งไว้ ทั้งในด้านประสิทธิภาพของการจัดสรรงบประมาณ คุณภาพบริการของสถานีอนามัย ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานีอนามัยที่มีต่อวิธีการจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งผลกระทบทางด้านปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการ ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปเป็นข้อเสนอแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิรูปด้านการคลังสาธารณสุขของจังหวัด โดยจะส่งผลถึงความยั่งยืนของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของจังหวัดและพัฒนาเป็นรูปแบบที่ดีสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นของระบบสาธารณสุขประเทศไทยต่อไป

**วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการจัดสรรงบประมาณบริการสุขภาพของจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542

### **วัตถุประสงค์เฉพาะ**

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ
2. เพื่อประเมินคุณภาพการจัดบริการของสถานีอนามัย
3. เพื่อประเมินความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานีอนามัย
5. เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน

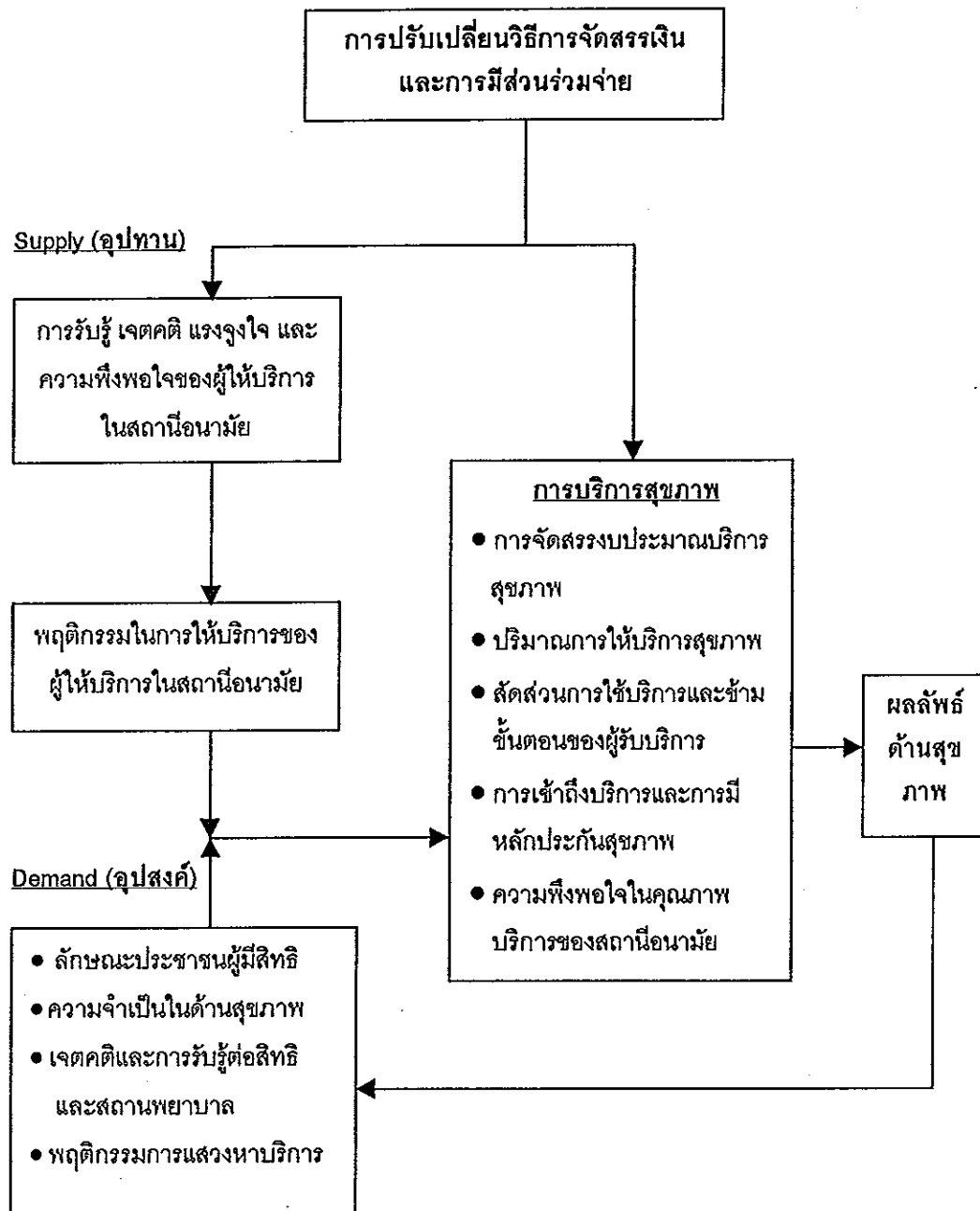
## คำถามของการวิจัย

1. วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ บริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
2. วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ทำให้คุณภาพการจั้ดบริการของสถานีนอนามัยเป็นอย่างไร
3. วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ทำให้ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร
4. วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ทำให้ผู้ให้บริการในสถานีนอนามัยมีความพึงพอใจเพียงใด
5. วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่มีปัญหา อุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอย่างไร

## กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ผู้วิจัยนำเอาแนวคิดการวิจัยประเมินผล (evaluation research) ซึ่งเป็นการประยุกต์วิธีการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลักการวิจัยทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ มาใช้ในการวิจัยประเมินผล (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์, 2529) ซึ่งเป็นการประเมินผลความก้าวหน้า (formative/progressive evaluation) ของโครงการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข ในส่วนของการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้กับสถานีนอนามัยของจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542 โดยการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ สปร.และบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการประเมินผลในระหว่างการดำเนินโครงการเพื่อการปรับปรุงโครงการเป็นสำคัญ และเป็นการตรวจสอบว่าได้ดำเนินไปตามแผนหรือมีความก้าวหน้าของโครงการอย่างไร นอกจากนี้ยังจะช่วยตั้งวัตถุประสงค์ของโครงการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่แท้จริงได้ (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2540) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ทบทวนโครงการ แผนงาน วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ และทำการศึกษาความก้าวหน้าของโครงการในด้านประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ คุณภาพบริการของสถานีนอนามัย ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่มีต่อวิธีการจัดสรรงบประมาณ และด้านปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิด (conceptual framework) ในการวิจัยในครั้งนี้



## นิยามศัพท์

1. การปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรเงินงบประมาณ (paying mechanism) ในหมวดบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพให้กับสถานื่อนามัยในจังหวัดยโสธร ซึ่งมีดังนี้

1.1 การเหมาจ่ายรายหัว (Per Capita Payment or Capitation) หมายถึง วิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานื่อนามัยตามจำนวนประชากรที่มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลฟรีทั้ง 8 ประเภท ที่ขึ้นทะเบียน (register) อยู่ในความรับผิดชอบของสถานื่อนามัย ได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย เด็กอายุ 0-12 ปี นักเรียนมัธยมตอนต้น ผู้พิการ/ทุพพลภาพ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ/ผู้นำศาสนา ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ตกงานและครอบครัว และตามจำนวนสมาชิกบัตรประกันสุขภาพทั้ง 3 ประเภทที่ขึ้นทะเบียนอยู่กับแต่ละสถานื่อนามัย คือ บัตรประกันสุขภาพประเภททั่วไป ประเภทผู้นำชุมชน และประเภทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.2 การจ่ายตามปริมาณบริการเป็นอัตราเดียวกัน (Flat rate) หมายถึง วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานื่อนามัย ในงานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในอัตราเดียวกันของแต่ละชนิดตามอัตราที่กำหนดตามข้อตกลงร่วมกัน

2. การร่วมจ่าย (Co-payment) หมายถึง การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้รับบริการ เพื่อชดเชยค่าบริการที่เกิดขึ้นในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ผ่านระบบการส่งต่อ โดยกำหนดปรับในอัตรา 30 บาทต่อครั้งสำหรับการข้ามขั้นตอนในระดับสถานื่อนามัยและโรงพยาบาลชุมชน และ 100 บาทสำหรับการข้ามขั้นตอนมาใช้บริการในระดับโรงพยาบาลทั่วไป

3. บริการสุขภาพ หมายถึง บริการผสมผสานที่มีการดำเนินงานในสถานื่อนามัยทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

4. ประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ หมายถึง การจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ (รักษาพยาบาล, ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค) ให้แก่สถานพยาบาลระดับต่างๆ (สถานื่อนามัย, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป) แล้วทำให้ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพรวมสูงสุด กล่าวคือ ผลงานหรือปริมาณครั้งในการให้บริการที่เกิดขึ้นได้สูงสุดภายใต้วงเงินที่มีเท่าเดิมของสถานื่อนามัยหรือต้นทุนต่ำสุดโดยที่ผลงานเท่าเดิม หรือนัยคือต้นทุนต่อหน่วยรวมลดลง

5. คุณภาพบริการของสถานื่อนามัย หมายถึง คุณภาพบริการในเชิงสังคม คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากบริการในสถานื่อนามัย

6. การมีหลักประกันสุขภาพ หมายถึง การที่ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาลประเภทใดประเภทหนึ่งและสามารถเข้ารับบริการได้ฟรีจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่มีอุปสรรคหรือสิ่งกีดกั้นในการเข้าถึงบริการ

7. การข้ามขั้นตอน (By-pass) หมายถึง การที่ผู้รับบริการข้ามเขตไปรับบริการจากสถานอนามัยอื่น หรือโรงพยาบาลโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วย (referral system)

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินรูปแบบของการจัดสรรงบประมาณในหมวดบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพให้กับสถานอนามัย ในปีงบประมาณ 2542 โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ หัวหน้าสถานอนามัย จำนวน 87 คน ประชาชนผู้มีสิทธิบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพที่เคยมารับบริการจากสถานอนามัย จำนวน 400 คน และอีกส่วนหนึ่งคือ การสำรวจข้อมูลของสถานอนามัย จำนวน 87 แห่ง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2541-กันยายน 2542

### ความสำคัญของการวิจัย

ทราบถึงความก้าวหน้าในการจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุขของจังหวัดว่ามีความก้าวหน้าในการดำเนินการเพียงใด รวมทั้งเป็นการตรวจสอบการดำเนินงานว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ และผลสรุปที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำเสนอต่อผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานโครงการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัด และอำเภอเพื่อการแก้ไข ปรับปรุงโครงการให้ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของโครงการยิ่งขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) เพื่อประเมินความก้าวหน้าของรูปแบบการจัดสรรงบประมาณบริการด้านสุขภาพในหมวดบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งใช้วิธีการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ให้กับสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร ในปีงบประมาณ 2542 ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประเมินความก้าวหน้ารูปแบบการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพในด้านประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ คุณภาพบริการของสถานีอนามัย ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการของประชาชน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานีอนามัย และปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข (Health financing reform)
2. การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร
3. ตัวชี้วัดความสำเร็จของการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข
4. การวิจัยประเมินผล (Evaluation research)
5. การประเมินผลโครงการสาธารณสุข (Program evaluation in public health)

#### 1. การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข (Health Financing Reform)

##### ระบบการคลังสาธารณสุข

ระบบการคลังสาธารณสุข หมายถึง กระบวนการในการสนับสนุนด้านการเงินให้แก่ระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีความหมายรวมถึง แหล่งของเงิน การบริหารจัดการ การไหลเวียนของเงินและวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ ระบบ และโครงสร้างการจัดบริการ

1. แหล่งของเงิน (Sources of finance) หมายถึง เงินหรืองบประมาณมาจากไหน สัดส่วนและแนวโน้มเป็นอย่างไร (งบประมาณของรัฐ ประชาชนจ่ายเอง นายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินบริจาค ระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ)

2. การบริหารจัดการ (Management of finance) หมายถึง หน่วยงานองค์กรกลางในการบริหารจัดการเงินก่อนที่จะไปถึงผู้ให้บริการในกรณีที่เป็นระบบการคลังรวมหมู่ วิธีการได้มาซึ่งเงิน การกระจาย รวมถึงวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการ

3. การไหลเวียนของเงินและวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ (Money flows and provider payment mechanism method) หมายถึง วิธีการจ่ายเงินและสัดส่วนของเงินที่ไหลไปยังสถานบริการ/ผู้ให้บริการประเภทและระดับต่างๆ

4. ระบบและโครงสร้างการจัดบริการ (System and service structure) หมายถึง ประเภท ลักษณะบริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการ รวมไปถึงความครอบคลุมในการให้บริการ ความสัมพันธ์ขององค์กรในระบบบริการหรือการคลังสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ ผู้รับบริการ (consumers) หรือผู้ป่วย ซึ่งเป็นประชาชนทุกเพศ ทุกกลุ่มอายุและทุกอาชีพ โดยมีหน้าที่รับบริการและเสียค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งมีรูปแบบการจ่ายอยู่ 2 วิธี กรณีแรก คือ จ่ายโดยตรงให้กับสถานบริการ (provider) ประกอบด้วยทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย อีกกรณีหนึ่งคือจ่ายผ่านผู้จ่ายที่สามหรือผู้ซื้อบริการ (purchasers or third party) สำหรับในภาครัฐของประเทศไทยผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการไม่ได้แยกหน้าที่กันอย่างชัดเจน คือ เป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการไปพร้อมๆ กัน จึงทำให้เป็นการผูกขาดในบริการสุขภาพ โดยมีกลุ่มองค์กรของรัฐและองค์กรวิชาชีพต่างๆ ทำหน้าที่ควบคุมกำกับหน่วยงานผู้ให้บริการ แต่กลุ่มองค์กรดังกล่าวในปัจจุบันบทบาทหน้าที่ยังไม่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

รูปแบบในการปฏิรูปการคลังสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันของต่างประเทศในแถบทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกาที่ดำเนินการปฏิรูปด้านการคลังสาธารณสุขของประเทศอย่างได้ผล โดยพิจารณาถึงวิธีการจัดสรรเงินและการจัดบริการ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541) พบว่า ในการดำเนินงานปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขในต่างประเทศนั้นมีจุดเด่นหลายประการที่แตกต่างจากสภาพการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย เช่น มีการแข่งขันกันระหว่างบริษัทเอกชนโดยใช้กลไกของการตลาดเข้ามาช่วยในการผูกขาด การมีกรรมการหรือผู้จ่ายเงินให้กับสถานบริการหรือผู้ให้บริการ และการมีแพทย์ประจำครอบครัวทำหน้าที่เป็นสถานบริการด่านแรก (gate keeper)

**วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Payment Mechanism to Provider of Health Services)**

วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการและสถานบริการของประเทศต่างๆ นั้นแตกต่างกัน ซึ่งพอที่จะจัดแบ่งได้เป็น 7 วิธีหลัก ๆ ดังนี้

1. การจ่ายตามปริมาณบริการ (Fee-for-service) หมายถึง การจ่ายตามปริมาณรายการกิจกรรมที่ให้บริการ (payment per item of service) เช่น ปริมาณของบริการขั้นสูงหรือบริการรักษาพยาบาล และยา รวมเข้าด้วยกันแล้วเรียกเก็บ



2. การจ่ายตามปริมาณผู้ป่วย (Case payment) หมายถึง การจ่ายให้ตามชุดบริการหรือรายของผู้ป่วยที่ให้บริการ ไม่แยกตามรายกิจกรรมเหมือนในกรณีแรก การจ่ายแบบนี้จะเป็นราคากลางที่กำหนดไม่สัมพันธ์กับต้นทุนจริงของการให้บริการแต่ละครั้งของแต่ละสถานบริการ เช่น การจ่ายตามกลุ่มอาการวินิจฉัยโรคร่วม หรือ Diagnosis Related Groups : DRGs

3. การจ่ายตามวันนอนของผู้ป่วย (Daily charge) หมายถึง การจ่ายแบบราคาเดียว (flat rate) ตามจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

4. การจ่ายแบบราคาเดียวเป็นโบนัส (Flat rate or bonus payment) หมายถึง การจ่ายโดยตรงตามอัตราที่ตกลงกันและมักเป็นยอดรวมสำหรับบริการที่จัด มักเป็นการจ่ายให้กับบริการด้านการส่งเสริมป้องกันโรค

5. การจ่ายแบบเหมาจ่าย (Capitation) หมายถึง การจ่ายแบบเหมารวมในการให้บริการแก่รายชื่อคนที่มาขึ้นทะเบียนซึ่งมักเป็นรายปี อัตราการเหมาจ่ายอาจแตกต่างกันตามกลุ่มของผู้ป่วย เช่น สำหรับผู้สูงอายุ สำหรับเด็ก เป็นต้น

6. การจ่ายแบบเงินเดือน (Salary) หมายถึง การจ่ายที่รายได้ของผู้ให้บริการจะไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณงานที่ทำหรือต้นทุนของบริการที่จัด

7. การจ่ายแบบยอดรวม (Global budget) หมายถึง การจ่ายงบประมาณในการดำเนินงานทั้งหมด (รวมทั้งหมวดค่าแรงและค่าดำเนินการทั้งหมด) ซึ่งจะถูกกำหนดล่วงหน้าแต่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในการใช้ภายใต้ยอดที่กำหนด

สำหรับประเทศไทย เนื่องจากบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกมิได้แยกออกจากบริการผู้ป่วยใน ดังนั้นวิธีการจ่ายเงินให้แก่บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจึงไม่ค่อยต่างกัน ซึ่งวิธีการจ่ายแต่ละวิธีนั้นจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการและส่งผลกระทบต่อปริมาณของบริการ ต้นทุน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและประเทศ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541) พบว่า

การจ่ายตามปริมาณบริการ จะทำให้ผู้บริการมีแรงจูงใจสูงสุดในการให้บริการ ซึ่งจะส่งผลให้ปริมาณบริการทั้งในแง่ของจำนวนผู้รับบริการและจำนวนบริการที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีแรงจูงใจทำให้ผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะให้บริการที่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มได้หรือบริการที่มีราคาแพงกว่าเนื่องจากจะทำให้ตนเองมีรายได้เพิ่มมากขึ้น หลักฐานที่บ่งชี้ปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ดีคือ พฤติกรรมการให้บริการของแพทย์ในอเมริกา หรือในกรณีของแพทย์เวชปฏิบัติในเยอรมัน

การจ่ายตามรายผู้ป่วย จะทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการแก่กลุ่มโรคที่ให้ผลตอบแทนสูงกว่า และบริการที่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมได้ นอกจากนั้นยังพบว่า มีปัญหาการ

เปลี่ยนการวินิจฉัยโรคไปสู่กลุ่มที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้สูงกว่า (DRGs creep) และมีแนวโน้มการเปลี่ยนการให้บริการจากผู้ป่วยในไปสู่ผู้ป่วยนอกซึ่งสามารถเรียกเก็บเงินได้ตามปริมาณบริการ และการรับผู้ป่วยไว้นอนในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยรายเดิม (readmit)

การจ่ายให้รายวันแก่ผู้ป่วยใน ผู้ให้บริการจะมีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการที่ให้ผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากการจ่ายไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณบริการแต่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอน และมีแรงจูงใจในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยและเก็บผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลนานขึ้น เนื่องจากวันหลังๆ ของการรักษา มักมีต้นทุนในการจัดบริการต่ำ

การจ่ายอัตราเดียวเป็นโบนัสน์ จะทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการแก่ผู้ป่วยมากขึ้นและมีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อลดต้นทุนในการจัดบริการ

การจ่ายแบบเหมาจ่าย ผู้ให้บริการจะมีแรงจูงใจในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนกับตนเองเพราะจะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น ซึ่งนั่นหมายถึงผู้ให้บริการจำเป็นจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการของตนเองให้ดียิ่งขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็มีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการที่จัดให้ผู้ป่วยแต่ละรายและบริการที่มีราคาแพงเนื่องจากจะทำให้ต้นทุนการจัดบริการเพิ่มขึ้น

การจ่ายให้ผู้ให้บริการแบบเงินเดือนนั้น ผู้ให้บริการจะมีแรงจูงใจในการลดปริมาณงานทั้งจำนวนผู้ป่วยและจำนวนบริการที่จัดให้แต่ละราย

การจ่ายแบบงบประมาณยอดรวม ก็เช่นเดียวกับการจ่ายแบบเงินเดือน นอกจากนั้นงบประมาณยังทำให้มีแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการลดชนิดของบริการที่มีราคาแพงเพื่อลดต้นทุนในการจัดบริการ

ดังนั้นจะเห็นว่า วิธีการจ่ายเงินแต่ละวิธีจะมีแรงจูงใจต่อการจัดบริการที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการจัดบริการทั้งในแง่บวกและลบ มีจุดแข็งและจุดอ่อนของวิธีการจ่ายเงินแต่ละวิธี ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 จุดแข็งและจุดอ่อนของรูปแบบหรือวิธีการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในแต่ละวิธี

| วิธีการจ่ายเงิน<br>(Payment mechanism)        | จุดแข็ง<br>(Strength)   | จุดอ่อน<br>(Weakness)  |
|---|---|--|
| 1. ปริมาณบริการ<br>(fee-for-service)          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ให้บริการรับผลตอบแทนตามผลงานที่ตนทำ</li> <li>- ง่ายในการวิเคราะห์ผลงานของผู้ให้บริการ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะเงินเฟ้อทางการแพทย์</li> <li>- ทำให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการที่มากเกินไปและไม่จำเป็น</li> </ul>   |
| 2. รายป่วย<br>(case payment)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ให้บริการรับผลตอบแทนตามผลงานดีพอสมควร</li> <li>- มีแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการลดปริมาณและควบคุมต้นทุนในการจัดบริการ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความยุ่งยากและซับซ้อนเชิงเทคนิคในการนำไปใช้แล้วอาจนำไปสู่การไม่ตรงของการจ่ายค่าตอบแทนและผลงาน</li> <li>- ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้การวินิจฉัยโรคที่ผิดไปเพื่อเพิ่มค่าตอบแทน</li> </ul>   |
| 3. รายวัน<br>(daily charge)                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดทรัพยากรที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการเก็บผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเกินความจำเป็น</li> </ul>   |
| 4. อัตราเดี่ยวยเป็นโบนัส<br>(flat rate/bonus) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ให้บริการได้รับค่าตอบแทนตามผลงานที่ตนทำ</li> <li>- ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการจัดบริการที่ต้องการส่งเสริม เช่น บริการด้านส่งเสริมป้องกันโรค</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เหมาะสมกับบริการที่มีความซับซ้อนมาก</li> </ul>   |
| 5. เหม่าจ่ายรายหัว<br>(capitation)            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ง่ายต่อการบริหารจัดการ</li> <li>- สนับสนุนให้เกิดการจัดทำงบประมาณแบบล่วงหน้า</li> <li>- ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดต้นทุนของการจัดบริการ</li> <li>- เพิ่มทางเลือกให้แก่ประชาชนถ้าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแพทย์เวชปฏิบัติ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ และปฏิเสธการรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง</li> <li>- อาจก่อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นในกลุ่มที่มากขึ้น ทะเยอเยิน</li> <li>- ยากในการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ให้บริการ</li> </ul> |

## ตาราง 1 (ต่อ)

| วิธีการจ่ายเงิน<br>(Payment mechanism) | จุดแข็ง<br>(Strength)   | จุดอ่อน<br>(Weakness)  |
|--|---|--|
| 6. เงินเดือน (salary)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริหารจัดการง่ายที่สุด</li> <li>- สนับสนุนให้เกิดการจัดทำงบประมาณล่วงหน้า</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สูญเสียการที่ผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ยกเว้นเงินเดือนของผู้ให้บริการจะขึ้นกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ</li> <li>- ก่อให้เกิดแรงจูงใจของผู้ให้บริการได้ง่ายในการให้บริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและลดผลผลิตภาพ (productivity)</li> </ul> |
| 7. ยอดรวม<br>(global budget)           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริหารจัดการง่าย</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายทรัพยากร</li> <li>- เป็นการจัดทำงบประมาณล่วงหน้า</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดจำนวนผู้ป่วยและปริมาณบริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น</li> </ul>   |

วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในรูปแบบของความสัมพันธ์ไตรภาคีระหว่างผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้ซื้อบริการ ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการการจัดสรรงบประมาณไปสู่ผู้ให้บริการและบริการประเภทต่างๆ จะมีผลต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศและส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบการคลังสาธารณสุขโดยรวม นอกจากนี้ วิธีการจ่ายเงินยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการซึ่งจะมีผลต่อประสิทธิภาพเชิงการผลิต (technical efficiency) เชิงการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency) และคุณภาพบริการ (quality of care) อย่างไรก็ตามวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ภาวะทางการตลาดที่มีการแข่งขันมากน้อยเพียงใดก็มีอิทธิพลในการกำหนดและอาจมีมากกว่าด้วยซ้ำ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541)

ดังนั้นในการประยุกต์ใช้ส่วนใหญ่จะมีการผนวกวิธีการจ่ายเงินวิธีต่างๆ เข้าด้วยกันมากกว่าใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง เพื่อแก้ไขจุดอ่อนและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เช่น การผนวกการจ่ายตามปริมาณบริการตามอัตราที่กำหนด (fee schedule) เข้ากับงบประมาณยอดรวม ในการจ่ายให้แก่บริการผู้ป่วยนอกของประเทศเยอรมันนี้ เป็นต้น แนวโน้มการประยุกต์ใช้วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการนั้นไปสู่วิธีการจ่ายเงินที่เป็นการจ่ายแบบรวมมากกว่าการจ่ายแบบแยกรายกิจกรรม และจ่ายแบบล่วงหน้า

(prospective payment) การจ่ายแบบงบประมาณยอดรวม (global budget) เป็นที่นิยมในการจ่ายให้แก่โรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใน โดยให้โรงพยาบาลมีความเป็นอิสระในการถ่ายเทงบประมาณหมวดต่างๆ แต่อยู่ภายใต้งบประมาณยอดรวมเท่านั้น

การปฏิรูป (Reform) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นถึงระดับโครงสร้าง (structure) หรือระบบ (system) ที่มีอยู่เดิม เพื่อสร้างเงื่อนไขไปสู่การมีระบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ต่างๆ เข้ามาสนับสนุนเป็นจำนวนมาก กระบวนการค้นหาองค์ความรู้ดังกล่าว อาจได้มาจากการรวบรวมประสบการณ์การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในต่างประเทศ การสรุปรวบรวมประสบการณ์ที่เคยดำเนินการในประเทศ พัฒนารูปแบบ และมีการทดสอบรูปแบบต่างๆ ก่อนที่จะนำมาใช้จริงในลักษณะที่เป็นกระบวนการพัฒนาและวิจัย (development and research) (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2540)

การปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข หมายถึง การปรับเปลี่ยนระบบการเงินการคลัง เพื่อให้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งของผู้ให้บริการคือ สถานพยาบาล บุคลากรทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุข และผู้รับบริการคือ ประชาชน ระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข (แหล่งของเงินและการจัดสรรเงินให้แก่สถานพยาบาล) นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเมื่อกล่าวถึงระบบบริการสาธารณสุข โดยที่ทั้งสององค์ประกอบมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน วิธีการจัดสรรเงินหรือการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล และผู้ให้บริการมีอิทธิพล อย่างยิ่งต่อพฤติกรรม การให้บริการของผู้ให้บริการ ดังนั้น ระบบการคลังจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการกระตุ้นระบบการจัดบริการสาธารณสุขให้สนองต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการพัฒนาความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพของการจัดบริการ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541)

การจัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุขนั้นมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์สำคัญ คือ การเพิ่มประสิทธิภาพ การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และตอบสนองต่อความเป็นธรรมในการจัดบริการด้วย ดังนั้น จึงต้องมีมาตรการทางด้านการเงินการคลังที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวด้วยการพัฒนาหลักเกณฑ์ และวิธีการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ให้สอดคล้องกับผลงานของสถานพยาบาล (performance based) โดยพยายามเน้นหลักการที่ว่าที่ใดให้บริการมากงบประมาณก็จะได้มาก (money follow service) เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพการบริการ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น

สำหรับปัญหาของการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสาธารณสุขที่ผ่านมา พบว่ามีการจัดสรรงบประมาณโดยขาดหลักเกณฑ์ การได้มาซึ่งงบประมาณจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความ

สามารถในการเจรจาตกลง การต่อรองและความสัมพันธ์ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง นอกจากนี้ยังมี การใช้งบประมาณไปในทางอื่นที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยตรง สถานการณ์เหล่านี้จะส่งผลให้การวางแผนพัฒนางานสาธารณสุขขาดประสิทธิภาพ ไม่กระตุ้นให้สถานพยาบาลเกิดความตื่นตัวในการปฏิบัติงาน เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสาธารณสุข จึงเกิดแนวคิดเกี่ยวกับการกำหนดรูปแบบการจัดสรรงบประมาณของสถานพยาบาล ด้วยการศึกษาด้านทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมของสถานพยาบาลทุกระดับเป็นฐานข้อมูล และมีการสำรวจความเห็นประชาชนในเรื่องความสามารถในการจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพ (ability to pay) และความพอใจในการจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพ (willing to pay) เพื่อพิจารณากำลั้งข้อประกันสุขภาพของประชาชนแล้วสร้างรูปแบบของการจัดสรรเงิน โดยการรวมกองทุน (merged fund) และแยกผู้ให้บริการกับผู้ซื้อบริการออกจากกัน (provider and purchaser split) หรืออาจจะสร้างหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมกับพื้นที่ ซึ่งสามารถสะท้อนถึงสถานการณ์ปัญหา และแนวทางการกำหนดรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ เพื่อเป็นฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการการวางแผนพัฒนาระบบการเงินการคลังสาธารณสุขในอนาคตต่อไปได้

### หลักการและวิธีการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข

การปฏิรูปจะต้องเป็นการปฏิรูปที่อยู่บนพื้นฐานของการเรียนรู้อย่างรอบด้าน โดยเรียนรู้ประสบการณ์ที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงในประเทศต่างๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของโครงการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการแล้วในประเทศไทย เพื่อให้การปฏิรูปเกิดผลสูงสุด หลีกเลี่ยงความล้มเหลวที่เกิดขึ้นในประเทศอื่นๆ และพัฒนาจากพื้นฐานความเป็นจริงของสังคมไทย เป็นการปฏิรูปที่มั่นใจว่าจะได้รับผลอย่างแน่นอน ในส่วนของการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุขมีหลักการ/ยุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2536) คือ

1) การจัดระบบการเงินการคลังสุขภาพรวมหมู่ (Collective financing) เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากประชาชน ค่าใช้จ่ายดังกล่าวจ่ายไปในลักษณะที่เป็นไปอย่างกระจัดกระจายไม่มีทิศทางกำกับจากประเทศโดยรวม เพื่อให้ไปสู่ทิศทางที่มีประสิทธิภาพ การใช้ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ คือ การที่ประชาชนทุกคนร่วมกันเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข แทนที่จะไปจ่ายเองตามสถานพยาบาลต่างๆ ก็กลับมาจ่ายตามเศรษฐกิจของตนเอง เพื่อรวมเป็นกองทุนขนาดใหญ่ พลังที่เกิดจากกองทุนขนาดใหญ่จะสามารถกำกับทำให้ทิศทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมได้มากขึ้น การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกาเป็นตัวอย่างที่ดีถึงความพยายามที่จะให้ประชาชนผู้บริโภครวมตัวกัน มีระบบการเงินการคลังรวมหมู่เป็นสิทธิอันดูแลสุขภาพของตนเอง การรวมตัวกันของผู้บริโภค ทำให้เกิดพลังต่อรองกับสถาน

พยาบาล และสามารถกำกับคุณภาพของบริการที่ผู้บริโภคต้องการได้มากยิ่งขึ้น การร่วมกันเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข จ่ายค่าใช้จ่ายตามเศรษฐกิจฐานะของตนเอง เพื่อรวมเป็นกองทุนใหญ่ไม่ได้เป็นของใหม่สำหรับประเทศไทย เพราะเกิดขึ้นมาแล้วจากการหักส่วนเล็กน้อยจากเงินเดือนของผู้มีเงินเดือนประจำมา รวมเป็นกองทุนใหญ่ในโครงการประกันสังคม โดยมีจุดประสงค์หนึ่ง คือ การประกันสุขภาพของประชาชนผู้ร่วมโครงการทุกคน เป็นระบบการเงินการคลังรวมหมู่ ตัวอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในโครงการนี้ มีการจ่ายแก่สถานพยาบาลในแบบเหมาจ่ายรายหัว และให้ประชาชนผู้เลือกสถานพยาบาลที่ได้รับงบประมาณจากการเหมาจ่ายไปแล้ว การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว เป็นระบบการจ่ายสถานพยาบาลแบบใหม่ ที่ไม่เคยดำเนินการมาก่อนในประเทศไทย ผลของการดำเนินงาน พบว่า มีประสิทธิภาพที่ดีระดับหนึ่ง การใช้จ่ายเงินอย่างกระจัดกระจายของประชาชนโดยไม่มีผู้มาช่วยจัดการให้เป็นระบบให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ในท้ายที่สุดจะทำให้ประชาชนเองต้องประสบกับการต้องเสียค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพงเกินไป หรือได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพที่ดีเท่าที่ควร วิธีดำเนินการที่จะทำให้เกิดระบบการเงินการคลังรวมหมู่ทางด้านสุขภาพในขอบข่ายทั่วประเทศ สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแบบบังคับ (compulsory insurance) โดยให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามเศรษฐกิจฐานะที่เหมาะสมของตนเอง ยกเว้นคนยากไร้และผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล กองทุนนี้จะมีจุดมุ่งหมายให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเมื่อประชาชนไม่ว่าจะเป็นผู้ใดเกิดการเจ็บป่วย จะทำให้การใช้จ่ายของประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แทนที่จะให้ประชาชนมีการใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยอย่างกระจัดกระจาย การทำให้อกองทุนขนาดใหญ่นี้อาจจะพิจารณารวมกองทุนอีกหลายกองทุนที่ดำเนินการอย่างไม่เป็นเอกภาพร่วมกันในปัจจุบัน เช่น กองทุนบัตรประกันสุขภาพ กองทุนสวัสดิการข้าราชการด้านการรักษาพยาบาล กองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล กองทุนประกันสังคม ให้รวมเป็นกองทุนที่ใหญ่ขึ้น เพื่อการกำกับทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขจะเป็นไปในทิศทางที่มีพลังมากขึ้น

2) การปรับระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพของรัฐทุกระบบให้มีความเป็นเอกภาพ แม้ในประเทศไทยจะมีโครงสร้างสวัสดิการและประกันสุขภาพหลายโครงการ แต่ก็ไม่ได้มีการประสานงานกันอย่างจริงจัง ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของผู้ได้รับสิทธิ ประชาชนบางคนมีหลายสิทธิ ในขณะที่บางคนไม่มีสิทธิอะไรเลย ในด้านการบริหารจัดการอื่นๆ เช่น การบริหารข้อมูลข่าวสาร มีการดำเนินการในลักษณะต่างคนต่างทำ วิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล สิทธิประโยชน์ก็มีความแตกต่างกัน เป็นต้น ปัญหาเดียวกันนี้พบในพัฒนาการของระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น เนเธอร์แลนด์ และเยอรมันนี จนในที่สุดในประเทศญี่ปุ่นมีการทำให้ระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป็นผู้ดูแล ในประเทศอื่นๆ ก็เช่นกัน การปรับปรุงให้เกิดความเป็นเอกภาพมากขึ้น จะต้องเริ่มดำเนินการตั้งแต่การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิต่างๆ ให้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในขอบข่ายทั่วประเทศ โดยมีจุดมุ่งหมายว่า ประชาชนไทยที่เกิดมาในประเทศทุกคนจะต้องมีบัตรประจำตัวที่แสดงสิทธิด้านบริการสุขภาพของตนเอง เป็นบัตรที่เพิ่มขึ้นอีกหนึ่งใบจากที่เคยมีเพียงบัตรประชาชน การขึ้นทะเบียนจะทำให้ลดความซ้ำซ้อน และสามารถสร้างความเป็นไปได้ของการพัฒนาข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละคน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในหลายๆ ด้าน นอกจากนี้จะต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติเพื่อประสานการดำเนินงานโครงการต่างๆ ที่กระจัดกระจายเหล่านี้ให้มีเอกภาพมากขึ้น เช่น จัดวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล สิทธิประโยชน์ที่เป็นบริการหลัก (core package of health service) ที่จำเป็นเพื่อให้ทุกโครงการสามารถประกันการให้บริการหลักที่จำเป็นเบื้องต้นและไม่ให้มีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลหลั่มล้ำกันมากเกินไป สถานพยาบาลจะไม่เกิดแรงจูงใจต่างกันมากนัก จนเกิดการให้บริการแก่ประชาชนด้วยมาตรฐานที่ไม่เหมือนกัน การปรับความเป็นเอกภาพนี้จะทำให้มีประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และคุณภาพในภาพรวมของระบบบริการสุขภาพ

3) การปรับระบบการจัดการ ทางด้านการเงินการคลังให้อยู่ภายใต้ระบบที่ควบคุมค่าใช้จ่าย (managed care) ประสบการณ์จากการดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา ประเทศในกลุ่มทวีปอเมริกาใต้ ประเทศเอเชียบางประเทศ เช่น เกาหลีใต้ ได้ให้บทเรียนปัญหาของการจัดการทางด้านการเงินการคลังว่าหากมีระบบการจัดการที่ไม่ดีพอจะก่อให้เกิดปัญหาทำให้ประชาชนไม่ได้รับบริการ และระบบบริการสุขภาพจะไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างยั่งยืน การจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลในลักษณะตามรายการที่ได้ให้บริการ (fee-for-service) เป็นข้อผิดพลาดที่ได้ดำเนินการในประเทศต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ค่าใช้จ่ายในประเทศสูงจนอยู่ในระดับที่ต้องการปฏิรูปลักษณะการจ่ายสถานพยาบาลตามรายการ มีจุดอ่อนในแง่ของการกระตุ้นแรงจูงใจให้สถานพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการมีแนวโน้มให้บริการบางอย่างเกินความจำเป็น การบริการสุขภาพภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลแก่ข้าราชการในประเทศไทย ก็พบปัญหาในลักษณะนี้เช่นเดียวกัน โดยค่าใช้จ่ายในด้านนี้สูงขึ้นทุกปี จากประมาณ 6,500 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2535 เป็นประมาณ 15,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2540 หรือเพิ่มมากกว่า ร้อยละ 20 เกือบทุกปี

การใช้ระบบการเหมาจ่ายรายหัว ในระบบของประเทศอังกฤษทำให้การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นไปได้ดีขึ้น โดยประเทศอังกฤษสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศให้อยู่ในระดับ ร้อยละ 6 - 7 ของ GNP ประเทศ และประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ ในขณะที่สหรัฐอเมริกา มีค่าใช้จ่ายในด้านนี้สูงถึง ร้อยละ 13 ของ GNP ประเทศ แต่ประชาชน 32 ล้านคน ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพดังกล่าวได้ การดำเนินโครงการประกันสุขภาพภายใต้การประกัน



สังคมในประเทศก็ให้ตัวอย่างในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้เช่นกัน ประเทศแคนาดา เยอรมันนี ได้พยายามปรับระบบการเงินการคลังให้อยู่ภายใต้ระบบที่ควบคุมได้ ภายหลังจากประสบปัญหาค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น โดยใช้ระบบเหมาจ่ายรวม (global budget) หรือคุมเพดานการจ่ายตามรายการให้อยู่ในขีดจำกัด (fee-for-service with capping) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและมีความเป็นไปได้ทางด้านการเงินการคลังในการดำเนินการระยะยาว จึงต้องมีการปรับใช้ระบบการเงินการคลังให้เหมาะสม โดยเฉพาะการจ่ายสถานพยาบาลและบุคลากรแพทย์ผู้ให้บริการ โดยผู้จ่ายค่าบริการหลักในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข บริษัทประกันสุขภาพเอกชน ควรจะกำหนดทิศทางการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลให้เป็นไปในลักษณะที่ใกล้เคียงกันแบบนี้ ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว หรือการจ่ายตามตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) แต่ระบบการจัดการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายเหล่านี้ จะมีจุดอ่อนตรงที่มีแนวโน้มที่คุณภาพบริการอาจจะไม่ดีเท่าที่ควร หากไม่มีระบบกำกับคุณภาพที่ดีเพียงพอ ดังนั้น การปรับใช้ระบบที่กำกับค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพได้นี้จะต้องดำเนินการไปพร้อมกับการกำกับทางด้านประกันคุณภาพของการบริการ (quality assurance) อย่างเข้มแข็ง จึงจะทำให้เกิดการปฏิรูปอย่างแท้จริง

4) การปรับระบบการเงินการคลัง โดยเน้นนโยบายส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (prevention and promotion) การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมาแล้ว นอกจากจะเป็นการแก้ไขที่ช้าเกินไป เพราะประชาชนเกิดความทุกข์ทรมานขึ้น แล้วยังทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น เพราะไม่ว่าจะเป็นโรคติดเชื้อที่เคยพบมากในอดีต เช่น วัณโรค คอตีบ หรือโรคที่พบมากในปัจจุบัน ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ อุบัติเหตุจากรถยนต์ โรคเบาหวาน โรคต่างๆ เหล่านี้ สามารถทำให้ลดลงได้หรือลดความรุนแรงลงได้ โดยการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ปีหนึ่งๆ สามารถทำให้ลดภาระการใช้งบประมาณ ซึ่งมากกว่า 7,000 ล้านบาท ลงได้มากมาย ดังนั้น การปรับระบบการเงินการคลัง ควรจะเน้นไปสู่การสนับสนุนทางด้านนี้ให้มากขึ้น

5) การสร้างความรับผิดชอบให้เกิดขึ้นกับประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นนิวซีแลนด์ เยอรมันนี แคนาดา เมื่อรัฐบาลได้พยายามดำเนินการปรับปรุงด้านสถานพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการดีแล้ว มีการจัดการด้านอุปทาน (supply side) ก็ยังไม่สามารถลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศโดยรวมได้ รัฐบาลของประเทศเหล่านี้จึงหันมาปรับปรุงทางด้านอุปสงค์ (demand side) ของประชาชน โดยริเริ่มการที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมจ่ายในค่าบริการสุขภาพ (co-payment)

เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักมากขึ้นถึงความสำคัญของการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ แต่การเก็บค่าบริการสุขภาพนี้จะจัดเก็บแต่เพียงเล็กน้อย โดยมีจุดมุ่งหมายเพียงเพื่อให้ประชาชนแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อจำเป็นเท่านั้น ไม่ใช่เป็นการเก็บค่าบริการจำนวนมากจนทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ การริเริ่มให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายนี้ มีสมมติฐานว่าหากประชาชนไม่ต้องการเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เลย ก็จะใช้บริการอย่างพรั้งหรือเมื่อเกิดการให้บริการที่พรั้งหรือมากๆ ก็จะมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้น ในประเทศสิงคโปร์ หลักการนี้มีความสำคัญมากที่สุดหลักการหนึ่งในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศ สำหรับประเทศไทย ประชาชนผู้มีสิทธิต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสิทธิประกันสังคม สิทธิด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิของผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ประชาชนผู้มีสิทธิต่างๆ เหล่านี้ แม้ตัวเลขของการใช้บริการจะยังไม่ปรากฏว่ามีแนวโน้มที่ชัดเจนว่าจะมีการใช้บริการที่พรั้งหรือจนเกินความจำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน แต่แนวโน้มในอนาคตก็มีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดปรากฏการณ์เช่นนี้ขึ้น จากตัวเลขการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี การริเริ่มการสร้างควมรับผิดชอบให้กับประชาชนผู้รับบริการ โดยการร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อยจะมีผลป้องกันไม่ให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นได้ในอนาคต

6) การเพิ่มการลงทุนของรัฐบาลในด้านสุขภาพให้มากขึ้น การลงทุนของรัฐบาลในด้านสุขภาพ (public health investment) ถือว่าเป็นการสร้างทรัพยากรที่มีคุณค่า ซึ่งจะยังผลให้เศรษฐกิจดีขึ้นในระยะยาว ธนาคารโลกได้มีความพยายามผลักดันประเทศต่างๆ ทั่วโลก ให้มีการลงทุนด้านสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สำหรับประเทศไทยดังได้กล่าวแล้วว่ายังมีการลงทุนจากภาครัฐในด้านนี้ในสัดส่วนที่น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอีกหลายประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ดังนั้น การที่จะให้การปฏิรูปประสบผลสำเร็จจะต้องมีการลงทุนทางด้านสุขภาพให้มากขึ้น การแทรกแซงโดยการลงทุนที่เพิ่มขึ้นของรัฐบาลคาดหวังว่าจะทำให้เกิดการปรับสมดุลของการกระจายบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันให้มีความเท่าเทียมกัน และมีประสิทธิภาพสูงขึ้น การเพิ่มการลงทุนนี้หากมีการกำกับประสิทธิภาพการใช้จ่ายที่ดีอย่างต่อเนื่องควบคู่กันไป รัฐบาลจะเพียงแต่มีการลงทุนเพิ่มขึ้นในช่วงระยะแรก แต่จะสามารถกำกับทำให้ค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศลดลงได้ในระยะยาว ทั้งนี้เนื่องจากส่วนแบ่งของการลงทุนที่ใหญ่ขึ้นจะทำให้กำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น สำหรับกลุ่มประชาชนที่รัฐบาลควรจะให้ความสนใจเป็นพิเศษในการเพิ่มการลงทุนให้ น่าจะได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันทางด้านสุขภาพ เช่น การเพิ่มงบประมาณในโครงการผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

7) การผ่อนคลายระเบียบและสร้างความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นให้กับผู้ให้บริการ ในปัจจุบันสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้ให้บริการในภาครัฐ มีลักษณะทำงานอยู่ภายใต้ระบบราชการที่มีระเบียบชัดเจนจนบางครั้งขาดความยืดหยุ่น งบประมาณที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะได้รับ เป็นงบประมาณที่มีลักษณะเพิ่มขึ้นทีละน้อย (incremental change) ทุกปี ไม่ได้มีการสะท้อนถึงผลงานที่ชัดเจนว่าหากมีผลงานดีงบประมาณก็จะได้เพิ่ม หากผลงานแย่ลงก็ควรจะได้รับงบประมาณลดลง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปแบบเรื่อยๆ บุคลากรผู้ให้บริการไม่จำเป็นต้องกระตือรือร้นเพราะผลงานไม่ได้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงโอกาสที่จะได้งบประมาณเพื่อปรับปรุง และขยายงานให้มากขึ้น แม้ผู้บริหารสถานพยาบาลจะมีความสามารถสูงมาก ไม่พึ่งงบประมาณเป็นหลัก แต่สามารถระดมงบประมาณจากภายนอกระบบราชการ เช่น ภาคเอกชน มาช่วยในการพัฒนางานที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ การใช้งบประมาณก็ยังไม่คล่องตัวอยู่ดี เพราะติดระเบียบราชการที่ไม่ยืดหยุ่นนานๆ เข้าความรู้สึกของความกระตือรือร้นที่ตนเองมีอยู่ก็จะมีระดับลดลงเรื่อยๆ เพราะแม้ไม่ได้รับผิดชอบอะไร หากต้องการขยายงานมากๆ เพิ่มความรับผิดชอบของตนเอง ก็จะต้องพบกับกฎระเบียบที่ไม่ยืดหยุ่น มีความยุ่งยาก

จากรายงานการศึกษาดูงานการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศสหราชอาณาจักร สวีเดน เนเธอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 24 มกราคม ถึง 1 กุมภาพันธ์ 2537 (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2537) พบว่า สิ่งที่ได้เรียนรู้จากประเทศสหราชอาณาจักร โดยประเทศสหราชอาณาจักรจัดให้มีระบบเวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner) โดยเน้นปรัชญาพื้นฐานที่ว่า สิทธิที่ประชาชนทุกคนจะต้องได้คือ บริการสาธารณสุข (universal coverage) ซึ่งรัฐบาลให้หลักประกันกับประชาชนทุกคนมากกว่า 40 ปี และมีคำประกาศสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (patient's charter) อย่างชัดเจนเพื่อให้ประชาชนติดตามควบคุมคุณภาพบริการ เน้นเสรีภาพของผู้บริโภคในการเลือกใช้บริการ (consumer choice) โดยสามารถเปลี่ยนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้ สุดท้ายเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของผู้ให้บริการโดยเพิ่มการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการภาครัฐด้วยกันเองหรือแข่งขันกับภาคเอกชนและแบ่งหน้าที่กันระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการ

สำหรับประเทศสวีเดน รัฐบาลได้ให้หลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันหมด การปกครองของประเทศมีการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ และการบริการสาธารณสุขก็ได้กระจายให้เป็นความรับผิดชอบของสภาเทศบาล (county council) ซึ่งมีความคล่องตัวในการบริหารงานให้เหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่น การปฏิรูประบบเน้นให้ประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัว (house doctor) เพื่อปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ก่อนที่จะตรงไปโรงพยาบาล และถึงแม้ว่าการปกครองจะกระจายอำนาจให้

ท้องถิ่น แต่การปฏิรูประบบก็เป็นนโยบายของพรรคการเมืองสำคัญของประเทศ และการเปลี่ยนแปลงผ่านการเห็นชอบของระบบรัฐสภา ซึ่งการปกครองส่วนท้องถิ่นต้องยอมรับ

ประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในเนเธอร์แลนด์เป็นโรงพยาบาลเอกชนแบบไม่แสวงกำไร (non-profit) ทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงเรียนแพทย์ ระบบบริการสาธารณสุขให้หลักประกันแก่ทุกคนว่าสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ที่มีคุณภาพได้โดยรายได้ไม่เป็นอุปสรรค มีระบบแพทย์ประจำตัวสำหรับประชาชนทุกคน ซึ่งผู้ป่วยต้องผ่านการส่งต่อจากแพทย์ประจำตัวก่อน จึงจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและเน้นการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ การแข่งขันระหว่างแพทย์ประจำตัวคนไข้

นอกจากนี้จากรายงานการศึกษาดูงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา ระหว่างวันที่ 4-15 พฤษภาคม 2537 ได้สรุปถึงการดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ดังนี้ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2537) พบว่าการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้นมาก ประชาชนบางกลุ่มที่ยังไม่สามารถมีหลักประกันสุขภาพที่ดีพอ มีกระบวนการเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการให้การดูแลสุขภาพ โดยพิจารณาเลือกวิธีการจัดสรรในด้านต่างๆ ที่จะทำให้อยู่ภายใต้ระบบควบคุมค่าใช้จ่าย (managed care) ซึ่งช่วยให้มีการควบคุมการใช้จ่ายในขณะที่ยังคงรักษาระดับของคุณภาพบริการได้ มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็น (public hearing) ของประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ใช้ระยะเวลา 2 ปี ก่อนที่จะออกเป็นกฎหมาย ให้หลักประกันแก่ผู้สมควรจะช่วยเหลือในโปรแกรมของ Medicaid สามารถคัดกรองผู้สมควรได้รับการช่วยเหลือ โดยใช้ข้อมูลการจ่ายภาษีเป็นหลักเกณฑ์ ใช้รูปแบบของการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายน้อยลงในขณะที่สุขภาพของประชาชนดีขึ้นด้วยนั้น ได้แก่ การจัดให้มีแพทย์ประจำครอบครัว (primary physician) ให้การดูแลก่อนเข้าโรงพยาบาล เน้นความสำคัญของการป้องกันโรค (preventive care) ซึ่งพบว่า มีผู้มาใช้บริการที่หน่วยบริการฉุกเฉิน (emergency unit) น้อยลง รวมทั้งตรวจสอบคุณภาพบริการเพื่อควบคุมมาตรฐานงานและค่าใช้จ่าย

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขประเทศแคนาดา ซึ่งด้วยเหตุผล คือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้น โดยมีกระบวนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเพื่อลดค่าใช้จ่ายคือ สร้างระบบถ่วงดุลและการเงินสนับสนุน การกำหนดจำนวนบริการที่เหมาะสม การประเมินการใช้เทคโนโลยี การบริหารจัดการเพื่อการใช้ทรัพยากร และการทบทวนบทบาทของสถานบริการต่างๆ

การที่จะปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้น โดยเฉพาะในภาครัฐให้เกิดขึ้นได้ จะต้องมีการแก้ไขระบบการทำงานนี้ให้ดีขึ้น มีการส่งเสริมการเพิ่มความรับผิดชอบของสถานพยาบาล เช่น การให้สถานพยาบาลได้รับงบประมาณตามผลงานที่ได้ทำ (result-oriented budgeting) หรือการที่จะต้องรับผิดชอบต่อประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับตน หรือเครือข่ายของตนจนถึงที่สุด ทั้งในขณะที่รักษาเองหรือส่งต่อไปรักษาที่อื่น การส่งต่อผู้ป่วยให้กันและกันระหว่างสถานพยาบาล ทั้งหลายเป็นปัญหาที่ประชาชนผู้ป่วยพบและเป็นข่าวอยู่บ่อยๆ ว่าผู้ป่วยไม่สามารถจะเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลใดๆ เลย เพราะได้รับแจ้งจากสถานพยาบาลทุกแห่งว่าเตียงเต็ม การเพิ่มความรับผิดชอบนี้ จะต้องเป็นไปพร้อมๆ กับการผ่อนคลายกฎระเบียบ (deregulation) ให้สถานพยาบาลมีลักษณะที่มีอิสระมากขึ้น รูปแบบที่สถานพยาบาลที่อิสระมากขึ้นจะสามารถทำให้สถานพยาบาลริเริ่มสิ่งใหม่ๆ ให้เกิดขึ้น ดังแบบอย่างที่เราพบอย่างชัดเจนจากประเทศสิงคโปร์ มาเลเซีย ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้โรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ (autonomous hospital) สามารถริเริ่มการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม บริหารกิจกรรมต่างๆ โดยไม่ได้ผูกติดอยู่ภายใต้ระเบียบราชการ

ในประเทศไทยเองก็มีความพยายามที่จะดำเนินการในลักษณะเดียวกันในสถานพยาบาลหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แม้จะดำเนินการภายใต้ระบบราชการปัจจุบันที่ยังไม่มีความคล่องตัวเท่าที่ควร การทบทวนระเบียบราชการขนานใหญ่ที่มีผลทั้งต่อการบริหารงบประมาณ บริหารบุคคล ควรจะมีการดำเนินการเพื่อผ่อนคลายระเบียบที่ไม่จำเป็นและส่งเสริมสถานพยาบาลให้มีความเป็นอิสระมากขึ้น รวมทั้งพัฒนาระบบการตรวจสอบ ควบคุมกำกับที่ดีจะทำให้เกิดมิติใหม่ของการจัดการสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2537)

ในประเทศไทยมาตรการการคลังสาธารณสุข ที่ใช้จะโน้มเอียงไปทางการจ่ายเงินเมื่อมารับบริการสาธารณสุข (จ่ายประมาณร้อยละ 40 ของต้นทุนเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือจ่ายเต็มราคาเมื่อใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน) ส่วนการให้หลักประกันล่วงหน้ายังครอบคลุมประชาชนบางกลุ่ม ไม่ใช่ทั้งหมดและการจ่ายเงิน (หรือการจัดสรรงบประมาณ) ให้แก่สถานบริการส่วนใหญ่ยังเป็นวิธีจ่ายย้อนหลังตามความเป็นจริง จึงทำให้ค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศสูงถึง ร้อยละ 5.9 ของ GNP ในปี 2535 ซึ่งสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้านที่อยู่ในระดับ ร้อยละ 3-4 GNP เท่านั้น นอกจากนั้น ประชาชนที่ยากจนยังต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่สูง (เทียบกับรายได้ครัวเรือน) เมื่อเจ็บป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล จึงต้องพัฒนาปรับปรุงระบบการคลังสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมยิ่งขึ้น

จากการศึกษาของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2539) ได้ศึกษาทบทวนวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่แพทย์และบุคลากรอื่นๆ ในประเทศไทย พบว่า มีมากมายหลายวิธีตั้งแต่ เงินเดือน เงินเพิ่มค่าวิชาชีพ ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าตอบแทนการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ เงินเพิ่มสำหรับแพทย์สาขาขาดแคลน เงินเพิ่มพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินค่าตอบแทนตามปริมาณงานนอกเวลาราชการ ค่าตอบแทนเสี่ยงภัยเอดส์ ค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ประกันตนของประกันสังคม เป็นต้น

เช่นเดียวกับ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ (2540) ได้ประเมินผลกระทบของการจ่ายเงินค่าตอบแทนบุคลากรการแพทย์ในระบบจ่ายตามปริมาณงานและไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว พบว่า การจ่ายค่าตอบแทนแบบต่างๆ ไม่ค่อยมีผลกระทบสถานภาพทางการเงินของสถานบริการมากนัก ค่าตอบแทนตามปริมาณบริการมีอัตราเพิ่มและเป็นสัดส่วนของรายจ่ายที่สูงที่สุดและสามารถเพิ่มผลงานการบริการนอกเวลาได้ เงินเพิ่มพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวช่วยทำให้เกิดความพึงพอใจในวิชาชีพมากขึ้นแต่ก็ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันระหว่างวิชาชีพ อย่างไรก็ตามการละเมิดจริยธรรม (moral hazard) พบได้ในการจ่ายค่าตอบแทนทั้งสองชนิด นอกจากนี้ยังพบว่าการบริหารจัดการของโรงพยาบาลมีบทบาทน้อยในการแก้ไขปัญหาการละเมิดจริยธรรม

นอกจากนี้สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2541) กล่าวว่า การที่สถานบริการต่างๆ ได้รับงบประมาณต่ำ และวิธีในการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางไปยังจังหวัดและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของสถานบริการทำให้สถานบริการขาดแรงจูงใจในการจัดบริการ ซึ่งอาจส่งผลทำให้ขาดคุณภาพในการให้บริการ และประชาชนผู้รับบริการไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับ ทั้งนี้วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่จะมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของระบบการเงินการคลังและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าวิธีการจ่ายเงินให้แก่ทั้งผู้ให้บริการที่แตกต่างกันนั้นจะมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน และส่งผลกระทบต่อต้นทุน การบริการและปริมาณงานที่ต่างกัน การจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการมี 2 ระดับด้วยกันคือ การจ่ายแก่สถานบริการ และการจ่ายให้แก่บุคลากรผู้ให้บริการ วิธีการทั้งสองระดับนี้อาจมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ก็ได้ รูปแบบการจ่ายให้แก่ทั้งสองระดับก็อาจแตกต่างกันได้หลายอย่างขึ้นกับบริบทของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ส่วนใหญ่แล้วระบบบริการสาธารณสุขของประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีการแยกการจัดบริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในออกจากกัน ดังนั้นรูปแบบการจ่ายเงินให้แก่บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในก็จะแตกต่างกัน เช่น องค์การประกันสุขภาพหรือหน่วยงานรับผิดชอบคือกระทรวงสาธารณสุขจ่ายแบบเหมาจ่ายให้แพทย์เวชปฏิบัติตามจำนวนคนไข้ที่ขึ้นทะเบียนแยกต่างหากจาก

ค่ายาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ จัดสรรเงินแก่สถานบริการและรวมค่าเงินเดือนและค่าตอบแทนต่างๆ ไปในยอดเงินที่จัดสรรแล้วสถานบริการจึงจ่ายเงินให้แก่บุคลากรที่ทำงานอีกต่อหนึ่ง อีกรูปแบบหนึ่งคือจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการแยกต่างหากจากบริการที่จัด เช่น จ่ายให้โรงพยาบาลตามโรคของผู้ป่วยและจ่ายแพทย์ผู้รักษาอีกต่างหากตามความยากง่ายของโรค เป็นต้น นอกจากนั้นรูปแบบใหม่อีกอย่างคือ การให้แพทย์เวชปฏิบัติต้องบประมาณในการให้บริการที่ครอบคลุมไปถึงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ต้องส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วย

## 2. การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร

จังหวัดยโสธร ได้เริ่มดำเนินการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัดมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 เป็นต้นมา โดยมีแนวคิดในการรวมงบประมาณเข้าด้วยกัน (merge fund) คือ หมวดบัตร สปร. และหมวดบัตรประกันสุขภาพ ทั้ง 2 หมวดเข้าด้วยกัน เพื่อที่จะสามารถบริหารจัดการได้ง่ายขึ้น และมีจำนวนงบประมาณมากยิ่งขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรเงินงบประมาณทั้ง 2 งบให้กับสถานบริการทุกระดับจากเดิมโดยวิธีการเจรจาต่อรอง (lumpsum) มาเป็นการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับการบริการผู้ป่วยนอก และใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) สำหรับกรณีผู้ป่วยใน ทั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนาการบริการในระดับต้น (primary care) ให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะให้เกิดความเป็นธรรมต่อทั้งผู้ให้บริการ (สถานบริการ) และผู้รับบริการ ตลอดจนส่งผลถึงการพัฒนาคุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่ (สวนวิจัยและพัฒนา, 2541)

การนำวิธีการเหมาจ่ายรายหัว มาเป็นรูปแบบหรือวิธีจัดสรรเงินงบประมาณให้กับสถานบริการนับเป็นแนวคิดใหม่ ซึ่งมีการใช้ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และประเทศในทวีปยุโรป เช่น อังกฤษ สกอตแลนด์ สวีเดน ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในการนำวิธีการเหมาจ่ายรายหัวมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของจังหวัดยโสธรนั้น มีวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญคือ เพื่อส่งเสริมให้บริการขั้นต้นหรือระดับปฐมภูมิ (primary care) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานอนามัยให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น เนื่องจากวิธีการเหมาจ่ายรายหัวให้กับสถานอนามัยตามรูปแบบ (model) ของจังหวัดดังกล่าว เป็นรูปแบบที่กำหนดให้สถานอนามัยเป็นผู้ถือเงินกองทุน (fund holder) กล่าวคือ ถ้าสถานอนามัยมีความสามารถเก็บผู้ป่วย (keep/hold) ไว้ได้มาก โดยไม่มีผู้ป่วยข้ามเขตไปรับบริการจากสถานอนามัยแห่งอื่นหรือโรงพยาบาลก็จะทำให้สถานอนามัยมีงบประมาณเหลือในการจัดบริการมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าสถานบริการที่ไม่ได้มีการพัฒนาคุณภาพบริการของตนเองก็จะส่งผลทำให้ผู้รับบริการมีการข้ามเขตไปรับบริการจากที่อื่นมากขึ้น และจะทำให้สถานบริการดังกล่าวต้องมีการตามจ่ายงบประมาณให้กับสถานบริการอื่น จนไม่มีเหลือในที่สุด ซึ่งจะก่อให้เกิดความเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น

ขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็จะส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการที่จะเพิ่มและพัฒนาคุณภาพบริการของตนเองจนสามารถเป็นสถานบริการด้านหน้า (first line services) ที่มีความสามารถและศักยภาพที่สูงมากขึ้น ทำหน้าที่ในการให้บริการและคัดกรองผู้ป่วย (gate keeper) ให้แก่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปหรือในระดับสูงขึ้น สามารถให้บริการแก่ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันโรงพยาบาลของรัฐในระดับทุติยภูมิ (secondary care) และตติยภูมิ (tertiary care) ก็สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองมากยิ่งขึ้น กล่าวคือ ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสำหรับโรคที่มีความรุนแรง หรือโรคเฉพาะทาง (specialist) ที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้ความสามารถ เครื่องมือหรือเทคโนโลยีพิเศษมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ให้บริการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ไม่มีความซ้ำซ้อนกัน ส่งผลให้บริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้ในที่สุด

สำหรับรูปแบบ หรือวิธีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพสำหรับสถานบริการ ในปีงบประมาณ 2542 นั้น จังหวัดได้มีการจัดสรรงบประมาณด้านบริการสุขภาพให้แก่สถานบริการของรัฐในเขตรับผิดชอบ (รพท./รพช./สอ./เทศบาล) โดยมีรูปแบบในการจัดสรรแยกออกเป็นงบประมาณหมวด สปร. และบัตรประกันสุขภาพ ดังนี้

#### 1. งบประมาณหมวดบัตร สปร.

สำหรับงบประมาณหมวด สปร. กองทุนสุขภาพระดับอำเภอจะทำการส่งข้อมูลประชากรผู้มีสิทธิ สปร. ที่ขึ้นทะเบียน (register) กับสถานบริการภายในอำเภอ และโรงพยาบาลทุกแห่งจะทำการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน มาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งจะทำการรวบรวมส่งให้สำนักงานประกันสุขภาพ จากนั้นสำนักงานประกันสุขภาพจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลส่งให้หน่วยงานดำเนินโครงการ (PIU) เพื่อจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลอำเภอโดยตรง โดยการโอนเงินบำรุงของโรงพยาบาลเป็นรายงวดทุก 3 เดือน ดังภาพประกอบ 2 และมีรายละเอียดการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม ดังนี้

1. งบประมาณผู้ป่วยใน ใช้ข้อมูล DRGs ไปขอรับการสนับสนุนจากธนาคารโลก (World Bank) งบประมาณแต่ละอำเภอเป็นส่วนของโรงพยาบาล

2. งบประมาณผู้ป่วยนอก ใช้ข้อมูลประชากรที่ขึ้นทะเบียน (register) ไปขอรับการสนับสนุนจากธนาคารโลก หักไว้ ร้อยละ 10 เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและหักอีก ร้อยละ 10 สำหรับผู้รับบริการข้ามเขตไป รพท. ที่เหลือจัดสรรให้สถานบริการแต่ละอำเภอ (สอ./รพ.) ตามประชากรที่ขึ้นทะเบียนไว้ที่กองทุนระดับอำเภอ จากนั้นนำข้อมูลผู้รับบริการข้ามเขตมาเรียก



เก็บค่าบริการข้ามเขต และใช้เป็นค่าเวชภัณฑ์ หากงบประมาณผู้ป่วยนอกสถานบริการแห่งใดคงเหลือให้โอนเข้าเงินบำรุงของสถานบริการนั้น โดยนำไปเสริมรับเงินมาเป็นหลักฐานการโอนเงิน แต่หากไม่พอใช้สถานบริการ (สอ./รพ.) ต้องจ่ายเงินบำรุงมาใช้คืนให้กองทุนอำเภอแทน

3. งบ ร้อยละ 10 ของงบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้รับบริการข้ามเขตไป รพท.เป็นงบที่แต่ละอำเภอหักไว้จากงบประมาณส่วนคนไข้ก่อนจัดสรรให้แต่ละสถานบริการ หากเหลือใช้โอนคืนให้แต่ละสถานบริการแต่หากไม่พอใช้สถานบริการที่มีผู้รับบริการข้ามเขต (by-pass) ไป รพท. มากจะต้องจัดสรรงบประมาณมาใช้ในส่วนนี้เพิ่มเติม

4. งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นงบที่หักจาก ร้อยละ 10 ของงบประมาณผู้ป่วยนอกที่แต่ละอำเภอได้รับ เพื่อใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดย คปสอ. แต่ละอำเภอดำเนินกิจกรรม ดังนี้

4.1 กำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินงานให้เป็นรูปธรรม

4.2 ใช้เป็นค่าชั้นสูตรโรคด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.3 ค่าตอบแทน (incentive) ให้แก่เจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และงบประมาณส่วนนี้หากอำเภอไหนไม่วางแผนการใช้และไม่ได้ใช้ให้โอนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้อง) กำหนดแนวทางการดำเนินกิจกรรมและใช้งบประมาณส่วนนี้แทน

5. งบประมาณส่วนคนไข้นอกเขตรอยต่อระหว่างสถานบริการ ในปี 2541 พบว่า หมู่บ้านที่เป็นเขตรอยต่อระหว่าง สอ. และ รพ. จะติดลบการแบ่งงบประมาณหมู่บ้านนั้นให้แต่ละอำเภอพิจารณาว่าจะโอนให้สถานบริการที่ประชาชนไปรับบริการได้สะดวกหมดเลย หรือจะแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ งานบริการในสำนักงานและงานส่งเสริมสุขภาพ ให้แต่ละสถานบริการรับผิดชอบตามความเหมาะสม

6. การเรียกเก็บค่าบริการข้ามเขต ใช้ข้อมูลของต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) (เฉพาะต้นทุนดำเนินการ) ของจังหวัดยโสธร และแยกบริการรักษาพยาบาลกับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพตามต้นทุนต่อหน่วยบริการของบริการนั้น ๆ

7. การพัฒนาข้อมูล/บุคลากร

7.1 ข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการข้ามเขต ใช้แบบฟอร์มเดิม คือ Finance1 Fainance 2 ใน รพ. Finance 3 Fainance 4 ใน สอ. ใน รพ. ใช้คอมพิวเตอร์ ดึงข้อมูลจากโปรแกรมเก็บข้อมูลคนไข้ นอก และได้พัฒนาข้อบกพร่องไปแล้วระดับหนึ่ง สำหรับ รพ. ที่ยังไม่เก็บข้อมูลผู้ป่วยด้วยคอมพิวเตอร์ต้องพิจารณา เพราะต้องรายงานผู้รับบริการให้ธนาคารโลก (World Bank) ทราบข้อมูลเป็นงวด ๆ

7.2 ข้อมูลผู้มาขอรับบริการ สปร. ต้องส่งธนาคารโลกในส่วน สอ. ต้องเก็บเพิ่ม สำหรับ รพ. เขียนข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ แล้ว (เชื่อม Stat v. 2.82 หาก รพ. โหนดไม่ใช้ Stat v. 2.82 ต้องพิจารณาเขียนโปรแกรมเพิ่มเติม)

7.3 ข้อมูลการขึ้นทะเบียน (program HIP) พัฒนาเป็นงวด ๆ ทุก 3 เดือน เพื่อขอรับการ จัดสรรงบประมาณรายงวดจากธนาคารโลก

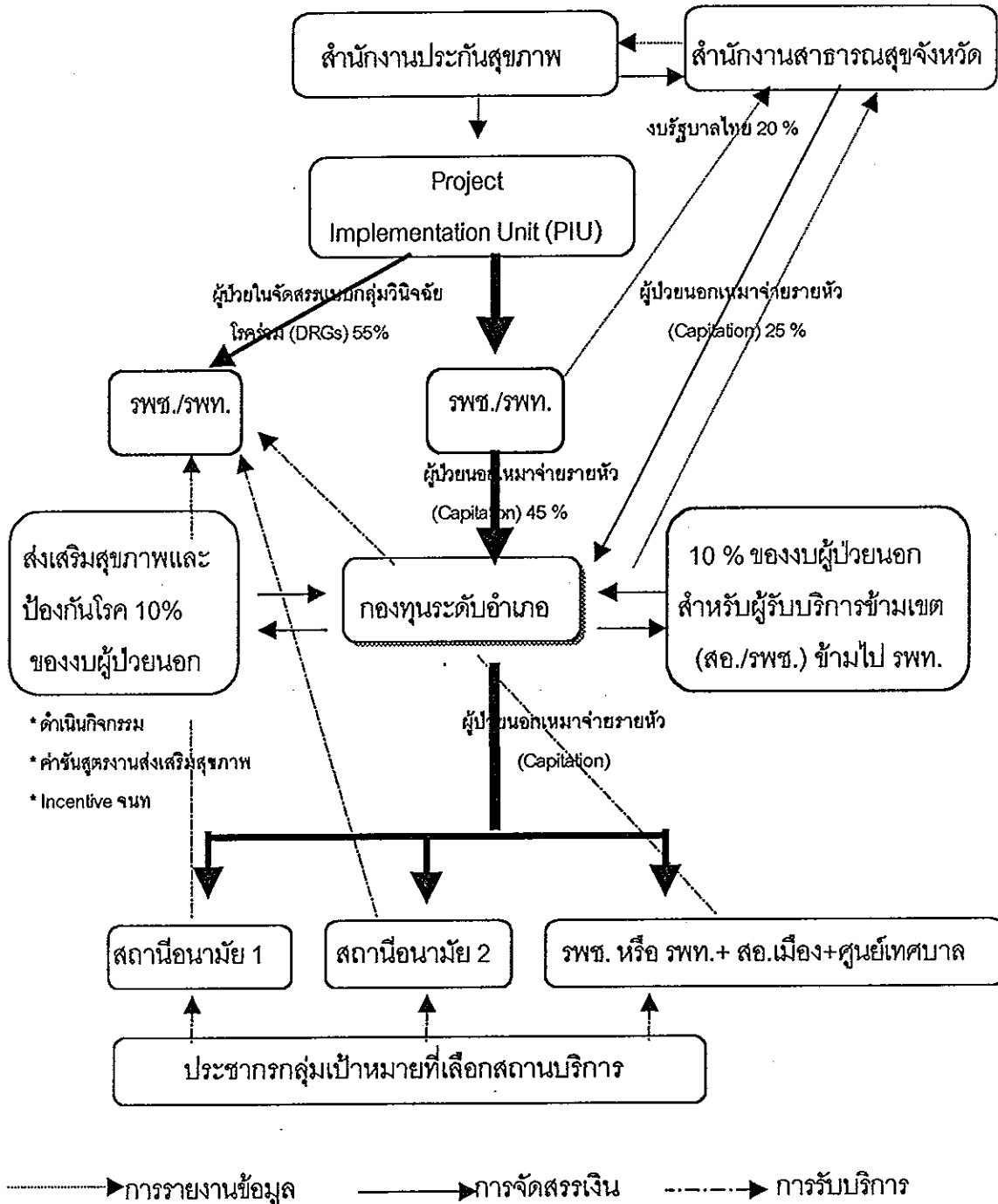
7.4 พัฒนาคณะกรรมการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการข้ามเขต โดยในปีงบประมาณ 2542 คณะกรรมการบริหารกองทุนระดับอำเภอจะต้องเรียกเก็บและตรวจสอบคุณภาพ ข้อมูลของกองทุนแต่ละอำเภอเอง

สำหรับรูปแบบในการจัดสรรงบประมาณบัตร สปร. ปีงบประมาณ 2542 ให้กับสถานีนอมนาย ในจังหวัดยโสธร ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการเงินกู้ธนาคารโลกนั้น จะเห็นได้ว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่เป็นเพียงการติดตาม ควบคุม กำกับ และการรายงานข้อมูลให้ กับหน่วยดำเนินการ หรือ PIU โดยผ่านสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วิธีการดังกล่าว ส่งผลดีต่อระบบคือ การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณในระดับอำเภอค่อนข้างมาก ซึ่งมีอำนาจในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาตามข้อเท็จจริงของสภาพปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

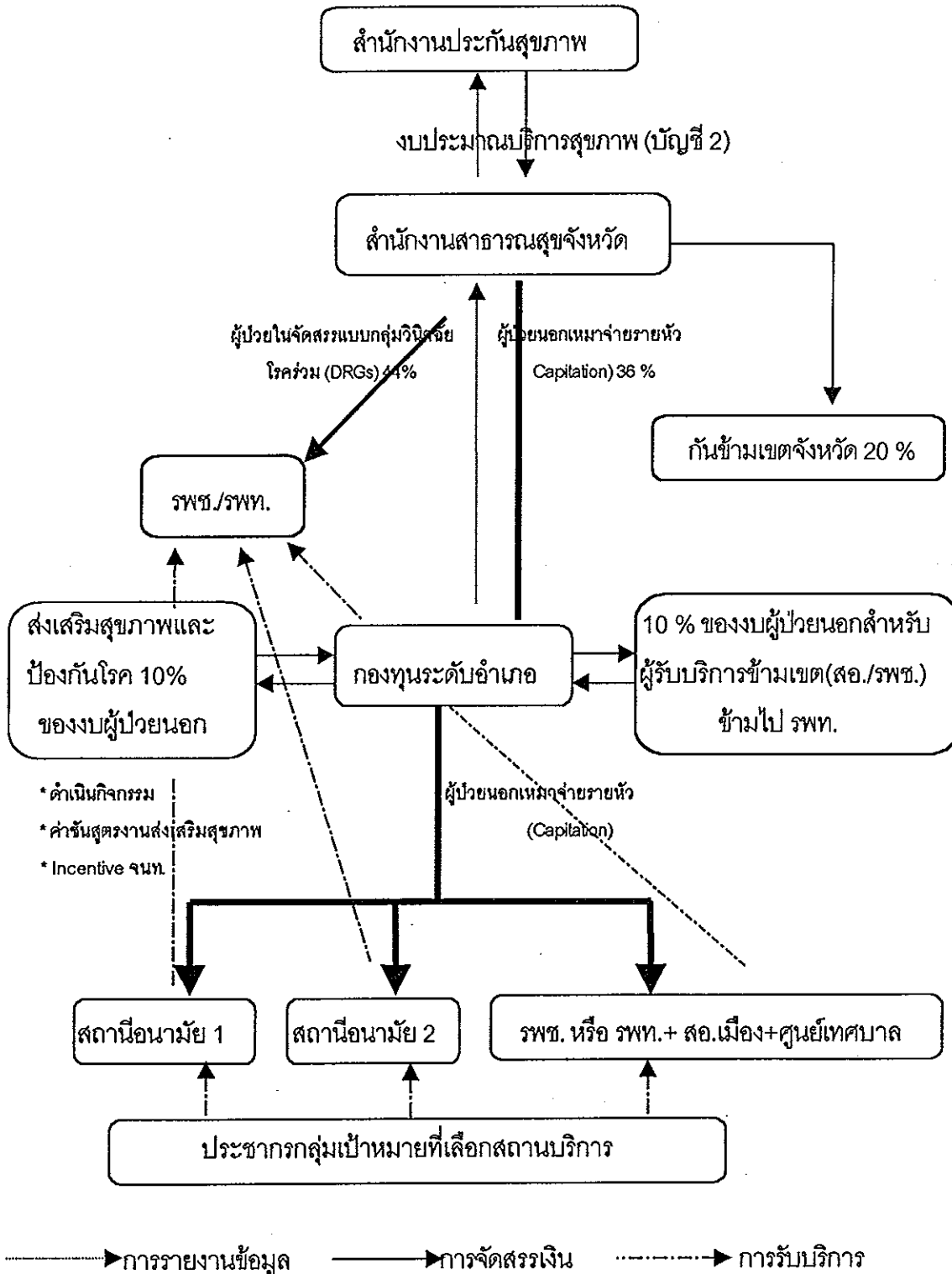
## 2. งบประมาณหมวดบัตรประกันสุขภาพ

ในขณะที่รูปแบบในการจัดสรรงบประมาณในหมวดบัตรประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2542 ซึ่งเป็นงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพ (บัญชี 2) ให้กับสถานีนอมนายในจังหวัดยโสธร ถูกจัดสรรจากสำนักงานประกันสุขภาพให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด งบประมาณที่ได้รับกันไว้จ่ายข้ามเขตจังหวัด (re-insurance) ร้อยละ 20 จากนั้นจัดสรรเหมือนงบหมวด สปร. ต่างกันตรงที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ทำหน้าที่แทน PIU และงบประมาณส่วนคนไข้ นอกไม่ต้องผ่านบัญชีเงินบำรุงโรงพยาบาล แต่จะตรงเข้าบัญชีกองทุนบัตรประกันสุขภาพแต่ละอำเภอ ซึ่งวิธีการดังกล่าวส่งผลดีต่อระบบคือ ความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณ ดังภาพประกอบ 3

ภาพประกอบ 2 การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในหมวด สปร. ตามแนวคิดในการปฏิรูประบบ  
การเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542



ภาพประกอบ 3 การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพหมวดบัตรประกันสุขภาพ ตามแนวคิดในการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542



จากการศึกษาของศิริพร จิรวัดมงคล (2541) ได้ประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดยโสธร : สถานการณ์ก่อนการปฏิรูป เพื่อศึกษางานบริการสาธารณสุขในมุมมองของความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพ และการตรวจสอบได้ทางสังคม ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงปี 2541 โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย 2 ประเภท คือ การวิจัยเชิงพรรณนา และการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยด้านคุณภาพบริการสาธารณสุข พบว่า ในโรงพยาบาลมีสัดส่วนของการให้บริการด้านรักษาพยาบาล ร้อยละ 80 ด้านงานส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 20 สำหรับสถานีอนามัยมีสัดส่วนการให้บริการทั้ง 3 ด้านเท่าๆ กัน โดยอาจจะเน้นไปทำงานส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด การประเมินคุณภาพบริการในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในภาพรวมอยู่ในระดับน่าพึงพอใจ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ความไม่เข้าใจในวิถีชีวิตของผู้รับบริการและวิถีปฏิบัติของระบบบริการตามระบบราชการทำให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ สนองความต้องการกันไม่ได้ดีนักแต่ไม่ถึงกับขัดแย้งกันมาก เนื่องจากผู้ให้บริการก็พยายามผ่อนปรนกฎระเบียบ และผู้รับบริการก็พร้อมที่จะเชื่อฟัง สำหรับขนาดของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลยังมีขนาดใหญ่ขึ้นบริการสาธารณสุขที่ให้กับประชาชนยิ่งห่างเหินและมีความเป็นองค์กรรวมน้อย สถานบริการขนาดเล็กในชุมชน เช่น สถานีอนามัย จะมีลักษณะให้บริการที่เป็นองค์กรรวมมากกว่า มีความใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากกว่า เรื่องราคาค่าบริการไม่พบว่าเป็นปัญหาเรื่องความคุ้มกับคุณภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ แต่สิ่งที่เป็นปัญหา คือ เวลา ปฏิสัมพันธ์เชิงการรักษาระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งเป็นปัญหาโดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก

### 3. ตัวชี้วัดความสำเร็จของการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข

ในการดำเนินงานปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขนั้น มีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่สำคัญมี 4 ประการคือ ความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพของบริการสาธารณสุข และสังคมรับรู้และสามารถตรวจสอบได้ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2540) ดังนี้คือ

1. ความเป็นธรรม, ความเสมอภาค (Equity) ความหมายสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แนวทาง คือ

1.1 ความเป็นธรรมในแนวราบ (Horizontal equity) มองความเป็นธรรมว่า หากมีความจำเป็นด้านสุขภาพเท่ากัน หรือความสามารถในการจ่ายเท่ากันควรต้องได้รับบริการหรือการจ่ายเท่ากัน

1.2 ความเป็นธรรมในแนวดิ่ง (Vertical equity) มองความเป็นธรรมว่า หากความจำเป็นด้านสุขภาพไม่เท่ากัน หรือความสามารถในการจ่ายไม่เท่ากันก็ไม่ควรได้รับการหรือการจ่ายเท่ากัน

ซึ่งอาจให้ความหมายของ ความเป็นธรรม หรือ ความเสมอภาค ณ ขณะนี้ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขได้ว่า ทุกคนมีความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการ และได้รับบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็น (needs) ที่ผู้รับบริการผู้นั้นจำเป็นต้องได้ ซึ่งความจำเป็นในที่นี้ ไม่รวมไปถึงความต้องการที่เกินความจำเป็น (unjustifiable demand) และรวมไปถึงความเคารพต่อสิทธิผู้รับบริการที่จะได้มีส่วนร่วมรับรู้และตัดสินใจต่อบริการนั้นๆ ที่ตนเองจะได้รับ

ในการจัดหาทรัพยากร ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องประสิทธิภาพด้วย โดยเฉพาะเรื่องการเงินของแต่ละคน เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมกันนั้น ควรออกมาในลักษณะที่ขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะจ่าย กล่าวคือ ผู้มีรายได้มากควรจ่ายมาก ผู้มีรายได้น้อยหรือเกือบไม่มีรายได้เลย ควรจ่ายน้อยหรือไม่ต้องจ่ายเลย จากหลักการนี้อาจเป็นการถ่ายเททรัพยากรซึ่งสามารถแสดงได้โดยนัย คือ เป็นการกระจายทรัพยากร จากคนที่มีทรัพยากรมากกว่าไปสู่คนที่มีทรัพยากรน้อยกว่าหรือแทบจะไม่มีเลย โดยทรัพยากรที่ถ่ายเทเป็นทรัพยากรที่ใช้เพื่อสุขภาพของทุกคน (เนื่องจากผู้มีรายได้มากจ่ายมากกว่าผู้มีรายได้น้อย) และเป็นการถ่ายเททรัพยากร (จากคนที่ไม่ป่วยหรือไม่มีปัญหาสุขภาพในขณะนั้น ไปสู่คนที่ป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ)

หลักการนี้ ถ้าคนที่เป็นผู้จ่ายเงินหรือผู้อยู่ในระบบเข้าใจ และได้มีการนำไปประยุกต์ใช้จริง จะนำไปสู่การมีประสิทธิผลของการเป็น "ผู้ให้" และ "ผู้รับ" เพื่อสุขภาพของทุกคน ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกหรือความสำนึกที่ว่าทุกคนในชุมชน สังคมสามารถช่วยกันเองได้ และนำไปสู่การพัฒนาไปเป็นความรัก ความสามัคคี

2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) ประสิทธิภาพสามารถให้ความหมายได้ในหลายแง่มุมมาก แต่อย่างไรก็ตามความหมายในทุกแง่มุม มีสิ่งที่ร่วมกันอยู่ คือ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม (optimal use of resource) หรือการลงทุนให้น้อยที่สุดแต่ได้ประสิทธิผลสูงสุด การลงทุนจะไม่ได้คำนึงถึงเฉพาะในรูปของเงินเท่านั้น แต่คำนึงถึงการลงทุนในรูปอื่น ๆ ด้วย เช่น การใช้ความพยายาม การใช้เวลา เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่า นอกจากคำนึงถึงเรื่องเงินแล้วจำเป็นต้องคำนึงถึงการให้ทรัพยากรด้านอื่นๆ ด้วย ตลอดจนการใช้ทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งประสิทธิภาพแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

2.1 ประสิทธิภาพในเชิงการจัดสรร (Allocate efficiency) หมายถึง ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร เมื่อจัดสรรทรัพยากรไปสู่องค์กร หน่วยงาน สถานบริการ หรือบุคคลใด

เมื่อเกิดการใช้ทรัพยากรนั้นจะทำให้ได้ผลที่ได้รับกลับมาสูงสุด ถ้าจัดสรรไปสู่โครงสร้างที่เหมาะสมซึ่งจำเป็นต้องตรงกับวัตถุประสงค์ของการใช้ทรัพยากรนั้นๆ ด้วย

2.2 ประสิทธิภาพในเชิงเทคนิค (Technical efficiency) หมายถึง ประสิทธิภาพในการดำเนินการเพื่อการนำทรัพยากรนั้นไปใช้ให้คุ้มค่าที่สุด โดยพยายามใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมที่สุดในทุกชนิดและทุกระดับของการให้บริการ

3. คุณภาพ (Quality) การที่จะกล่าวได้ว่าการให้บริการมีคุณภาพดี การบริการนั้นควรเป็นบริการที่มีประสิทธิผล (effective) หมายถึง บริการนั้นสามารถทำให้เกิดผลในทางที่ดีที่สุดต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นอยู่จริงในขณะนั้น และปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ซึ่งควรมีลักษณะดังนี้

3.1 การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) หมายถึง การบริการที่ผู้รับบริการไม่ถูกมองว่าเป็นเพียงแค่มนุษย์ หรือผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่จะมองรวมไปถึงความกลัว ความกังวลใจ หรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้น (psychological aspect) กับคนไข้ และต้องการการเข้าใจผู้อื่น (empathic approach) ที่จะเข้าใจคนไข้ ทั้งในแง่วัฒนธรรมทางสังคม (sociocultural) และเศรษฐกิจ (socioeconomic) เพื่อประโยชน์ในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในลักษณะมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (mutual understanding) ทำความเห็นให้ตรงกัน (mutual agreement) มีการตัดสินใจร่วมกัน (mutual decision) และนำการตัดสินใจนั้นไปประยุกต์ใช้ (decision implementing) ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self-reliance) ของคนไข้หรือผู้รับบริการ

3.2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuous care) หมายถึง การบริการที่ให้การดูแลผู้รับบริการหรือผู้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาสุขภาพ จนกระทั่งปัญหานั้นสิ้นสุดลง หรือในทางอุดมคติคือ ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดระบบเพื่อให้เกิดการติดตามได้อย่างต่อเนื่อง จากการเริ่มต้นให้การดูแลครั้งแรกจนปัญหาทางด้านสุขภาพนั้นๆ สิ้นสุดลง (ทั้งในระดับรายบุคคลและระดับครอบครัว) การที่จะเกิดความต่อเนื่องได้นั้นต้องให้หลักการดูแลแบบองค์รวม การเริ่มต้นด้วยการเข้าใจผู้อื่น จะช่วยทำให้ผู้รับบริการยอมรับที่จะมาติดตามผล ถึงแม้ในการให้บริการบางอย่างซึ่งอาจไม่ตอบสนองสิ่งที่คนไข้อยากได้ (initial demand) หรือสิ่งที่คนไข้ต้องการในขณะนั้นได้ทั้งหมด การที่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีจนเกิดความไว้วางใจกัน (empathic relationship) และจะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการแบบองค์รวมได้ในที่สุด ซึ่งจะเพิ่มหลักประกันในการที่จะทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องได้

3.3 การดูแลแบบผสมผสาน (Integrated care) หมายถึง การบริการที่ให้การบริการทั้งในด้านการรักษา (curative) ป้องกันโรค (preventive) และส่งเสริมสุขภาพ (promotive) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้นจะรวมไปถึงการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการหรือผู้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการและสามารถดำเนินการควบคุมหรือพร้อมไปกับการรักษาพยาบาลได้ ถ้าสถานบริการให้การดูแลในเรื่องการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยทำให้เกิดศรัทธาและความเชื่อมั่นมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการให้ความรู้มีประสิทธิภาพตามมา อย่างไรก็ตาม การดูแลแบบผสมผสาน มีส่วนเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลแบบองค์รวมเป็นอย่างมาก ทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลแบบองค์รวมจะช่วยทำให้เกิดความชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้นว่าลักษณะการให้บริการหรือการดูแลที่เหมาะสมในขณะนั้นคืออะไร (การรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ) กับบุคคล ครอบครัว หรือแม้กระทั่งชุมชนนั้น คุณลักษณะทั้ง 3 ประการ จะส่งเสริมซึ่งกันและกัน หากขาดประการหนึ่งประการใดจะทำให้ส่วนที่เหลือขาดประสิทธิภาพในตัวเองลงไปทันที

4. สังคมรับรู้และสามารถตรวจสอบได้ (Social Accountability) ในทางอุดมคติหรือในแนวเชิงปรัชญา การให้บริการทางด้านสาธารณสุข ต้องการปลดปล่อยให้ประชาชนเป็นอิสระทางด้านสุขภาพ (freedom of health) หมายถึง ปราศจากโรค และสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพทั้งปวง แต่การทำให้บรรลุจุดหมายปลายทางได้นี้ ไม่ได้หมายความว่าต้องให้ประชาชนขึ้นตรงต่อผู้ให้บริการหรือสถานบริการ แต่หมายถึงประชาชนหรือชุมชน มีความจำเป็นที่จะมีส่วนในการควบคุมผู้ให้บริการหรือสถานบริการที่มีหน้าที่ช่วยเหลือและให้การดูแลทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนหรือชุมชนด้วยเหมือนกัน

ดังนั้น ผู้ให้บริการหรือสถานบริการนั้น จำเป็นต้องมีความโปร่งใสพอที่จะให้ประชาชนหรือชุมชน รับรู้และตรวจสอบ อาจกล่าวได้ว่า การให้บริการควรอยู่บนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และ/หรือระหว่างระบบบริการกับสังคมหรือชุมชน โดยพยายามที่จะไม่ให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดต้องขึ้นอยู่กับอีกฝ่ายหนึ่งเพียงอย่างเดียว โดยปกติเป็นการยากที่จะบอกว่าเป็นสิ่งต่างๆ เหล่านี้สามารถเกิดขึ้นเองโดยทั่วไป โดยเฉพาะผู้รับบริการในปัจจุบันขาดความเป็นตัวของตัวเอง (อาจเป็นเพราะได้รับข้อมูลไม่พอ) การให้บริการจึงขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ให้บริการอาจเป็นทั้งผู้ตอบสนองและผู้กำหนดความต้องการของผู้รับบริการ

โดยสรุปแล้ว ตัวชี้วัดความสำเร็จหรือเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขมี 4 ประเด็นใหญ่ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น แต่ในการดำเนินการปฏิรูปด้านการเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร



ซึ่งเป็นไปในลักษณะของโครงการทดลองแต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าสามารถดำเนินการเปลี่ยนแปลงพร้อมกับการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินการได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรวมกองทุนด้านสุขภาพ คือ บัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดใหม่ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงโครงการ กระบวนการ และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พบว่า ในด้านตัวชี้วัดความสำเร็จของการปฏิรูปลักษณะมีเพียง 5 ประเด็นเท่านั้นที่เกี่ยวข้อง คือ ประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ คุณภาพบริการของสถานอนามัย ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการของประชาชน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานอนามัย และปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานสำหรับประเด็นด้านความเป็นธรรมในการจัดสรรนั้นค่อนข้างไม่ชัดเจน โดยเฉพาะเป็นการวัดเฉพาะการจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอกให้กับสถานอนามัย และประเด็นการทำให้เกิดความโปร่งใสสังคมรับรู้และสามารถตรวจสอบได้นั้นยังไม่ชัดเจนพอ ทั้งนี้เนื่องจากในกระบวนการดำเนินงานในกองทุนสุขภาพในแต่ละอำเภอนั้นยังไม่มี การแต่งตั้งกรรมการที่มาจากฝ่ายประชาชนเลย ซึ่งยังยึดระเบียบแนวทางปฏิบัติดั้งเดิม คือ ผู้ให้บริการเป็นผู้ดูแลทั้งหมด ผู้วิจัยจึงได้กำหนดตัวชี้วัดและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่ได้ทำการศึกษาและทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งพัฒนาตัวชี้วัดของโครงการมาเป็นตัวแปรในการวิจัยในครั้งนี้ ดังตาราง 2-3

ตาราง 2 ประเด็นการประเมิน และตัวชี้วัด (Indicators) การวิจัยในครั้งนี้

| ประเด็น<br>การประเมิน                       | ตัวชี้วัด<br>(Indicators)  |
|---|--|
| 1. ประสิทธิภาพ                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สัดส่วนและจำนวนเงินงบประมาณที่สถานื่อนามัยได้รับการจัดสรร</li> <li>- ผลงานปริมาณการให้บริการสุขภาพ</li> <li>- สัดส่วนงบประมาณที่ได้รับต่อการให้บริการต่อครั้ง (visit/capita)</li> <li>- สัดส่วนการข้ามเขต (by-pass) ไปรับบริการระดับปฐมภูมิที่โรงพยาบาลและการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม</li> <li>- สัดส่วนการให้บริการที่สถานพยาบาลแต่ละระดับ</li> <li>- อัตราการใช้บริการและต้นทุนค่าใช้จ่าย</li> </ul> |
| 2. คุณภาพบริการ                             | - ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับจากสถานื่อนามัย  |
| 3. ความครอบคลุมของการมี<br>หลักประกันสุขภาพ | - ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ (accessibility) ของประชาชนในเขตรับผิดชอบ  |
| 4. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ               | - ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานื่อนามัย   |
| 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัญหาและข้อเสนอแนะด้านผู้รับบริการ</li> <li>- ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อโครงการด้านผู้ให้บริการ</li> </ul>  |

ตาราง 3 ประเด็นการประเมิน ตัวชี้วัด ตัวแปร วิธีการวัดตัวแปร และแหล่งข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

| ประเด็น<br>ประเมิน | ตัวชี้วัด<br>(Indicators)   | ตัวแปร<br>(Variables)   | วิธีการวัด<br>(Methodology)  | แหล่งข้อมูล<br>(Sources)  |
|--------------------|---|---|--|---|
| 1. ประสิทธิภาพ     | - สัดส่วนและจำนวนเงิน<br>งบประมาณที่สถานอนามัย<br>ได้รับการจัดสรร       | - เงินงบประมาณที่ สอ. ได้รับ<br>การจัดสรร                                       | - สํารวจ เก็บข้อมูลจากรายงานการ<br>รับ-จ่ายเงินบำรุง,เงินงบประมาณ<br>ของ สอ. (ข้อมูลทุติยภูมิ) โดยวัดเป็นร้อยละ  | - แบบสำรวจข้อมูล (ชุดที่ 3)<br>- รายงานการรับ-จ่ายเงิน<br>บำรุง,เงินงบประมาณ (สอ./<br>สสอ.) |
|                    | - ผลงานปริมาณการให้บริการ<br>สุขภาพ                                     | - ผลงานบริการด้านการรักษา<br>พยาบาลและการส่งเสริมสุข<br>ภาพป้องกันโรค 11 ประเภท | - สํารวจผลงานการให้บริการรักษาพยาบาล<br>และความครอบคลุมในงานด้านส่งเสริมสุข<br>ภาพป้องกันโรค 11 ประเภท ได้แก่ คือ<br>โภชนาการ, ไอโอดี, อนามัยแม่และเด็ก,<br>วางแผนครอบครัว,สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน<br>โรค,การทันตกรรม, เมาหวาน,ความดัน<br>โลหิตสูง,งานสุขภาพจิต,มะเร็งปากมดลูก<br>และวัณโรค โดยวัดเป็นร้อยละ | - แบบสำรวจข้อมูล (ชุดที่ 3)<br>- แบบรายงาน ข้อมูลการให้<br>บริการแต่ละประเภทใน สอ.          |
|                    | - สัดส่วนงบประมาณที่ได้รับ<br>ต่อการให้บริการต่อครั้ง<br>(visit/capita) | - เงินงบประมาณที่ สอ. ได้รับ<br>การจัดสรร                                       | - เปรียบเทียบผลการจัดสรรงบประมาณกับ<br>ผลการให้บริการต่อครั้ง โดยวัดเป็นสัดส่วน  | - แบบสำรวจข้อมูล (ชุดที่ 3)<br>- แบบรายงาน ข้อมูลการให้<br>บริการแต่ละประเภทใน สอ.          |

ตาราง 3 (ต่อ)

| ประเด็น<br>ประเมิน | ตัวชี้วัด<br>(Indicators)   | ตัวแปร<br>(Variables)                                 | วิธีการวัด<br>(Methodology)  | แหล่งข้อมูล<br>(Sources)   |
|--------------------|---|---|--|--|
|                    | - สัดส่วนการข้ามชั้นเขต (by-pass) ไปรับบริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาลและการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม | - ผู้รับบริการที่ข้ามเขตไป รพ./สอ.อื่น (by-pass)      | - เก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ข้ามเขตไปรับบริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาล โดยวัดเป็นจำนวน                           | - แบบ Finance 1 (ชุดที่ 4)<br>- รพช./รพท.  |
|                    | - สัดส่วนการใช้บริการที่สถานพยาบาลแต่ละระดับ  | - ผลงานบริการสุขภาพของ สอ./รพช./รพท.                  | - เปรียบเทียบผลงานการใช้บริการสุขภาพของ สอ.กับ รพช./รพท. โดยวัดเป็นส่วน                                    | - แบบสำรวจข้อมูล (ชุดที่ 3)<br>- แบบรายงาน ข้อมูลการให้บริการแต่ละประเภทใน สอ.                                   |
|                    | - อัตราการใช้บริการและต้นทุนค่าใช้จ่าย  | - การใช้บริการและค่าใช้จ่าย                           | - เก็บข้อมูลการใช้บริการในสถานีนานามัยและการข้ามเขต โดยวัดเป็นอัตรา  | - แบบสำรวจข้อมูล (ชุดที่ 3)<br>- แบบ Finance 1 (ชุดที่ 4)  |
| 2. คุณภาพบริการ    | - ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับจาก สอ.                                     | - ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับจาก สอ. | - สอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ที่มีบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพ) จาก สอ. โดยวัดเป็นคะแนนความพึงพอใจ | - แบบสอบถาม (ชุดที่ 2)<br>- ผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพและเคยรับบริการที่ สอ.ในรอบ 1 ปีผ่านมา |

ตาราง 3 (ต่อ)

| ประเด็น<br>ประเมิน                   | ตัวชี้วัด<br>(Indicators)   | ตัวแปร<br>(Variables)                                   | วิธีการวัด<br>(Methodology)  | แหล่งข้อมูล<br>(Sources)  |
|--------------------------------------|---|---|--|---|
| 3. ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ | - ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ (accessibility) ของประชาชนที่รับผิดชอบ | - ผู้มีหลักประกันสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล               | - สํารวจความครอบคลุมของผู้มีหลักประกันสุขภาพเทียบกับประชากรทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ โดยวัดเป็นร้อยละของผู้มีสิทธิ | - แบบสำรวจข้อมูล (ชุดที่ 3)<br>- หัวหน้า สอ./ตัวแทน   |
| 4. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ        | - ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อวิธีการจัดสรรเงินงบประมาณ                      | - ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ                            | - สอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานอนามัย โดยวัดเป็นคะแนนความพึงพอใจ                                      | - แบบสอบถาม (ชุดที่ 1)<br>- หัวหน้า สอ./ตัวแทน  |
| 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ       | - ปัญหาและข้อเสนอแนะด้านผู้รับบริการ  | - ปัญหาและข้อเสนอแนะด้านผู้รับบริการ                    | - สอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการถึงปัญหา และข้อเสนอแนะต่อบริการที่ได้รับจาก สอ.                              | - แบบสอบถาม (ชุดที่ 2)<br>- ผู้รับบริการที่มีบัตร สปจ. และบัตรประกันสุขภาพและเคยรับบริการที่ สอ. ในรอบ 1 ปีผ่านมา |
|                                      | - ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อโครงการด้านผู้ให้บริการ                       | - ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อโครงการด้านผู้ให้บริการ | - สอบถามความคิดเห็นผู้ให้บริการถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อโครงการ  | - แบบสอบถาม (ชุดที่ 1)<br>- หัวหน้า สอ./ตัวแทน  |

#### 4. การวิจัยประเมินผล (Evaluation Research)

การประเมินผล (Assessment or Evaluation) เป็นกิจกรรมที่มนุษย์กระทำอยู่ตลอดเวลาเมื่อต้องตัดสินใจเลือกกระหว่างสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายๆ สิ่งหลายอย่างพร้อมๆ กัน ซึ่งต้องอาศัยหลักเกณฑ์ต่างๆ ในการตัดสินใจ การประเมินส่วนใหญ่ ผู้ประเมินมักจะคำนึงถึงคุณภาพและความเหมาะสมของบริการที่ให้ นั่นคือ มักจะถาม หรือสำรวจความต้องการและความร่วมมือในการรับบริการ หรือความพึงพอใจ ความเข้าใจของผู้รับบริการ และประเมินผลกระทบ (impact) ต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการว่าเปลี่ยนแปลงไปจนบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ดังนั้นการประเมินโครงการบริการทางสังคมต้องคำนึงถึงด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งความสำคัญควบคู่ไปด้วย (นิศา ชูโต, 2538)

สำหรับความหมายการประเมินผลนั้นมีนักวิชาการได้ให้ความหมาย การประเมินผล ให้ความหมายถึง กระบวนการใช้ดุลยพินิจ (judgement) และ/หรือค่านิยม (value) ในการพิจารณาตัดสินคุณค่า ความเหมาะสม ความคุ้มค่า หรือสัมฤทธิ์ผลของเหตุการณ์ โครงการ หรือสิ่งอื่นใด หลังจากเปรียบเทียบผลที่วัดได้โดยวิธีการใดๆ ก็ตามกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ หรือเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งสรุปได้ว่า การประเมินผล = การวัดผล + ดุลยพินิจ/ค่านิยม (ชาญ สวัสดิ์สาดี, 2538, กาญจนา ฉายคุณรัฐ และคณะ, 2541)

ดังนั้น ความหมายของการประเมินผลสำหรับผู้วิจัยสรุปได้ว่า หมายถึง การให้คำตัดสินเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการทั้งทางตรง (direct effect) และทางอ้อม (indirect effect) ทั้งที่ตั้งใจ (intended effect) และโดยไม่ได้ตั้งใจ (unintended effect) เปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในโครงการว่าเกิดจริงหรือไม่ มีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ เกิดกับคนกลุ่มไหน มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง เปรียบเทียบกับก่อนและหลังมีโครงการตลอดจนผลงานที่เกิดมีคุณภาพคุ้มค่ากับต้นทุนหรือไม่

สำหรับความหมาย การวิจัยประเมินผล (evaluation research) ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ (2529) ได้ให้ความหมายไว้ หมายถึง กระบวนการศึกษาหาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานหรือโครงการว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง และบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่ มีผลกระทบในแง่บวกต่างๆ หรือไม่ อย่างไรบ้าง นอกจากนี้ การวิจัยประเมินผล เป็นรูปแบบของวิจัยประยุกต์ที่อาศัยระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และประยุกต์ใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ในการแสวงหาคำตอบที่น่าเชื่อถือและแม่นยำ เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากนโยบาย/แผนงานโครงการ ว่ามีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลต่อกันหรือไม่ ซึ่งผู้ทำการวิจัยอาจเลือกแนวทางการ

วิจัยเป็นเชิงปริมาณ (quantitative approach) หรือแนวทางเชิงคุณภาพ (qualitative approach) หรืออาจจะใช้ทั้งสองแนวทางร่วมกันก็ได้ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นแนวทางใดผู้วิจัยก็ต้องได้มาซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical data) ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นจริงที่ได้จากการใช้แบบสอบถาม (questionnaire) การสังเกต (observation) การสัมภาษณ์ (interviewing) หรือการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ (existing หรือ secondary data) และสุพัชยา วิลวัฒน์ (2531) ได้กล่าวถึง การวิจัยประเมินผลว่าเป็นการวิจัยประยุกต์ ซึ่งเป็นการนำระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้ ประการแรกเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างนโยบาย/แผนงาน/โครงการ(หรือตัวแปรอิสระ) กับผลลัพธ์หรือผลกระทบ (หรือตัวแปรตาม) ทั้งที่พึงปรารถนาและไม่พึงปรารถนา ประการที่สองเพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์และผลกระทบที่พึงปรารถนา กับวัตถุประสงค์ และเป้าประสงค์ ประการที่สามเพื่อศึกษาสังเกตรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์และผลกระทบข้างเคียงที่อาจไม่เคยคิดไว้ล่วงหน้า ประการที่สี่เพื่อการติดตามผลและประเมินกระบวนการในขั้นตอนต่างๆ ระหว่างดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางหรือแผนงานที่ได้วางไว้ล่วงหน้า

ความหมายของ "การวิจัยประเมินผล" สำหรับผู้วิจัยสรุปได้ว่า หมายถึง เป็นกระบวนการวัดความสำเร็จของโครงการ โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผล แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่ตั้งไว้ รวมทั้งเป็นการสรุปถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ได้จากข้อเท็จจริง เพื่อนำมาให้ผู้บริหารตัดสินใจ รวมทั้งปรับปรุงการดำเนินงานให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการที่ตั้งไว้

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัยประเมินผล

สิ่งที่ต้องพิจารณาในการวิจัยประเมินผลโดยทั่วไปคือ การวัดผลของแผนงาน/โครงการ โดยเปรียบเทียบผลที่เกิดกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการ และการปรับปรุงโครงการในอนาคต หรืออาจกล่าวได้ว่าในการวิจัยประเมินผลมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2536)

1. การวัดผล (Effects) ซึ่งหมายถึง ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ (methodology)
2. ผล (Outcome) ซึ่งหมายถึง ผลลัพธ์ของโครงการมากกว่า ประสิทธิภาพ ความซื่อสัตย์ ขวัญ หรือการยึดมั่นตามมาตรฐานและกฎระเบียบ
3. การเปรียบเทียบผล กับ เป้าหมาย เพื่อตัดสินใจว่าโครงการจะดำเนินการด้วยดีหรือไม่ อย่างไร
4. การประเมินผลที่มีผลต่อการตัดสินใจ และต่อการปรับปรุงโครงการในอนาคต

ในกระบวนการประเมินโครงการนั้นมักมีปัญหว่า จำเป็นหรือไม่ที่จะต้องอาศัยการวิจัยเข้ามาช่วย คำตอบอยู่ที่ว่าผู้ต้องการประเมินผลต้องการประเมินอะไร หากต้องการเพียงความคิดเห็นของผู้ประเมินโดยลำพังก็ไม่ต้องทำวิจัย แต่หากผู้ต้องการผลของการประเมินต้องการผลของการดำเนินโครงการตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และจากการประมวลความคิดเห็นของบุคคลกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่การประเมินผลโครงการนั้นต้องอาศัยการวิจัยในความหมายที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การวิจัยประเมินผล เป็นกระบวนการวิจัยที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวัตถุวิสัย (objectivity) ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจิตวิสัย (subjectivity) ของผู้ประเมินแต่เพียงอย่างเดียว การวิจัยประเมินผลเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เงิน และเวลามาก การตัดสินใจว่าจะทำวิจัยประเมินผลโครงการใดๆ หรือไม่ หรือเมื่อใดที่ควรจะทำ การวิจัยประเมินผลโครงการนั้นๆ มีประเด็นที่สำคัญในการพิจารณา คือ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2536)

1. เมื่อโครงการนั้นเป็นโครงการที่สำคัญ มีค่าใช้จ่ายสูง มีผลกระทบต่อระบบการปฏิบัติงาน และต่อประชาชนจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อโครงการนั้นยังหารูปแบบหรือแนวทางที่แน่นอนไม่ได้ หรือยังไม่แน่ใจเกี่ยวกับแนวทาง กระบวนการ ขั้นตอน หรือหลักเกณฑ์ต่างๆ ของโครงการ

2. เมื่อโครงการนั้นมีความสลับซับซ้อน ทั้งในแง่กระบวนการ ขั้นตอน หลักเกณฑ์ และองค์ประกอบของโครงการ ตลอดจนผลกระทบของโครงการ ซึ่งทำให้ยากแก่การสังเกตเชิงจิตวิสัยหากไม่มีการจัดเก็บ รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์

3. เมื่อมีความต้องการหลักฐานทางข้อมูลที่ได้มีการจัดเก็บอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความเป็นวัตถุวิสัย และหลักฐานทางข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะให้ทุกคนยอมรับในความถูกต้องของข้อสรุป

4. เมื่อการตัดสินใจที่จะเกิดขึ้น มีความสำคัญต่อสังคม ต่อระบบงาน และเกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ดังนั้น การตัดสินใจในการทำวิจัยประเมินผลโครงการใดโครงการหนึ่ง จึงต้องอาศัยข้อมูลควบคู่ไปกับประสบการณ์ ที่สำคัญคือ ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อชีวิตของคนจำนวนมาก (โครงการสาธารณะ) และเกี่ยวข้องกับการใช้เวลา การใช้จ่ายเงินจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ตัดสินใจที่เป็นผู้ที่อยู่ห่างไกลจากโครงการที่ต้องการรู้ว่าข้อเท็จจริงที่แน่นอนเป็นอย่างไร และเพียงพอที่จะใช้เป็นฐานในการตัดสินใจ ลักษณะดังกล่าวนี้ การวิจัยประเมินผลจะเหมาะสมที่สุด



## ประเภทของการวิจัยประเมินผล

การจัดประเภทของการวิจัยประเมินผลนั้น มีนักวิชาการจำนวนมากที่เสนอรูปแบบ (บางที่เรียกว่าแบบจำลอง) เพื่อการดำเนินการวิจัยประเมินผล ตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1960 โดย ชัชแมนได้เสนอการประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยทดลองประเภทต่างๆ เพื่อการวิจัยประเมินผล นโยบาย/แผนงาน/โครงการ สคริเวนได้เสนอการวิจัยประเมินผลเบื้องต้นและสรุปรวม (formative - summative evaluation) และการประเมินผลแบบอิสระจากเป้าประสงค์ (goal - free evaluation) สตัฟเฟิลบีมได้เสนอการวิจัยประเมินผลแบบแบบชิป (CIPP evaluation) สเทคได้เสนอการวิจัยประเมินผลแบบเคาตีแนนซ์ (couterance evaluation) และอมอร์และตายเออร์ได้เสนอแบบยูเอสอี-ยูซีแอลเอ (USE - UCLA evaluation) ซึ่งในสองทศวรรษต่อมา องค์ความรู้ของการวิจัยประเมินผลแบบต่างๆ ได้รับการพัฒนาขึ้นในลักษณะเป็นเอกเทศจากกัน จนในช่วงหลังมีนักวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งได้มุ่งความสนใจไปในส่วนของการศึกษารวบรวม เพื่อแยกกลุ่มองค์ความรู้ให้ง่ายต่อการทำ การศึกษาและสะดวกต่อการประยุกต์ใช้

สำหรับการวิจัยประเมินผลในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและประยุกต์ใช้รูปแบบการ วิจัยประเมินผลแบบเบื้องต้นและการประเมินผลสรุปรวม (formative-summative evaluation) โดยพิทชกับบอนและมอริสและได้รับการพัฒนาโดยไมเคิล สคริฟเว่น (ปุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์, 2529 อ้างตาม Michael Scriven, 1973) การประเมินผลเบื้องต้นเกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของ โครงการยังไม่เสร็จสิ้น ถ้าขั้นตอนการปฏิบัติสามารถเป็นไปตามกระบวนการที่วางไว้ ปัญหา อุปสรรคที่จะต้องแก้ไขย่อมต้องมีน้อย แต่ถ้าปรากฏความคลาดเคลื่อนในการดำเนินการ ข้อมูล ย้อนกลับจากการประเมินผลเบื้องต้น จะช่วยให้ผู้บริหารโครงการสามารถดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆก่อนที่จะต้องสิ้นเปลืองทั้งเวลา บุคลากรและงบประมาณจนมากเกินไป โดยย่อ การประเมินผลเบื้องต้นมุ่งตอบคำถามดังต่อไปนี้ การดำเนินงานในโครงการเป็นไปตามแผนปฏิบัติ การที่วางไว้ตั้งแต่ต้นหรือไม่ ทุกส่วนของโครงการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ถ้าบาง ส่วนของโครงการย่อนยอนประสิทธิภาพจะปรับปรุงแก้ไขอย่างไร ซึ่งการประเมินผลเบื้องต้นจัดว่า เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารโครงการ ด้วยการส่งข้อมูลย้อนกลับก่อนที่ช่วงเวลาของการดำเนินงานจะ ผ่านพ้นไป เพื่อให้สามารถปรับปรุงและเพิ่มพูนประสิทธิภาพของโครงการในระดับที่สูงขึ้น

ในขณะที่การประเมินผลสรุปรวมมีประโยชน์ในการพิจารณาถึงระดับความสำเร็จใน การบรรลุถึงเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ที่วางไว้แต่ต้น การประเมินผลลักษณะนี้เป็นการสรุปผล เมื่อโครงการเสร็จสิ้น ด้วยเหตุนี้ข้อเสนอแนะต่างๆ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงการจึงไม่มีผล กระทบต่อโครงการที่ถูกประเมิน แต่จะมีผลต่อการปรับปรุงโครงการแบบเดียวกันที่จะดำเนินการ

ในลำดับต่อไป การประเมินผลสรุปรวมพยายามตอบคำถามดังต่อไปนี้ โครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ โครงการก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่คาดหมายประการใดบ้างหรือไม่อย่างไร โครงการสามารถตอบสนองความต้องการทั้งหมดของสังคมได้หรือไม่เพียงใด ในการวิจัยประเมินผลสรุปรวม นักวิจัยจะต้องมุ่งวัดผลลัพธ์และผลกระทบที่แท้จริงอันเนื่องมาจากโครงการแทนที่จะเป็นผลกระทบอันเนื่องมาจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้

ในการประเมินผลแบบของ สคริปต์เว่น ได้แบ่งวิธีการประเมินออกเป็น 2 วิธีด้วยกันคือ วิธีแรกคือ การประเมินก่อนมีการปฏิบัติงานหรือการประเมินคุณค่าภายใน (intrinsic evaluation) ได้แก่ การประเมินคุณค่าของสิ่งเหล่านั้นภายในตัวมันเอง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินเนื้อหา จุดมุ่งหมาย กระบวนการ หรือทัศนคติของผู้อื่นต่อสิ่งเหล่านั้น เป็นการประเมินผลที่ยังไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์โดยตรงเพียงแต่ใช้เปรียบเทียบผลโดยทางอ้อม และเป็น การประเมินผลก่อนการปฏิบัติงาน และวิธีที่สองคือ การประเมินเมื่อมีการปฏิบัติงานแล้ว หรือการประเมินคุณค่าการปฏิบัติงาน (pay-off evaluation) เป็นการตัดสินคุณค่าจากผลที่เกิดขึ้น จากการใช้สิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือจากการปฏิบัติงาน เป็นการประเมินความแตกต่างโดยอาศัยตัวแปรเกณฑ์มาใช้ในการพิจารณา และในการประเมินโครงการนั้น ผู้ประเมินมักจะเลือกใช้วิธีการประเมินทั้งสองวิธีควบคู่กันไปแต่นำนัก ความสำคัญของการประเมินผลแต่ละวิธีแตกต่างกัน แล้วแต่ลักษณะของโครงการ แต่ละวิธีการประเมินทั้งสองวิธีนี้อาจจะใช้ได้ทั้งการประเมินผลเบื้องต้นและการประเมินผลสรุปรวม

การวิจัยประเมินผลในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ตามรูปแบบของการประเมินผลเบื้องต้น (formative evaluation) ซึ่งเป็นการวัดความก้าวหน้าของจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพให้กับสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542 ซึ่งเป็นประโยชน์ช่วยในการประเมินโครงการดังกล่าวกำลังดำเนินการอยู่ ยังไม่เสร็จสิ้น ในการประเมินผลในครั้งนี้จะช่วยในการตรวจสอบการดำเนินงานในโครงการว่าเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ตั้งแต่ต้นหรือไม่ โครงการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ จะปรับปรุงแก้ไขอย่างไร ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ถ้าขั้นตอนในการประเมินผลเป็นไปตามกระบวนการที่วางไว้ ปัญหาอุปสรรคที่จะต้องแก้ไขย่อมต้องมีน้อย แต่ถ้าปรากฏว่ามีความคลาดเคลื่อนในการดำเนินการ ข้อมูลย้อนกลับจากการประเมินผลเบื้องต้น จะช่วยทำให้ผู้บริหารโครงการสามารถดำเนินการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ก่อนที่จะต้องสิ้นเปลืองทั้งเวลา บุคลากรและงบประมาณจนมากเกินไป การประหยัดในด้านงบประมาณในการดำเนินการโครงการของจังหวัดต่อไป

## 5. การประเมินผลโครงการสาธารณสุข (Program Evaluation in Public Health)

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2541) ได้ให้ความหมายของการประเมินผลบริการสาธารณสุข หมายถึง การประเมินอย่างรอบคอบ ที่เป็นรูปธรรมมากที่สุดว่าระบบทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นอยู่นั้นสามารถตอบสนองและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ กล่าวคือ

1. ต้องมีการประเมินเปรียบเทียบว่าระบบบริการสาธารณสุขนั้นๆ สามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดเป็นมาตรฐานได้มากน้อยเพียงใด

2. การวัดหรือประเมินนั้นต้องปราศจากความคิดเห็นส่วนตัวของผู้ทำการประเมินหรือผู้ที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน หรืออีกนัยหนึ่งคือ วิธีการที่ใช้ต้องเป็นวิทยาศาสตร์และสามารถทำซ้ำได้ โดยบุคคลอื่นหรือสถานที่อื่นและให้ผลที่เหมือนกันได้

การประเมินผลการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเนื่องจากเหตุผลดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (Determinant of health) ส่วนใหญ่อยู่นอกกระบวนการบริการสาธารณสุข เช่น ภาวะโภชนาการ ภาวะทางเศรษฐกิจครัวเรือน ระดับการศึกษา สภาพแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และวิถีชีวิตของคน เป็นต้น

2. วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และสุขภาพใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นมากมาย ทำให้มีคำถามเกิดขึ้นว่าวิทยาการใหม่ๆ เหล่านั้นมีผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสียหรือไม่ นอกจากนั้นในปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ก็ก้าวหน้าไปมากจนทำให้สามารถยืดชีวิตคนต่อไปได้แม้เพียงเล็กน้อยหรือช่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีเหล่านี้มักมีราคาแพงจึงได้มีคำถามว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนั้นเมื่อเทียบกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ได้นั้นคุ้มหรือไม่

3. ภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป โครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น ลักษณะการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้มีภาวะค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในขณะที่มีทรัพยากรจำกัด ทำให้เกิดคำถามว่าควรจะลงทุนในบริการด้านการแพทย์และกิจกรรมด้านสุขภาพอื่นๆ ในสัดส่วนชั่งกันเท่าใดจึงจะได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพสูงสุด

4. ลักษณะพิเศษของอุปสงค์ของบริการทางการแพทย์ที่อิงกับความจำเป็นด้านสุขภาพและการขาดข้อมูลของผู้ป่วยทำให้การตัดสินใจในการใช้บริการขึ้นอยู่กับแพทย์หรือผู้ให้บริการเป็นหลัก และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ก็พบว่าวิธีการจ่ายเงินให้แก่แพทย์และสถานบริการในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต่างกันทำให้ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมต่างกัน ทำให้เกิดคำถามว่าการตัดสินใจในการเลือกให้บริการของแพทย์นั้นขึ้นกับข้อมูลด้านการแพทย์และผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลักหรือขึ้นกับผลตอบแทนที่จะได้รับและสังคมก็ต้องการเข้ามามีส่วนในการตรวจสอบมากขึ้น

สำหรับรูปแบบการประเมินผลโครงการสาธารณสุขนั้น มีวัตถุประสงค์หลักของการประเมิน คือ อิทธิพลของการตัดสินใจ ซึ่งองค์ประกอบและความแม่นยำขึ้นอยู่กับว่าใครคือผู้ตัดสินใจ และรูปแบบ (design) ของการตัดสินใจต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นตามมา ความแตกต่างของผู้ตัดสินใจนอกจากจะแตกต่างกันในรูปแบบแล้วยังแตกต่างกันในเรื่องการหาข้อมูลที่ต้องการ แม่นยำ (accuracy) กรอบแนวคิดในการตัดสินใจขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในรูปแบบ โดยมีการเสนอ 2 แนวทาง ได้แก่ (Habicht, Victora and Vaughan, 1999)

แนวทางที่ 1) ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดที่สามารถให้ผลประโยชน์สำหรับการบริการ หรือมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ ตัวชี้วัดเหล่านี้ ได้แก่ การจัดหา หรือการกำหนด (provision) ผลประโยชน์จากการจัดบริการ (utilization) ความครอบคลุม (coverage) และผลกระทบ (impact) จากการดำเนินโครงการ

แนวทางที่ 2) การประเมินนั้นจะต้องอ้างอิงได้ว่า มีความเหมาะสม และมีโอกาสที่จะเป็นไปได้หรือไม่เพื่อความมั่นใจของผู้บริหารที่สามารถอ้างอิงได้ว่าผลที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวเนื่องมาจากโครงการจริงๆ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินผลการปฏิบัติงาน หรือการประเมินผลกระทบจะต้องมีลักษณะที่เหมาะสมเพียงพอ (adequacy) มีเหตุผล (plausibility) และมีโอกาสเป็นไปได้ (probability)

นอกจากแนวคิดดังกล่าวแล้ว ก็ต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบการประเมินด้วย เช่น ประสิทธิภาพของสิ่งที่กำหนดให้ในโครงการ (intervention) ความรู้ เวลา ต้นทุน ดำเนินการ ซึ่งผู้ตัดสินใจจะต้องระมัดระวังโดยเฉพาะต้นทุนในการประเมินผลที่มักจะเพิ่มสูงขึ้น และเกิดความยุ่งยากตามมา ซึ่งการประเมินผลโครงการสาธารณสุขนั้นเป็นการดำเนินงานเพื่อกิจกรรมทางสาธารณสุขที่ต้องใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ ต้องแสดงถึงความเสมอภาคและประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยพยายามทำให้ผลการดำเนินงานในกิจกรรมนั้นๆ บรรลุตามวัตถุประสงค์และต้องสามารถตรวจสอบได้

นอกจากนี้ คอปแลน (Koplan, 1999) ยังได้สรุปว่า ในการประเมินผลโครงการสาธารณสุขเป็นวิธีการเดียวในการแยกแยะโครงการไม่ว่าจะเป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพ โครงการป้องกันโรคต่างๆ โครงการป้องกันอุบัติเหตุและความพิการ การประเมินผลจะเป็นแรงผลักดันในการวางแผนงานนโยบายต่างๆ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการปรับปรุง แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการลงทุน และการประเมินโครงการจะต้องให้ความสำคัญกับวัตถุประสงค์ หรือจุดมุ่งหมายของโครงการที่ได้กำหนดไว้ในเบื้องต้น และจะตอบคำถามได้ว่าการลงทุนมากมายในโครงการนั้นๆ ได้ผลงานที่เหมาะสมและบรรลุความสำเร็จตามที่ต้องการหรือไม่

ดังนั้น ในการประเมินผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นด้วยการเข้าถึงเจ้าผู้รับผิดชอบการดำเนินโครงการนั้นๆ โดยศึกษาถึงวัตถุประสงค์ แผนปฏิบัติการ และผลลัพธ์ที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาและการบรรยายรายละเอียดของโครงการ ความต้องการของโครงการ กิจกรรม แหล่งทรัพยากร ขั้นตอนดำเนินการ กลยุทธ์ที่ใช้ และบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การเลือกรูปแบบของการประเมินผล และสรุปให้ได้เป้าประสงค์ที่ต้องการ ในการเลือกรูปแบบนี้วิธีการประเมิน คำถามการประเมิน

ขั้นตอนที่ 4 การรวบรวมข้อมูล หลักฐานที่เชื่อถือได้ โดยมีข้อบ่งชี้มีแหล่งข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยอาศัยหลักตรรกวิทยา

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลการประเมินด้วยความยุติธรรม โดยต้องมีมาตรฐาน มีเกณฑ์การตัดสิน การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ข้อมูล การแปลผลข้อมูลด้วยความถูกต้อง เชื่อสัจย์ ยุติธรรม

ขั้นตอนที่ 6 การสร้างความมั่นใจและการศึกษาร่วมกัน โดยกระบวนการประเมินทั้งหมดตั้งแต่รูปแบบ การเตรียมการ การดำเนินการ ผลกระทบ การติดตามผล ตลอดจนการเผยแพร่รายงานการประเมินผลทั้งหมดจะต้องนำมาร่วมศึกษา ร่วมคิดอย่างรอบคอบ ก่อนที่จะตัดสินใจดำเนินการอื่นใดต่อไป

สรุปว่า ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการใช้รูปแบบการประเมินความก้าวหน้า ซึ่งเป็นการวิจัยประเมินผลโครงการทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยมุ่งตรวจสอบความก้าวหน้า และความสำเร็จของโครงการในการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพทั้งในด้านประสิทธิภาพของการจัดสรรงบประมาณ คุณภาพบริการของสถานื่อนามัย ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานื่อนามัย และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามโครงการ

## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีวิจัย

#### 1. รูปแบบการวิจัย

การประเมินความก้าวหน้า (formative evaluation) ของการจัดสรรงบประมาณ สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ในครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพโดยการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณในหมวดบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพให้กับสถานีนามัย ในปีงบประมาณ 2542 โดยมีจุดประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการจัดสรรงบประมาณในด้านประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ คุณภาพบริการของสถานีนามัย ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการของประชาชน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานีนามัย และปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ให้ความคิดเห็นในการวิจัยในครั้งนี้

#### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ คือ หัวหน้าสถานีนามัย หรือตัวแทน ซึ่งทำหน้าที่บริหารด้านการเงินและงบประมาณงานของสถานีนามัย รวมทั้งสิ้น จำนวน 111 ราย

2.1.2 กลุ่มผู้รับบริการ คือ ประชาชนผู้มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาล เฉพาะที่มีบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพทั้งจังหวัด จำนวน 361,219 ราย และเลือกที่จะทำการศึกษาเฉพาะผู้ที่เคยไปรับบริการจากสถานีนามัยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเท่านั้น

2.1.3 สถานีนามัย ซึ่งเป็นการสำรวจข้อมูลทั้งในด้านข้อมูลการให้บริการ และด้านงบประมาณของสถานีนามัย โดยการสำรวจข้อมูลจากสถานีนามัย รวมทั้งสิ้น จำนวน 111 แห่ง

2.2 กลุ่มตัวอย่างและเทคนิคการสุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้แยกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

2.2.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ ผู้วิจัยทำการสอบถามหัวหน้าสถานีนามัยหรือตัวแทนของสถานีนามัย ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายทุกแห่ง จำนวนทั้งสิ้น 87 ราย โดยทำการแบ่งพื้นที่

อำเภอเพื่อศึกษาเปรียบเทียบออกเป็น 3 กลุ่ม (stratum) ตามระยะเวลาที่เริ่มดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มอำเภอ คือ กลุ่มที่ 1 จำนวน 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอทรายมูล มหาชนะชัย และค้อวัง กลุ่มที่ 2 จำนวน 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอกุดชุม ป่าดิว และไทยเจริญ และกลุ่มที่ 3 จำนวน 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมือง คำเขื่อนแก้ว และเลิงนกทา

2.2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้รับบริการเพื่อทำการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 400 ราย ซึ่งคำนวณจากสูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) และใช้หลักการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมในการสรุปผลตามขอบเขตที่ต้องการ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538 และธวัชชัย วรพงศธร, 2540) กล่าวคือ เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาแล้วผู้วิจัยได้ทำการแบ่งพื้นที่อำเภอออกเป็น 3 กลุ่ม (stratum) เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ให้บริการ แล้วทำการสุ่มคัดเลือกโดยวิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่ (sampling random without replacement) กลุ่มละ 1 อำเภอเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มในการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยทำการสุ่มได้ 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอค้อวัง อำเภอป่าดิว และอำเภอคำเขื่อนแก้ว หลังจากนั้นจับฉลากคัดเลือกสถานีอนามัยมาอำเภอละ 2 แห่ง โดยจับฉลากเลือกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ จำนวนแห่งละ 2 หมู่บ้าน เพื่อคัดเลือกเป็นตัวแทนในการศึกษา อำเภอละ 4 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 12 หมู่บ้าน เมื่อได้หมู่บ้านที่จะทำการศึกษาแล้ว จะทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการสุ่มในบัญชีรายชื่อ (sampling frames) หรือทะเบียนผู้มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลของสถานีอนามัย ตามสัดส่วนของจำนวนผู้มีสิทธิบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพของหมู่บ้านที่ทำการเลือกสุ่มได้ ซึ่งเรียกวิธีนี้ว่า proportional stratified random sampling เพื่อเป็นตัวแทนในการศึกษา รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนหมู่บ้าน ประชากร และกลุ่มตัวอย่างด้านผู้รับบริการที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้

| อำเภอ<br>สถานีอนามัย       | จำนวนประชากรผู้มี<br>สิทธิ สปร.,บัตรประกันสุขภาพ | ชื่อหมู่บ้าน<br>ที่ทำการศึกษา | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง<br>ที่ทำการศึกษา (ราย) |
|----------------------------|--|-------------------------------|---|
| <b>1.อำเภอค้อวัง</b>       |  |                               |   |
| - สอ.ศิริพัฒนา             | 1,722 ราย  | ม.1 ศิริพัฒนา                 | 35  |
|                            |  | ม.2 บากใหญ่                   | 21  |
| - สอ.ดี้ว                  | 2,028 ราย  | ม.1 กุดน้ำใส                  | 25  |
|                            |  | ม.4 ดี้ว                      | 40  |
| <b>2.อำเภอป่าติ้ว</b>      |  |                               |   |
| - สอ.กระจาย                | 1,929 ราย  | ม.3 กระจาย                    | 42  |
|                            |  | ม.7 คำเกิด                    | 20  |
| - สอ.หนองแซ้               | 1,715 ราย  | ม.8 หนองสำโรง                 | 23  |
|                            |  | ม.13 หนองแซ้                  | 32  |
| <b>3.อำเภอคำเขื่อนแก้ว</b> |  |                               |   |
| - สอ.แคนน้อย               | 2,360 ราย  | ม.1 แคนน้อย                   | 36  |
|                            |  | ม.3 หนองเลิง                  | 40  |
| - สอ.ดงเจริญ               | 2,660 ราย  | ม.2 ดง                        | 52  |
|                            |  | ม.4 คำแหลม                    | 34  |
| รวม                        | 12,414 ราย                                       | 12 หมู่บ้าน                   | กลุ่มตัวอย่าง = 400 ราย                   |

โดยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ที่เลือกสุ่มได้ เพื่อเป็นตัวแทนของครัวเรือนที่ถูกสัมภาษณ์ (ครัวเรือนละ 1 ชุด) ซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติในการเป็นตัวแทนในการศึกษา กล่าวคือ ต้องเคยไปใช้บริการที่สถานีอนามัยมาก่อน (นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2541 เป็นต้นมา) ซึ่งในกรณีที่ขาดคุณสมบัติดังกล่าว ก็จะทำการสุ่มใหม่จนได้ตัวแทนที่จะใช้ในการศึกษา ยกเว้นในกรณีที่เป็นเด็กอายุ 0-12 ปี และ ผู้พิการทางด้านสมองซึ่งไม่สามารถพูดจาได้รู้เรื่อง จะทำการสอบถามหัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกของหลังคาเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 65 ปีแทน

2.2.3 สถานีอนามัย ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยการสำรวจข้อมูลการให้บริการ และงบประมาณของสถานีอนามัยจากสถานีอนามัยทุกแห่ง จำนวนทั้งสิ้น 87 แห่ง



### 3. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ มีจำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามผู้ให้บริการในสถานื่อนามัย
2. แบบสอบถามผู้รับบริการจากสถานื่อนามัย
3. แบบสำรวจข้อมูลประสิทธิภาพ คุณภาพ และสถานการณ์การการเงินสถานื่อนามัย
4. แบบรายงานผู้รับบริการข้ามเขตในโรงพยาบาล

#### 3.2 ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 แบบสอบถามผู้ให้บริการในสถานื่อนามัย สำหรับแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 : เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อายุราชการ ตำแหน่ง ระดับและบทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 : เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและการบริการของสถานื่อนามัย ซึ่งคำถามมีลักษณะเลือกตอบได้หลายคำตอบ (check list) และข้อคำถามแบบปลายปิด (close-end) เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 : เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้กับสถานื่อนามัย โดยจำแนกออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบายของผู้บริหารและระเบียบการปฏิบัติ ด้านจำนวนเงินงบประมาณและความพอเพียงของยาและเวชภัณฑ์ ด้านการบริการของสถานื่อนามัย ด้านความสะดวกคล่องตัวในการใช้จ่ายงบประมาณ และด้านอัตราที่กำหนดใช้ในการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ซึ่งมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดโดยประยุกต์ตามแบบวัดความคิดเห็นแบบประมาณค่าของ ลิเคิร์ท (Likert scale) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 4 : เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งข้อคำถามมีทั้งลักษณะเลือกได้หลายคำตอบ แบบปลายปิด และแบบปลายเปิด (close and open-end) เกี่ยวกับการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน จำนวน 13 ข้อ

3.2.2 แบบสอบถามผู้รับบริการจากสถานีนอนามัย สำหรับแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออก 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 : เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะประชากร ได้แก่ ที่อยู่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทสิทธิบัตร วิธีการได้มาของสิทธิบัตร และการรับรู้เรื่องสิทธิเงื่อนไขการใช้บัตร จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 : เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้รับบริการและบริการที่ได้รับจากสถานีนอนามัย ซึ่งคำถามมีลักษณะเลือกตอบได้หลายคำตอบ (check list) และข้อคำถามแบบปลายปิด (close -end) เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 3 : เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากสถานีนอนามัย โดยจำแนกออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ตั้งของสถานีนอนามัยและการคมนาคม ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกโดยทั่วไปที่ได้รับ ด้านความสะดวกรวดเร็วและการต้อนรับ ด้านการให้บริการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่ และด้านคุณภาพการบริการและประสิทธิภาพการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ซึ่งมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 4 : เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งข้อคำถามมีทั้งลักษณะเลือกได้หลายคำตอบ แบบปลายปิด และแบบปลายเปิด (close and open-end) เกี่ยวกับข้อเสนอแนะในด้านความต้องการปรับปรุงสถานีนอนามัย จำนวน 3 ข้อ

3.2.3 แบบสำรวจข้อมูลประสิทธิภาพ คุณภาพ และสถานการณ์การเงินของสถานีนอนามัย สำหรับแบบสำรวจข้อมูลชุดนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย เกี่ยวกับลักษณะตัวอาคาร การคมนาคม การติดต่อสื่อสาร และข้อมูลความรับผิดชอบ เช่น จำนวนหมู่บ้าน หลังคาเรือน และประชากร จำนวนและความครอบคลุมด้านสิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชน จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย และข้อมูลโรงเรียน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลผลการดำเนินงานของสถานื่อนามัย ประกอบด้วย จำนวนผู้รับบริการรวมในสถานื่อนามัย ผลการให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งเป็นแบบสำรวจที่เก็บข้อมูลจากรายงานที่สถานื่อนามัยส่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นรายงานประจำงวดทุก 3 เดือน (รายงาน สปภ.02/1) นอกจากนี้ยังประกอบด้วย ข้อมูลรายงานผลความครอบคลุมในการให้บริการของสถานื่อนามัย ประกอบด้วย งานโภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็ก บริการวางแผนครอบครัว บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค บริการทันตกรรม การควบคุมโรคเบาหวาน การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง งานสุขภาพจิต การตรวจและค้นหาหมีเริงปากมดลูก และการป้องกันและควบคุมวัณโรค รวมจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 : ข้อมูลสถานการณ์การเงินและงบประมาณของสถานื่อนามัย จากแบบรายงานการรับ-จ่ายเงินบำรุง และแบบสำรวจการรับจ่ายเงินบำรุงและงบประมาณที่สถานื่อนามัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผลการจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอกและการกันข้ามเขตไป รพท.และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ของบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ ปี 2542

3.2.4 แบบสำรวจข้อมูลผู้รับบริการข้ามเขต สำหรับแบบสำรวจข้อมูลชุดนี้ประกอบด้วย ข้อมูลผู้รับบริการข้ามเขตของผู้รับบริการที่มีสิทธิบัตรประเภทบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพในเขตรับผิดชอบของสถานื่อนามัยที่ข้ามเขตไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด (รพท.) โดยเก็บข้อมูลจากแบบรายงาน Finance 1 ซึ่งทางโรงพยาบาลมีการรายงานให้จังหวัดทราบทุกเดือน

### 3.3 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถาม และแบบสำรวจข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับเรื่องที่จะศึกษาหรือประเมินผล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

3.3.1 ศึกษารายละเอียดของเอกสารการประเมินผล ระบบการเงินการคลังและงบประมาณและรายละเอียดโครงการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขของกระทรวงฯและจังหวัดที่กำลังดำเนินการปฏิรูปอยู่ในขณะนี้

3.3.2 รับฟังคำชี้แจง ทำความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัดและอำเภอ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานโครงการมาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโครงการแล้ว

3.3.3 สร้างแบบสอบถามและแบบสำรวจที่ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง

### 3.4 ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 นำแบบสอบถามและแบบสำรวจทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ (expert) จำนวน 3 ท่านช่วยในการตรวจสอบความตรง (validity) ซึ่งเป็นการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความถูกต้องของเนื้อหาแบบสอบถามทั้งหมด แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขใหม่

3.4.2 นำแบบสอบถามและแบบสำรวจไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาโดยไม่ซ้ำกันกลุ่มละ 30 ตัวอย่าง รวม 60 ตัวอย่าง

3.4.3 นำแบบสอบถามชุดที่ 1 (ผู้ให้บริการ) และ 2 (ผู้รับบริการ) มาหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค อัลฟา (Cronbach alpha coefficient) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2532) สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผลการหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในชุดที่ 1 และ 2 ได้ผลดังนี้ ค่าความเที่ยงรวม เท่ากับ 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ

### 3.5 เกณฑ์ในการให้คะแนนของเครื่องมือ

แบบสอบถาม ชุดที่ 1 เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้กับสถานื่อนามัย และแบบสอบถาม ชุดที่ 2 เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจากสถานื่อนามัย โดยประยุกต์ตามแบบวัดความคิดเห็นแบบประมาณค่าของ ลิเคิร์ต (Likert scale) มีการให้คะแนน ดังนี้คือ

#### ระดับคะแนนความพึงพอใจ

|   |         |                        |            |
|---|---------|------------------------|------------|
| 5 | หมายถึง | ความพึงพอใจอยู่ในระดับ | มากที่สุด  |
| 4 | หมายถึง | ความพึงพอใจอยู่ในระดับ | มาก        |
| 3 | หมายถึง | ความพึงพอใจอยู่ในระดับ | ปานกลาง    |
| 2 | หมายถึง | ความพึงพอใจอยู่ในระดับ | น้อย       |
| 1 | หมายถึง | ความพึงพอใจอยู่ในระดับ | น้อยที่สุด |

### เกณฑ์ตัดสินการประเมินผล

ในการประเมินผลระดับความพึงพอใจ โดยการตีความหมายว่ามีความพึงพอใจ อยู่ในระดับใด ซึ่งมีอยู่ 5 ระดับ โดยปรับใช้เกณฑ์สัมบูรณ์ (absolute criteria) (สมภพ พานทอง, 2538) และได้กำหนดเกณฑ์ไว้ ดังนี้

|       |         | ค่าเฉลี่ย   | ความหมาย                           |
|-------|---------|-------------|------------------------------------|
| คะแนน | เท่ากับ | 4.51 - 5.00 | ความพึงพอใจ อยู่ในระดับ มากที่สุด  |
| คะแนน | เท่ากับ | 3.51 - 4.50 | ความพึงพอใจ อยู่ในระดับ มาก        |
| คะแนน | เท่ากับ | 2.51 - 3.50 | ความพึงพอใจ อยู่ในระดับ ปานกลาง    |
| คะแนน | เท่ากับ | 1.51 - 2.50 | ความพึงพอใจ อยู่ในระดับ น้อย       |
| คะแนน | เท่ากับ | 1.00 - 1.50 | ความพึงพอใจ อยู่ในระดับ น้อยที่สุด |

#### 4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามผู้ให้บริการ(หัวหน้าสถานีอนามัย) นั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อประสานขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมทั้งส่งแบบสอบถามลงไปยังสถานีอนามัยทุกแห่งที่ทำการสำรวจ และเก็บรวบรวมกลับคืนผู้วิจัยเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามผู้รับบริการนั้น ผู้วิจัยทำการชี้แจงและอบรมผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอละ 3 คน จำนวน 3 อำเภอ รวมเป็น 9 คน เป็นผู้เก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ทำการวิจัย และเก็บรวบรวมกลับคืนผู้วิจัยเมื่อทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเสร็จเรียบร้อยแล้ว

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ และสถานการณ์การเงินของสถานีอนามัย ผู้วิจัยได้สร้างแบบสำรวจรวบรวมเป็นชุดเดียวกัน และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทุกแห่งที่ทำการสำรวจ (แห่งเดียวกับแบบสอบถามผู้ให้บริการ) โดยกรอกข้อมูลตามแบบสำรวจแล้วเก็บรวบรวมคืนผู้วิจัยเมื่อกรอกข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

5.1 ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถามทุกฉบับ

5.2 ป้อนข้อมูลจากแบบสอบถามในชุดที่ 1 (ผู้ให้บริการ) และ 2 (ผู้รับบริการ) ทุกฉบับด้วยโปรแกรม Epi-Info6 และแบบสำรวจข้อมูล ชุดที่ 3 ในโปรแกรม Microsoft excel โดยให้โปรแกรมทำการประมวลผลข้อมูลเป็นข้อมูลในภาพรวมทุกแห่ง

5.3 นำข้อมูลเหล่านั้นไปประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+

5.4 การวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัย จำแนกออกเป็น 5 ด้านคือ

5.4.1 ด้านประสิทธิภาพการจัดสรรงบประมาณ โดยการวิเคราะห์

1) สัดส่วนและจำนวนเงินงบประมาณที่สถานื่อนามัยได้รับการจัดสรรโดยการหาค่าร้อยละหรือสัดส่วนของเงินงบประมาณหมวด สปร.และบัตรประกันสุขภาพที่ได้รับเปรียบเทียบ 3 ปี ย้อนหลังและเปรียบเทียบกับระดับ รพช.และ รพท.ที่ได้รับจัดสรร

2) ผลงานปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของสถานื่อนามัยและบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการหาค่าร้อยละ เปรียบเทียบผลงาน 3 ปี ย้อนหลังเพื่อดูแนวโน้ม (trend)

3) สัดส่วนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรต่อการให้บริการต่อครั้ง โดยการหาสัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับเทียบกับผลงานการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบัตรสปร.และบัตรประกันสุขภาพของสถานื่อนามัย

4) สัดส่วนการข้ามเขตไปรับบริการระดับปฐมภูมิที่โรงพยาบาลและการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม โดยการหาค่าร้อยละของผู้รับบริการประเภทที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพในเขตรับผิดชอบที่มีการข้ามเขตไปรับบริการในระดับ สอ.อื่น/รพช.และ รพท.

5) สัดส่วนการใช้บริการที่สถานพยาบาลแต่ละระดับ โดยการหาค่าร้อยละ เปรียบเทียบผลงานการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของสถานื่อนามัย กับ รพช.และ รพท.

6) อัตราการใช้บริการและต้นทุนค่าใช้จ่าย โดยการหาอัตราการใช้บริการสุขภาพในสถานื่อนามัยของผู้ที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการให้บริการแต่ละครั้ง เปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรหรืออัตราการลงทุนของสถานื่อนามัย

5.4.2 ด้านคุณภาพบริการของสถานื่อนามัย โดยการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) และค่าพิสัย (range) วิเคราะห์ข้อมูลด้านคะแนนความพึงพอใจจากแบบสอบถามผู้รับบริการ โดยหาค่าเฉลี่ย (mean :  $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (standard deviation : S.D.) และเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้ง 3 กลุ่มอำเภอโดยใช้สถิติวิเคราะห์หาความแปรปรวนทางเดียว) ของคะแนนเฉลี่ย (one-way ANOVA

5.4.3 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยการวิเคราะห์ หาค่าร้อยละ (percentage) ของประชาชนผู้มีสิทธิเทียบกับกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด เพื่อดูการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

5.4.4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการของสถานเอนามัย โดยการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) และค่าพิสัย (range) วิเคราะห์ข้อมูลด้านคะแนนความพึงพอใจจากแบบสอบถามผู้ให้บริการ โดยหาค่าเฉลี่ย (mean :  $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation : S.D.) และเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการทั้ง 3 กลุ่มอำเภอโดยใช้สถิติวิเคราะห์หาความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ย (one-way ANOVA)

5.4.5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ โดยการวิเคราะห์หาค่าร้อยละของความคิดเห็นในด้านปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อโครงการ

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

การประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานีนอนามัย ในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542 ซึ่งใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล (evaluation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าด้านประสิทธิภาพการจัดสรรงบประมาณ คุณภาพบริการของสถานีนอนามัย ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานีนอนามัย และปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 3 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และข้อมูลการสำรวจของสถานีนอนามัย ซึ่งจะนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ
- ส่วนที่ 2 คุณภาพบริการของสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 3 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน
- ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

#### ส่วนที่ 1 ประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ

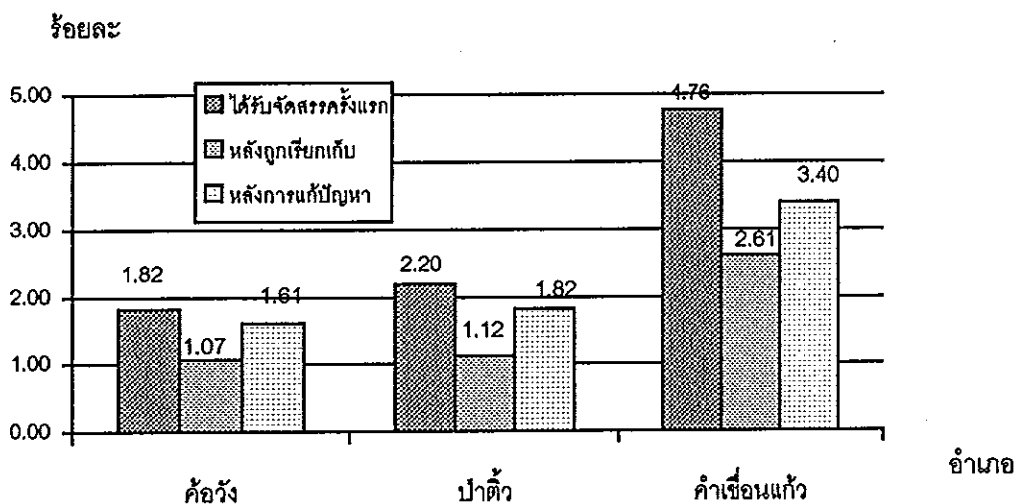
ผลการประเมินด้านประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542 โดยประเมินผลจากตัวชี้วัด 6 ตัว ผลมีดังนี้คือ

1. สัดส่วนและจำนวนเงินงบประมาณ สัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรรวมทั้งบัตร สปภ.และบัตรประกันสุขภาพในปี 2541 ซึ่งมีการจัดสรร 2 วิธีคือ จัดสรรแบบเดิม (lumpsum) ร้อยละ 50 และแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) อีก ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานบริการ พบว่า สสอ.รวมทุกแห่งได้รับจัดสรรครั้งแรก ร้อยละ 36.63 แต่หลังจากถูกเรียกเก็บแล้วเหลือเพียง ร้อยละ 21.57 ในขณะที่อำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ คือ อำเภอค้อวัง ป่าติ้ว และคำเขื่อนแก้ว พบว่า ได้รับการจัดสรรงบประมาณครั้งแรก ร้อยละ 1.82, 2.20 และ 4.76 ตามลำดับ แต่หลังจากถูกเรียกเก็บงบประมาณในกรณีข้ามเขตระหว่างสถานบริการหรือการตามจ่ายแล้ว ผลปรากฏว่าทั้ง 3 อำเภอมีสัดส่วนงบประมาณที่ได้รับเหลือเพียง ร้อยละ 1.07, 1.12 และ



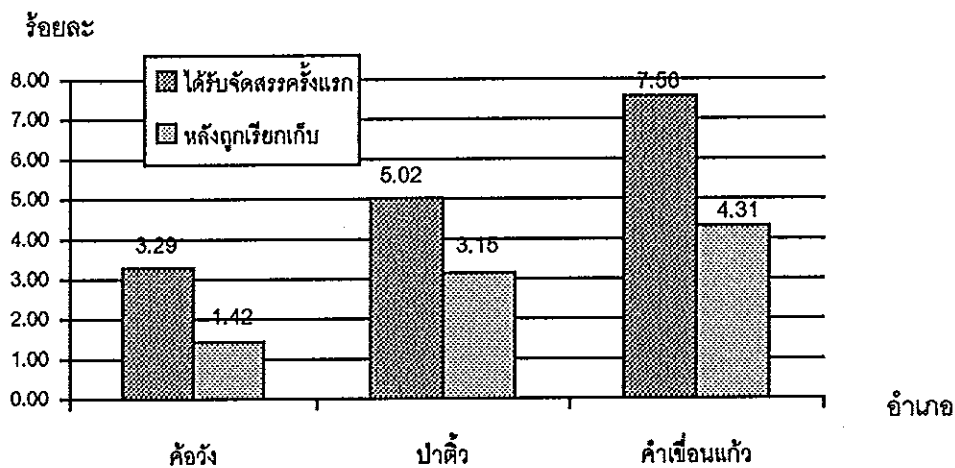
2.61 ตามลำดับ ในขณะที่ รพช.รวมทุกแห่งได้รับจัดสรรครั้งแรก ร้อยละ 23.76 แต่หลังจากถูกเรียกเก็บแล้วเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 35.32 เช่นเดียวกับ รพท. ได้รับจัดสรรครั้งแรก ร้อยละ 23.70 แต่หลังจากเรียกเก็บแล้วเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 27.19 จากผลการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวส่งผลทำให้ สสอ.รวมทุกแห่งมีงบประมาณที่ได้รับหลังจากการถูกเรียกเก็บข้ามเขตลดลงจากเดิม ร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณ สปร.ที่ได้รับจัดสรรในครั้งแรก ในขณะที่ รพช.และ รพท.กลับได้รับงบประมาณในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 49 และ 15 ตามลำดับ ซึ่งผลการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว ส่งผลทำให้มี สสอ.มีงบประมาณติดลบจากยอดงบประมาณที่ได้รับเมื่อถูกเรียกเก็บจำนวนหลายแห่ง ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว จึงมีมติจากที่ประชุมของผู้บริหารในระดับจังหวัดให้นำเอางบประมาณในส่วนการกันข้ามเขตภายในจังหวัด (ร้อยละ 10) และงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการพัฒนาระบบข้อมูล (ร้อยละ 10) ทั้ง 2 ส่วนที่ไม่ได้ใช้จ่ายมาเพิ่มให้กับ สสอ.ทุกแห่งแทน จึงทำให้ สสอ.มีงบประมาณเพิ่มขึ้น โดยในภาพรวมเมื่อมีการแก้ไขปัญหาแล้วทุกแห่งได้รับเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 28.92 ในขณะที่กลุ่มอำเภอตัวอย่าง คือ อำเภอค้อวัง ป่าดิว และคำเขื่อนแก้ว ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นภายหลังจากการแก้ไขปัญหาเป็นร้อยละ 1.61, 1.82 และ 3.40 ตามลำดับ รายละเอียดดังภาพประกอบ 4,16 และตาราง 25

ภาพประกอบ 4 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณรวมหมวดบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2541



สำหรับผลการจัดสรรงบประมาณในปี 2542 ซึ่งจัดสรรตามแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับงบประมาณผู้ป่วยนอกทั้งหมด หรือร้อยละ 100 พบว่า ในภาพรวม สสอ.ได้รับจัดสรรงบประมาณครั้งแรกเพิ่มขึ้นมากกว่าปี 2541 ถึงร้อยละ 100 กล่าวคือ ได้รับจัดสรร ร้อยละ 72.90 ของงบประมาณทั้งหมด แต่หลังจากถูกเรียกเก็บแล้วเหลือเพียง ร้อยละ 49.34 โดยสัดส่วนที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 32 ในขณะที่อำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ คือ อำเภอค้อวัง ปาดิว และคำเขื่อนแก้ว พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วได้รับการจัดสรรงบประมาณครั้งแรกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับปี 2541 คือ ร้อยละ 3.29, 5.02 และ 7.56 ตามลำดับ และหลังจากถูกเรียกเก็บงบประมาณในกรณีข้ามเขตระหว่างสถานบริการเหลือเพียง ร้อยละ 1.42, 3.15 และ 4.31 ตามลำดับ ในขณะที่ รพช. (รวมทุกแห่ง) ได้รับงบประมาณหลังจากการเรียกเก็บข้ามเขตในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น คือ จาก ร้อยละ 11.87 เป็น ร้อยละ 27.12 เช่นเดียวกับ รพท.ก็ได้รับงบประมาณในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น คือ จาก ร้อยละ 2.19 เป็น ร้อยละ 10.64 รายละเอียดดังภาพประกอบ 5,17 และตาราง 26

ภาพประกอบ 5 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกรวมหมวดบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพ ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542



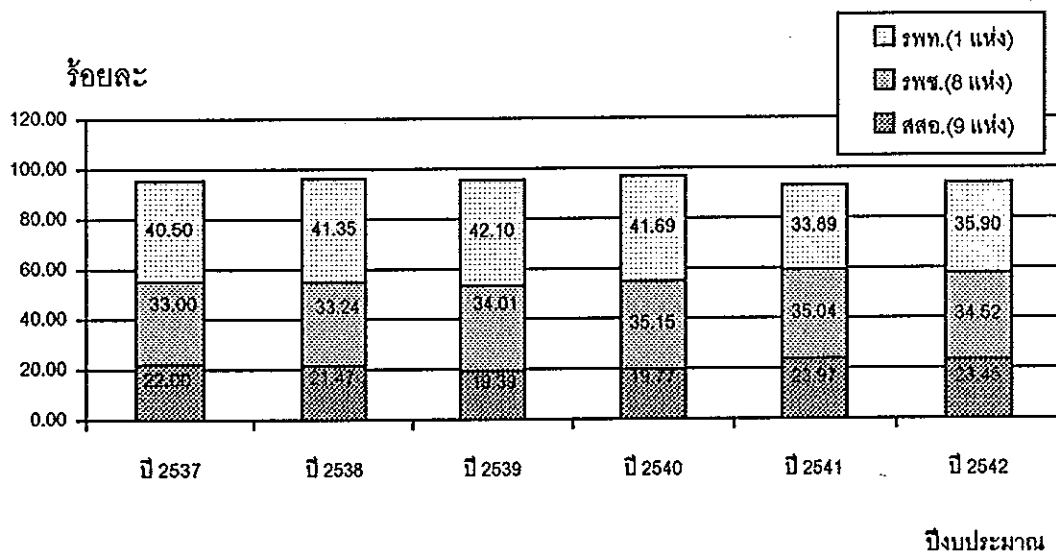
จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของงบประมาณที่สถานื่อนามัยได้รับในปี 2542 นั้นมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2541 ที่ผ่านมา ซึ่งจังหวัดยโสธรได้เริ่มมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณใหม่โดยนำเอาวิธีการเหมาจ่ายรายหัวมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณ ร้อยละ 50 และใช้วิธีการเดิมหรือเรียกว่าแบบลำซ้ำอีก ร้อยละ 50 ทั้งนี้เนื่องมาจากเหตุผลของความไม่มั่นใจของผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรแบบใหม่มากนัก โดยวิธีการเดิมนั้นใช้วิธีการ

เจรจาต่อรองตกลงกันของผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่มีเงื่อนไขและขาดหลักเกณฑ์ที่แน่นอน อีกทั้งยังไม่สอดคล้องกับปริมาณงานของสถานบริการแต่ละแห่งที่สามารถทำได้ ซึ่งในปี 2541 จังหวัดได้รับงบประมาณในหมวดบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพตามงบโครงการปกติของรัฐบาล ในส่วนงบประมาณซึ่งใช้วิธีการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม ร้อยละ 50 นั้นถูกจัดสรรเป็นงบบริการสำหรับผู้ป่วยนอก ร้อยละ 55 และสำหรับผู้ป่วยในอีก ร้อยละ 45 นอกจากนี้งบประมาณในส่วนของการบริการผู้ป่วยนอกนั้นยังถูกจัดสรรออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่หนึ่งสำหรับบริการการรักษาพยาบาล ร้อยละ 80 ถูกจัดสรรลงไปยังกองทุนอำเภอทั้งหมด ส่วนที่สองสำหรับการกันข้ามเขต (re-insurance) กรณีผู้ป่วยข้ามไป รพท. ภายในจังหวัด ร้อยละ 10 และส่วนที่สามสำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการพัฒนาระบบข้อมูลอีก ร้อยละ 10 ซึ่งกันไว้ที่จังหวัดเป็นผู้บริหารงบประมาณ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดอัตราที่ใช้ในการเรียกเก็บระหว่างสถานบริการ โดยกรณีข้ามเขตไปสถานีอนามัยในอัตรา 30 บาทต่อครั้ง ข้ามเขตไป รพช. ในอัตรา 120 บาทและ 160 บาทในกรณีข้ามเขตไป รพท.

ซึ่งแตกต่างจากในปี 2542 จังหวัดยโสธรได้เข้าร่วมในโครงการเงินกู้เพื่อการลงทุนทางสังคม (SIP) โดยได้รับเงินกู้จากธนาคารโลกเพื่อจัดเป็นงบประมาณบริการสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) รวมทั้งกลุ่มผู้ตกงานและครอบครัว โดยได้รับงบประมาณจากโครงการ SIP ร้อยละ 80 และรัฐบาลไทยสมทบอีก ร้อยละ 20 และจังหวัดได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรใหม่มาเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด (ร้อยละ 100) แต่จัดสรรเป็นงบสำหรับผู้ป่วยนอก ร้อยละ 45 และสำหรับผู้ป่วยใน ร้อยละ 55 แทน เนื่องจากเป็นเงื่อนไขของโครงการ SIP และข้อตกลงร่วมกันของผู้บริหารในส่วนกลางและ 6 จังหวัดที่เข้าร่วมในโครงการ โดยงบประมาณหมวดบัตร สปร. ทั้งหมด ถูกจัดสรรจากส่วนกลางหรือ PIU และจัดสรรตรงให้กับโรงพยาบาลหรือกองทุนอำเภอโดยไม่ผ่านจังหวัด และงบประมาณของกองทุนอำเภอสำหรับผู้ป่วยนอกก็ถูกจัดสรรออกเป็น 3 ส่วนเช่นเดียวกับปี 2541 คือ ส่วนที่หนึ่งสำหรับการรักษาพยาบาล ร้อยละ 80 ส่วนที่สองสำหรับการกันข้ามเขตกรณีผู้ป่วยข้ามไป รพท. ร้อยละ 10 และส่วนที่สามสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอีก ร้อยละ 10 นอกจากนี้จังหวัดยังได้มีการพิจารณาปรับอัตราที่ใช้ในการเรียกเก็บข้ามเขตระหว่างสถานบริการเพื่อให้มีความเป็นธรรมมากขึ้น โดยมีอัตราการตามจ่ายในกรณีข้ามเขตไป สถานีอนามัยในอัตรา 40 บาท ข้ามเขตไป รพช. ในอัตรา 80 บาทต่อครั้ง และ 140 บาทในกรณีข้ามเขตไป รพท. และสำหรับงบประมาณบัตรประกันสุขภาพนั้นใช้รูปแบบการจัดสรรงบประมาณเหมือนกับบัตร สปร. แต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เสมือนเป็น PIU แทน

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรรวมทั้งหมดระหว่างสถานบริการทั้ง 3 ระดับ ตั้งแต่ปี 2537-2542 เป็นต้นมา พบว่า งบประมาณในภาพรวมของ สสอ. และ รพช. ที่ได้รับจัดสรรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ รพท. มีแนวโน้มลดลง ซึ่งจะเห็นได้ว่างบประมาณสำหรับบริการสุขภาพนั้นมีแนวโน้มที่จะไหลไปสู่สถานบริการระดับต้นมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัด เพื่อให้จะให้สถานบริการระดับต้นมีงบประมาณมากขึ้นและสามารถพัฒนาคุณภาพบริการของตนเองเพื่อให้บริการแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบมากยิ่งขึ้นด้วยเช่นกัน รายละเอียดดังภาพประกอบ 6 และตาราง 28

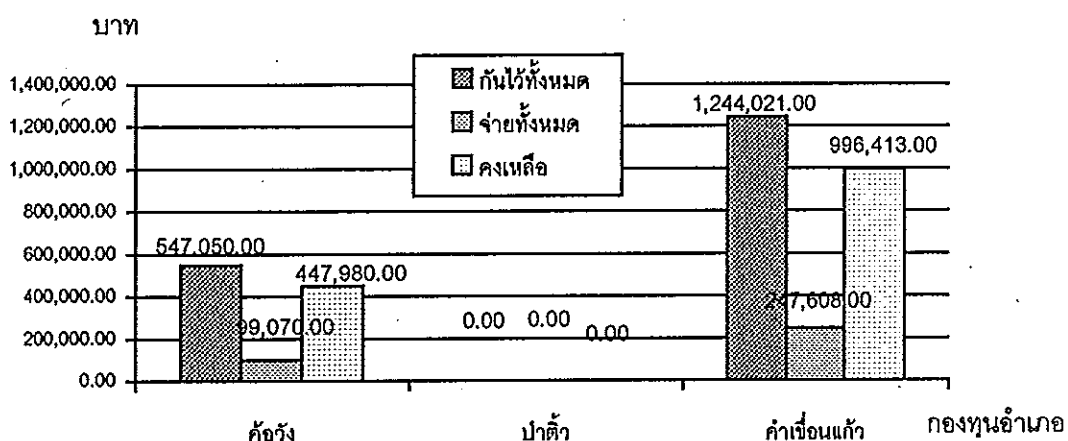
ภาพประกอบ 6 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณหมวด สปร. และบัตรประกันสุขภาพให้กับสถานบริการสาธารณสุข จำแนกตามประเภทสถานบริการ ปี 2537 - 2542



สำหรับงบประมาณในส่วนการกันข้ามเขตไป รพท. (ร้อยละ 10) และสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ 10) ในปี 2542 งบประมาณทั้งหมดจะถูกจัดสรรไว้ที่กองทุนสุขภาพรวมแต่ละกองทุน พบว่า ในภาพรวมทุกกองทุนอำเภอนั้นมีการใช้จ่ายงบประมาณค่อนข้างน้อยทั้ง 2 งบ เพียงร้อยละ 39.57 และ 37.91 และสำหรับกองทุนอำเภอคือวังมีการใช้จ่ายค่อนข้างน้อยเพียง ร้อยละ 15.07 และ 21.15 ตามลำดับ โดยงบประมาณที่เหลือจากทั้ง 2 ส่วนนี้กองทุนอำเภอได้นำไปจ่ายเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ให้กับสถานอนามัยที่ยังติดลบอยู่กับโรงพยาบาลแทน เนื่องจากงบประมาณที่จัดสรรมาจ่ายให้ครั้งแรกไม่เพียงพอ และยังพบว่ามีปัญหาด้านการใช้จ่ายยาและเวชภัณฑ์ที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมากของสถานอนามัย และสำหรับกองทุนอำเภอ

ค่าเชื่อนแก้วนั้น มีการใช้จ่ายงบประมาณทั้ง 2 ส่วนน้อยเช่นเดียวกับอำเภอค้อวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของงบสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคคือ ใช้จ่ายเพียง ร้อยละ 18.66 และ 21.15 ตามลำดับ ในขณะที่กองทุนอำเภอป่าติ้วไม่ได้มีการกังบประมาณทั้ง 2 ส่วนนี้ไว้ที่กองทุนอำเภอเลย โดยงบประมาณทั้งหมดถูกจัดสรรให้กับสถานีอนามัยและ รพช.ทั้งหมด ทั้งนี้จากการสอบถามผู้บริหารของกองทุนอำเภอ พบว่า เนื่องจากทางกองทุนอำเภอเห็นว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรรทั้งหมดนั้นไม่เพียงพอสำหรับจ่ายเป็นค่ายาเวชภัณฑ์และการจ่ายค่าบริการข้ามเขตให้กับโรงพยาบาล และการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางมีความล่าช้า และเกิดความไม่มั่นใจว่าจะได้รับการจัดสรรงบประมาณตามตัวเลขการจัดสรรจริงหรือไม่ ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามแผนงานโครงการที่ตั้งไว้ได้ทันเวลา ดังนั้นจึงไม่ได้มีการกังบประมาณทั้ง 2 ส่วนนี้ไว้ที่กองทุนอำเภอ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการพิจารณาจัดสรรในแต่ละกองทุนยังมีความแตกต่างกันอยู่ในระดับหนึ่ง และในภาพโดยรวมนั้นงบประมาณทั้ง 2 ส่วนที่กัไว้ที่กองทุนอำเภอตามรูปแบบการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบัน ไม่ได้มีการจ่ายงบประมาณเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการปฏิรูปฯเท่าใดนัก เนื่องจากรูปแบบการจัดสรรงบประมาณนั้นมุ่งเน้นที่จะส่งเสริมให้กองทุนหรือสถานบริการแต่ละแห่งได้มีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งจ่ายเป็นค่าตอบแทน (incentive) ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น โดยพิจารณาจากสัดส่วนที่กัไว้สำหรับส่วนนี้สูงถึง ร้อยละ 10 ซึ่งผู้บริหารทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอควรจะต้องมีการพิจารณาการใช้จ่ายงบประมาณอย่างจริงจังเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการต่อไป รายละเอียดดังภาพประกอบ 7 และตาราง 27

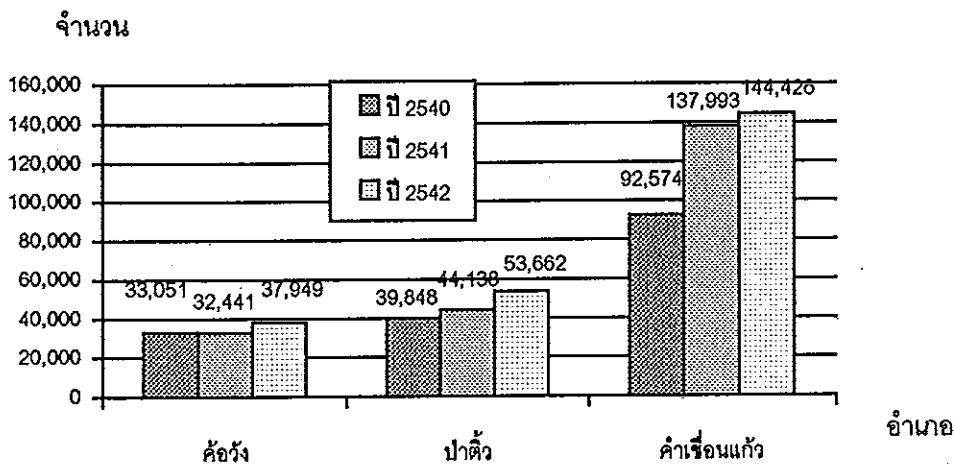
ภาพประกอบ 7 ผลการจัดสรรงบประมาณส่วนการกัข้ามเขต (10%) และส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (10%) ของกองทุนอำเภอตัวอย่าง 3 อำเภอ ปี 2542 จังหวัดยโสธร



สรุปได้ว่า โดยภาพรวมนั้นงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพนั้นมีแนวโน้มที่สถานบริการระดับต้น คือ สถานีอนามัย และ รพช. จะได้รับเพิ่มขึ้น ในขณะที่ รพท.มีแนวโน้มที่จะได้รับงบประมาณลดลง ในขณะที่งบประมาณในส่วนที่กันไว้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกองทุนแต่ละอำเภอนั้นมิได้มีการใช้จ่ายให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการเท่าใดนัก

2. ผลงานปริมาณการให้บริการสุขภาพ สำหรับผลงานการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพที่มาใช้บริการในสถานีอนามัย โดยภาพรวมทั้งจังหวัด เปรียบเทียบผลงาน 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540-2542 พบว่า ผู้รับบริการในสถานีอนามัยมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่ รพช.กลับมีแนวโน้มลดลง ต่างจากรพท.ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี และสำหรับผลงานด้านการบริการรักษาพยาบาลของสถานีอนามัยในอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและเพิ่มขึ้นในทุกอำเภอ โดยอำเภอคำเขื่อนแก้วนั้นมีสัดส่วนของผู้รับบริการเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าอำเภอค้อวังและอำเภอป่าดัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2541-2542 และเมื่อจำแนกตามสิทธิบัตรของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในสถานีอนามัยทั้ง 3 อำเภอนั้น พบว่า ผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. ที่มาใช้บริการในปี 2540-2541 ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ในปี 2542 นั้นพบว่า เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในทุกอำเภอ ในขณะที่ผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพไม่มีการเปลี่ยนแปลงเท่าใดนัก เมื่อเปรียบเทียบระหว่างอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่า อำเภอค้อวังและอำเภอป่าดัวมีผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. เพิ่มสูงขึ้นในปี 2542 อย่างชัดเจน แตกต่างกับอำเภอคำเขื่อนแก้วนั้นพบว่า ผู้ที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก รายละเอียดดังภาพประกอบ 8 และตาราง 29

ภาพประกอบ 8 ปริมาณผลการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพ ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2540-2542



สำหรับปริมาณงานบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสำรวจผลงานด้านความครอบคลุมของบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เป็นกิจกรรมการดำเนินงานในโครงการปกติและโครงการเน้นหนักในสถานื่อนามัยทั้งจังหวัด จากข้อมูลแบบสำรวจที่ได้รับการตอบกลับจากสถานื่อนามัย จำนวน 87 แห่ง จากทั้งหมด 111 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 78.38 เนื่องจากพบว่า มีข้อมูลบางแห่งที่ขาดความสมบูรณ์หลายส่วน โดยแบบสำรวจจำแนกกิจกรรมย่อยออกเป็น 11 กิจกรรม โดยวิเคราะห์ในภาพรวมของสถานื่อนามัยที่ทำการสำรวจ จากการศึกษาพบว่า ในด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปีนั้น ภาวะการขาดสารอาหาร (ระดับ 1-3) ของเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในนักเรียนประถมศึกษา พบว่า อัตราการขาดสารไอโอดีน (โรคคอพอก) ของเด็กมีแนวโน้มลดลงในทุกปี

สำหรับผลงานด้านบริการอนามัยแม่และเด็ก (ANC) พบว่า อัตราของมารดาที่ตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด การทำคลอดโดย จนท.สธ. และทารกได้รับการดูแลหลังคลอด มีแนวโน้มลดลงในปี 2541 และกลับเพิ่มขึ้นในปี 2542 แต่มารดาได้รับการดูแลหลังคลอด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อัตราของเด็กเกิดมีชีพเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่เดียวกันก็พบว่ามีมารดาตายคลอด (0.28 ต่อ 1,000 เด็กเกิดมีชีพ) และทารกตายคลอด (1.41 ต่อ 1,000 เด็กเกิดมีชีพ) ในปี 2542 ในขณะที่การบริการวางแผนครอบครัว (FP) พบว่า อัตราการรับบริการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วและอยู่กินกับสามี (MWRA) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับผลงานด้านการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) แก่เด็กอายุ 0-1 ปีและหญิงมีครรภ์ พบว่า ความครอบคลุมของเด็กอายุ 0-1 ปีที่ได้รับการฉีดวัคซีนชนิด ดีทีพี โปลิโอ และวัคซีนตับอักเสบบี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่วัคซีนหัด และที่ที่หญิงมีครรภ์มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย

สำหรับผลงานด้านบริการทันตสาธารณสุขและอนามัยโรงเรียน พบว่า อัตราของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราของเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากก็มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน ในขณะที่อัตราของนักเรียนที่ได้รับการแก้ไขโรคในช่องปาก เช่น การเคลือบหลุมร่องฟันการอุดฟันและการถอนฟัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

ส่วนผลงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน(DM) ซึ่งเป็นนโยบายและโครงการเน้นหนักของจังหวัดโดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2539 พบว่า อัตราของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2540-2541 แต่กลับลดลงในปี 2542 ในขณะที่อัตราของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในความดูแลของสถานื่อนามัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะดำเนินงานควบคู่ไปกับโรคเบาหวาน พบว่า อัตราของผู้ที่ได้

รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2540-2541 แต่กลับลดลงในปี 2542 ในขณะที่ อัตราของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่นเดียวกับผลงานด้านการ บริการสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยทั้ง 3 ประเภท (โรคจิต/ลมชัก/ปัญญาอ่อน) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ใน ความดูแลของสถานเอนามัยและได้รับการดูแลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สำหรับผลงานด้านการ บริการตรวจและค้นหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-59 ปี พบว่า กลุ่มเป้าหมาย (สตรีอายุ 35- 59 ปี) มีอัตราที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และตรวจพบสิ่งผิดปกติ (เกี่ยวเนื่อง กับ CA) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

สำหรับผลงานด้านการป้องกันและควบคุมวัณโรค (TB) ซึ่งเป็นนโยบายการดำเนินงาน ของจังหวัดที่ต้องการถ่ายโอนผู้ป่วยให้มาอยู่ในความรับผิดชอบของสถานเอนามัยมากขึ้น โดยผู้ ป่วยวัณโรคที่โอนมาขึ้นทะเบียนที่สถานเอนามัยจะได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การ กำกับดูแลแบบมีที่เลี้ยง (directly observed therapy short course : DOTs ) โดยพบว่า อัตรา ของผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอยู่ในความดูแลของสถานเอนามัยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ใน ขณะที่อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ DOTs กลับลดลง ด้านผลการรักษาผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลการรักษาหายมีแนวโน้มลดลง แต่ผลการรักษาครบ และผู้ป่วยตายมีแนวโน้มเพิ่มสูง ขึ้นเล็กน้อย ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีส่วนสำคัญที่ผู้บริหารจะต้องพิจารณาให้ความสนใจและเน้นหนักมาก ยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าในภาพรวมของผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น ไม่ได้ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเท่าใดนัก ตรงกันข้ามกลับพบว่า มีกิจกรรมที่สำคัญบางกิจกรรมที่มีผลงาน ลดลงได้แก่ ภาวะการขาดสารอาหารของเด็ก 0-5 ปี นักเรียนประถมศึกษาที่ได้รับการตรวจคัดกรอง การฉีดวัคซีนหัดและที่ทีหญิงมีครรภ์ กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการทำ DOTs และผลการรักษาผู้ป่วยซึ่งพบว่ามีอัตรา การหายลดลง ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญที่สามารถชี้วัดถึงความสำเร็จของการดำเนินงานด้านส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคดังกล่าว รายละเอียดดังตาราง 30-34

สรุปได้ว่า ด้านผลงานบริการสุขภาพของสถานเอนามัยนั้น แนวโน้มของผู้รับบริการด้าน การรักษาพยาบาลนั้นมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีบัตร สปร.เพิ่มสูงขึ้น อย่างชัดเจน ในขณะที่ผลงานการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ได้เพิ่มขึ้น อย่างชัดเจนนัก ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าอาจมีสาเหตุที่สำคัญพอที่จะสรุปได้ 2 ประการ คือ ประการแรกวิธี การจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมในปัจจุบันนั้นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้สถานเ อนามัยมีงบประมาณลดลงคือ การข้ามเขตไปรับบริการในโรงพยาบาลของประชาชนที่ขึ้นทะเบียน



ในเขตรับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการข้ามเขตไปรับบริการด้านการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลทำให้เจ้าหน้าที่ในสถานอนามัยอาจมีแรงจูงใจในการที่จะพัฒนาคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประการที่สอง จะเห็นได้ว่างบประมาณที่กันไว้สำหรับการใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น มิได้มีการใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการเลย โดยพิจารณาจากสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับงบประมาณที่กันไว้ทั้งหมดของแต่ละกองทุนอำเภอ จึงเป็นสาเหตุทำให้การใช้จ่ายงบประมาณดังกล่าวไม่ได้มีส่วนกระตุ้นการดำเนินงานหรือพัฒนาคุณภาพงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. สัดส่วนงบประมาณที่ได้รับต่อการให้บริการต่อครั้ง สำหรับสัดส่วนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรต่อการให้บริการต่อครั้ง (visit/capita) ของสถานอนามัยเมื่อเปรียบเทียบกับตั้งแต่ปี 2540-2542 ในภาพรวมทั้งจังหวัด พบว่า งบประมาณที่สถานอนามัยรวมทุกแห่งได้รับรวมทั้ง 2 งบ คือ บัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพเฉลี่ยต่อผลงานการให้บริการต่อครั้งนั้นเพิ่มสูงขึ้น คือ เพิ่มจาก 27.73 บาทต่อครั้งในปี 2541 เป็น 31.39 บาทต่อครั้งในปี 2542 ในขณะที่อำเภอกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 อำเภอ คือ อำเภอค้อวัง ป่าดิว และคำเขื่อนแก้วนั้นได้รับในสัดส่วนที่ลดลงทุกอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอำเภอค้อวังนั้นลดลงมากกว่า 2 เท่า ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากการตามจ่ายค่าบริการข้ามเขตของประชาชนในเขตรับผิดชอบให้กับโรงพยาบาลค่อนข้างมาก รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 สัดส่วนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรต่อผลงานการให้บริการต่อครั้ง (visit/capita) เปรียบเทียบปี 2540-2542 ของสถานอนามัย จังหวัดยโสธร

| อำเภอ              | งบประมาณที่ได้รับต่อการให้บริการต่อครั้ง (บาท) |                      |                         |                      |                         |
|--------------------|--|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
|                    | ปี 2540  |                      | 2541                    |                      | ปี 2542                 |
|                    | ได้รับจัดสรร                                   | ได้รับจัดสรรครั้งแรก | หลังถูกเรียกเก็บข้ามเขต | ได้รับจัดสรรครั้งแรก | หลังถูกเรียกเก็บข้ามเขต |
| 1. อ.ค้อวัง*       | NA   | 48.56                | 42.97                   | 46.74                | 20.39                   |
| 2. อ.ป่าดิว*       | NA   | 43.18                | 35.65                   | 50.36                | 31.93                   |
| 3. อ.คำเขื่อนแก้ว* | NA   | 29.87                | 21.37                   | 28.21                | 16.26                   |
| รวม 3 อำเภอ        | NA   | 35.43                | 27.57                   | 36.23                | 20.49                   |
| รวมทั้งจังหวัด     | NA   | 35.13                | 27.73                   | 45.86                | 31.39                   |

หมายเหตุ : NA หมายถึง ข้อมูลไม่สมบูรณ์

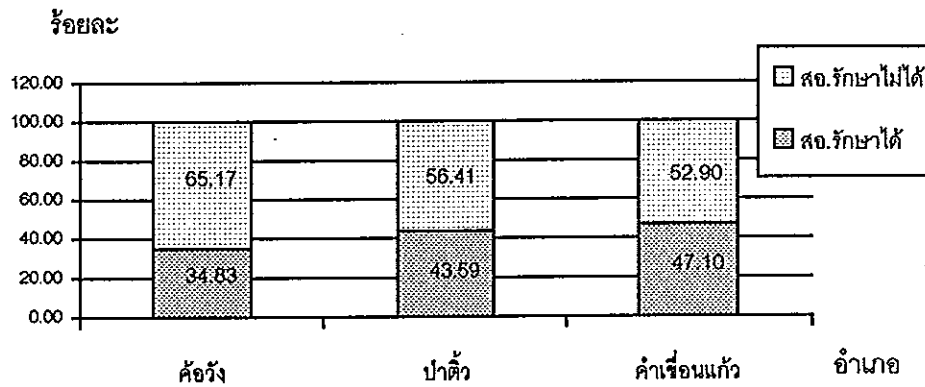
สรุปได้ว่า สัดส่วนของงบประมาณของสถานื่อนามัยที่ได้รับจัดสรรต่อการให้บริการต่อครั้ง นั้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2541 ที่ผ่านมา โดยภาพรวมของสถานื่อนามัยทั้งจังหวัดเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม ในขณะที่อำเภอกลุ่มตัวอย่างนั้นได้รับงบประมาณลดลง

4. สัดส่วนการข้ามเขต สำหรับสัดส่วนของผู้รับบริการที่ข้ามเขตไปรับบริการปฐมภูมิที่ รพช./รพท. ซึ่งเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบรายงานผู้รับบริการข้ามเขต (แบบ Finance1) ใน รพช./รพท. ซึ่งเป็นข้อมูลระดับทุติยภูมิ (secondary data) โดยวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อดูแนวโน้มของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตร ประกันสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนอยู่กับสถานื่อนามัยที่มีการข้ามเขตไปรับบริการใน รพช./รพท. ในช่วง เดือน ตุลาคม 2541-กันยายน 2542 นั้น พบว่า สัดส่วนของผู้รับบริการที่ข้ามเขตในภาพรวมทั้ง จังหวัดโดยส่วนใหญ่แล้วเป็นผู้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าด้านส่งเสริมสุขภาพถึง 20 เท่า (ตาราง 35 ในภาคผนวก 2) และเป็นโรคที่เกินขีดความสามารถของสถานื่อนามัย ร้อยละ 64.06 สำหรับสัดส่วนของผู้รับบริการที่มีการข้ามเขตของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ พบว่า อำเภอค้อวังนั้น ผู้รับบริการที่มีการข้ามเขตไปรับบริการใน รพช.นั้น โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิน ขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลของสถานื่อนามัย ซึ่งแตกต่างจากอำเภอ ป่าดิวและคำ เชื่อนแก้ว ที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน

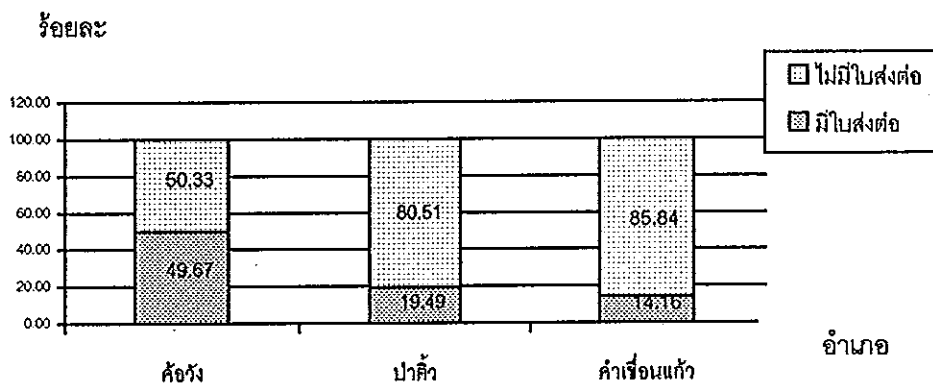
เช่นเดียวกับเมื่อจำแนกตามลักษณะของการส่งต่อผู้ป่วยที่มีการข้ามเขตไปรับบริการใน รพช. นั้น พบว่า ในอำเภอค้อวังนั้นมีผู้ป่วยที่มีใบส่งต่อและไม่มีใบส่งต่อจากสถานื่อนามัยก่อนไป รพช.ที่ใกล้เคียงกัน ในขณะที่อำเภอป่าดิวและคำเชื่อนแก้วนั้นโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีการข้ามเขต ไปรับบริการใน รพช.จะเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีใบส่งต่อจากสถานื่อนามัย

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการในอำเภอค้อวังโดยส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึง ศักยภาพหรือขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ในสถานื่อนามัยและมีพฤติกรรม ในการใช้บริการที่เหมาะสมมากกว่าผู้รับบริการในอำเภอป่าดิวและคำเชื่อนแก้ว รายละเอียดดัง ภาพประกอบ 9-10 และตาราง 35-36

ภาพประกอบ 9 ร้อยละของผู้รับบริการบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพที่มีการข้ามเขตไปรับบริการในโรงพยาบาล จำแนกตามความสามารถในการดูแลรักษาของสถานื่อนามัย ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542



ภาพประกอบ 10 ร้อยละของผู้รับบริการบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพที่ข้ามเขตไปรับบริการในโรงพยาบาล จำแนกตามการส่งต่อผู้ป่วย ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542



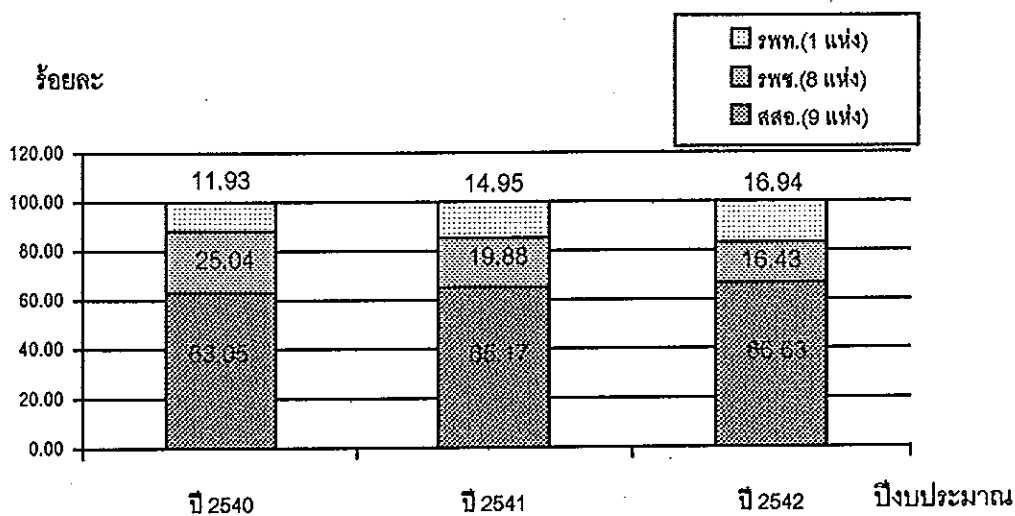
5. สัดส่วนการให้บริการที่สถานพยาบาลแต่ละระดับ สำหรับสัดส่วนการให้บริการที่สถานพยาบาลแต่ละระดับ จากการศึกษพบว่า ปริมาณงานการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพในสถานื่อนามัยนั้น เมื่อเปรียบเทียบภาพรวมของสถานื่อนามัยทุกแห่งกับ รพช. และ รพท. โดยเปรียบเทียบผลงาน 3 ปีซ้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540-2542 พบว่า สถานื่อนามัยและ รพช. มีแนวโน้มของผู้รับบริการลดลงในทุกปี แต่ รพท. กลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพิจารณาจากอัตราเพิ่มของปริมาณการรับบริการของผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบระหว่างสถานบริการทั้ง 3 ระดับในปี 2541 พบว่า ในภาพรวมทั้งจังหวัดมีปริมาณผู้ป่วยนอก

เพิ่มขึ้น ร้อยละ 32.90 สำหรับในสถานเอนามัยมีอัตราเพิ่ม ร้อยละ 37.38 ในขณะที่ รพช.เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียง ร้อยละ 5.59 ต่างจาก รพท.ที่มีอัตราเพิ่มสูงมากถึง ร้อยละ 66.55 ซึ่งสูงมากกว่าปกติ และในปี 2542 นั้น พบว่า ในภาพรวมทั้งจังหวัดมีปริมาณผู้ป่วยนอกลดลง ร้อยละ 7.29 โดยสถานเอนามัยและ รพช.มีอัตราเพิ่มลดลง ร้อยละ 5.21 และ 23.40 ตามลำดับ ต่างจาก รพท.ที่มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 5.09 รายละเอียดดังตาราง 6 และภาพประกอบ 11

ตาราง 6 สัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างสถานบริการทั้ง 3 ระดับของจังหวัดยโสธร ปี 2540-2542

| สถานบริการ   | ปริมาณการให้บริการผู้ป่วยนอก |           |           | สัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอก |         |         | อัตราเพิ่มของบริการ |         |
|--------------|------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------|---------|---------|---------------------|---------|
|              | ปี 2540                      | ปี 2541   | ปี 2542   | ปี 2540                       | ปี 2541 | ปี 2542 | ปี 2541             | ปี 2542 |
| รพท.(1 แห่ง) | 124,396                      | 207,176   | 217,716   | 11.93                         | 14.95   | 16.94   | 66.55               | 5.09    |
| รพช.(8 แห่ง) | 261,001                      | 275,592   | 211,100   | 25.03                         | 19.88   | 16.43   | 5.59                | -23.40  |
| สสอ.(9 แห่ง) | 657,521                      | 903,321   | 856,279   | 63.05                         | 65.17   | 66.63   | 37.38               | -5.21   |
| รวม          | 1,042,918                    | 1,386,089 | 1,285,095 | 100.00                        | 100.00  | 100.00  | 32.90               | -7.29   |

ภาพประกอบ 11 สัดส่วนผลงานการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ จำแนกตามประเภทสถานบริการ จังหวัดยโสธร ปี 2540-2542



ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผลงานหรือปริมาณงานด้านบริการรักษาพยาบาลของสถานื่อนามัย และโรงพยาบาลชุมชนนั้นมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปมีแนวโน้มสูงขึ้นนั้น ผู้วิจัย ตั้งข้อสังเกตว่าวิธีการจัดสรรงบประมาณของจังหวัดในปัจจุบันและการกำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย (co-payment) ในกรณีข้ามขั้นตอนนี้ อาจเป็นอุปสรรคกีดกันในการเข้าถึงบริการของประชาชนหรือไม่ เพราะในทางปฏิบัติมีการกำหนดให้ประชาชนที่จะข้ามเขตไปรับบริการใน รพช./รพท. นั้นจะต้องมีใบส่งต่อจากสถานื่อนามัยก่อนทุกครั้งจึงจะไม่ถูกเรียกเก็บเงินดังกล่าว ในขณะที่อัตราที่เพิ่มสูงขึ้นในโรงพยาบาลทั่วไปนั้นอาจเนื่องมาจากประชาชนมีความยินดีที่จะจ่ายให้กับโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าเมื่อเทียบกับคุณภาพบริการที่ได้รับ ซึ่งผู้วิจัยไม่มีคำตอบที่ชัดเจน และจะต้องศึกษาเจาะลึกในรายละเอียดต่อไป

6. อัตราการใช้บริการสุขภาพและต้นทุนค่าใช้จ่าย สำหรับอัตราการใช้บริการของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ ในปี 2542 ในภาพรวมทั้งจังหวัดและของอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ โดยภาพรวมทั้งจังหวัด พบว่า มีอัตราการใช้บริการรวม เท่ากับ 3.07 ครั้ง/คน/ปี จำแนกเป็นการใช้บริการในสถานื่อนามัย 2.51 ครั้ง/คน/ปี และการใช้บริการข้ามเขตอีก 0.56 ครั้ง/คน/ปี สำหรับกลุ่มอำเภอตัวอย่างในภาพรวมทั้งอำเภอ พบว่า ผู้ที่มีสิทธิบัตรในอำเภอคำเขื่อนแก้วมีการใช้บริการสูงที่สุด คือ 3.81 ครั้ง/คน/ปี รองลงมาคือ อำเภอค้อวัง และป่าติ้ว เท่ากับ 3.16 และ 2.85 ตามลำดับ และอัตราการใช้บริการในสถานื่อนามัยในอำเภอคำเขื่อนแก้วมีการใช้บริการในสถานื่อนามัยสูงที่สุดเช่นเดียวกัน คือ 3.26 ครั้ง/คน/ปี รองลงมาคือ อำเภอค้อวัง และป่าติ้ว เท่ากับ 2.35 และ 2.29 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการใช้บริการข้ามเขตสูงที่สุดคือ อำเภอค้อวัง เท่ากับ 0.80 ครั้ง/คน/ปี รองลงมาคือ อำเภอป่าติ้ว และคำเขื่อนแก้ว เท่ากับ 0.56 และ 0.54 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานบริการสาธารณสุขทั้ง 3 ระดับคือ สถานื่อนามัย รพช. และ รพท.นั้น ในภาพรวมบัตรทั้ง 2 ประเภท เท่ากับ 2.51, 0.62 และ 0.64 ครั้ง/คน/ปี ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามประเภทบัตร พบว่า ผู้ที่บัตร สปร.มาใช้บริการในสถานบริการทั้ง 3 ระดับ เท่ากับ 2.55, 0.63 และ 0.57 ครั้ง/คน/ปี ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพมาใช้บริการในสถานบริการทั้ง 3 ระดับ เท่ากับ 2.40, 0.58 และ 0.76 ครั้ง/คน/ปี ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 อัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ  
ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542

| อำเภอ          | จำนวนผู้<br>ขึ้นทะเบียน<br>(คน) | ปริมาณการใช้บริการสุขภาพ |                   |           | อัตราการใช้บริการสุขภาพ |                   |      |
|----------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------|-----------|-------------------------|-------------------|------|
|                |                                 | ในสถานี<br>อนามัย        | ข้ามเขต<br>ไป รพ. | รวม       | ในสถานี<br>อนามัย       | ข้ามเขต<br>ไป รพ. | รวม  |
| ค้อวัง         | 16,117                          | 37,949                   | 12,928            | 50,877    | 2.35                    | 0.80              | 3.16 |
| ป่าดิว         | 23,430                          | 53,662                   | 13,178            | 66,840    | 2.29                    | 0.56              | 2.85 |
| คำเขื่อนแก้ว   | 44,272                          | 144,426                  | 24,038            | 168,464   | 3.26                    | 0.54              | 3.81 |
| รวม 3 อำเภอ    | 83,819                          | 236,037                  | 50,144            | 286,181   | 2.82                    | 0.60              | 3.41 |
| รวมทั้งจังหวัด | 341,165                         | 856,279                  | 190,144           | 1,046,423 | 2.51                    | 0.56              | 3.07 |

สำหรับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในการให้บริการสุขภาพต่อครั้งที่สถานีอนามัยได้รับในภาพรวมทั้งจังหวัดและของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอในปี 2542 นั้น โดยภาพรวมทั้งจังหวัดงบประมาณเฉลี่ยต่อหัวที่ได้รับจัดสรรครั้งแรกนั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ น่าจะมีสาเหตุมาจากการรายงานยอดผู้ขึ้นทะเบียนในส่วนของบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ โดยไม่ได้ใช้ฐานข้อมูลเดียวกับที่ได้รับจัดสรรจากส่วนกลาง จึงทำให้งบที่ได้รับเฉลี่ยต่อหัวไม่เท่ากัน ซึ่งพบว่า เฉลี่ยต่อหัวทั้งจังหวัดเท่ากับ 115.11 บาท โดยใช้จ่ายเป็นบริการรวมเท่ากับ 37.53 บาทต่อราย จำแนกเป็นบริการในสถานีอนามัย 31.39 บาท และในกรณีข้ามเขตเท่ากับ 65.18 บาท และในกลุ่มอำเภอตัวอย่าง พบว่า อำเภอป่าดิวได้รับงบประมาณเฉลี่ยต่อหัวสูงสุด 115.35 บาท ต่ำสุดคืออำเภอคำเขื่อนแก้ว 92.02 บาท และงบประมาณที่ใช้จ่ายสำหรับบริการนั้น อำเภอป่าดิวได้รับสูงสุดเช่นเดียวกันคือ 40.44 บาทต่อครั้ง รองลงมาคือ อำเภอค้อวัง และคำเขื่อนแก้วคือ 34.87 และ 24.18 บาทตามลำดับ และเฉพาะในสถานีอนามัยโดยรวมนั้น พบว่า ใช้จ่ายเพียง 20.49 บาท ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำ จะเห็นได้ว่างบประมาณที่จัดสรรให้กับสถานีอนามัยนั้นค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณบริการ (productivity) ที่สถานีอนามัยสามารถทำได้ รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 งบประมาณที่ได้รับจัดสรรสำหรับบริการสุขภาพของผู้รับบริการที่มีบัตร สป.ร.และ  
บัตรประกันสุขภาพ ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542

| อำเภอ          | งบประมาณที่ได้รับ |                      | เฉลี่ย/หัว<br>ผู้ขึ้น<br>ทะเบียน | งบประมาณสำหรับบริการสุขภาพต่อครั้ง (บาท/ครั้ง) |                  |       |
|----------------|-------------------|----------------------|----------------------------------|--|------------------|-------|
|                | ครั้งแรก          | หลังถูกเรียก<br>เก็บ |                                  | ในสถานี<br>อนามัย                              | ข้ามเขตไป<br>รพ. | รวม   |
| ค้อวัง         | 1,773,827.00      | 773,927.00           | 110.06                           | 20.39  | 77.34            | 34.87 |
| ป่าดิว         | 2,702,682.00      | 1,713,442.00         | 115.35                           | 31.93  | 75.07            | 40.44 |
| คำเขื่อนแก้ว   | 4,074,092.76      | 2,348,572.76         | 92.02                            | 16.26  | 71.78            | 24.18 |
| รวม 3 อำเภอ    | 8,550,601.76      | 4,835,941.76         | 102.01                           | 20.49  | 74.08            | 29.88 |
| รวมทั้งจังหวัด | 39,270,571.3      | 26,876,744.22        | 115.11                           | 31.39  | 65.18            | 37.53 |

เมื่อนำเอาผลงานของสถานีอนามัยที่ทำได้คูณกับต้นทุน (unit cost) เฉพาะต้นทุนดำเนินการที่หักเงินเดือนค่าจ้างต่างๆ ออกแล้ว (ส่วนวิจัยและพัฒนา, 2541) ซึ่งเป็นต้นทุนเฉลี่ยของ 5 จังหวัดในโครงการ HCR ที่ศึกษาปี 2539 ในอัตรา เท่ากับ 30 บาท/ครั้ง และคิดอัตราเงินเฟ้อจากปี 2539-2542 อีก ร้อยละ 10 ทำให้มีต้นทุนเท่ากับ 33 บาท และจากข้อมูลการศึกษา พบว่า อัตราการคืนทุนของสถานีอนามัยที่ได้รับจริงในปี 2542 ในภาพรวมของจังหวัด เท่ากับ ร้อยละ 95 และในกลุ่มอำเภอตัวอย่างรวมทั้ง 3 อำเภอ นั้น พบว่า มีอัตราคืนทุนเพียง ร้อยละ 62 ในขณะที่อำเภอป่าดิวมีอัตราการคืนทุนสูงที่สุด ร้อยละ 97 แต่อำเภอคำเขื่อนแก้วมีอัตราการคืนทุนต่ำที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 49 รายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบจำนวนงบประมาณที่สถานีอนามัยได้รับจัดสรรกับค่าต้นทุนดำเนินการ  
(Unit Cost) ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542

| อำเภอ          | ปริมาณงาน<br>สถานีอนามัย | งบประมาณ<br>ที่ได้รับจริง | รายได้/ครั้ง<br>(บาท) | ต้นทุน/ครั้ง<br>ปี 2539 | อัตราคืนทุน<br>(รายได้/ต้นทุน) |
|----------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|
| ค้อวัง         | 37,949                   | 773,927.00                | 20.39                 | 33                      | 0.62                           |
| ป่าดิว         | 53,662                   | 1,713,442.00              | 31.93                 | 33                      | 0.97                           |
| คำเขื่อนแก้ว   | 144,426                  | 2,348,572.76              | 16.26                 | 33                      | 0.49                           |
| รวม 3 อำเภอ    | 236,037                  | 4,835,941.76              | 20.49                 | 33                      | 0.62                           |
| รวมทั้งจังหวัด | 856,279                  | 26,876,744.22             | 31.39                 | 33                      | 0.95                           |

หมายเหตุ : \* Unit Cost (งานรักษาเฉพาะต้นทุนดำเนินการ) ของค่าเฉลี่ย 5 จังหวัดในโครงการ HCR ปี 2539

การคิดอัตราต้นทุนของสถานบริการระดับต่างๆ ในปี 2539 และคิดอัตราเงินเพื่อเพิ่มอีก ร้อยละ 10

- สอ. เท่ากับ 30 บาท + เงินเพื่อ (10%) ปี 2542 = 33 บาท
- รพช. เท่ากับ 65 บาท + เงินเพื่อ (10%) ปี 2542 = 72 บาท
- รพท. เท่ากับ 119 บาท + เงินเพื่อ (10%) ปี 2542 = 131 บาท

จากข้อมูลในด้านประสิทธิภาพของการจัดสรรงบประมาณสามารถสรุปได้ว่า

1) ผลงานด้านการรักษาพยาบาลโดยรวมของปี 2542 มีแนวโน้มลดลง และเมื่อพิจารณาสัดส่วนการใช้บริการถึงแม้ว่าสัดส่วนการใช้บริการที่สถานีอนามัยจะเพิ่มขึ้นแต่เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง แตกต่างจาก รพท. ที่มีสัดส่วนของใช้บริการเพิ่มขึ้นมากกว่า ในขณะที่สัดส่วนของการใช้บริการใน รพช. ลดลงต่ำมาก ทำให้ต้นทุนโดยรวมในแต่ละปีซึ่งคิดจาก (ต้นทุน รพท. X จำนวนครั้งที่ รพท.) + (ต้นทุน รพช. X จำนวนครั้งที่ รพช.) + (ต้นทุน สอ. X จำนวนครั้งที่ สอ.) เมื่อหารด้วยจำนวนครั้งรวมทำให้ต้นทุนต่อครั้งเพิ่มขึ้นในปี 2540-2542 คือ เพิ่มจาก 54.45 , 55.40 และ 56.01 บาท ตามลำดับ

2) ผลงานบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคไม่ได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากวิธีการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวให้กับสถานีอนามัย และต้องถูกหักเงินเมื่อมีผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบข้ามเขตไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือที่สถานีอนามัยอื่น ส่งผลทำให้แรงจูงใจที่เกิดขึ้นคือการป้องกันมิให้ผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบมีการข้ามเขตไปใช้บริการจากที่อื่นเป็นสำคัญ แต่เนื่องจากบริการที่มีการข้ามเขตส่วนใหญ่นั้นเป็นเรื่องของการรักษาพยาบาล จึงทำให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่มีแรงจูงใจที่จะต้องไปให้บริการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นเงินงบประมาณที่กันไว้สำหรับดำเนินการ ร้อยละ 10 ก็ได้มีการใช้จ่ายให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

2) อัตราการใช้บริการที่ลดลงโดยเฉพาะที่ รพช. นั้นทำให้เกิดคำถามว่าเกิดจากสาเหตุใด และการกำหนดให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายนั้นเป็นสาเหตุของอัตราการใช้บริการที่ลดลงหรือไม่

3) มีอัตราการใช้บริการที่แตกต่างกันในแต่ละอำเภอ แสดงว่าโดยภาพรวมแล้วผู้มีสิทธิในแต่ละอำเภออาจมีความจำเป็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน พฤติกรรมในการแสวงหาบริการที่ต่างกัน โครงสร้างสถานพยาบาลที่ต่างกัน ตลอดจนโครงสร้างอายุที่ต่างกัน ดังนั้นในการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานบริการต่างๆ แบบเหมาจ่ายต่อหัว โดยพิจารณาจากจำนวนผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนอย่างเดียวและจัดสรรให้ในอัตราที่เท่ากันหมดจะไม่มีความเป็นธรรมเพียงพอ



4) อัตราการคืนทุนของสถานื่อนามัยในการให้บริการนั้นต่ำกว่าต้นทุนดำเนินการที่หักส่วนที่เป็นเงินเดือน ค่าจ้างออกไปแล้ว แสดงว่าอัตราในการตามจ่ายข้ามเขตระหว่างสถานบริการ อาจจะไม่มีความเหมาะสม หรืองบประมาณที่สถานื่อนามัยได้รับนั้นต่ำเกินไป

สรุปได้ว่า หากพิจารณาโดยรวมแล้วคิดว่าประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณไม่เกิดขึ้นด้วยข้อมูลที่ได้แสดงในข้างต้นนี้ แสดงว่าวิธีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนเพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้นำปัจจัยความจำเป็นอย่างอื่นมาคิดด้วยยังไม่มีความเหมาะสม อาทิเช่น เพศ อายุ หรืออัตราการป่วย การใช้บริการ รวมถึงโครงสร้างบริการต่างๆ ภายในอำเภอ และต้องมีการปรับปรุงทั้งในด้านการพัฒนาหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นสำหรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

## ส่วนที่ 2 คุณภาพบริการของสถานื่อนามัย

ผลการประเมินด้านคุณภาพบริการของสถานื่อนามัยในการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณด้านบริการสุขภาพให้กับสถานื่อนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542 มีดังนี้คือ

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากสถานื่อนามัยนั้น พบว่า โดยภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.14$ , S.D. = 0.61) และเมื่อวิเคราะห์โดยจำแนกออกเป็นรายด้านนั้น พบว่า ผู้รับบริการมีความพอใจในระดับสูงทุกด้านเช่นเดียวกัน คือ ทั้งในด้านที่ตั้งของสถานื่อนามัยและการคมนาคม สิ่งอำนวยความสะดวกโดยทั่วไปที่ได้รับ ความสะดวกรวดเร็วและการต้อนรับของเจ้าหน้าที่ การให้บริการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่ คุณภาพการบริการ และประสิทธิภาพการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการในสถานื่อนามัย จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2540-2542 กลุ่มที่ 1 เริ่มดำเนินการในปี 2540 คือ อำเภอค้อวัง กลุ่มที่ 2 เริ่มดำเนินการในปี 2541 คือ อำเภอป่าติ้ว และกลุ่มที่ 3 เริ่มดำเนินการในปี 2542 คือ อำเภอคำเขื่อนแก้ว พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่างกันเล็กน้อย คือ 4.12, 4.25 และ 4.04 ตามลำดับ แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้รับบริการในอำเภอระยะที่ 2 คือ อำเภอป่าติ้วมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากสถานื่อนามัยสูงกว่าผู้รับบริการในอำเภอระยะที่ 3 คือ อำเภอคำเขื่อนแก้ว รายละเอียดดังตาราง 10-11

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการจากสถานเอนามัยโดยจำแนกเป็นภาพรวมและรายด้าน  
ของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ

| ด้าน   | อำเภอค้อวัง |      |                          | อำเภอป่าติ้ว |      |                      | อำเภอคำเขื่อนแก้ว |      |                      | รวมทั้ง 3 อำเภอ |      |                      |
|--|-------------|------|--------------------------|--------------|------|----------------------|-------------------|------|----------------------|-----------------|------|----------------------|
|  | $\bar{X}$   | S.D. | ระดับ<br>ความพึง<br>พอใจ | $\bar{X}$    | S.D. | ระดับความ<br>พึงพอใจ | $\bar{X}$         | S.D. | ระดับความ<br>พึงพอใจ | $\bar{X}$       | S.D. | ระดับความ<br>พึงพอใจ |
| -ที่ตั้งของสถานเอนามัยและการคมนาคม                           | 3.91        | 0.78 | มาก                      | 4.16         | 0.72 | มาก                  | 3.97              | 0.68 | มาก                  | 4.03            | 0.73 | มาก                  |
| -สิ่งอำนวยความสะดวกโดยทั่วไปที่ได้รับ                        | 4.15        | 0.65 | มาก                      | 4.14         | 0.72 | มาก                  | 4.07              | 0.57 | มาก                  | 4.13            | 0.66 | มาก                  |
| -ความสะดวก รวดเร็วและการต้อนรับ                              | 4.19        | 0.67 | มาก                      | 4.31         | 0.69 | มาก                  | 4.02              | 0.56 | มาก                  | 4.19            | 0.66 | มาก                  |
| -การให้บริการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่                         | 4.11        | 0.73 | มาก                      | 4.15         | 0.65 | มาก                  | 3.99              | 0.58 | มาก                  | 4.09            | 0.66 | มาก                  |
| -คุณภาพการบริการและประสิทธิภาพ<br>การตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่ | 3.97        | 0.79 | มาก                      | 4.10         | 0.77 | มาก                  | 3.84              | 0.69 | มาก                  | 3.98            | 0.76 | มาก                  |
| รวมทุกด้าน   | 4.12        | 0.64 | มาก                      | 4.25         | 0.63 | มาก                  | 4.04              | 0.55 | มาก                  | 4.14            | 0.61 | มาก                  |

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการจากสถานเอนามัย จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินการ

| แหล่งความแปรปรวน (SOV) | ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (df) | ผลรวมกำลังสอง (S.S) | ค่าเฉลี่ยผลรวมกำลังสอง (M.S) | F - Ratio | ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (LSD) |
|------------------------|----------------------------|---------------------|------------------------------|-----------|-------------------------------|
| ระหว่างกลุ่ม           | 2                          | 2.85                | 1.42                         | 3.83*     | 0.023 (2,3)                   |
| ภายในกลุ่ม             | 397                        | 147.65              | 0.37                         |           | -                             |
| รวม                    | 399                        | 150.50              |                              |           |                               |

$p < .05$

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากสถานเอนามัยนั้น จากการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับสูง และเมื่อวิเคราะห์โดยจำแนกออกเป็นรายด้านนั้น พบว่า ผู้รับบริการมีความพอใจในระดับสูงทุกด้านทั้ง 3 อำเภอเช่นเดียวกันนั้น น่าจะมีสาเหตุเนื่องมาจากการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานเอนามัยของกลุ่มอำเภอที่มีการเริ่มดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขนั้นไม่ได้มีความแตกต่างกันและไม่มีผลต่อการจัดบริการหรือคุณภาพบริการโดยรวมของสถานเอนามัย ดังจะเห็นได้จากการใช้จ่ายงบประมาณในส่วนของส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสัดส่วนที่น้อยมาก ซึ่งความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับ การให้บริการของเจ้าหน้าที่มากกว่า ทั้งในด้านการต้อนรับ การพูดจา และการบริการตรวจรักษา ซึ่งบริการดังกล่าวขึ้นอยู่กับลักษณะของเจ้าหน้าที่แต่ละคนโดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการดังกล่าว ดังนั้นระดับความพึงพอใจที่ตอบจึงมีระดับที่ใกล้เคียงกันและค่อนข้างสูงในทุกด้าน

สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา ชุมทอง และคณะ(2533) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนชนบทในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้บริการในสถานเอนามัยส่วนใหญ่มีความพอใจในการบริการของเจ้าหน้าที่ ในด้านความสะดวกในการไปรับบริการ (ร้อยละ 86) การดูแลของเจ้าหน้าที่ดี (ร้อยละ 66) การอยู่ประจำสถานเอนามัยเมื่อชาวบ้านไปหา (ร้อยละ 66) และราคายาไม่แพง (ร้อยละ 62) ส่วนในเรื่องที่ยังไม่พอใจเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการรักษาและคุณภาพของยาไม่ค่อยดี เช่นเดียวกับ สมทรง ณ นคร และคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสาธารณสุขและความต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวชนบทจังหวัดขอนแก่น พบว่า ในด้านความพึงพอใจต่อ

บริการที่ได้รับจากสถานื่อนามัย จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เคยไปใช้บริการที่สถานื่อนามัย จำนวน 240 ราย พบว่า ร้อยละ 59.6 มีความคิดเห็นที่ดีต่อบริการของสถานื่อนามัย และมากกว่าร้อยละ 60 มีความพึงพอใจต่อบริการด้านความสะดวก ด้านธรรมาภิบาลความสนใจของเจ้าหน้าที่อนามัย และด้านข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่อนามัย เช่นเดียวกับ มานิต ชีระตันติกานนท์ และคำรณ ไชยศิริ (2539) ได้ทำการศึกษาประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการของผู้มีบัตรประกันสุขภาพเมื่อสอบถามถึงความพอใจต่อการไปใช้บริการ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 65.5 และศิริพร จิรวัดมณฑล และคณะ (2541) ซึ่งได้ทำการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดยโสธร : สถานการณ์ก่อนการปฏิรูป พบว่า กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากสถานื่อนามัยมีระดับความพึงพอใจมาก ในด้านการสื่อสาร ด้านสมรรถนะ ด้านมนุษยสัมพันธ์ และด้านการเข้าถึงบริการ ในขณะที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำในด้านความต่อเนื่องในการรักษา ด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ และผลลัพธ์ของการบริการ

สำหรับระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในอำเภอป่าติ้วที่มีความแตกต่างกับผู้รับบริการในอำเภอคำเขื่อนแก้วนั้น ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการดังกล่าวน่าจะมาจากการเริ่มดำเนินการ co-payment กับผู้รับบริการที่มีระยะเวลาแตกต่างกัน กล่าวคือ อำเภอคำเขื่อนแก้วได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2542 (ธันวาคม 2541) ในขณะที่อำเภอป่าติ้วนั้นเริ่มดำเนินการล่าช้ากว่าคือ ภายหลังครึ่งปีงบประมาณ 2542 ไปแล้ว (มิถุนายน 2542) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างกัน

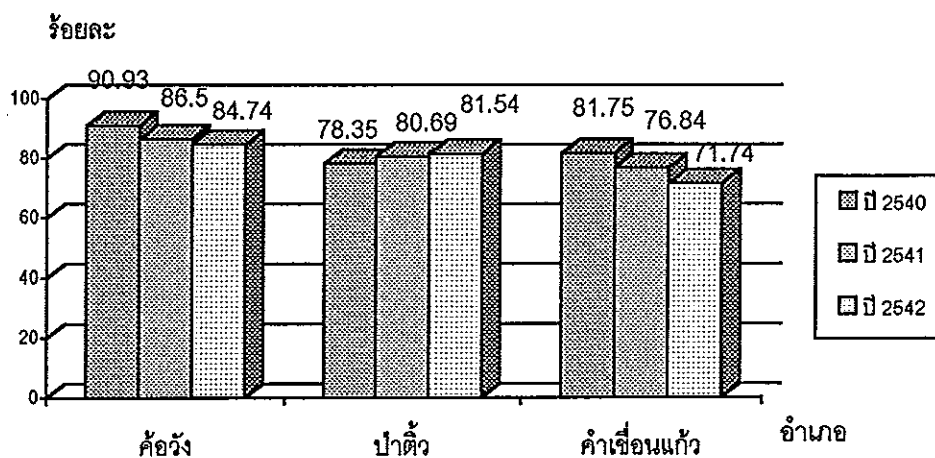
สรุปได้ว่า ด้านคุณภาพบริการของสถานื่อนามัยซึ่งเป็นคุณภาพบริการเชิงสังคมนั้น ถือว่ามีคุณภาพบริการในระดับสูง โดยวัดจากจากคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการในสถานื่อนามัย

### ส่วนที่ 3 ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน

การประเมินความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบของสถานื่อนามัยในจังหวัดยโสธร มีดังนี้คือ

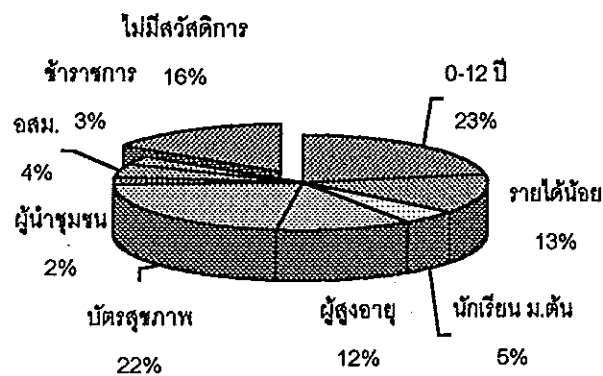
อัตราความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นข้อมูลที่แสดงถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนได้มากน้อยเพียงใด โดยหลักประกันสุขภาพนี้จะทำให้ประชาชนที่มีสิทธิดังกล่าวได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างเท่าเทียมกัน และยังเป็นผลกระทบอีกด้านหนึ่งของการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ กล่าวคือ วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวนั้น สถานบริการต่างๆ จำเป็นต้องเร่งรัดให้มีการขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิให้มีความครอบคลุมให้ได้มากที่สุด เนื่องจากจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนนั้นมีผลต่อจำนวนเงินงบประมาณที่จะได้รับจัดสรร ซึ่งผู้วิจัยทำการสำรวจความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพของประชาชน (อาศัยอยู่จริง) ที่รับผิดชอบ 3 ปีย้อนหลังพบว่า ในภาพรวมนั้นความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 78.57, 77.28 และ 76.03 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ ปี 2540-2542 พบว่า อำเภอค้อวังและคำเขื่อนแก้วนั้น มีอัตราความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่อำเภอป่าดัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย รายละเอียดดังภาพประกอบ 12,19-20 และตาราง 37

ภาพประกอบ 12 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2540 - 2542



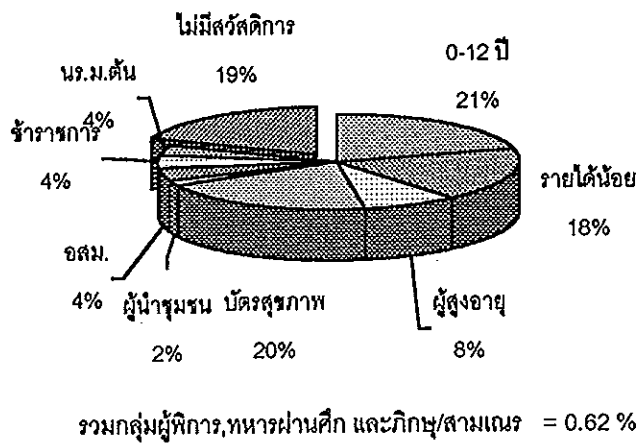
สำหรับอำเภอค้อวัง ในปี 2542 มีประชากรในเขตรับผิดชอบ (จากการสำรวจ) จำนวนทั้งสิ้น 19,730 คน โดยมีจำนวนผู้มีหลักประกันสุขภาพรวม 16,719 คน คิดเป็น ร้อยละ 84.74 เมื่อจำแนกผู้มีหลักประกันสุขภาพตามประเภทสิทธิบัตรต่างๆ พบว่า มากที่สุดคือ บัตรประกันสุขภาพประเภททั่วไป รองลงมาคือ เด็ก 0-12 ปี และผู้มีรายได้น้อย ตามลำดับ อำเภอป่าติ้วมีประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวนทั้งสิ้น 30,451 คน โดยมีจำนวนผู้มีหลักประกันสุขภาพรวม 24,831 คน คิดเป็น ร้อยละ 81.54 เมื่อจำแนกผู้มีหลักประกันสุขภาพตามประเภทสิทธิบัตรต่างๆ พบว่า มากที่สุดคือ เด็ก 0 -12 ปี รองลงมาคือ บัตรประกันสุขภาพประเภททั่วไป และผู้มีรายได้น้อย ตามลำดับ และอำเภอคำเขื่อนแก้วมีประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวนทั้งสิ้น 65,635 คน โดยมีจำนวนผู้มีหลักประกันสุขภาพรวม 47,085 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.74 เมื่อจำแนกผู้มีหลักประกันสุขภาพตามประเภทสิทธิบัตรต่างๆ พบว่า มากที่สุด คือ ผู้มีรายได้น้อย รองลงมาคือ เด็ก 0 -12 ปี และบัตรประกันสุขภาพประเภททั่วไป ตามลำดับ รายละเอียดดังภาพประกอบ 13-15 และตาราง 38

ภาพประกอบ 13 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบ  
จำแนกตามประเภทสิทธิบัตร อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ปี 2542

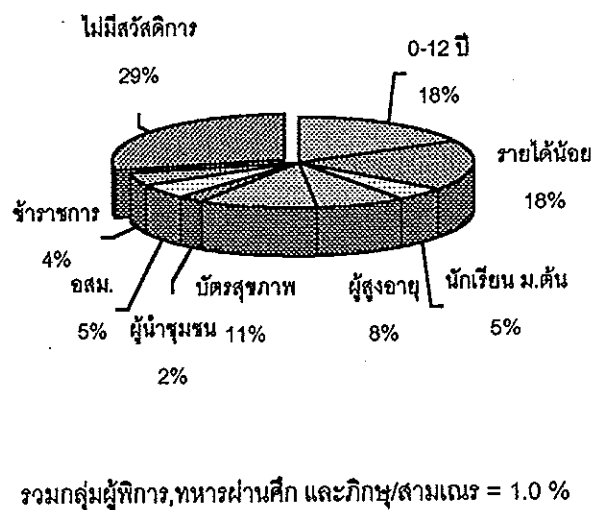


รวมกลุ่มผู้พิการ, ทหารผ่านศึก และภิกษุ/สามเณร = 1.8 %

ภาพประกอบ 14 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบ  
จำแนกตามประเภทสิทธิบัตร อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร ปี 2542



ภาพประกอบ 15 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบ  
จำแนกตามประเภทสิทธิบัตร อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ปี 2542



จะเห็นได้ว่า ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นข้อมูลที่แสดงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนของอำเภอกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้ง 3 อำเภอมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2542 นั้นเป็นที่น่าสังเกตว่าในอำเภอคำเขื่อนแก้วมีกลุ่มประชาชนที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพค่อนข้างต่ำมากเมื่อเทียบกับ 2 อำเภอ ทั้งนี้สาเหตุโดยรวมที่ทำให้อัตราความครอบคลุมมีแนวโน้มลดลงนั้นอาจมีเหตุผลเนื่องมาจากคุณภาพข้อมูล และการรายงาน กล่าวคือ การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธินับแต่ปี 2541 ย้อนหลังไปไม่ได้มีการดำเนินงานกันอย่างจริงจัง และเป็นกรรายงานเพียงตัวเลขเท่านั้น โดยไม่ได้มีการตรวจสอบถึงคุณภาพของข้อมูลมากเท่าใดนัก ทำให้ข้อมูลการรายงานส่วนใหญ่จะมีข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อน เนื่องจากประชาชนบางคนนั้นจะมีสิทธิหลายอย่าง เช่น กรณีผู้สูงอายุ หรือเด็กอายุ 0-12 ปีแต่มีบุตรหรือบิดามารดาเป็นข้าราชการ ในการนับสิทธิจึงเป็นการนับซ้ำ แต่ในปี 2542 นั้นเนื่องจากเป็นข้อกำหนดของส่วนกลาง (สำนักงานประกันสุขภาพ) สำหรับจังหวัดที่เข้าร่วมในโครงการ SIP โดยกำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนของผู้มีสิทธิในรูปแบบของการจัดทำฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้นปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนจะไม่มีเนื่องจากโปรแกรมจะคัดออก ซึ่งจะให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ ความครบถ้วนของข้อมูลที่จัดเก็บ เนื่องมาจากปัญหาในการใช้โปรแกรมที่ใช้ในการขึ้นทะเบียนที่มีความแตกต่างกัน เช่น โปรแกรม HIP, WelfaPro2000, Welfare ตลอดจนโปรแกรม HIP2000 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่จังหวัดได้มีการพัฒนาขึ้นมาเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการใช้งานดังกล่าว ดังนั้นความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดทำฐานข้อมูลผู้ขึ้นทะเบียนของอำเภอต่างๆ ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบเสียเปรียบกันระหว่างกองทุนอำเภอ ดังนั้นสาเหตุที่เป็นปัญหาทำให้อัตราความครอบคลุมลดลงอาจเนื่องมาจากความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลการขึ้นทะเบียนประชาชนก็ได้ ดังนั้นผู้บริหารในระดับจังหวัดและอำเภอจะต้องเร่งให้ความสนใจและแก้ไขปัญหามากยิ่งขึ้น

แตกต่างจากการศึกษาของศิริพร จิรวัดณ์กุล และคณะ (2541) ซึ่งได้ทำการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดยโสธร : สถานการณ์ก่อนการปฏิรูป พบว่า อัตราความครอบคลุมในด้านการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในจังหวัดยโสธร มีเพียงร้อยละ 55.26 อัตราความครอบคลุมที่แตกต่างกันค่อนข้างมากนั้นอาจจะมีสาเหตุเนื่องมาจากการใช้ฐานข้อมูลของประชากรในการคำนวณหาอัตราความครอบคลุมที่แตกต่างกันคือ จากทะเบียนราษฎร ในขณะที่ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากประชากรที่อยู่จริงจากการสำรวจ ทำให้ได้ข้อมูลที่แตกต่างกัน



สรุปได้ว่า ด้านความครอบคลุมของการมีหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนรวมทั้งจังหวัดในปี 2542 มีความครอบคลุม ร้อยละ 76.03 แต่อัตราความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนนั้นมีแนวโน้มลดลง

#### ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานีนามัย

สำหรับความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานีนามัยที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพให้กับสถานีนามัยของจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542 จากข้อมูลแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับจากสถานีนามัย จำนวน 87 แห่ง จากทั้งหมด 111 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 78.38 เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลพร้อมกับแบบสำรวจ (ชุดที่ 3) และมีข้อมูลบางแห่งที่ขาดความสมบูรณ์หลายส่วน โดยภาพรวม พบว่า ผู้ให้บริการในสถานีนามัยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.87$ , S.D. = 0.58) แต่เมื่อวิเคราะห์โดยจำแนกออกเป็นรายด้านนั้น พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ในด้านนโยบายของผู้บริหารและระเบียบการปฏิบัติ จำนวนเงินงบประมาณและความพอเพียงของยาเวชภัณฑ์ การบริการของสถานีนามัย แต่มีความพึงพอใจในระดับน้อย ในด้านความสะดวก คล่องตัวในการใช้จ่ายเงินงบประมาณ และอัตราที่กำหนดใช้ในการจัดสรรงบประมาณ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานีนามัย จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2540-2542 กลุ่มที่ 1 เริ่มดำเนินการในปี 2540 คือ อำเภอค้อวัง ทรายมูล และมหาชนะชัย กลุ่มที่ 2 เริ่มดำเนินการในปี 2541 คือ อำเภอป่าติ้ว กุดชุม และไทยเจริญ และกลุ่มที่ 3 เริ่มดำเนินการในปี 2542 คือ อำเภอคำเขื่อนแก้ว เมือง และเลิงนกทา พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจใกล้เคียงกัน คือ 2.88, 2.77 และ 2.95 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตาราง 12-13

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ โดยจำแนกเป็นภาพรวม และรายด้าน และจำแนกตามกลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินการ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 ราย)

| ด้าน   | กลุ่มอำเภอระยะที่ 1 |      |                      | กลุ่มอำเภอระยะที่ 2 |      |                      | กลุ่มอำเภอระยะที่ 3 |      |                      | รวมทั้งหมด |      |                      |
|--|---------------------|------|----------------------|---------------------|------|----------------------|---------------------|------|----------------------|------------|------|----------------------|
|  | $\bar{X}$           | S.D. | ระดับความ<br>พึงพอใจ | $\bar{X}$           | S.D. | ระดับความ<br>พึงพอใจ | $\bar{X}$           | S.D. | ระดับความ<br>พึงพอใจ | $\bar{X}$  | S.D. | ระดับความ<br>พึงพอใจ |
| - นโยบายของผู้บริหารและระเบียบ<br>การปฏิบัติ           | 3.19                | 0.80 | ปานกลาง              | 2.77                | 0.61 | ปานกลาง              | 2.87                | 0.62 | ปานกลาง              | 2.94       | 0.69 | ปานกลาง              |
| - จำนวนเงินงบประมาณและความ<br>พอเพียงยาและเวชภัณฑ์     | 2.73                | 0.96 | ปานกลาง              | 2.91                | 0.97 | ปานกลาง              | 3.21                | 0.89 | ปานกลาง              | 2.99       | 0.95 | ปานกลาง              |
| - การบริการของสถานีนามัย                               | 3.31                | 0.84 | ปานกลาง              | 3.32                | 0.65 | ปานกลาง              | 3.31                | 0.77 | ปานกลาง              | 3.31       | 0.76 | ปานกลาง              |
| - ความสะดวกและความคล่องตัว<br>ในการใช้จ่ายเงินงบประมาณ | 2.23                | 0.71 | น้อย                 | 2.27                | 0.94 | น้อย                 | 2.49                | 0.68 | น้อย                 | 2.36       | 0.77 | น้อย                 |
| - อัตราที่กำหนดใช้ในการจัดสรร<br>งบประมาณ              | 2.58                | 0.86 | ปานกลาง              | 2.41                | 0.80 | น้อย                 | 2.39                | 0.75 | น้อย                 | 2.45       | 0.79 | น้อย                 |
| รวมทุกด้าน   | 2.88                | 0.59 | ปานกลาง              | 2.77                | 0.43 | ปานกลาง              | 2.95                | 0.65 | ปานกลาง              | 2.87       | 0.58 | ปานกลาง              |

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของ  
ผู้ให้บริการในสถานอนามัย จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินการ ปี 2540-2542

| แหล่งความ<br>แปรปรวน<br>(SOV) | ชั้นแห่งความ<br>เป็นอิสระ<br>(df) | ผลรวม<br>กำลังสอง<br>(S.S) | ค่าเฉลี่ยผล<br>รวมกำลังสอง<br>(M.S) | F - Ratio |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-----------|
| ระหว่างกลุ่ม                  | 2                                 | 0.44                       | 0.22                                | 0.644     |
| ภายในกลุ่ม                    | 84                                | 28.42                      | 0.34                                |           |
| รวม                           | 86                                | 28.85                      |                                     |           |

$p < .05$

จะเห็นได้ว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการนั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังมีความคิดเห็นว่ามีคามไม่แน่ใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดสรรว่าจะส่งเสริมให้การบริการระดับต้น หรือ primary care (สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน) มีความเข้มแข็ง และมีความพึงพอใจในระดับน้อยในด้านความสะดวก คล่องตัวในการใช้จ่ายเงินงบประมาณ และอัตราที่กำหนดใช้ในการจัดสรรงบประมาณ เนื่องจากผู้ให้บริการโดยส่วนใหญ่ (ตาราง 15) เห็นว่าอัตราที่กำหนดใช้ในการจัดสรรงบประมาณยังมีความไม่เป็นธรรมแก่สถานอนามัย เพราะมีอัตราค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว โดยเฉพาะโรคที่ประชาชนเจ็บป่วยนั้นส่วนใหญ่เป็นโรคหรืออาการที่เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยซึ่งสามารถรักษาได้ที่สถานอนามัย รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณมีความล่าช้า

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานอนามัย ของทั้ง 3 กลุ่มอำเภอ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานปฏิรูประบบการเงินการคลังในปัจจุบันนั้นเป็นโครงการที่มีการดำเนินงานร่วมกันทั้งจังหวัด การกำหนดรูปแบบ ระเบียบ กติกานั้นถูกกำหนดโดยมติหรือข้อตกลงในที่ประชุมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันในที่ประชุมระดับจังหวัด ดังนั้นในการดำเนินงานในระดับอำเภอทำให้ต้องยึดเอารูปแบบที่ตกลงร่วมกันมาดำเนินงาน และค่อนข้างยากในการที่จะเปลี่ยนแปลงหรือกำหนดรูปแบบใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเองได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จิรวัดมณีกุล และคณะ (2541) ซึ่งได้ทำการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดยโสธร : สถานการณ์ก่อนการปฏิรูป พบว่า ผู้ให้บริการในสถานอนามัยมีความพึงพอใจต่อบริการในระดับสูง ทั้งในด้านความรับผิดชอบ

ลักษณะงาน และด้านสัมพันธภาพในการทำงาน และมีความพึงพอใจในระดับต่ำใน 3 ด้านคือ ด้านความมั่นคงและปลอดภัยในงาน ด้านสภาพการทำงาน และด้านเงินเดือนและสวัสดิการ

สรุปได้ว่า ในด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานื่อนามัยที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่นั้น โดยส่วนใหญ่ผู้ให้บริการในสถานื่อนามัยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

#### ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

สำหรับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการนั้น ผู้วิจัยได้ประเมินจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ มีดังนี้คือ

##### ด้านผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะด้านผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการในสถานื่อนามัยได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงบริการของสถานื่อนามัยนั้น ได้แก่ ควรเพิ่มศักยภาพและคุณภาพในการตรวจรักษา (จำนวน 52 คน) ควรมีการเพิ่มอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ อย่างน้อย 3 คน (จำนวน 45 คน) ควรมี จนท.อยู่เวรบริการตลอด 24 ชม. (จำนวน 38 คน) ควรเพิ่มยาและเวชภัณฑ์ให้ครบและเพียงพอ (จำนวน 36 คน) ควรมีการปรับปรุงกายภาพภายในและภายนอก (จำนวน 35 คน) ไม่ควรมีระบบการส่งต่อจากสถานื่อนามัยไปโรงพยาบาล (จำนวน 30 คน) และควรปรับปรุงการต้อนรับ การพูดจาของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (จำนวน 29 คน) ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 14

ตาราง 14 ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการจากสถานื่อนามัยต่อบริการที่ได้รับจากสถานื่อนามัย

| ข้อเสนอแนะ                                    | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| ควรเพิ่มศักยภาพและคุณภาพในการตรวจรักษา        | 52         | 13.0   |
| ควรเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ       | 45         | 11.3   |
| ควรมี จนท.อยู่เวรบริการตลอด 24 ชม.            | 38         | 9.5    |
| ควรเพิ่มยาและเวชภัณฑ์ให้ครบและเพียงพอ         | 36         | 9.0    |
| ควรมีการปรับปรุงกายภาพภายในและภายนอก          | 35         | 8.8    |
| ไม่ควรมีระบบการส่งต่อจาก สอ.ไป รพ.            | 30         | 7.5    |
| ควรปรับปรุงการต้อนรับ การพูดจาของเจ้าหน้าที่  | 29         | 7.3    |
| จนท.ควรเพิ่มการเข้าเยี่ยมชุมชนมากขึ้นกว่าเดิม | 18         | 4.5    |

จะเห็นได้ว่า ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการนั้นโดยส่วนใหญ่แล้วเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการของสถานื่อนามัยเกือบทั้งหมด คือ ควรเพิ่มศักยภาพและคุณภาพในการตรวจรักษา ควรมีการเพิ่มอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ อย่างน้อย 3 คน ควรมี จนท.อยู่เวรบริการตลอด 24 ชม. และควรเพิ่มยาและเวชภัณฑ์ให้ครบและเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับ สมทวง ณ นคร และคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาการเจ็บป่วยพฤติกรรมแสวงหาบริการสาธารณสุขและความต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวชนบทจังหวัดขอนแก่น ในด้านข้อคิดเห็นต่อการปรับปรุงของสถานื่อนามัยนั้น พบว่า เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 89.6) มีความเห็นว่าสถานื่อนามัยควรได้รับการปรับปรุง มีเพียงร้อยละ 9.7 เท่านั้นที่คิดว่าสถานื่อนามัยดีอยู่แล้ว ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้เพิ่มเครื่องมือแพทย์ (ร้อยละ 65.7) รองลงมาได้แก่ ต้องการให้เพิ่มเจ้าหน้าที่ เพิ่มยาบางชนิด และเพิ่มเตียงรับผู้ป่วยให้ได้มากขึ้น ในขณะที่มีผู้รับบริการบางส่วนที่มีข้อเสนอแนะว่าไม่ควรมีระบบการส่งต่อโดยต้องผ่านสถานื่อนามัยก่อนและต้องมีใบส่งต่อจากสถานื่อนามัยในการที่จะไปรับบริการในโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากข้อตกลงของรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ เพื่อเป็นการปรับพฤติกรรมในการแสวงหาการรับบริการที่เกินความจำเป็น ดังนั้นผู้ที่ข้ามขั้นตอนต้องมีส่วนร่วมจ่ายทุกครั้ง 30 บาท ในกรณีข้ามไปใช้บริการใน รพช. และ 100 ในกรณีข้ามไป รพท. ซึ่งผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าวนั้นไม่ได้รับทราบถึงความจำเป็นหรือกฎเกณฑ์เงื่อนไขที่หน่วยผู้ให้บริการกำหนดขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจกับผู้รับบริการโดยการประชาสัมพันธ์ การชี้แจงประชาชนเพื่อให้มีความเข้าใจในการขั้นตอนของการรับบริการ รวมทั้งการป้องกันการฟ้องร้องเป็นคดีความโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตพื้นที่ที่เป็นการหาเสียงของสมาชิกผู้แทนราษฎร (ส.ส.) เนื่องจากวิธีการดังกล่าวมีความขัดแย้งกับการประกาศสิทธิผู้ป่วย (patient's right) ตามรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันในมาตราที่ 52 และ 82 ซึ่งรัฐจะต้องจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูลโดยเท่าเทียมกัน และไม่มีสิ่งกีดกั้นในการเข้าถึงบริการดังกล่าว

### ด้านผู้ให้บริการ

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะด้านผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการในสถานื่อนามัย ได้ให้ความคิดเห็นสาเหตุที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานโครงการฯ ในปีงบประมาณ 2542 ได้แก่ เจ้าหน้าที่ยังขาดขวัญ กำลังใจ และขาดแรงจูงใจในการทำงาน ประชาชนยังไม่รับทราบและมองไม่เห็นความสำคัญ และขาดความชัดเจนในนโยบายของผู้บริหาร (ระดับจังหวัด/อำเภอ) นอกจากนี้ผู้ให้บริการได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในการดำเนินงานโครงการฯ นั้น

ได้แก่ ควรมีการปรับอัตราที่ใช้การจัดสรรใหม่ให้เหมาะสม ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้รวดเร็ว และทันเวลายิ่งขึ้น และควรมีการนำเรื่องของขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลของสถานีนอนามัยมาพิจารณาจัดสรรด้วย ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 15

ตาราง 15 ข้อเสนอแนะปัญหา อุปสรรคของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในสถานีนอนามัยต่อการดำเนินงานปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัดยโสธร

| ข้อมูลด้าน   | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| <b>ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน</b>                      |       |        |
| - เจ้าหน้าที่ขาดขวัญ กำลังใจ ในการทำงาน                              | 63    | 73.3   |
| - ประชาชนยังไม่รับทราบและไม่เห็นความสำคัญ                            | 62    | 72.1   |
| - ขาดความชัดเจนในนโยบายของผู้บริหาร                                  | 55    | 64.0   |
| - ขาดการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับ                                    | 44    | 51.2   |
| - เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจ                                    | 37    | 43.0   |
| - เจ้าหน้าที่ สอ. ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผน                        | 8     | 9.3    |
| <b>ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงาน</b>                           |       |        |
| - ควรมีการปรับอัตราที่ใช้การจัดสรรให้เหมาะสม                         | 33    | 38.4   |
| - ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้รวดเร็ว ทันเวลา                           | 26    | 30.2   |
| - ควรมีการนำขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลของ สอ. มาพิจารณาจัดสรรด้วย | 24    | 27.9   |
| - ผู้บริหารควรมีนโยบายที่ชัดเจนและตรงกัน                             | 20    | 23.3   |
| - โรงพยาบาลควรเพิ่มบทบาทในการช่วยเหลือและสนับสนุนสถานีนอนามัยมากขึ้น | 18    | 20.9   |
| - ควรมีการติดตาม นิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ                               | 12    | 13.9   |
| - ควรมีการปรับเพิ่มกรอบยาของสถานีนอนามัย                             | 10    | 11.6   |
| - เจ้าหน้าที่ระดับสถานีนอนามัยควรมีส่วนร่วม                          | 8     | 9.3    |

จากปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการนั้นจากข้อมูลการศึกษาดังกล่าว ผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องคงต้องพิจารณาและทบทวนในการปรับรูปแบบการจัดสรรงบประมาณใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราค่าบริการข้ามเขตระหว่างสถานบริการให้มีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมากขึ้น ทั้งนี้เป็นข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอของผู้วิจัยกล่าวคือ ต้องมีการศึกษาต้นทุน (unit

cost) ค่าใช้จ่ายที่แท้จริงของสถานพยาบาลในจังหวัดให้มีคุณภาพและมีความถูกต้อง พร้อมกับพิจารณาปรับมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณของจังหวัดเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่ายต่อไป นอกจากนี้ เนื่องจากแหล่งงบประมาณที่ให้การสนับสนุนแก่จังหวัดในการเข้าร่วมโครงการ SIP ในครั้งนี้ ได้แยกออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ จากการกู้ยืมเงินธนาคารโลก (World Bank) ร้อยละ 80 และจากงบประมาณรัฐบาลสมทบอีก ร้อยละ 20 (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2541) ซึ่งระเบียบปฏิบัติในการใช้จ่ายในรายละเอียดนั้นมีความแตกต่างกันเห็นได้ชัดเจน อาทิเช่น ในกรณีที่เป็นส่วนเงินกู้ยืมจากธนาคารโลกในภายหลังมีมติให้จ่ายได้เฉพาะค่าบริการทางการแพทย์เท่านั้น กรณีดังกล่าวทำให้ทั้งผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติในทุกระดับเกิดความสับสน ไม่มั่นใจในวิธีการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว นอกจากนี้ในเรื่องของระยะเวลา ความรวดเร็วของการจัดสรรงบประมาณ พบว่า ค่อนข้างล่าช้า สาเหตุสำคัญอาจมาจากเหตุผลหลายประการ เช่น การบริหารจัดการภายในองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงคือ PIU (Project Implementation Unit) ความไม่ชัดเจนในนโยบาย ความไม่มั่นใจในการใช้จ่ายงบประมาณของผู้ให้เงินกู้ยืม นอกจากนี้ในระดับปฏิบัติ(จังหวัด/อำเภอ/ตำบล) ก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้การจัดสรรงบประมาณเกิดความล่าช้า ในเรื่องของการบริหารจัดการด้านข้อมูลข่าวสาร เพราะปัญหาที่ผู้วิจัยได้พบคือ การจัดส่งรายงานที่ล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาในการจัดทำและส่งฐานข้อมูลประชากรผู้มีสิทธิ สปร. กล่าวคือ soft ware ที่ใช้จัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิเดิมใช้โปรแกรม HIP ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกระทรวง ค่อนข้างมีปัญหาและแก้ไขยุ่งยาก อีกทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติโดยเฉพาะในส่วนของสถานีนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังขาดความชำนาญในการใช้โปรแกรมดังกล่าว จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดส่งฐานข้อมูลไปยังส่วนกลางเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณดังกล่าว

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การประเมินผลความก้าวหน้าโครงการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขจังหวัด ยโสธร ปีงบประมาณ 2542 โดยใช้รูปแบบการวิจัยประเมิน (evaluation research) และศึกษาความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจในสถานื่อนามัย โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานื่อนามัย
2. เพื่อประเมินคุณภาพบริการของสถานื่อนามัย
3. เพื่อประเมินความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานื่อนามัย
5. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวน 3 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการในสถานื่อนามัย จำนวน 87 ราย ผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตรสุขภาพ จำนวน 400 ราย รวมทั้งข้อมูลการสำรวจจากสถานื่อนามัย จำนวน 87 แห่ง ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 : เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานื่อนามัย

ผลการวิจัย พบว่า วิธีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของจังหวัดในปี 2542 นั้นยังไม่เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณเท่าที่ควร โดยพิจารณาจาก สัดส่วนของงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพที่สถานื่อนามัยได้รับการจัดสรรนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีแนวโน้มการได้รับการจัดสรรงบประมาณที่ลดลง นอกจากนี้ สัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับเฉลี่ยต่อครั้งยังเพิ่มสูงขึ้น แต่ปริมาณการให้บริการรักษาพยาบาลถึงแม้ว่ามีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นแต่เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง เช่นเดียวกับ รพช.ที่มีสัดส่วนลดลง ในขณะที่ รพช.มีสัดส่วนการให้บริการที่เพิ่มสูงขึ้นมากกว่า ทำให้ต้นทุนสุขภาพโดยรวมในแต่ละปีสูงขึ้น และอัตราการคืนทุนของสถานื่อนามัยค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้งบประมาณในส่วนที่กั้นไว้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็ไม่ได้มีการใช้จ่ายให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ



### วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 : เพื่อประเมินคุณภาพบริการของสถานื่อนามัย

ผลการวิจัย พบว่า วิธีการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบันนั้นทำให้คุณภาพบริการโดยรวมของสถานื่อนามัยดีขึ้น โดยพิจารณาจาก ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากสถานื่อนามัย โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้รับบริการมีความพอใจในระดับสูงทุกด้านเช่นเดียวกัน คือ ทั้งในด้านที่ตั้งของสถานื่อนามัยและการคมนาคม สิ่งอำนวยความสะดวกโดยทั่วไปที่ได้รับ ความสะดวกรวดเร็วและการต้อนรับของเจ้าหน้าที่ การให้บริการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่ คุณภาพการบริการ และประสิทธิภาพการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการในสถานื่อนามัย จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2540-2542 พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่างกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า ผู้รับบริการในกลุ่มอำเภอระยะที่ 2 คือ อำเภอป่าติว มีความพึงพอใจสูงกว่าผู้รับบริการในกลุ่มอำเภอระยะที่ 3 คือ อำเภอคำเขื่อนแก้ว และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 : เพื่อประเมินความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน

ผลการวิจัย พบว่า ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบของสถานื่อนามัย ซึ่งเป็นข้อมูลที่แสดงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนนั้น โดยภาพรวมทั้งจังหวัดพบว่า ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน ร้อยละ 76.03 แต่มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ของอำเภอกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้ง 3 อำเภอก็มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากคุณภาพข้อมูล และการรายงานเป็นส่วนใหญ่

### วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 : เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานื่อนามัย

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่มีต่อวิธีการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบันนั้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ในด้านนโยบายของผู้บริหารและระเบียบการปฏิบัติ จำนวนเงินงบประมาณและความพอเพียงของยาเวชภัณฑ์ การบริการของสถานื่อนามัย แต่มีความพึงพอใจในระดับน้อยในด้านความสะดวก คล่องตัวในการใช้จ่ายเงินงบประมาณ และอัตราที่กำหนดใช้ในการจัดสรรงบประมาณ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานื่อนามัย จำแนก

ตามกลุ่มอำเภอที่เริ่มดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2540-2542 พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจที่ใกล้เคียงกัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 5 :** เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการ

**ผลการวิจัย** พบว่า ด้านปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ด้านผู้รับบริการได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงบริการของสถานอนามัย ดังต่อไปนี้ 1) ควรเพิ่มศักยภาพและคุณภาพในการตรวจรักษา 2) ควรมีการเพิ่มอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ อย่างน้อย 3 คน 3) ควรมี จนท.อยู่เวรบริการตลอด 24 ชม. 4) ควรเพิ่มยาและเวชภัณฑ์ให้ครบและเพียงพอ 5) ควรมีการปรับปรุงกายภาพภายในและภายนอก 6) ไม่ควรมีระบบการส่งต่อจากสถานอนามัยไปโรงพยาบาล 7) ควรปรับปรุงการต้อนรับ การพูดจาของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ตามลำดับ สำหรับด้านผู้ให้บริการได้ให้ความคิดเห็นว่าสาเหตุที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานโครงการฯ ดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่ยังขาดขวัญกำลังใจ และขาดแรงจูงใจในการทำงาน 2) ประชาชนยังไม่รับทราบและมองไม่เห็นความสำคัญ 3) ขาดความชัดเจนในนโยบายของผู้บริหาร (ระดับจังหวัด/อำเภอ) และมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในการดำเนินงานโครงการฯ ดังนี้ 1) ควรมีการปรับอัตราค่าตอบแทนให้กับโรงพยาบาลลดลง 2) ให้รวดเร็ว และทันเวลา 3) ควรนำขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลของสถานอนามัยมาพิจารณาจัดสรรด้วย

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย**

#### **ความคิดเห็นและข้อเสนอของผู้วิจัยต่อโครงการ**

1. การที่กองทุนหรือสถานอนามัยจะพยายามเก็บรักษาเงินให้เหลือมากที่สุดนั้น สถานอนามัยจะต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการข้ามเขตไปรับบริการที่อื่นให้มากที่สุด ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพบริการทั้งในด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพควบคู่กันไปเพื่อเป็นการเรียกศรัทธาจากผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบ

2. ควรมีการนำผลงานด้านการปฏิบัติงานทั้งในด้านรักษาพยาบาลมาใช้ในการจัดสรรร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อจะทำให้เกิดความเป็นธรรมกับผู้ให้บริการในระดับสถานอนามัยที่สามารถ

เก็บผู้รับบริการในพื้นที่ได้มากหรือตามความสามารถของผู้ให้บริการ (performance base) อย่างแท้จริง

3. ในการบริหารจัดการด้านคุณภาพของข้อมูลที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณนั้น ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลอย่างสม่ำเสมอทั้งในระดับจังหวัด และอำเภอ นอกจากนี้ ควรเพิ่มมาตรการในการให้คุณและให้โทษแก่หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้วย

4. โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปควรมีการปรับบทบาทของตนเองในการเป็นที่เลี้ยงแก่สถานีอนามัยมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพบริการ โดยอาศัยการจัดตั้งทีมสุขภาพ (health team) เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง

5. ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบบริหารโครงการในระดับอำเภอควรมีบทบาทหรือแต่งตั้งคณะกรรมการจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมีตัวแทนจากสถานีอนามัยเข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการด้วย และให้มีอำนาจในการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล การจัดสรรเงินงบประมาณอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

สำหรับผู้บริหาร ควรมีการกำหนดนโยบายและวางแผนดำเนินงานโครงการให้มีความชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ได้แก่

#### 1. การบริหารจัดการโครงการ

1.1 ก่อนดำเนินงานโครงการผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานควรมีการชี้แจง และทำความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติ พร้อมกับรับฟังปัญหา ข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานด้วยทุกครั้ง

1.2 ควรมีการติดตาม นิเทศ ควบคุม กำกับผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาและควบคุมกำกับให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

#### 2. งบประมาณและการมีส่วนร่วมจ่าย

2.1 งบประมาณในส่วนที่กันไว้สำหรับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับอำเภอไม่ได้มีการใช้จ่ายให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ดังนั้นผู้บริหารควรมีการส่งเสริมให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและจริงจังในพื้นที่ การให้ขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เช่น การพิจารณาให้ค่าตอบแทนที่เป็นแรงจูงใจให้มากขึ้น

2.2 ควรมีการปรับอัตราที่ใช้ในการเรียกเก็บข้ามเขตให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ทั้งในด้านการรักษาพยาบาลและด้านส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เสนอแนะว่าควรนำข้อมูลที่ศึกษาหน่วยงานของสถานบริการในจังหวัดมาใช้ในการตัดสินใจ

2.3 การดำเนินการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมจ่ายในกรณีที่มีการข้ามขั้นตอนนี้ไปรับบริการในโรงพยาบาลนั้น อาจเป็นอุปสรรคที่กีดกันในการเข้าถึงบริการของประชาชน อีกทั้งยังขัดต่อสิทธิของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นผู้บริหารจึงควรมีการทบทวนในมาตรการดังกล่าว

### 3. หลักเกณฑ์พิจารณาการจัดสรรงบประมาณ

3.1 การจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนอย่างเดียว ยังไม่มีความเหมาะสมพอควรจะมีการนำเรื่อง เพศ อายุ อัตราป่วย การใช้บริการ รวมถึงโครงสร้างบริการต่างๆ ภายในอำเภอมาเป็นเกณฑ์พิจารณาจัดสรรด้วย

3.2 ควรมีการนำขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลของสถานีนามาเป็นเกณฑ์พิจารณาในการจัดสรรงบประมาณด้วย เช่น กรณีผู้รับบริการข้ามเขตที่เป็นโรคที่สถานีนามาสามารถรักษาได้ควรมีการเรียกเก็บทั้งหมด ในขณะที่ถ้าเป็นโรคที่เกินขีดความสามารถของสถานีนามาควรมีการเรียกเก็บในอัตราที่ต่ำกว่าต้นทุนค่าใช้จ่าย เพราะเกณฑ์การเรียกเก็บในปัจจุบันส่งผลทำให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยขาดความสำคัญ และจะทำให้ไม่มีการพัฒนาระบบดังกล่าวด้วย

### 4. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศอย่างเป็นระบบและจริงจัง

4.1 ควรมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานด้านสารสนเทศการประกันสุขภาพให้มีความรู้และทักษะในเรื่องการใช้คอมพิวเตอร์และโปรแกรมสำหรับใช้งานทุกระดับ

4.2 ควรมีทีมช่วยเหลือในด้านระบบข้อมูลสารสนเทศในระดับจังหวัดเพื่อเป็นการให้แนะนำ ปรึกษาและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับตำบลและอำเภอ

## สำหรับผู้ปฏิบัติงาน

### 1. การประชาสัมพันธ์

เจ้าหน้าที่ในสถานีนามาควรมีการประชาสัมพันธ์โครงการให้ประชาชนรับทราบอย่างทั่วถึงโดยการอธิบายและชี้แจงกับผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข หรือสมาชิก อบต. เพื่อเป็นตัวแทนในการกระจายข่าวสาร และทำความเข้าใจกับประชาชนในเรื่องสิทธิบัตร เงื่อนไขการใช้ให้มากขึ้น

### 2. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

เจ้าหน้าที่ในระดับสถานีนามาควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการประกันสุขภาพทั้งในด้านคุณภาพ ความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และควรจะต้องได้รับความรู้และการฝึกทักษะในด้านการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์และโปรแกรมที่ใช้งานอยู่

### 3. การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เจ้าหน้าที่ในระดับสถานีอนามัยควรมีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างจริงจังและต่อเนื่องมากขึ้น โดยเฉพาะภาวะการขาดสารอาหารของเด็ก 0-5 ปี นักเรียนประถมศึกษาที่ได้รับการตรวจ คอพอก การฉีดวัคซีนเข็มห้าและที่ที่หญิงมีครรภ์ กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการทำ DOTs และผลการรักษาผู้ป่วยซึ่งพบว่ามีอัตราการหายลดลง

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการของประชาชน รวมถึงปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่ออัตราการใช้บริการที่ลดลงของ สอ. และ รพช.
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการข้ามเขตของประชาชนในแต่ละอำเภอว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เป็นตัวกำหนด รวมถึงลักษณะการให้บริการข้ามเขตดังกล่าวด้วย
3. ควรมีการศึกษาผลกระทบจากการดำเนินงานโครงการในด้านความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพของประชาชน และความถูกต้องของสถิติบัตรประเภทต่างๆ ที่มีอยู่
4. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลในภาพรวมทั้งในระดับโรงพยาบาลและสถานีอนามัยเพื่อเปรียบเทียบในด้านความเป็นธรรมของการจัดสรรงบประมาณต่อไป

## บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2541. เครื่องมือวัดการพัฒนาศาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8(พ.ศ.2540-2544). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา ฉายคุณรัฐ และคณะ. 2541. การประเมินนโยบายการจัดบริการแก่ผู้ป่วยนอกเวลา ราชการ. กรุงเทพฯ : ส่วนนโยบายสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (รายงานการวิจัย)
- กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย. 2539. ลักษณะผู้ให้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้ บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (รายงานการวิจัย)
- เกริกเกียรติ พิพัฒน์เสรีธรรม. 2535. การคลัง : ว่าด้วยการจัดสรรและการกระจาย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไกรยุทธ สิริตยาคีนันท์. 2533. รวมบทความเศรษฐศาสตร์ภาครัฐ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะพยาบาลศาสตร์. 2542. "เปรียบเทียบระบบสาธารณสุข เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม ฝรั่งเศส มาเลเซีย และประเทศไทย", เอกสารประกอบการนำเสนอผลการศึกษาดูงานระบบสาธารณสุขในทวีปยุโรปและเอเชีย ของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาาระบบสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 5-16 กันยายน 2542. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)
- โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงาน. 2537. รายงานการศึกษาดูงานการปฏิรูป ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศสหราชอาณาจักร สวีเดน เนเธอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 24 มกราคม - 1 กุมภาพันธ์ 2537. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. (สำเนา)

- \_\_\_\_\_ . 2537. รายงานการศึกษาคุณภาพงานการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา ระหว่างวันที่ 4 – 15 พฤษภาคม 2537. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. (สำเนา)
- \_\_\_\_\_ . 2540. "ความก้าวหน้าการวิจัยและพัฒนารูปแบบในพื้นที่โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข", เอกสารประกอบการประชุมวันที่ 8 ธันวาคม 2540 . นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. (สำเนา)
- ชาญ สวัสดิ์สาส์. 2538. การประเมินและการติดตามผลการฝึกอบรม. กรุงเทพฯ : สำนักการพิมพ์.
- ตปณีย์ พรหมภักทร. 2534. "เขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร", วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต แผนกวิชาภูมิศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (สำเนา)
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. 2530. เอกสารการฝึกอบรมเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โครงการส่งเสริมการวิจัยและฝึกอบรมเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- ธวัชชัย วรพงศธร. 2540. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรันดร์ อิมามี่. 2540. "การประเมินผลโครงการกองทุนโรคเอดส์จังหวัดพะเยา", วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า). (สำเนา)
- นิตา ชูโต. 2538. การประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ : หจก.พี.เอ็น.การพิมพ์.

- เนตรนภา ชุมทอง และคณะ. 2533. "พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนชนบทในอำเภอขุนหาญ", ใน โครงการขุนหาญ : การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอโดยการวิจัยปฏิบัติการ, หน้า 11-22. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญเรียง ชูชัย และคณะ. 2539. การพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ : เล่ม 2 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. 2541. เอกสารประกอบการประชุม "ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์". กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (สำเนา)
- ประคอง กรวรรณสูตร. 2528. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ : ฉบับปรับปรุงแก้ไข. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า จำกัด.
- ประพันธ์ เสวตนันท์ และไพศาล เล็กอุทัย. 2535. หลักเศรษฐศาสตร์ (Principles of Economics for Non Major). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537. การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. 2529. การวิจัยประเมินผล : หลักการและกระบวนการ. กรุงเทพฯ : หจก.การพิมพ์พระนคร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. 2539. วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. สงขลา : เทมการพิมพ์.



- ไพโรจน์ ตีรณธนากุล. 2534. การวิจัยสู่การเขียนบทความและรายงาน. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล และคณะ. 2536. สถานการณ์การใช้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักแก่ผู้ประกันตนจังหวัดสมุทรปราการ. สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- มานิต วีระตันติกานนท์ และคำรณ ไชยศิริ. 2539. ผลการดำเนินโครงการรณรงค์ขยายหลักประกันสุขภาพสู่ประชาชนจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2539 . ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินต์ติ้งขอนแก่น จำกัด. (รายงานการวิจัย)
- เมธี ครองแก้ว. 2535. การบริหารและการควบคุมการใช้จ่ายสาธารณสุขในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. 2540. การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข . กรุงเทพฯ : บริษัทพีเอ็มแมกกรุ๊ป จำกัด.
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. 2535. "การประเมินผลโครงการ", ใน รวมบทความทางการประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จวิ้นท์ ศิริกนกวิไล และคณะ. 2540. ทางเลือกใหม่ระบบสาธารณสุข. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : บริษัท พีเอ็มแมกกรุ๊ป จำกัด.
- ลินดา เหล่ารัตน์โส. 2538. "ความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข". วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (สำเนา)

- วิเชียร สงข์อักษร. 2539. "การประเมินผลโครงการสุขภาพโภชนาการในชนบทของจังหวัดยะลา",  
วิทยานิพนธ์ วิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์. (สำเนา)
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2536. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน  
ในจังหวัดสมุทรปราการ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. 2539. "คุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาสายตาผู้ป่วย". วารสารการวิจัยระบบ  
สาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 4 ฉบับที่ 3. (ต.ค.-ธ.ค.)
- \_\_\_\_\_. 2539. ทุกข์ สมุทัยในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ :  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วีระพล สุวรรณนันท. 2534. การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแผนและโครงการ. กรุงเทพฯ :  
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์(นิด้า).
- วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ. 2541. การสำรวจสถานะประชาชนที่มาใช้บริการผู้ป่วย  
นอกโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2540. ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินดิ้ง จำกัด.  
(รายงานการวิจัย)
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2540. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดมณีกุล และคณะ. 2541. ประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่  
จังหวัดยโสธร : สถานการณ์ก่อนการปฏิรูป. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.  
(รายงานการวิจัย)

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. 2537. "การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศสหราชอาณาจักร สวีเดนและ เนเธอร์แลนด์", วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (เม.ย.-มิ.ย.).

\_\_\_\_\_. 2539. การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข งบประมาณในประเทศไทยและในต่างประเทศ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ. 2540. การปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข : การศึกษาการใช้บริการทางการแพทย์และการเงินการคลังของโครงการ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข. (รายงานการวิจัย)

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. 2533. "การศึกษาการใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนในอำเภอชนบท", ใน โครงการชนบท : การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอโดยการวิจัยปฏิบัติการ, หน้า 41-52. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

\_\_\_\_\_. 2536. "ระบบการสนับสนุนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไทย", เอกสารการประชุมสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษา. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

\_\_\_\_\_. 2536. รายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ "การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย". กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

\_\_\_\_\_. 2540. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2537. รายงานการประเมินผลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. 2534. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมชัย ภิญโญพรพาณิชย์ และเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์. 2536. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร. มปท. (รายงานการวิจัย)

สมทรง ณ นคร และคณะ. 2536 . การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวชนบทจังหวัดขอนแก่น : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (รายงานการวิจัย)

สมบุญ ภู่นวล. 2525. การประเมินผลและการสร้างแบบทดสอบ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

สมภพ พานทอง. 2538. "การประเมินผลลัพธ์จากการนำกิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพมาใช้ในธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ : กรณีศึกษาในฝ่ายกิจการสาขาภาคใต้และภาคตะวันตก 5 สาขา", วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2537. "การวิจัยกับการทำงาน", วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1(ม.ค.-มี.ค.).

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. 2540. รวมบทความทางการประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ส่วนวิจัยและพัฒนา(งานแผนงาน). 2540. "การวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข", เอกสารประกอบการประชุมการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. ยโสธร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (สำเนา)

\_\_\_\_\_ 2540. "ข้อมูลทั่วไปจังหวัดยโสธร", เอกสารประกอบการนำเสนอผลงานระดับ  
จังหวัด. ยโสธร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (สำเนา)

\_\_\_\_\_ 2541. "โครงการวิจัยการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4)", เอกสารประกอบการประชุมการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. ยโสธร  
: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (สำเนา)

สำนักงานประกันสุขภาพ. 2541. "การเตรียมแผนปฏิบัติการสำหรับพื้นที่ตามโครงการเงินกู้ของ  
ธนาคารโลกในโครงการ สปร.", เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ วันที่ 14-15  
กันยายน 2541. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข. (สำเนา)

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2540. คู่มือการประเมินผลประจำปีการพัฒนาด้านสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8(พ.ศ.2540-2544). กรุงเทพฯ  
: กระทรวงสาธารณสุข.

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

\_\_\_\_\_ 2541. "การประเมินผลบริการสาธารณสุข", เอกสารประกอบการสอนวิชาการคลัง  
สาธารณสุข นักศึกษานักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. กรุงเทพฯ : สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวง  
สาธารณสุข. (สำเนา)

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2532. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :  
โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.

\_\_\_\_\_ . 2536. การวิจัยประเมินผลโครงการ(Project Evaluation Reseach). กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์(นิด้า). โรงพิมพ์เลียงเชียง.

\_\_\_\_\_ . 2537. การสร้างมาตรฐานวัดในการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์(นิด้า).

สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. 2539. การประเมินผลความก้าวหน้าโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย : เล่ม 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุพัสชา วิลวัฒน์. 2531. "ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับระดับอุปสรรคการปฏิบัติงานด้านบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดพังงา", รายงานการศึกษาด้วยตนเองทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. 2539. ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย : สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา. กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซร์ จำกัด.

\_\_\_\_\_ . 2539. "สถานการณ์ของบริการสาธารณสุขระดับต้น/บริการด้านแรก" ,วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 4 ฉบับที่ 4(ต.ค.-ธ.ค.).

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. 2539. อนาคตสถานีอนามัยไทย (การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย) : เล่ม 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

\_\_\_\_\_ . 2540. "มิติใหม่ในการบริหารงบประมาณ : การศึกษาวิเคราะห์การบริหารงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขระดับจังหวัด", วารสารวิชาการสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2(เม.ย.-มิ.ย.).

หทัย ชิตานนท์, ผู้แปล. 2537. "รายงานพัฒนาการโลก พ.ศ.2536 : การลงทุนด้านสาธารณสุข (2)", วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 (ต.ค.-ธ.ค.).

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล . 2538. "หลักประกันสุขภาพแบบสิงคโปร์", วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3(ก.ค.-ก.ย.).

อลงกรณ์ มีสุทธา และสมิต สัจฉกร. 2540. การประเมินผลการปฏิบัติงาน แนวความคิด หลักการ วิธีการ กระบวนการ. กรุงเทพฯ : บริษัท ประชาชน จำกัด.

Barbara, McPack. 1993. Methods for evaluating the effects of health financing reforms. Health Economics and Financing Programme, Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine. s.l. : s.n.

Koplan, P.Jeffrey. 1999. "Framework for Program Evaluation in Public Health". MMWR. 48 (September, 17) : Epidemeology Program Office. s.l. : s.n.

Weston, J. Fred and Copeland, Thomas E. 1993. "Managerial Finance" Journal of Finance. s.l. : s.n.

Habicht, JP Victora, CG and Vaughan, JP. 1999. "Evaluation Designs for adequacy, plausibility and probability of public health programs performance and impact". International Journal of Epidemiology, 28. s.l. : s.n.

Suppasit pannarunothai, et al. 1997. Financing Reform for the Health Card Scheme in Thailand : Utilization and Financial Study. Ministry of Public Health, Thailand.

Revised Working Document. 1995. Health Financing Reform : A Framework For Evaluation. s.l. : s.n.

Ruth, W.U. 1973. Behavior and Illness. Englewood Cliff, N.J. : Prentice Hall.

Sukalaya khongsawatt, et al. 1996. Voice of the customers : Patient perception of hospital services,report volume 3, Phase I : Payment mechanism : Efficiency and quality of care in the nine hospitals in Bangkok. s.l. : s.n.

Yamane,Taro. 1973. Statistics An Introductory Analysis. 3rd ed. · New York : Harper and Row.



ภาคผนวก 1  
ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

## ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย จำแนกตามลักษณะทั่วไป

| ลักษณะทั่วไป  | จำนวน (แห่ง)<br>(n=87) | ร้อยละ |
|---|------------------------|--------|
| ลักษณะตัวอาคาร(แบบแปลน)                                       |                        |        |
| รุ่นเก่า  | 25                     | 28.7   |
| ใหม่/ทดแทน(ขนาดทั่วไป)  | 47                     | 54.0   |
| ขนาดใหญ่  | 15                     | 17.3   |
| การคมนาคมในการติดต่อกับอำเภอและจังหวัด                        |                        |        |
| สะดวก   | 63                     | 72.4   |
| ไม่สะดวก  | 24                     | 27.6   |
| การติดต่อสื่อสารกับอำเภอและจังหวัด (บางแห่งมีมากกว่า 1 อย่าง) |                        |        |
| วิทยุสื่อสาร(ติดตั้ง)   | 56                     | 64.4   |
| วิทยุสื่อสาร(มือถือ)  | 32                     | 36.8   |
| โทรศัพท์  | 21                     | 24.1   |
| ไม่มี   | 1                      | 1.2    |

ตาราง 17 จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานีนอนามัย จำแนกออกตามตำแหน่งหน้าที่  
ที่ปฏิบัติงานเปรียบเทียบ 3 ปีซ้อนหลัง

| ตำแหน่ง                       | ปี 2540 | ปี 2541 | ปี 2542 | เฉลี่ย |
|-------------------------------|---------|---------|---------|--------|
| เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข | 70      | 70      | 69      | 69.7   |
| นักวิชาการสาธารณสุข           | 16      | 24      | 32      | 24.0   |
| พยาบาลวิชาชีพ                 | 3       | 3       | 3       | 3.0    |
| พยาบาลเทคนิค                  | 13      | 13      | 14      | 13.3   |
| เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน  | 129     | 120     | 117     | 122.0  |
| เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข   | 1       | 1       | 1       | 1.0    |
| รวม                           | 232     | 231     | 236     | 233.0  |

ตาราง 18 ข้อมูลด้านประชากรและโรงเรียนในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัย ปี 2542

| ข้อมูลความรับผิดชอบ         | จำนวน      | เฉลี่ย/แห่ง |
|-----------------------------|------------|-------------|
| จำนวนหมู่บ้าน               | 571        | 6.6         |
| จำนวนหลังคาเรือน            | 61,453     | 715         |
| จำนวนประชากร                | 301,484    | 3,506       |
| จำนวนโรงเรียน/นักเรียน(รวม) | 281/48,352 | 3.3/562     |
| - ประถมศึกษา(รวมขยายโอกาสฯ) | 259/39,668 | 3.0/461     |
| - มัธยมศึกษา                | 22/8,684   | 0.3/101     |

## ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการ จำแนกตามลักษณะของผู้ให้บริการ

| ลักษณะของผู้ให้บริการ      | จำนวน (ราย)<br>(n=87) | ร้อยละ |
|----------------------------|-----------------------|--------|
| <b>เพศ</b>                 |                       |        |
| ชาย                        | 41                    | 47.1   |
| หญิง                       | 46                    | 52.9   |
| <b>อายุ (ปี)</b>           |                       |        |
| 20 - 29                    | 18                    | 20.7   |
| 30 - 39                    | 42                    | 48.3   |
| 40 - 49                    | 20                    | 23.0   |
| 50 - 59                    | 7                     | 8.0    |
| <b>สถานภาพสมรส</b>         |                       |        |
| โสด                        | 15                    | 17.2   |
| คู่                        | 69                    | 79.3   |
| หม้าย/หย่า/แยก             | 3                     | 3.5    |
| <b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b> |                       |        |
| ต่ำกว่าอนุปริญญา           | 17                    | 19.5   |
| อนุปริญญา/เทียบเท่า        | 40                    | 46.0   |
| ปริญญาตรี/เทียบเท่า        | 30                    | 34.5   |

ตาราง 19 (ต่อ)

| ลักษณะของผู้ให้บริการ         | จำนวน (ราย)<br>(n=87) | ร้อยละ |
|-------------------------------|-----------------------|--------|
| <b>รายได้ต่อเดือน (บาท)</b>   |                       |        |
| 5,000 – 8,000                 | 13                    | 14.9   |
| 8,001 – 11,000                | 18                    | 20.7   |
| 11,001 – 14,000               | 32                    | 36.8   |
| 14,001 – 17,000               | 17                    | 19.5   |
| > 17,000                      | 7                     | 8.1    |
| <b>อายุราชการ (ปี)</b>        |                       |        |
| 1 – 9                         | 27                    | 31.0   |
| 10 – 19                       | 32                    | 36.8   |
| 20 – 29                       | 24                    | 27.6   |
| 30 – 39                       | 4                     | 4.6    |
| <b>ตำแหน่งในปัจจุบัน</b>      |                       |        |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน     | 25                    | 28.8   |
| เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข | 47                    | 54.0   |
| นักวิชาการสาธารณสุข           | 11                    | 12.6   |
| พยาบาลเทคนิค                  | 3                     | 3.4    |
| พยาบาลวิชาชีพ                 | 1                     | 1.2    |
| <b>ระดับ (ปี)</b>             |                       |        |
| 1 – 2                         | 3                     | 3.5    |
| 3 – 4                         | 17                    | 19.5   |
| 5 – 6                         | 67                    | 77.0   |
| <b>บทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน</b> |                       |        |
| ผู้บริหาร                     | 58                    | 66.7   |
| นักวิชาการ                    | 5                     | 5.7    |
| ผู้ปฏิบัติงาน                 | 24                    | 27.6   |

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการและการจัดบริการของ  
สถานีนามัยในปัจจุบัน

| ความรู้ ความเข้าใจ  | จำนวน (ราย)<br>(n=87) | ร้อยละ |
|---|-----------------------|--------|
| <b>การจัดบริการของสถานีนามัยในปัจจุบัน</b>                              |                       |        |
| อยู่ใกล้ชุมชน   | 76                    | 87.4   |
| บริการรวดเร็ว   | 75                    | 86.2   |
| คำรักษาพยาบาลไม่แพง   | 73                    | 83.9   |
| สถานที่สะอาด สบาย   | 68                    | 78.2   |
| เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ มีมนุษยสัมพันธ์ดี                                | 60                    | 69.0   |
| การคมนาคมสะดวก  | 43                    | 49.4   |
| มีเจ้าหน้าที่เพียงพอ  | 31                    | 35.6   |
| เครื่องมือทันสมัย   | 18                    | 20.7   |
| <b>การปฏิบัติตัวต่อผู้มารับบริการ</b>                                   |                       |        |
| สนใจ เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจเป็นอย่างดี                                   | 48                    | 55.2   |
| เห็นอกเห็นใจ  | 14                    | 16.1   |
| ให้บริการตามปกติ ธรรมดา   | 25                    | 28.7   |
| <b>ความพึงพอใจในการจัดบริการของสถานีนามัย</b>                           |                       |        |
| พอใจเป็นอย่างยิ่ง   | 15                    | 17.2   |
| พอใจ  | 60                    | 69.0   |
| ไม่พอใจ   | 5                     | 5.7    |
| ไม่แน่ใจ  | 7                     | 8.1    |
| <b>การรับฟังการประชมชี้แจงการปฏิรูประบบการ<br/>เงินการคลังสาธารณสุข</b> |                       |        |
| เคย   | 64                    | 73.6   |
| ไม่เคย  | 23                    | 26.4   |
| <b>จำนวนครั้งรับฟังการประชมชี้แจงโครงการฯ</b>                           |                       |        |
| 1 ครั้ง   | 23                    | 35.9   |
| 2 ครั้ง   | 15                    | 23.5   |
| 3 ครั้ง   | 8                     | 12.5   |
| 4 ครั้งขึ้นไป   | 18                    | 28.1   |

ตาราง 20 (ต่อ)

| ความรู้ ความเข้าใจ  | จำนวน (ราย)<br>(n=87) | ร้อยละ |
|---|-----------------------|--------|
| <b>การเป็นคณะกรรมการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุข</b>             |                       |        |
| เคย   | 16                    | 18.4   |
| ไม่เคย  | 71                    | 81.6   |
| <b>ความรู้ความเข้าใจกับการปฏิรูประบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณใหม่</b> |                       |        |
| เข้าใจ  | 51                    | 58.6   |
| ไม่เข้าใจ   | 15                    | 17.3   |
| ไม่แน่ใจ  | 21                    | 24.1   |

ตาราง 21 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในสถานีนามัยต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานีนามัยในจังหวัดยโสธร

| ผลการจัดสรรฯ ทำให้เกิด   | ความคิดเห็น |        |             |        |          |        |
|--|-------------|--------|-------------|--------|----------|--------|
|  | เห็นด้วย    |        | ไม่เห็นด้วย |        | ไม่แน่ใจ |        |
|  | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน    | ร้อยละ |
| - คุณภาพบริการของสถานีนามัยดีขึ้น  | 29          | 33.3   | 20          | 23.0   | 38       | 43.7   |
| - เกิดการพัฒนาของสถานีนามัย  | 51          | 58.6   | 14          | 16.1   | 22       | 25.3   |
| - เจ้าหน้าที่มีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการแก่ผู้รับบริการ                          | 10          | 11.5   | 59          | 67.8   | 18       | 20.7   |
| - เจ้าหน้าที่ที่มีความพยายามที่จะเก็บผู้ป่วยไว้โดยไม่มีการส่งต่อไปรับบริการที่อื่น | 28          | 32.2   | 50          | 57.5   | 9        | 10.3   |
| - เจ้าหน้าที่มีแรงจูงใจจะเพิ่มการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้น       | 56          | 64.4   | 13          | 14.9   | 18       | 20.7   |
| - บริการสาธารณสุขระดับต้น(primary care) มีความเข้มแข็งมากขึ้น                      | 49          | 56.3   | 13          | 14.9   | 25       | 28.7   |
| - จำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น  | 50          | 57.5   | 9           | 10.3   | 28       | 32.2   |

ตาราง 21 (ต่อ)

| ผลการจัดสรรงบประมาณทำให้เกิด   | ความคิดเห็น |        |             |        |          |        |
|--|-------------|--------|-------------|--------|----------|--------|
|  | เห็นด้วย    |        | ไม่เห็นด้วย |        | ไม่แน่ใจ |        |
|  | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน    | ร้อยละ |
| - รูปแบบวิธีการจัดสรรงบประมาณมีความ<br>ยุ่งยาก ซับซ้อน และหลายขั้นตอน  | 48          | 55.2   | 22          | 25.3   | 17       | 19.5   |
| - การดำเนินงานเป็นภาระยุ่งยากมากขึ้น                                   | 31          | 35.6   | 36          | 41.4   | 20       | 23.0   |
| - ความเหมาะสมของอัตราค่าธรรมเนียม<br>ค่าบริการข้ามเขตระหว่างสถานบริการ | 15          | 17.2   | 64          | 73.6   | 8        | 9.2    |

## ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามลักษณะของผู้รับบริการ

| ลักษณะของผู้รับบริการ | จำนวน (ราย)<br>(n=400) | ร้อยละ |
|-----------------------|------------------------|--------|
| <b>เพศ</b>            |                        |        |
| ชาย                   | 172                    | 43.0   |
| หญิง                  | 228                    | 57.0   |
| <b>อายุ (ปี)</b>      |                        |        |
| 1 - 12                | 47                     | 11.8   |
| 13 - 25               | 47                     | 11.8   |
| 26 - 59               | 226                    | 56.5   |
| > 60                  | 80                     | 20.0   |
| <b>สถานภาพสมรส</b>    |                        |        |
| โสด                   | 102                    | 25.5   |
| คู่                   | 241                    | 60.2   |
| หม้าย/หย่า/แยก        | 57                     | 14.3   |

ตาราง 22 (ต่อ)

| ลักษณะของผู้รับบริการ                  | จำนวน (ราย)<br>(n=400) | ร้อยละ |
|--|------------------------|--------|
| <b>อาชีพหลัก</b>                       |                        |        |
| เกษตรกรรม                              | 270                    | 67.5   |
| ไม่มีอาชีพ/ในปกครอง                    | 61                     | 15.3   |
| นักเรียน/นักศึกษา                      | 39                     | 9.7    |
| ภิกษุ/สามเณร                           | 13                     | 3.3    |
| รับจ้าง                                | 11                     | 2.7    |
| ค้าขาย                                 | 6                      | 1.5    |
| <b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>             |                        |        |
| ไม่ได้ศึกษา                            | 33                     | 8.3    |
| ประถมศึกษา                             | 318                    | 79.5   |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                       | 35                     | 8.7    |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย                      | 12                     | 3.0    |
| อนุปริญญา/เทียบเท่า                    | 2                      | 0.5    |
| <b>รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)</b> |                        |        |
| < 2,000                                | 200                    | 50.0   |
| 2,000 – 4,000                          | 103                    | 25.7   |
| 4,001 – 6,000                          | 33                     | 8.2    |
| 6,001 – 8,000                          | 15                     | 3.8    |
| 8,001 – 10,000                         | 3                      | 0.8    |
| > 10,000                               | 46                     | 11.5   |
| <b>สิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล</b>     |                        |        |
| บัตร สปร.                              | 234                    | 58.5   |
| บัตรประกันสุขภาพ                       | 166                    | 41.5   |
| <b>วิธีการได้มาของสิทธิบัตร</b>        |                        |        |
| จนท.สาธารณสุขแนะนำ                     | 137                    | 34.2   |
| อสม.แนะนำ                              | 99                     | 24.7   |
| ตัวเอง                                 | 60                     | 15.0   |
| ยื่นขอเอง                              | 49                     | 12.3   |



ตาราง 22 (ต่อ)

| ลักษณะของผู้รับบริการ                            | จำนวน (ราย)<br>(n=400) | ร้อยละ |
|--|------------------------|--------|
| ผู้นำชุมชนแนะนำ                                  | 40                     | 10.0   |
| อื่นๆ(โรงเรียน/หน่วยราชการ)                      | 15                     | 3.8    |
| การรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขสิทธิบัตร |                        |        |
| ทราบ   | 362                    | 90.5   |
| ไม่ทราบ  | 16                     | 4.0    |
| ไม่แน่ใจ   | 22                     | 5.5    |

ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของข้อมูลผู้มารับบริการ และการบริการของสถานีนีออนามัย

| ข้อมูลผู้รับบริการ  | จำนวน (ราย)<br>(n=400) | ร้อยละ |
|---|------------------------|--------|
| ประวัติการใช้บริการที่สถานีนีออนามัยในรอบ 6<br>เดือนที่ผ่านมา |                        |        |
| เคย   | 346                    | 86.5   |
| ไม่เคย  | 54                     | 13.5   |
| ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา                   |                        |        |
| เคย   | 154                    | 38.5   |
| ไม่เคย  | 246                    | 61.5   |
| สถานที่รับรักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย                    |                        |        |
| สถานีนีออนามัย  | 239                    | 59.7   |
| ซื้อยามากินเอง  | 120                    | 30.0   |
| โรงพยาบาลชุมชนทั่วไป  | 17                     | 4.3    |
| กองทุนยาหมู่บ้าน/ศสมช.  | 14                     | 3.5    |
| คลินิกเอกชน   | 10                     | 2.5    |
| สถานที่รับรักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วยขั้นรุนแรง                  |                        |        |
| โรงพยาบาลชุมชนทั่วไป  | 212                    | 53.0   |
| สถานีนีออนามัย  | 158                    | 39.5   |

ตาราง 23 (ต่อ)

| ข้อมูลผู้รับบริการ  | จำนวน (ราย)<br>(n=400) | ร้อยละ |
|---|------------------------|--------|
| คลินิกเอกชน   | 26                     | 6.5    |
| กองทุนยาหมู่บ้าน/ศสมช.                                    | 4                      | 1.0    |
| <b>สถานที่รับบริการ ในกรณีรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ</b> |                        |        |
| สถานีอนามัย   | 375                    | 93.7   |
| โรงพยาบาลชุมชนทั่วไป                                      | 18                     | 4.5    |
| คลินิกเอกชน   | 7                      | 1.8    |
| <b>ความคิดเห็นกรณีที่ต้องมีใบส่งต่อจากสถานีอนามัย</b>     |                        |        |
| เห็นด้วย  | 265                    | 66.2   |
| ไม่เห็นด้วย   | 90                     | 22.5   |
| ไม่แน่ใจ  | 45                     | 11.3   |
| <b>ประวัติการเคยถูกปรับค่าบริการข้ามชั้นตอน</b>           |                        |        |
| เคย   | 73                     | 18.2   |
| ไม่เคย  | 316                    | 79.0   |
| ไม่ทราบ   | 11                     | 2.8    |
| <b>ความคิดเห็นการถูกเรียกเก็บค่าบริการข้ามชั้นตอน</b>     |                        |        |
| เหมาะสม   | 49                     | 67.1   |
| ไม่เหมาะสม  | 21                     | 28.8   |
| ไม่ทราบ   | 3                      | 4.1    |
| <b>เหตุผลการเลือกไปรับบริการจากสถานีอนามัย</b>            |                        |        |
| ใกล้บ้าน  | 372                    | 93.0   |
| เดินทางสะดวก  | 333                    | 83.3   |
| บริการรวดเร็ว   | 162                    | 40.5   |
| เคยมารับบริการ  | 138                    | 34.5   |
| สถานที่สะดวก สบาย   | 112                    | 28.0   |
| ค่ารักษาพยาบาลไม่แพง                                      | 81                     | 20.3   |
| เจ้าหน้าที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษา                      | 43                     | 10.8   |
| เครื่องมือทันสมัย   | 21                     | 5.3    |

ตาราง 24 ความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการจากสถานเอนามัยต่อบริการที่ได้รับ

| ความคิดเห็นผู้รับบริการ                                    | จำนวน (ราย)<br>(n=400) | ร้อยละ |
|--|------------------------|--------|
| การแนะนำญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วยมารับบริการที่สถานเอนามัย |                        |        |
| แนะนำ  | 369                    | 92.2   |
| ไม่แนะนำ   | 17                     | 4.3    |
| ไม่แน่ใจ   | 14                     | 3.5    |
| การกลับมาใช้บริการที่สถานเอนามัยอีกครั้ง                   |                        |        |
| กลับมา   | 339                    | 84.7   |
| ไม่กลับมา  | 31                     | 7.8    |
| ไม่แน่ใจ   | 30                     | 7.5    |

## ภาคผนวก 2

ผลการจัดสรรงบประมาณ  
และข้อมูลด้านการบริการสุขภาพ

ตาราง 25 ผลการจัดสรรงบประมาณผู้ปวยนอกกรมหมวดบัตร สป.และบัตรประกันสุขภาพ  
จำแนกตามรายสถานบริการและกองทุนรวม จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2541

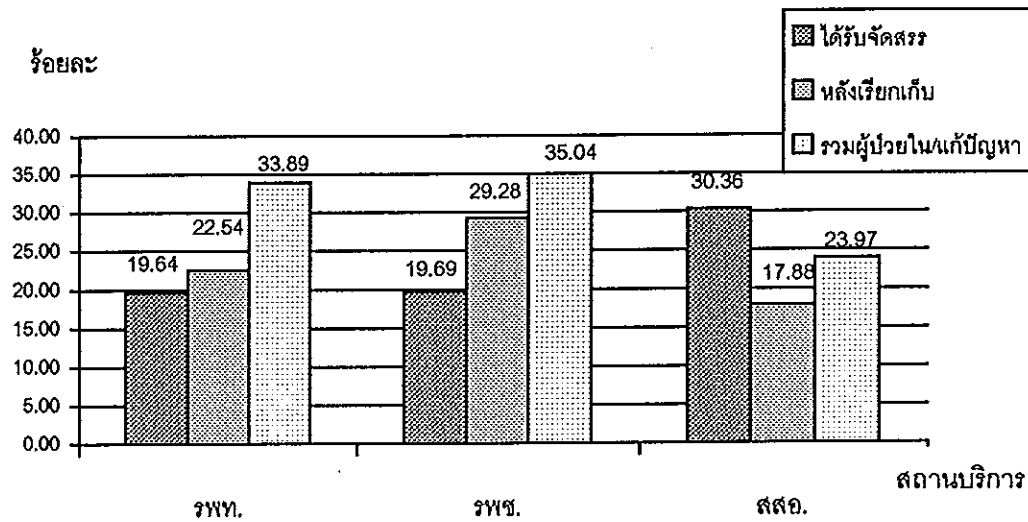
| สถานบริการ/กองทุน   | งบประมาณปี 2541          |        |   |        |   |        |
|---|--------------------------|--------|---|--------|---|--------|
|   | ได้รับจัดสรร<br>ครั้งแรก |        | คงเหลือหลังจาก<br>เรียกเก็บได้/ถูกเรียกเก็บ |        | รวมงบแก้ปัญหา สอ.<br>และพัฒนาระบบข้อมูล สอ. |        |
|   | จำนวน                    | ร้อยละ | จำนวน                                       | ร้อยละ | จำนวน                                       | ร้อยละ |
| 1. กองทุนจังหวัด  |                          |        |   |        |   |        |
| 1.1 ก้นข้ามเขตจังหวัด                                     | 5,816,519.00             | 6.71   | 5,816,519.00                                | 6.71   | 5,816,519.00                                | 6.71   |
| 1.2 Reinsurance(6%)และส่งเสริม<br>สุขภาพ+พัฒนาข้อมูล(10%) | 6,690,411.50             | 7.72   | 6,690,411.50                                | 7.72   | 0   | 0.00   |
| 1.3 ชื่อเวชภัณฑ์และแก้ปัญหา<br>ปี 2540                    | 0                        | 0.00   | 0   | 0.00   | 326,460.00                                  | 0.38   |
| 2. เทศบาล   | 75,774.00                | 0.09   | 75,774.00                                   | 0.09   | 75,774.00                                   | 0.09   |
| 3. รพท.ยโสธร  | 20,528,882.50            | 23.70  | 23,556,020.50                               | 27.19  | 23,556,020.50                               | 27.19  |
| 4. สสจ.ยโสธร  | 1,202,798.00             | 1.39   | 1,202,798.00                                | 1.39   | 1,202,798.00                                | 1.39   |
| รวม รพช. (8 แห่ง)   | 20,578,295.00            | 23.76  | 30,593,879.22                               | 35.32  | 30,593,879.22                               | 35.32  |
| 5. รพ.ค้อวัง*   | 1,545,707.00             | 1.78   | 2,124,656.68                                | 2.45   | 2,124,656.68                                | 2.45   |
| 6. รพ.ป่าดิว*   | 1,531,609.00             | 1.77   | 2,344,959.92                                | 2.71   | 2,344,959.92                                | 2.71   |
| 7. รพ.คำเรียนแก้ว*  | 4,195,370.00             | 4.84   | 5,863,903.62                                | 6.77   | 5,863,903.62                                | 6.77   |
| 8. รพ.ทรายมูล   | 1,745,431.00             | 2.01   | 2,386,682.18                                | 2.76   | 2,386,682.18                                | 2.76   |
| 9. รพ.กุดชุม  | 3,482,924.00             | 4.02   | 5,644,916.35                                | 6.52   | 5,644,916.35                                | 6.52   |
| 10. รพ.มหาชนะชัย  | 3,048,024.00             | 3.52   | 5,636,393.37                                | 6.51   | 5,636,393.37                                | 6.51   |
| 11. รพ.เลิงนกทา   | 4,349,248.00             | 5.02   | 5,732,497.29                                | 6.62   | 5,732,497.29                                | 6.62   |
| 12. รพ.ไทยเจริญ   | 679,982.00               | 0.78   | 859,869.81                                  | 0.99   | 859,869.81                                  | 0.99   |
| รวม สสอ. (9 แห่ง)   | 31,729,735.00            | 36.63  | 18,687,012.78                               | 21.57  | 25,050,963.28                               | 28.92  |
| 13. สสอ.เมือง   | 8,029,315.00             | 9.27   | 5,626,243.00                                | 6.50   | 6,301,498.00                                | 7.27   |
| 14. สสอ.ค้อวัง*   | 1,575,183.00             | 1.82   | 924,149.32                                  | 1.07   | 1,394,057.32                                | 1.61   |
| 15. สสอ.ป่าดิว*   | 1,905,902.00             | 2.20   | 967,571.08                                  | 1.12   | 1,573,494.08                                | 1.82   |
| 16. สสอ.คำเรียนแก้ว*                                      | 4,121,206.00             | 4.76   | 2,258,839.38                                | 2.61   | 2,948,988.38                                | 3.40   |
| 17. สสอ.ทรายมูล   | 1,766,333.00             | 2.04   | 1,151,358.82                                | 1.33   | 1,915,852.82                                | 2.21   |
| 18. สสอ.กุดชุม  | 3,601,172.00             | 4.16   | 1,539,088.65                                | 1.78   | 2,942,043.65                                | 3.40   |
| 19. สสอ.มหาชนะชัย   | 3,664,362.00             | 4.23   | 997,212.63                                  | 1.15   | 1,861,616.63                                | 2.15   |
| 20. สสอ.เลิงนกทา  | 5,444,931.00             | 6.29   | 4,069,544.71                                | 4.70   | 4,666,963.71                                | 5.39   |
| 21. สสอ.ไทยเจริญ  | 1,621,331.00             | 1.87   | 1,153,005.19                                | 1.33   | 1,446,449.69                                | 1.67   |
| รวมทั้งหมด  | 86,622,415.00            | 100.00 | 86,622,415.00                               | 100.00 | 86,622,415.00                               | 100.00 |

ตาราง 26 ผลการจัดสรรงบประมาณผู้ปวยนอกกรมหมวดบัตร สป.และบัตรประกันสุขภาพ

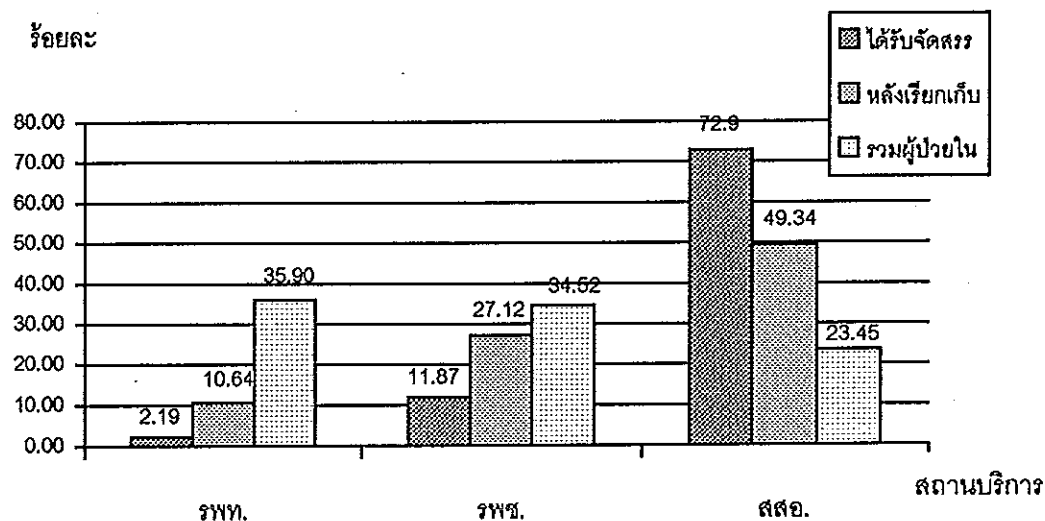
จำแนกรายสถานบริการ และกองทุนรวม จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542

| สถานบริการ/กองทุน     | งบประมาณปี 2542          |        |   |        |
|-----------------------|--------------------------|--------|---|--------|
|                       | ได้รับจัดสรร<br>ครั้งแรก |        | คงเหลือหลังจาก<br>เรียกเก็บได้/ถูกเรียกเก็บ |        |
|                       | จำนวน                    | ร้อยละ | จำนวน                                       | ร้อยละ |
| 1. กองทุนจังหวัด      |                          |        |   |        |
| กันข้ามเขตจังหวัด     | 7,021,728.00             | 13.04  | 7,021,728.00                                | 12.89  |
| 2. รพ.ยโสธร           | 1,178,277.45             | 2.19   | 5,797,475.45                                | 10.64  |
| รวม รพช. (8 แห่ง)     | 6,396,698.72             | 11.87  | 14,772,576.84                               | 27.12  |
| 3. รพ.ค้อวัง*         | 414,579.00               | 0.77   | 1,358,819.00                                | 2.49   |
| 4. รพ.ป่าติ้ว*        | 1,005,988.00             | 1.87   | 1,741,158.00                                | 3.20   |
| 5. รพ.คำเขื่อนแก้ว*   | 901,991.24               | 1.67   | 2,625,231.24                                | 4.82   |
| 6. รพ.ทรายมูล         | 714,955.00               | 1.33   | 1,279,315.00                                | 2.35   |
| 7. รพ.กุดชุม          | 1,397,064.27             | 2.59   | 1,507,324.27                                | 2.77   |
| 8. รพ.มหาราชชัย       | 553,483.60               | 1.03   | 2,848,643.60                                | 5.23   |
| 9. รพ.เลิงนกทา        | 1,089,322.00             | 2.02   | 2,160,372.00                                | 3.97   |
| 10. รพ.ไทยเจริญ       | 319,315.61               | 0.59   | 1,251,713.73                                | 2.30   |
| รวม สสอ. (9 แห่ง)     | 39,270,571.34            | 72.90  | 26,876,744.22                               | 49.34  |
| 11. สสอ.เมือง         | 11,724,208.42            | 21.77  | 8,703,571.30                                | 15.98  |
| 12. สสอ.ค้อวัง*       | 1,773,827.00             | 3.29   | 773,927.00                                  | 1.42   |
| 13. สสอ.ป่าติ้ว*      | 2,702,682.00             | 5.02   | 1,713,442.00                                | 3.15   |
| 14. สสอ.คำเขื่อนแก้ว* | 4,074,092.76             | 7.56   | 2,348,572.76                                | 4.31   |
| 15. สสอ.ทรายมูล       | 2,182,134.00             | 4.05   | 1,765,554.00                                | 3.24   |
| 16. สสอ.กุดชุม        | 4,278,965.46             | 7.94   | 3,187,205.46                                | 5.85   |
| 17. สสอ.มหาราชชัย     | 4,036,454.00             | 7.49   | 1,796,434.00                                | 3.30   |
| 18. สสอ.เลิงนกทา      | 6,518,596.00             | 12.10  | 5,404,686.00                                | 9.92   |
| 19. สสอ.ไทยเจริญ      | 1,979,611.70             | 3.68   | 1,183,351.70                                | 2.17   |
| รวมทั้งหมด            | 53,867,275.51            | 100.00 | 54,468,524.51                               | 100.00 |

ภาพประกอบ 16 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ  
จำแนกตามประเภทสถานบริการ จังหวัดยโสธรปีงบประมาณ 2541



ภาพประกอบ 17 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ  
จำแนกตามประเภทสถานบริการ จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542



ตาราง 27 ผลการจัดสรรงบประมาณส่วนการกันข้ามเขตและส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จำแนก  
รายกองทุนรวม จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2542

| กองทุนรวม          | รายรับ                                |                             |              | รายจ่าย                       |                   |              | คงเหลือ      |
|--------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------|--------------|--------------|
|                    | 10% สำหรับส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค | 10% สำหรับกันข้ามเขตไป รพท. | รวมทั้งหมด   | Lab, ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค | ค่าข้ามเขตไป รพท. | รวมทั้งหมด   |              |
| 1. อ.เมือง         | 438,406.08                            | 0.00                        | 438,406.08   | 31,440.00                     | 0.00              | 31,440.00    | 406,966.08   |
| 2. อ.ค้อวัง*       | 273,500.00                            | 273,550.00                  | 547,050.00   | 41,210.00                     | 57,860.00         | 99,070.00    | 447,980.00   |
| 3. อ.ป่าดิว*       | 0.00                                  | 0.00                        | 0.00         | 0.00                          | 0.00              | 0.00         | 0.00         |
| 4. อ.คำเขื่อนแก้ว* | 622,010.50                            | 622,010.50                  | 1,244,021.00 | 116,068.00                    | 131,540.00        | 247,608.00   | 996,413.00   |
| 5. อ.ทรายมูล       | 242,324.00                            | 130,070.00                  | 372,394.00   | 209,764.00                    | 130,070.00        | 339,834.00   | 61,780.00    |
| 6. อ.กุฉินท        | 531,247.30                            | 531,247.30                  | 1,062,494.60 | 266,022.00                    | 85,100.00         | 351,122.00   | 711,372.60   |
| 7. อ.มหาชนะชัย     | 624,679.70                            | 624,679.70                  | 1,249,359.40 | 131,942.42                    | 206,340.00        | 338,282.42   | 911,076.98   |
| 8. อ.เลิงนกทา      | 798,366.00                            | 798,366.00                  | 1,596,732.00 | 541,449.00                    | 572,902.00        | 1,114,351.00 | 482,381.00   |
| 9. อ.ไทยเจริญ      | 193,259.79                            | 193,259.79                  | 386,519.58   | 73,824.00                     | 71,820.00         | 145,444.00   | 241,075.58   |
| รวมทั้งหมด         | 3,723,793.37                          | 3,173,183.29                | 6,896,976.66 | 1,411,519.42                  | 1,255,632.00      | 2,667,151.42 | 4,259,045.24 |

ตาราง 28 ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณหมวด สปร. และบัตรประกันสุขภาพให้กับสถาน  
บริการสาธารณสุขจำแนกตามประเภทสถานบริการ จังหวัดยโสธร ปี 2537-2542

| หน่วยงาน                    | ปีงบประมาณ |        |        |        |        |        |
|-----------------------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                             | 2537       | 2538   | 2539   | 2540   | 2541   | 2542   |
| 1. รพท.(1 แห่ง)             | 40.50      | 41.35  | 42.10  | 41.69  | 33.89  | 35.90  |
| 2. ศสจ.                     | 3.94       | 3.94   | 3.41   | 3.01   | 1.15   | 0.00   |
| 3. รพช.(8 แห่ง)             | 33.00      | 33.24  | 34.01  | 35.15  | 35.04  | 34.52  |
| 4. ศสอ.(9 แห่ง)             | 22.00      | 21.47  | 19.39  | 19.77  | 23.97  | 23.45  |
| 5. เทศบาล                   | 0.33       | 0.00   | 0.20   | 0.19   | 0.07   | 0.00   |
| 6. สถานบริการเปิดใหม่       | 0.00       | 0.00   | 0.89   | 0.19   | 0.00   | 0.00   |
| 7. อื่นๆ(ซื้อยา,กันข้ามเขต) | 0.23       | 0.00   | 0.00   | 0.00   | 5.88   | 6.13   |
| รวม                         | 100.00     | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 |

ที่มา : ส่วนวิจัยและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร



ตาราง 29 จำนวนผลงานการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง จำแนกรายอำเภอและประเภทสถานบริการ จังหวัดยโสธร  
(หน่วย : ครั้ง)

| อำเภอ             | ปี 2540   |            |         | ปี 2541   |            |         | ปี 2542   |            |         |
|-------------------|-----------|------------|---------|-----------|------------|---------|-----------|------------|---------|
|                   | บัตร สปร. | บัตรสุขภาพ | รวม     | บัตร สปร. | บัตรสุขภาพ | รวม     | บัตร สปร. | บัตรสุขภาพ | รวม     |
| 1. เมืองยโสธร     | 80,152    | 47,912     | 128,064 | 151,268   | 102,681    | 253,949 | 149,416   | 93,740     | 243,156 |
| 2. ค้อวัง*        | 19,181    | 13,870     | 33,051  | 18,590    | 13,851     | 32,441  | 25,899    | 12,050     | 37,949  |
| 3. ป่าดุง*        | 23,553    | 16,295     | 39,848  | 25,791    | 18,347     | 44,138  | 37,051    | 16,611     | 53,662  |
| 4. คำเขื่อนแก้ว*  | 69,741    | 22,833     | 92,574  | 108,523   | 29,470     | 137,993 | 116,489   | 27,937     | 144,426 |
| 5. ทราชมูล        | 26,556    | 14,888     | 41,444  | 30,233    | 21,598     | 51,831  | 32,995    | 18,325     | 51,320  |
| 6. กุดชุม         | 55,794    | 24,704     | 80,498  | 66,378    | 23,814     | 90,192  | 61,337    | 37,667     | 99,004  |
| 7. มหาชนะชัย      | 58,625    | 12,931     | 71,556  | 57,949    | 21,072     | 79,021  | 58,913    | 16,851     | 75,764  |
| 8. เลิงนกทา       | 89,216    | 45,129     | 134,345 | 101,452   | 73,170     | 174,622 | 76,548    | 38,074     | 114,622 |
| 9. ไทยเจริญ       | 21,813    | 14,328     | 36,141  | 22,774    | 16,360     | 39,134  | 22,204    | 14,172     | 36,376  |
| สสอ. (รวม 9 แห่ง) | 444,631   | 212,890    | 657,521 | 582,958   | 320,363    | 903,321 | 580,852   | 275,427    | 856,279 |
| รพช. (รวม 8 แห่ง) | 173,136   | 87,925     | 261,001 | 182,858   | 92,734     | 275,592 | 144,017   | 67,083     | 211,100 |
| รพท. (รวม 1 แห่ง) | 89,028    | 35,368     | 124,396 | 128,024   | 79,684     | 207,176 | 130,176   | 87,540     | 217,716 |

หมายเหตุ : 2\*,3\* และ 4\* เป็นอำเภอตัวอย่างในการศึกษา

ตาราง 30 ผลการส่งเสริมโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี และการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนใน  
นักเรียนประถมศึกษาของสถานีนามัยเปรียบเทียบผลงาน 3 ปีซ้อนหลัง

| กิจกรรม                                   | ปี 2540      | ปี 2541      | ปี 2542      |
|---|--------------|--------------|--------------|
| <b>การส่งเสริมโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี</b> |              |              |              |
| เด็ก 0-5 ปีทั้งหมด                        | 21,302       | 21,933       | 22,214       |
| ได้รับการชั่งน้ำหนัก                      | 20,844(97.8) | 21,427(97.7) | 21,579(97.1) |
| ระดับปกติ                                 | 18,977(91.1) | 19,280(90.0) | 19,365(89.8) |
| ระดับ 1                                   | 1,822(8.7)   | 2,043(9.5)   | 2,100(9.7)   |
| ระดับ 2,3                                 | 45(0.2)      | 104(0.5)     | 114(0.5)     |
| เด็กต่ำกว่าเกณฑ์ที่ได้รับอาหารเสริม       | 45(100.0)    | 104(100.0)   | 114(100.0)   |
| <b>การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน</b>          |              |              |              |
| นักเรียนทั้งหมด                           | 34,483       | 34,508       | 33,814       |
| ได้รับการตรวจคอพอก                        | 34,459(99.9) | 34,428(99.8) | 32,935(97.4) |
| ระดับปกติ                                 | 30,827(89.5) | 31,493(91.5) | 30,498(92.6) |
| ขาดสารไอโอดีน                             | 3,632(10.5)  | 2,935(8.5)   | 2,437(7.4)   |
| ระดับผิดปกติได้รับการแก้ไข                | 2,754(75.8)  | 2,461(83.9)  | 1,995(81.9)  |

ตาราง 31 ผลการบริการอนามัยแม่และเด็ก (ANC) บริการวางแผนครอบครัว (FP) และบริการ  
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) ของสถานีนามัย เปรียบเทียบผลงาน 3 ปีซ้อนหลัง  
(หน่วย : ราย/ร้อยละ)

| กิจกรรม                                | ปี 2540      | ปี 2541     | ปี 2542     |
|--|--------------|-------------|-------------|
| <b>การบริการอนามัยแม่และเด็ก (ANC)</b> |              |             |             |
| ตั้งครรภ์รายใหม่                       | 3,963        | 4,205       | 3,921       |
| ดูแลก่อนคลอด 4 ครั้ง                   | 3,701(93.4)  | 3,557(84.6) | 3,485(88.9) |
| ทำคลอดโดย จนท.สธ.                      | 3,875(97.8)  | 3,654(97.4) | 3,469(97.9) |
| ดูแลมารดาหลังคลอด                      | 3,725(94.0)  | 3,559(94.9) | 3,396(95.9) |
| ดูแลทารกหลังคลอด                       | 3,772(95.4)  | 3,572(95.0) | 3,408(95.9) |
| มารดาคลอดทั้งหมด                       | 3,964(100.0) | 3,750(89.2) | 3,543(90.4) |
| เด็กเกิดมีชีพ                          | 3,955(99.8)  | 3,759(99.8) | 3,552(99.9) |

ตาราง 31 (ต่อ)

| กิจกรรม                                 | ปี 2540      | ปี 2541      | ปี 2542      |
|---|--------------|--------------|--------------|
| เด็กเกิดไว้ชีพ                          | 6(0.2)       | 9(0.2)       | 5(0.1)       |
| มารดาตายคลอด                            | 0(0.0)       | 0(0.0)       | 1(0.28)      |
| ทารกตายคลอด                             | 3(0.76)      | 1(0.27)      | 5(1.41)      |
| การบริการวางแผนครอบครัว (FP)            |              |              |              |
| หญิงวัยเจริญพันธุ์แต่งงานอยู่กินกับสามี | 49,166       | 51,708       | 51,923       |
| รับบริการคุมกำเนิดรวม                   | 41,326(84.0) | 43,361(83.9) | 44,518(85.7) |
| ไม่ได้คุมกำเนิด                         | 6,183(12.6)  | 6,775(13.1)  | 5,923(11.4)  |
| กำลังตั้งครรรภ์                         | 1,657(3.4)   | 1,572(3.0)   | 1,482(2.9)   |
| การบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) |              |              |              |
| เด็ก 0-1 ปีทั้งหมด                      | 4,387        | 4,508        | 4,235        |
| ปัฐิฉิ                                  | 3,968(90.4)  | 4,106(91.1)  | 3,823(90.3)  |
| ดีทีพี                                  | 4,240(96.6)  | 4,432(98.3)  | 4,158(98.2)  |
| โปลิโอ                                  | 4,242(96.7)  | 4,432(98.3)  | 4,158(98.2)  |
| ดับอักเสบบี                             | 4,222(96.2)  | 4,367(96.9)  | 4,112(97.1)  |
| หัด                                     | 4,063(96.6)  | 4,208(93.3)  | 3,999(94.4)  |
| ทีที หญิงมีครรภ์                        | 3,634(82.8)  | 3,709(82.3)  | 3,442(81.3)  |

ตาราง 32 ผลการบริการทันตสาธารณสุขและอนามัยโรงเรียน เปรียบเทียบผลงาน 3 ปีย้อนหลัง  
(หน่วย : ราย/ร้อยละ)

| กิจกรรม                    | ปี 2540      | ปี 2541      | ปี 2542      |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| นักเรียน ป.1-6 ทั้งหมด     | 34,925       | 34,173       | 33,644       |
| ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก | 34,111(97.7) | 33,371(97.7) | 32,574(96.8) |
| มีปัญหาสุขภาพในช่องปาก     | 6,939(19.9)  | 5,582(16.3)  | 4,499(13.4)  |
| ได้รับการแก้ไข             | 4,438(64.0)  | 3,705(66.4)  | 3,556(79.1)  |

ตาราง 33 ผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เปรียบเทียบผลงาน 3 ปี  
ย้อนหลัง (หน่วย : ราย/ร้อยละ)

| กิจกรรม   | ปี 2540      | ปี 2541      | ปี 2542      |
|---|--------------|--------------|--------------|
| <b>การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน (DM)</b>                     |              |              |              |
| ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป   | 67,120       | 68,671       | 73,135       |
| จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง   | 36,231(54.0) | 38,200(55.6) | 33,578(45.9) |
| ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด   | 2,531(7.0)   | 3,057(8.0)   | 3,486(10.4)  |
| ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของ สอ.   | 450(17.8)    | 797(26.1)    | 865(24.8)    |
| <b>การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (HT)</b>                         |              |              |              |
| ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป   | 67,120       | 68,671       | 73,135       |
| จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง   | 35,977(53.6) | 38,570(56.2) | 33,874(46.3) |
| ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด   | 722(2.0)     | 820(2.1)     | 998(2.9)     |
| ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล   | 420(58.2)    | 474(57.8)    | 597(59.8)    |
| <b>การดำเนินงานสุขภาพจิต (โรคจิต/ลมชัก/ปัญญาอ่อน)</b>                     |              |              |              |
| ผู้ป่วยทั้งหมด  | 1,075        | 1,134        | 1,182        |
| ผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของ สอ.  | 983(90.7)    | 1,045(91.5)  | 1,078(90.7)  |
| ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล   | 1,072(99.7)  | 1,132(99.8)  | 1,176(99.5)  |
| <b>งานบริการตรวจและค้นหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-59 ปี (Pap Smear)</b> |              |              |              |
| จำนวนสตรีอายุ 35-59 ปี  | 34,972       | 37,028       | 37,860       |
| จำนวนผู้รับการตรวจคัดกรอง   | 4,874(13.9)  | 5,183(14.0)  | 5,508(14.5)  |
| จำนวนผิดปกติ (เกี่ยวเนื่องกับ CA)   | 44(0.9)      | 100(1.9)     | 97(1.8)      |

ตาราง 34 ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค(TB) เปรียบเทียบผลงาน 3 ปีย้อนหลัง  
(หน่วย : ราย/ร้อยละ)

| กิจกรรม                               | ปี 2540   | ปี 2541   | ปี 2542   |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนทั้งหมด | 192       | 260       | 266       |
| ผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของ สอ.        | 185(96.4) | 257(98.8) | 262(98.5) |
| ผู้ป่วยที่ได้รับยาระบบ DOTs           | 169(91.4) | 232(90.3) | 221(84.4) |
| ผลการรักษา                            |           |           |           |
| หาย                                   | 133(78.7) | 167(72.0) | 155(70.1) |
| รักษาครบ                              | 24(14.2)  | 35(15.1)  | 43(19.5)  |
| ตาย                                   | 6(3.5)    | 21(9.1)   | 18(8.1)   |
| ขาดการรักษา                           | 6(3.5)    | 9(3.8)    | 5(2.3)    |

ตาราง 35 จำนวน และร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพที่ข้ามเขต  
(by-pass) มารับบริการในโรงพยาบาล จำแนกตามความสามารถในการดูแลรักษา  
ของสถานีนอนามัยและจำแนกรายอำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542

| โรงพยาบาล           | จำนวนข้าม<br>เขตทั้งหมด | สอ.รักษาได้ |        | สอ.รักษาไม่ได้ |        | ส่งเสริมสุขภาพ<br>และป้องกันโรค |
|---------------------|-------------------------|-------------|--------|----------------|--------|---------------------------------|
|                     |                         | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ |                                 |
| 1. รพ.ยโสธร         | 46,593                  | 15,207      | 32.64  | 31,386         | 67.36  | 4,385                           |
| 2. รพ.ค้อวัง*       | 12,928                  | 4,503       | 34.83  | 8,425          | 65.17  | 631                             |
| 3. รพ.ป่าติ้ว*      | 13,178                  | 5,744       | 43.59  | 7,434          | 56.41  | 171                             |
| 4. รพ.คำเขื่อนแก้ว* | 24,038                  | 11,322      | 47.10  | 12,716         | 52.90  | 473                             |
| 5. รพ.ทรายมูล       | 13,966                  | 4,868       | 34.86  | 9,098          | 65.14  | 1,109                           |
| 6. รพ.กุดชุม        | 20,344                  | NA          | NA     | NA             | NA     | 457                             |
| 7. รพ.มหาชนะชัย     | 25,714                  | 7,172       | 27.89  | 18,542         | 72.11  | NA                              |
| 8. รพ.เลิงนกทา      | 22,908                  | NA          | NA     | NA             | NA     | NA                              |
| 9. รพ.ไทยเจริญ      | 10,475                  | 3,970       | 37.90  | 6,505          | 62.10  | 46                              |
| รวมเฉพาะ 7 อำเภอ    | 146,892                 | 52,786      | 35.94  | 94,106         | 64.06  | 7,272                           |

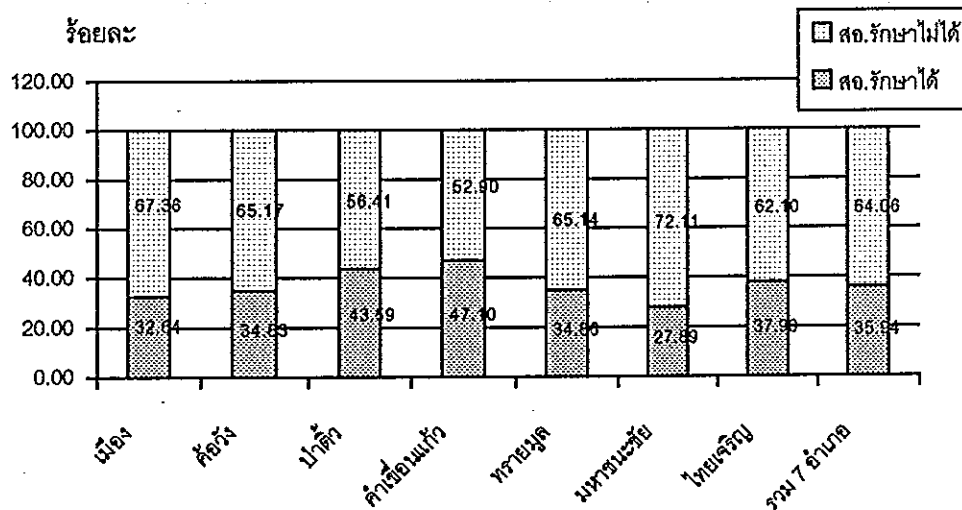
หมายเหตุ : NA หมายถึง ข้อมูลไม่สมบูรณ์

ตาราง 36 จำนวน และร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพที่ข้ามเขต (by-pass) ไปรับบริการในโรงพยาบาล จำแนกตามลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยของ สถานื่อนามัยของอำเภอกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542

| โรงพยาบาล          | ศอ.รักษาได้ |        |               |        | ศอ.รักษาไม่ได้ |        |               |        | ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค |        |               |        |
|--------------------|-------------|--------|---------------|--------|----------------|--------|---------------|--------|-----------------------------|--------|---------------|--------|
|                    | มีใบส่งต่อ  |        | ไม่มีใบส่งต่อ |        | มีใบส่งต่อ     |        | ไม่มีใบส่งต่อ |        | มีใบส่งต่อ                  |        | ไม่มีใบส่งต่อ |        |
|                    | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน         | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน         | ร้อยละ | จำนวน                       | ร้อยละ | จำนวน         | ร้อยละ |
| 1. รพ.ค้อวัง*      | 2,20        | 48.9   | 2,29          | 51.0   | 4,28           | 50.9   | 4,13          | 49.09  | 310                         | 49.1   | 32            | 50.8   |
| 2. รพ.ป่าติ้ว*     | 27          | 11.3   | 2,10          | 88.6   | 1,03           | 26.6   | 2,84          | 73.39  | 35                          | 20.4   | 13            | 79.5   |
| 3.รพ.คำเขื่อนแก้ว* | 1,48        | 13.1   | 9,83          | 86.8   | 2,14           | 16.8   | 10,57         | 83.13  | 59                          | 12.4   | 41            | 87.5   |

หมายเหตุ : ข้อมูล รพ.ป่าติ้ว 6 เดือน (มี.ค.-ก.ย.42)

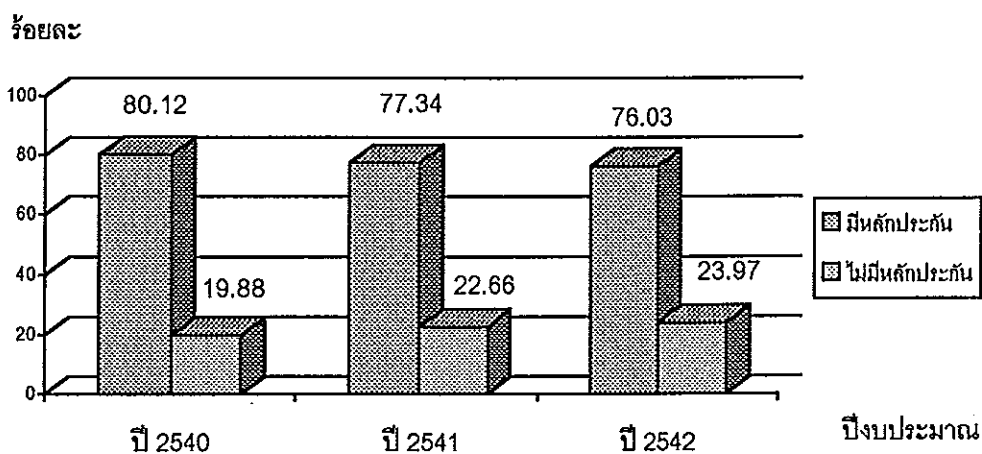
ภาพประกอบ 18 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพที่มีการข้ามเขตมารับบริการในโรงพยาบาล จำแนกตามความสามารถในการดูแลรักษาของ สถานื่อนามัย และรายอำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542



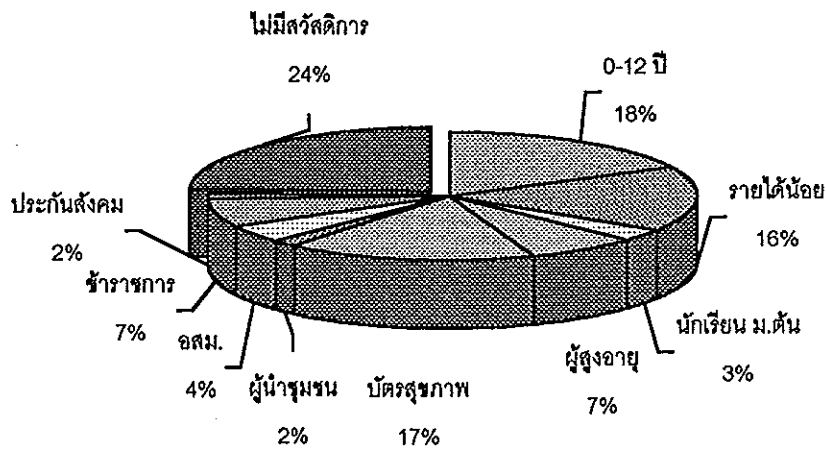
ตาราง 37 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ จำแนกรายอำเภอ  
จังหวัดยโสธร ปี 2540 - 2542

| อำเภอ            | ความครอบคลุม (ร้อยละ) |         |         |
|------------------|-----------------------|---------|---------|
|                  | ปี 2540               | ปี 2541 | ปี 2542 |
| 1. เมืองยโสธร    | 71.24                 | 71.54   | 75.07   |
| 2. ค้อวัง*       | 90.93                 | 86.50   | 84.74   |
| 3. ปาดัง*        | 78.35                 | 80.69   | 81.54   |
| 4. คำเขื่อนแก้ว* | 81.75                 | 76.84   | 71.74   |
| 5. ทรายมูล       | 87.65                 | 81.15   | 87.98   |
| 6. กุดชุม        | 63.15                 | 67.30   | 69.12   |
| 7. มหาชนะชัย     | 78.98                 | 73.52   | 71.03   |
| 8. เลิงนกทา      | 84.79                 | 84.83   | 81.82   |
| 9. ไทยเจริญ      | 84.22                 | 73.70   | 76.00   |
| รวมทั้งหมด       | 80.12                 | 77.34   | 76.03   |

ภาพประกอบ 19 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบ  
จังหวัดยโสธร ปี 2540 - 2542

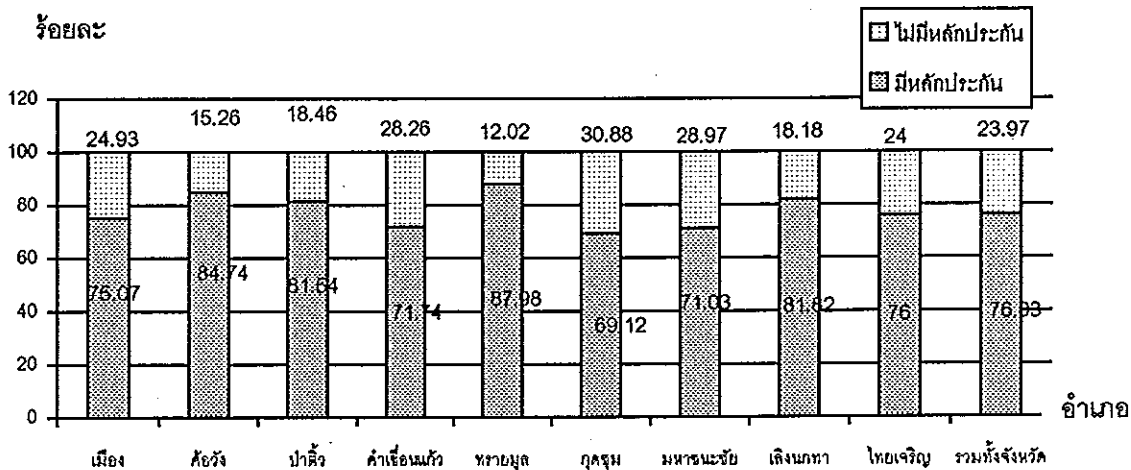


ภาพประกอบ 20 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพรวมของประชาชนในเขตรับผิดชอบ  
จำแนกตามประเภทสิทธิบัตร จังหวัดยโสธร ปี 2542



รวมกลุ่มผู้พิการ, ทหารผ่านศึก, ภิกษุ/สามเณรและกองทุนทดแทน = 1.06 %

ภาพประกอบ 21 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ จำแนกราย  
อำเภอ จังหวัดยโสธร ปี 2542





ตาราง 38 จำนวนและความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน จำแนกตามประเภทสิทธิบัตรและรายอำเภอ ปี 2542 จังหวัดยโสธร

| ประเภท                                   | เมืองยโสธร     |               | ค้อวัง*       |               | ป่าติ้ว*      |               | คำเขื่อนแก้ว* |               | ทรายมูล       |               |
|--|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|  | จำนวน          | ร้อยละ        | จำนวน         | ร้อยละ        | จำนวน         | ร้อยละ        | จำนวน         | ร้อยละ        | จำนวน         | ร้อยละ        |
| 1. เด็กอายุ 0-12 ปี                      | 16,685         | 12.65         | 4,301         | 21.80         | 6,303         | 20.70         | 11,437        | 17.43         | 5,831         | 19.88         |
| 2. ผู้มีรายได้น้อย                       | 22,757         | 17.26         | 2,565         | 13.00         | 5,403         | 17.74         | 11,640        | 17.73         | 7,354         | 25.07         |
| 3. นักเรียน ม.ต้น                        | 1,719          | 1.30          | 1,008         | 5.11          | 1,259         | 4.13          | 3,009         | 4.58          | 1,471         | 5.01          |
| 4. ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)              | 7,749          | 5.88          | 2,242         | 11.36         | 2,505         | 8.23          | 5,385         | 8.20          | 2,127         | 7.25          |
| 5. ผู้พิการ/ทุพพลภาพ                     | 342            | 0.26          | 128           | 0.65          | 95            | 0.31          | 280           | 0.43          | 104           | 0.35          |
| 6. ทหารผ่านศึกและครอบครัว                | 431            | 0.33          | 129           | 0.65          | 116           | 0.38          | 117           | 0.18          | 159           | 0.54          |
| 7. ภิกษุ สามเณร/ผู้นำศาสนา               | 302            | 0.23          | 93            | 0.47          | 17            | 0.06          | 65            | 0.10          | 219           | 0.75          |
| 8. ผู้ตกงานและครอบครัว                   | 0              | 0.00          | 0             | 0.00          | 0             | 0.00          | 0             | 0.00          | 0             | 0.00          |
| 9. บัตรประกันสุขภาพ ทั่วไป (1)           | 14,515         | 11.01         | 4,316         | 21.88         | 5,910         | 19.41         | 7,317         | 11.15         | 5,501         | 18.75         |
| 10. บัตรประกันสุขภาพ ผู้นำชุมชน (2)      | 1,801          | 1.37          | 476           | 2.41          | 552           | 1.81          | 1,531         | 2.33          | 666           | 2.27          |
| 11. บัตรประกันสุขภาพ อสม. (3)            | 5,951          | 4.51          | 859           | 4.35          | 1,270         | 4.17          | 3,491         | 5.32          | 1,452         | 4.95          |
| 12. ข้าราชการ ลูกจ้าง/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 21,506         | 16.31         | 597           | 3.03          | 1,268         | 4.16          | 2,813         | 4.29          | 925           | 3.15          |
| 13. พรบ. ประกันสังคม                     | 5,228          | 3.96          | 5             | 0.03          | 133           | 0.44          | 0             | 0             | 1             | 0.00          |
| 14. กองทุนเงินทดแทน                      | 0              | 0.00          | 0             | 0.00          | 0             | 0.00          | 0             | 0.00          | 0             | 0.00          |
| <b>ผู้มีหลักประกันรวมทุกประเภท</b>       | <b>98,986</b>  | <b>75.07</b>  | <b>16,719</b> | <b>84.74</b>  | <b>24,831</b> | <b>81.54</b>  | <b>47,085</b> | <b>71.74</b>  | <b>25,810</b> | <b>87.98</b>  |
| 15. ผู้ไม่มีสวัสดิการใด ๆ                | 32,876         | 24.93         | 3,011         | 15.26         | 5,620         | 18.46         | 18,550        | 28.26         | 3,527         | 12.02         |
| <b>รวมทุกประเภท</b>                      | <b>131,862</b> | <b>100.00</b> | <b>19,730</b> | <b>100.00</b> | <b>30,451</b> | <b>100.00</b> | <b>65,635</b> | <b>100.00</b> | <b>29,337</b> | <b>100.00</b> |

ตาราง 38 (ต่อ)

| ประเภท                                   | กุดชุม        |               | มหาชนะชัย     |               | เลิงนกทา      |               | ไทยเจริญ      |               | รวมทั้งจังหวัด |               |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
|  | จำนวน         | ร้อยละ        | จำนวน         | ร้อยละ        | จำนวน         | ร้อยละ        | จำนวน         | ร้อยละ        | จำนวน          | ร้อยละ        |
| 1. เด็กอายุ 0-12 ปี                      | 12,511        | 19.23         | 9,997         | 17.30         | 16,666        | 21.15         | 5,575         | 21.22         | 89,306         | 17.69         |
| 2. ผู้มีรายได้น้อย                       | 8,973         | 13.79         | 7,881         | 13.64         | 11,421        | 14.50         | 4,461         | 16.98         | 82,455         | 16.33         |
| 3. นักเรียน ม.ต้น                        | 1,530         | 2.35          | 1,315         | 2.28          | 3,190         | 4.05          | 1,056         | 4.02          | 15,557         | 3.08          |
| 4. ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)              | 3,891         | 5.98          | 4,696         | 8.13          | 5,542         | 7.03          | 1,846         | 7.03          | 35,983         | 7.13          |
| 5. ผู้พิการ/ทุพพลภาพ                     | 308           | 0.47          | 184           | 0.32          | 85            | 0.11          | 68            | 0.26          | 1,594          | 0.32          |
| 6. ทหารผ่านศึกและครอบครัว                | 219           | 0.34          | 188           | 0.33          | 126           | 0.16          | 79            | 0.30          | 1,564          | 0.31          |
| 7. ภิกษุ สามเณร/ผู้นำศาสนา               | 214           | 0.33          | 124           | 0.21          | 42            | 0.05          | 38            | 0.14          | 1,114          | 0.22          |
| 8. ผู้ตกงานและครอบครัว                   | 0             | 0.00          | 2             | 0.00          | 0             | 0.00          | 0             | 0.00          | 2              | 0.00          |
| 9. บัตรประกันสุขภาพ ทั่วไป (1)           | 10,463        | 16.08         | 10,075        | 17.44         | 20,617        | 26.17         | 4,298         | 16.36         | 83,012         | 16.44         |
| 10. บัตรประกันสุขภาพ ผู้นำชุมชน (2)      | 1,651         | 2.54          | 836           | 1.45          | 1,262         | 1.60          | 521           | 1.98          | 9,296          | 1.84          |
| 11. บัตรประกันสุขภาพ อสม. (3)            | 2,710         | 4.16          | 2,147         | 3.72          | 3,196         | 4.06          | 1,465         | 5.58          | 22,541         | 4.46          |
| 12. ข้าราชการ ลูกจ้าง/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 1,896         | 2.91          | 2,219         | 3.84          | 2,015         | 2.56          | 562           | 2.14          | 33,801         | 6.96          |
| 13. พรบ. ประกันสังคม                     | 609           | 0.94          | 1,380         | 2.39          | 302           | 0.38          | 0             | 0.00          | 7,658          | 1.52          |
| 14. กองทุนเงินทดแทน                      | 0             | 0.00          | 0             | 0.00          | 0             | 0.00          | 0             | 0.00          | 1,259          | 0.00          |
| <b>ผู้มีหลักประกันรวมทุกประเภท</b>       | <b>44,975</b> | <b>69.12</b>  | <b>41,044</b> | <b>71.03</b>  | <b>64,464</b> | <b>81.82</b>  | <b>19,969</b> | <b>76.00</b>  | <b>383,883</b> | <b>76.03</b>  |
| 15. ผู้ไม่มีสวัสดิการใด ๆ                | 20,096        | 30.88         | 16,738        | 28.97         | 14,319        | 18.18         | 6,305         | 24.00         | 121,042        | 23.97         |
| <b>รวมทุกประเภท</b>                      | <b>65,071</b> | <b>100.00</b> | <b>57,782</b> | <b>100.00</b> | <b>78,783</b> | <b>100.00</b> | <b>26,274</b> | <b>100.00</b> | <b>504,925</b> | <b>100.00</b> |

**ภาคผนวก 3**  
**แบบสอบถาม**  
**และแบบสำรวจข้อมูล**

## ชุดที่ 1

## “แบบสอบถามเจ้าหน้าที่”

เลขที่   

แบบสอบถามสำหรับ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในสถานีนอนามัย  
 กรุณาแสดงความพึงพอใจของท่านต่อบริการในสถานีนอนามัย

## คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อบริการสาธารณสุขในสถานีนอนามัยแห่งนี้ (ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ หัวหน้าสถานีนอนามัย หรือ ตัวแทน) ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดระบบประมาณหมวด สปร. บัตรสุขภาพ โดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) มาใช้ในการจัดสรรให้กับสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเสนอแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขโครงการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขของจังหวัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามที่ตรงกับความเป็นจริง ตามการรับรู้ของท่าน โดยปราศจากอคติในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้นี้จะถูกปกปิดเป็นความลับ โดยไม่มีผลเสียหายหรือกระทบต่อตำแหน่ง หน้าที่การงาน ของท่านโดยเด็ดขาด และขอกราบขอบพระคุณท่านล่วงหน้าในความร่วมมือในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

## 1. สถานที่ทำงานปัจจุบัน

สถานีนอนามัย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร

2. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

4 

3. อายุ (ระบุ).....ปี

5-6 

4. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

3. หม้าย

4. หย่า/แยก

7 

5. ระดับการศึกษา

1. ต่ำกว่าอนุปริญญา

2. อนุปริญญา/เทียบเท่า

3. ปริญญาตรี/เทียบเท่า

4. สูงกว่าปริญญาตรี

8

6. รายได้ของท่านต่อเดือน (ยังไม่หักค่าใช้จ่าย)

1. ต่ำกว่า 5,000 บาท       2. 5,000 - 8,000 บาท  
 3. 8,001 - 11,000 บาท       4. 11,001 - 14,000 บาท  
 5. 14,001 - 17,000 บาท       6. 17,001 บาทขึ้นไป

9 

7. อายุราชการ .....ปี

10-11  

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

12 

9. ระดับดี  1. ระดับ 1-2       2. ระดับ 3-4       3. ระดับ 5-6

13 

10. ปัจจุบันในหน่วยงานท่านทำงานในบทบาทอะไร(ปฏิบัติจริง)

14 

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

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและการบริการในสถานีนอนามัยของท่าน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก

1. การจัดบริการของสถานีนอนามัยท่านในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

15-22

1. เจ้าหน้าที่เพียงพอ       2. เครื่องมือทันสมัย  
 3. ค่ารักษาพยาบาลไม่แพง       4. บริการรวดเร็ว  
 5. สถานที่สะดวก สบาย       6. อยู่ใกล้ชุมชน  
 7. การคมนาคมสะดวก       8. เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ มีมนุษยสัมพันธ์ดี

2. ท่านปฏิบัติอย่างไร เมื่อมีผู้มารับบริการที่สถานีนอนามัยของท่าน

23 

1. สนใจ เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจเป็นอย่างดี       2. เห็นอกเห็นใจ  
 3. ให้บริการตามปกติ ธรรมดา       4. ไม่ค่อยสนใจ ไม่ได้เอาใจใส่

3. ท่านมีความพึงพอใจในการจัดบริการในสถานีนอนามัยของท่านในปัจจุบันเพียงใด

24 

1. พอใจเป็นอย่างยิ่ง       2. พอใจ  
 3. ไม่พอใจ       4. ไม่แน่ใจ

4. ท่านเคยเข้ารับฟังการประชุมชี้แจงโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข(จังหวัด/อำเภอ)

25 

จัดขึ้นหรือไม่

1. เคย       2. ไม่เคย (ถ้าไม่เคย ข้ามไปตอบข้อ 6)

5. ท่านเคยเข้าร่วมฟังการประชุมชี้แจงโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข(จังหวัด/อำเภอ) กี่ครั้ง 26
1. จำนวน 1 ครั้ง       2. จำนวน 2 ครั้ง
3. จำนวน 3 ครั้ง       4. จำนวน 4 ครั้งขึ้นไป
6. ท่านเป็น(เคยเป็น)คณะกรรมการหรืออนุกรรมการโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด/อำเภอหรือไม่ 27
1. เป็น       2. ไม่เคยเป็น
7. ท่านเคยเข้าร่วมฟังการประชุมชี้แจงการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข(จังหวัด/อำเภอ) จัดขึ้นหรือไม่ 28
1. เคย       2. ไม่เคย(ถ้าไม่เคย ชำมไปตอบข้อ 9)
8. ท่านเคยเข้าร่วมฟังการประชุมชี้แจงการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข(จังหวัด/อำเภอ) กี่ครั้ง 29
1. จำนวน 1 ครั้ง       2. จำนวน 2 ครั้ง
3. จำนวน 3 ครั้ง       4. จำนวน 4 ครั้งขึ้นไป
9. ท่านเป็น(เคยเป็น)คณะกรรมการ/อนุกรรมการการปฏิรูปการคลังสาธารณสุขระดับจังหวัด/อำเภอหรือไม่ 30
1. เป็น       2. ไม่เคยเป็น
10. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณที่มีการปฏิรูปหรือไม่ 31
1. เข้าใจ       2. ไม่เข้าใจ       3. ไม่แน่ใจ

**ตอนที่ 3 : ความพึงพอใจของท่านเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้แก่สถานอนามัยในจังหวัดยโสธร**

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ให้แก่สถานอนามัยในจังหวัดยโสธรในปัจจุบัน

| ข้อ<br>ที่ | ข้อความ  | ระดับความพึงพอใจ |     |         |      |            | สำหรับผู้วิจัย<br>เท่านั้น  |
|------------|--|------------------|-----|---------|------|------------|-----------------------------|
|            |  | มากที่สุด        | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                             |
| 1.         | ท่านมีความพอใจในการชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานโครงการปฏิรูปการเงินการคลังมากน้อยเพียงใด                 |                  |     |         |      |            | 32 <input type="checkbox"/> |
| 2.         | ท่านมีความพอใจกับความชัดเจนของการชี้แจงมากน้อยเพียงใด  |                  |     |         |      |            | 33 <input type="checkbox"/> |
| 3.         | เมื่อเกิดปัญหา หรือข้อสงสัยผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบระดับอำเภอสามารถอธิบายให้ท่านเข้าใจได้มากน้อยเพียงใด |                  |     |         |      |            | 34 <input type="checkbox"/> |

| ข้อ<br>ที่ | ข้อความ  | ระดับความพึงพอใจ |     |             |      |                | สำหรับผู้จัด<br>เท่านั้น    |
|------------|--|------------------|-----|-------------|------|----------------|-----------------------------|
|            |  | มาก<br>ที่สุด    | มาก | ปาน<br>กลาง | น้อย | น้อย<br>ที่สุด |                             |
| 4.         | ท่านมีความพอใจกับวิธีการจัดสรรใหม่ที่มีความโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้มากนักน้อยเพียงใด  |                  |     |             |      |                | 35 <input type="checkbox"/> |
| 5.         | ท่านมีความพอใจกับวิธีการจัดสรรใหม่ที่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่สถานื่อนามัยของท่านมากนักน้อยเพียงใด   |                  |     |             |      |                | 36 <input type="checkbox"/> |
| 6.         | ท่านมีความพอใจกับงบประมาณที่สามารถบริหารจัดการง่าย และมีความคล่องตัวในการใช้จ่ายสะดวกมากกว่าวิธีเดิมมากนักน้อยเพียงใด                                |                  |     |             |      |                | 37 <input type="checkbox"/> |
| 7.         | ท่านมีความพอใจกับวิธีการจัดสรรใหม่ ซึ่งจะช่วยให้สถานื่อนามัยท่านได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการเพิ่มมากขึ้นมากนักน้อยเพียงใด                        |                  |     |             |      |                | 38 <input type="checkbox"/> |
| 8.         | ท่านมีความพอใจกับวิธีการจัดสรรใหม่ที่จะทำให้สถานื่อนามัยท่านมียาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเครื่องมือแพทย์ในการให้บริการที่พร้อมมากยิ่งขึ้นมากนักน้อยเพียงใด |                  |     |             |      |                | 39 <input type="checkbox"/> |
| 9.         | ท่านมีความพอใจกับวิธีการจัดสรรใหม่ที่จะทำให้สถานื่อนามัยของท่านสามารถจัดบริการที่มีคุณภาพดียิ่งขึ้นมากนักน้อยเพียงใด                                 |                  |     |             |      |                | 40 <input type="checkbox"/> |
| 10.        | ท่านมีความพอใจกับวิธีการจัดสรรใหม่ที่จะทำให้ผู้รับบริการสามารถใช้บริการได้อย่างง่าย และทั่วถึงมากยิ่งขึ้นมากนักน้อยเพียงใด                           |                  |     |             |      |                | 41 <input type="checkbox"/> |
| 11.        | ท่านมีความพอใจกับวิธีการจัดสรรใหม่ที่จะทำให้เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่เลือกสิทธิมากนักน้อยเพียงใด        |                  |     |             |      |                | 42 <input type="checkbox"/> |
| 12.        | ท่านมีความพอใจกับคุณภาพบริการในสถานื่อนามัยของท่านในปัจจุบันมากนักน้อยเพียงใด  |                  |     |             |      |                | 43 <input type="checkbox"/> |
| 13.        | ท่านมีความพอใจกับวิธีการเรียกเก็บค่าบริการข้ามขั้นตอนจากผู้รับบริการ(Co-payment)มากนักน้อยเพียงใด  |                  |     |             |      |                | 44 <input type="checkbox"/> |
| 14.        | ท่านมีความพอใจกับวิธีการเรียกเก็บค่าบริการข้ามเขตกรณีผู้ป่วยข้ามขั้นตอน (By-pass) มากน้อยเพียงใด   |                  |     |             |      |                | 45 <input type="checkbox"/> |
| 15.        | ท่านมีความพอใจกับอัตราที่ใช้ในการเรียกเก็บระหว่างสถานื่อนามัยด้วยกันเอง(30 บาท)มากนักน้อยเพียงใด   |                  |     |             |      |                | 46 <input type="checkbox"/> |

| ข้อ<br>ที่ | ข้อความ  | ระดับความพึงพอใจ |     |             |      |                | สำหรับผู้วิจัย<br>เท่านั้น  |
|------------|--|------------------|-----|-------------|------|----------------|-----------------------------|
|            |  | มาก<br>ที่สุด    | มาก | ปาน<br>กลาง | น้อย | น้อย<br>ที่สุด |                             |
| 16.        | ท่านมีความพอใจกับอัตราที่ใช้ในการเรียกเก็บระหว่าง<br>สถานื่อนามัยกับโรงพยาบาลชุมชน(80 บาท)มากน้อย<br>เพียงใด   |                  |     |             |      |                | 47 <input type="checkbox"/> |
| 17.        | ท่านมีความพอใจกับอัตราที่ใช้ในการเรียกเก็บระหว่าง<br>สถานื่อนามัยกับโรงพยาบาลทั่วไป(140 บาท)มากน้อย<br>เพียงใด |                  |     |             |      |                | 48 <input type="checkbox"/> |
| 18.        | ท่านมีความพอใจกับระยะเวลา(รวดเร็ว)ของการจัดสรร<br>งบประมาณจากจังหวัดและส่วนกลางมากน้อยเพียงใด                  |                  |     |             |      |                | 49 <input type="checkbox"/> |
| 19.        | ท่านมีความพอใจกับการได้รับการติดตาม นิเทศงาน<br>การชี้แจงการดำเนินงานจากหน่วยงานระดับอำเภอ<br>มากน้อยเพียงใด   |                  |     |             |      |                | 50 <input type="checkbox"/> |
| 20.        | ท่านมีความพึงพอใจต่อการที่ได้เข้าร่วมในโครงการ<br>ปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัดมากน้อย<br>เพียงใด    |                  |     |             |      |                | 51 <input type="checkbox"/> |

ตอนที่ 4 : ความคิดเห็นของท่านในเรื่องการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. ท่านเห็นด้วยกับรูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณที่มีการปฏิรูปหรือไม่
 

|                                      |   |                                      |                             |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. เห็นด้วย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เห็นด้วย | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ | 52 <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------|
2. วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวส่งผลทำให้คุณภาพบริการของสถานื่อนามัยดียิ่งขึ้น  
ใช่หรือไม่
 

|                                 |                                    |                                      |                             |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ | 53 <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
3. ท่านคิดว่าวิธีการจัดสรรใหม่จะทำให้เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยมีแรงจูงใจที่จะลดปริมาณการให้บริการ  
แก่ผู้รับบริการลงใช่หรือไม่
 

|                                 |                                    |                                      |                             |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ | 54 <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|



4. ท่านคิดว่าวิธีการจัดสรรใหม่จะทำให้เจ้าหน้าที่สถานเอนามัยมีความพยายามที่จะเก็บผู้ป่วยไว้โดยไม่มีการส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น(รพ.)ได้ง่ายไ้หรือไม่ว่
1. ใช่                       2. ไม่ใช่                       3. ไม่แน่ใจ
- 55
5. ท่านคิดว่าวิธีการจัดสรรใหม่ที่จะทำให้ท่านมีแรงจูงใจที่จะเพิ่มการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมามากยิ่งขึ้นไ้หรือไม่ว่
1. ใช่                       2. ไม่ใช่                       3. ไม่แน่ใจ
- 56
6. ท่านคิดว่าวิธีการจัดสรรใหม่จะทำให้การบริการสาธารณสุขระดับต้น (Primary care) มีความเข้มแข็งมากขึ้นไ้หรือไม่ว่
1. ใช่                       2. ไม่ใช่                       3. ไม่แน่ใจ
- 57
7. ท่านคิดว่าวิธีการจัดสรรใหม่จะทำให้จำนวนผู้รับบริการในสถานเอนามัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นไ้หรือไม่ว่
1. ใช่                       2. ไม่ใช่                       3. ไม่แน่ใจ
- 58
8. ท่านคิดว่ารูปแบบหรือวิธีการจัดสรรงบประมาณมีความยุ่งยาก ซับซ้อน หลายขั้นตอนหรือไม่ว่
1. ซับซ้อน                       2. ไม่ซับซ้อน                       3. ไม่แน่ใจ
- 59
9. ท่านคิดว่าอัตราที่ใช้ในการเรียกเก็บค่าบริการข้ามเขตระหว่างสถานบริการมีความเหมาะสมหรือไม่ว่
1. เหมาะสม                       2. ไม่เหมาะสม                       3. ไม่แน่ใจ
- 60
10. ท่านคิดว่าการดำเนินงานการปฏิรูปการคลังสาธารณสุข ทำให้เป็นภาระ ยุ่งยากมากขึ้นไ้หรือไม่ว่
1. ใช่                       2. ไม่ใช่                       3. ไม่แน่ใจ
- 61
11. ท่านคิดว่าการดำเนินงานปฏิรูปการคลังสาธารณสุขทำให้เกิดการพัฒนาสถานเอนามัยของท่านหรือไม่ว่
1. ใช่                       2. ไม่ใช่                       3. ไม่แน่ใจ
- 62
12. ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในสถานเอนามัย เนื่องมาจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 63-68
1. เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ
2. เจ้าหน้าที่ยังขาดขวัญ กำลังใจ และขาดแรงจูงใจในการทำงาน
3. ขาดการติดตาม นิเทศ ควบคุม กำกับ จากหน่วยงานผู้บังคับบัญชา
4. นโยบายของผู้บริหาร (ระดับจังหวัด/อำเภอ) ยังไม่ชัดเจน
5. ประชาชนยังไม่รับทราบและมองไม่เห็นความสำคัญ
6. อื่นๆ ระบุ.....
13. ข้อเสนอแนะ ต่อการดำเนินการปฏิรูปการคลังสาธารณสุขของจังหวัด (โปรดระบุ)
1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

## ชุดที่ 2

## “ แบบสอบถามผู้รับบริการ ”

เลขที่   

แบบสอบถามสำหรับ ผู้รับบริการในสถานีนามัย  
 กรณีสแสดงความพึงพอใจต่อบริการที่ท่านได้รับจากสถานีนามัย

## คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับจากสถานีนามัย (ในกรณีที่ผู้ตอบไม่อยู่ในสภาพที่จะให้ข้อมูลได้ เช่น เป็นเด็ก หรือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ให้หัวหน้าครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลแทน) สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณบัตร สปร.,บัตรสุขภาพ โดยนำเอาวิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) มาใช้ในการจัดสรรให้กับสถานีนามัยในจังหวัดยโสธร ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้อไปใช้ประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์ มหบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นอกจากนี้ยังจะนำเอาไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพของบริการที่จัดในสถานีนามัยแห่งนี้ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น ดังนั้น จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการช่วยประเมิน ให้คำตอบ และขอให้รู้สึกเป็นอิสระ และสบายใจในการให้ข้อมูลใดๆ ที่ตรงกับความเป็นจริง

## ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่เลือก หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่อยู่จริง ซึ่งอาจเป็นที่อยู่ที่ไม่ตรงกับสำเนาทะเบียนบ้านก็ได้)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร

2. เพศ  1. ชาย  2. หญิง

3. อายุ.....ปี

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

5. อาชีพของท่าน  1. เกษตรกรรม  2. ค้าขาย  
 3. รับจ้าง  4. นักเรียน/นักศึกษา  
 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  6. ภิภษุ/สามเณร  
 7. ไม่มีอาชีพ/ในปกครอง  8. อื่น ๆ (ระบุ.....)

4 5-6  7 8

## 6. ระดับการศึกษา

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ศึกษา      | <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา          |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น | <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย   |
| <input type="checkbox"/> 5. ปวช./ปวส.        | <input type="checkbox"/> 6.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า |

9 

## 7. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 2,000 บาท  | <input type="checkbox"/> 2. 2,000 - 4,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 3. 4,001 - 6,000 บาท  | <input type="checkbox"/> 4. 6,001 - 8,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 5. 8,001 - 10,000 บาท | <input type="checkbox"/> 6. 10,001 บาทขึ้นไป  |

10 

## 8. สิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. บัตรสวัสดิการผู้มีรายได้ต่ำ(สปร.) | <input type="checkbox"/> 2. เด็กอายุ 0 - 12 ปี      |
| <input type="checkbox"/> 3. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น          | <input type="checkbox"/> 4. ผู้พิการ/ทุพพลภาพ       |
| <input type="checkbox"/> 5. ทหารผ่านศึกและครอบครัว            | <input type="checkbox"/> 6. ภิกษุ/สามเณร            |
| <input type="checkbox"/> 7. ผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)           | <input type="checkbox"/> 8. ผู้ตกงานและครอบครัว     |
| <input type="checkbox"/> 9. บัตรสุขภาพ(ทั่วไป)                | <input type="checkbox"/> 10. บัตรสุขภาพ(ผู้นำชุมชน) |
| <input type="checkbox"/> 11. บัตรสุขภาพ(อสม.)                 |   |

11-12  

## 9. วิธีการได้มาของสิทธิบัตร ตามข้อ 8

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ยื่นขอเอง          | <input type="checkbox"/> 2. ชื้อเอง             |
| <input type="checkbox"/> 3. จนท.สาธารณสุขแนะนำ | <input type="checkbox"/> 4. อสม.แนะนำ           |
| <input type="checkbox"/> 5. ผู้นำชุมชนแนะนำ    | <input type="checkbox"/> 6.ญาติ,เพื่อนบ้านแนะนำ |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....    |   |

13 

## 10. ท่านรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขในสิทธิบัตร ตามข้อ 8 หรือไม่

- |                                  |                                     |                                      |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ทราบ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|

14 

## ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการและบริการของสถานีนามัย

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่เลือก หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

## 1. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยไปใช้บริการของสถานีนามัยแห่งนี้หรือไม่

- |                                 |                                    |                                      |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

15 

## 2. ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือไม่

- |                                 |                                    |                                      |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

16

3. เมื่อท่านเจ็บป่วยเล็กน้อย ท่านไปรับบริการจากที่ใด 17
1. ซื้อมากินเอง       2. หมอพื้นบ้าน       3. สถานีอนามัย  
 4. โรงพยาบาล       5. คลินิกเอกชน       6. อื่นๆ ระบุ.....
4. เมื่อท่านเจ็บป่วยรุนแรง ท่านไปรับบริการจากที่ใด 18
1. ซื้อมากินเอง       2. หมอพื้นบ้าน       3. สถานีอนามัย  
 4. โรงพยาบาล       5. คลินิกเอกชน       6. อื่นๆ ระบุ.....
5. เมื่อจำเป็นต้องรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น รับวัคซีน, วางแผนครอบครัว, ฝากครรภ์ ฯลฯ ท่านไปรับบริการจากที่ใด 19
1. สถานีอนามัย       2. โรงพยาบาล  
 3. คลินิกเอกชน       4. อื่นๆ ระบุ.....
6. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร ในการรับบริการจากโรงพยาบาลที่ต้องมีใบส่งต่อจากทางสถานีอนามัยก่อน 20
1. เห็นด้วย       2. ไม่เห็นด้วย       3. ไม่แน่ใจ
7. ท่านเคยถูกรบกวนเก็บค่าบริการข้ามเขตจากสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลหรือไม่ 21
1. เคย       2. ไม่เคย(ข้ามไปตอบข้อที่ 9)       3. ไม่ทราบ(ข้ามไปตอบข้อที่ 9) 22
8. ท่านคิดว่า การเรียกเก็บค่าบริการข้ามเขตนี้เป็นอย่างไร 22
1. เหมาะสม       2. ไม่เหมาะสม เพราะ.....       3. ไม่ทราบ
9. ท่านเลือกไปรับบริการที่สถานีอนามัยแห่งนี้เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) 23-30
1. เดินทางสะดวก       2. ใกล้บ้าน       3. เจ้าหน้าที่เชี่ยวชาญในการรักษา    
 4. เครื่องมือทันสมัย       5. ค่ารักษาไม่แพง       6. สถานที่สะอาดสบาย    
 7. บริการรวดเร็ว       8. เคยมารับบริการ

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจของท่านต่อบริการที่ได้รับจากสถานื่อนามัย

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อคุณภาพบริการของสถานื่อนามัยในจังหวัดยโสธรในปัจจุบัน

| ข้อ<br>ที่ | ข้อความ  | ระดับความพึงพอใจ |     |         |      |            | สำหรับผู้วิจัย<br>เท่านั้น  |
|------------|--|------------------|-----|---------|------|------------|-----------------------------|
|            |  | มากที่สุด        | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                             |
| 1.         | ท่านมีความพึงพอใจกับความเหมาะสมที่ตั้งของสถานื่อนามัยแคไหน                                   |                  |     |         |      |            | 31 <input type="checkbox"/> |
| 2.         | ท่านมีความพึงพอใจในความสะอาดและเรียบร้อยของอาคารสำนักงานทั้งภายนอกและภายในแคไหน              |                  |     |         |      |            | 32 <input type="checkbox"/> |
| 3.         | ท่านมีความพึงพอใจกับความสะอาดโดยทั่วไปที่ได้รับแคไหน เช่น ม้านั่งรอตรวจ ห้องน้ำ ห้องส้วม ฯลฯ |                  |     |         |      |            | 33 <input type="checkbox"/> |
| 4.         | เจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส สุภาพอ่อนโยน พุดจาไพเราะ                   |                  |     |         |      |            | 34 <input type="checkbox"/> |
| 5.         | เจ้าหน้าที่มีความพร้อมที่จะให้บริการแก่ท่าน  |                  |     |         |      |            | 35 <input type="checkbox"/> |
| 6.         | ท่านใช้เวลาในการรอรับบริการจากสถานื่อนามัย   |                  |     |         |      |            | 36 <input type="checkbox"/> |
| 7.         | ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในสถานื่อนามัย                          |                  |     |         |      |            | 37 <input type="checkbox"/> |
| 8.         | ท่านได้รับการซักถามถึงอาการเจ็บป่วยด้วยความสุภาพเห็นอกเห็นใจ                                 |                  |     |         |      |            | 38 <input type="checkbox"/> |
| 9.         | เจ้าหน้าที่มีความสนใจ และตั้งใจฟังเวลาท่านพูดถึงปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง                     |                  |     |         |      |            | 39 <input type="checkbox"/> |
| 10.        | การรับบริการที่สถานื่อนามัยง่าย และไม่หลายขั้นตอน  |                  |     |         |      |            | 40 <input type="checkbox"/> |
| 11.        | เจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ท่านด้วยความกระตือรือร้น และรวดเร็ว                                   |                  |     |         |      |            | 41 <input type="checkbox"/> |
| 12.        | เจ้าหน้าที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่ในขณะนี้                         |                  |     |         |      |            | 42 <input type="checkbox"/> |
| 13.        | ท่านได้รับคำอธิบาย คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองต่อที่บ้าน                  |                  |     |         |      |            | 43 <input type="checkbox"/> |
| 14.        | ท่านมีความมั่นใจในการให้บริการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ในสถานื่อนามัยแห่งนี้                 |                  |     |         |      |            | 44 <input type="checkbox"/> |
| 15.        | ท่านสามารถพบเจ้าหน้าที่ได้ทุกครั้ง เมื่อไปรับบริการในเวลาที่กำหนด                            |                  |     |         |      |            | 45 <input type="checkbox"/> |

| ข้อ<br>ที่ | ข้อความ   | ระดับความพึงพอใจ |     |             |      |                | สำหรับผู้วิจัย<br>เท่านั้น  |
|------------|---|------------------|-----|-------------|------|----------------|-----------------------------|
|            |   | มาก<br>ที่สุด    | มาก | ปาน<br>กลาง | น้อย | น้อย<br>ที่สุด |                             |
| 16.        | การมาเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สถานเือนามัย เพื่อดูแลท่านที่<br>บ้านหรือสมาชิกในครอบครัว          |                  |     |             |      |                | 46 <input type="checkbox"/> |
| 17.        | ท่านมีความพอใจกับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุข<br>ภาพจากเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. อย่างสม่ำเสมอ |                  |     |             |      |                | 47 <input type="checkbox"/> |
| 18.        | สถานเือนามัยที่มีอยู่ในชุมชนของท่านสามารถแก้ไข<br>ปัญหาสุขภาพในชุมชนของท่านได้              |                  |     |             |      |                | 48 <input type="checkbox"/> |
| 19.        | ท่านมีความพึงพอใจกับประสิทธิภาพในการตรวจรักษา<br>พยาบาลในสถานเือนามัย                       |                  |     |             |      |                | 49 <input type="checkbox"/> |
| 20.        | สถานเือนามัยสามารถเป็นที่พึ่งทางด้านสุขภาพของท่าน<br>และสมาชิกในครอบครัวได้                 |                  |     |             |      |                | 50 <input type="checkbox"/> |

#### ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของท่านต่อบริการของสถานเือนามัย

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่เลือก หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. เมื่อญาติหรือเพื่อนของท่านเจ็บป่วย ท่านจะแนะนำให้มาที่นี่อีกหรือไม่

1. แนะนำ       2. ไม่แนะนำ       3. ไม่แน่ใจ

51

2. เมื่อท่านป่วย และสามารถเลือกสถานพยาบาลที่อื่นได้ ท่านจะกลับมารักษาที่นี่อีกหรือไม่

1. กลับมา       2. ไม่กลับมา       3. ไม่แน่ใจ

52

3. กรุณาเขียนให้ข้อเสนอแนะที่ท่านเห็นว่าสำคัญที่สุดในการปรับปรุงสถานเือนามัยแห่งนี้

1. ....  
2. ....  
3. ....  
4. ....

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม  
คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงคุณภาพของสถานเือนามัย

### ชุดที่ 3

## “ แบบสำรวจข้อมูล ”

เลขที่

แบบสำรวจข้อมูลด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ และสถานการณ์การเงินของสถานีนอนามัย  
การผูกขาดข้อมูลของสถานีนอนามัยตามความเป็นจริง

#### คำชี้แจง

แบบสำรวจข้อมูลนี้ เป็นการประเมินผลสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุขของจังหวัด  
ยโสธร (ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ หัวหน้าสถานีนอนามัย หรือ ตัวแทน) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบ  
ประมาณหมวด สปร., บัตรสุขภาพ โดยนำเอาวิธีการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) มาใช้ในการจัดสรรงบประมาณให้  
กับสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ สาขาวิทยาศาสตร์มหา  
บัณฑิต หลักสูตรการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และนำข้อมูล  
ที่ได้จากการศึกษาเสนอแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขโครงการปฏิรูประบบการคลังสา  
ธารณสุขของจังหวัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามที่ตรงกับความเป็นจริง  
โดยปราศจากอคติในการตอบแบบสอบถามและขอกราบขอบพระคุณท่านล่วงหน้าในความร่วมมือในครั้งนี้  
เป็นอย่างยิ่ง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย

1. ชื่อสถานีนอนามัย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร
  - 1.1 ลักษณะตัวอาคาร (แบบแปลน)
 

|                                      |  |                                      |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. รุ่นเก่า | <input type="checkbox"/> 2. ใหม่/ทดแทน(ทั่วไป) | <input type="checkbox"/> 3. ขนาดใหญ่ |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
  - 1.2 ระยะทางห่างจากตัวอำเภอ.....กม. ห่างจากตัวจังหวัด.....กม.
  - 1.3 ประชาชนส่วนใหญ่นิยมใช้หาหนะในการคมนาคมกับจังหวัด/อำเภอ โดยทาง.....
  - 1.3 การคมนาคมในการติดต่อกับจังหวัด/อำเภอ
 

|                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. สะดวก | <input type="checkbox"/> 2. ไม่สะดวก |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
  - 1.5 ระยะเวลาในการเดินทางถึงตัวอำเภอ.....ชม. ถึงตัวจังหวัด.....ชม.
  - 1.6 การติดต่อสื่อสารกับจังหวัด/อำเภอ
 

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. วิทยุสื่อสาร(ติดตั้ง) | <input type="checkbox"/> 2. วิทยุสื่อสาร(มือถือ) |
| <input type="checkbox"/> 3. โทรศัพท์              | <input type="checkbox"/> 4. ไม่มี                |
2. ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่เขตรับผิดชอบ
  - 2.1 จำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ.....หมู่บ้าน
  - 2.2 จำนวนหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ.....หลังคาเรือน
  - 2.3 จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบรวม.....คน

2.4 จำนวนและความครอบคลุมของประชากรจำแนกตามกลุ่มผู้ที่มีสิทธิตามโครงการสวัสดิการ  
ประชาชนด้านการรักษาพยาบาล(สปร.) และโครงการบัตรสุขภาพ รวมทั้งกลุ่มอื่นๆ

| ประเภท                       | จำนวนผู้มีสิทธิ<br>(คน) |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. ผู้มีรายได้ต่ำ (13-59 ปี) |                         |
| 2. เด็กอายุ 0 -12 ปี         |                         |
| 3. นักเรียนมัธยมฯ ต้น        |                         |
| 4. ผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)   |                         |
| 5. ผู้พิการ/ทุพพลภาพ         |                         |
| 6. ทหารผ่านศึกและครอบครัว    |                         |
| 7. ภิกษุ/สามเณร              |                         |
| 8. ผู้ตกงานและครอบครัว       |                         |
| 9. บัตรสุขภาพ(ทั่วไป)        |                         |
| 10.บัตรสุขภาพ(ผู้นำชุมชน)    |                         |
| 11.บัตรสุขภาพ(อสม.)          |                         |
| 12.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ     |                         |
| 13.ประกันสุขภาพเอกชน         |                         |
| 14.อื่นๆ ระบุ.....           |                         |
| 15.ผู้ไม่มีสวัสดิการใดๆ      |                         |
| รวม                          |                         |

2.5 จำนวนบุคลากรของสถานีนอนามัย จำแนกออกตามตำแหน่ง (ระบุจำนวนคน)

| ตำแหน่ง                             | ปี 2540 | ปี 2541 | ปี 2542 |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|
| 2.5.1 เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข |         |         |         |
| 2.5.2 นักวิชาการสาธารณสุข           |         |         |         |
| 2.5.3 พยาบาลวิชาชีพ                 |         |         |         |
| 2.5.4 พยาบาลเทคนิค                  |         |         |         |
| 2.5.5 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน     |         |         |         |
| 2.5.6 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข      |         |         |         |
| 2.5.7 อื่นๆ ระบุ.....               |         |         |         |

2.6 จำนวนโรงเรียนในเขตรับผิดชอบรวม.....แห่ง จำนวนนักเรียนรวม.....คน

2.6.1 โรงเรียนประถมศึกษา(รวมขยายโอกาส) จำนวน.....แห่ง นักเรียน.....คน

2.6.2 โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน.....แห่ง นักเรียน.....คน



## ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการดำเนินงานของสถานีนามัย

### 1. งานด้านการรักษาพยาบาล : (ครั้ง)

| กิจกรรม                    | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ผู้ป่วยนอก (รวม)        |                 |                 |                 |
| - ในเวลาราชการ             |                 |                 |                 |
| - นอกเวลาราชการ            |                 |                 |                 |
| 2. ส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ |                 |                 |                 |
| 3. ผู้ป่วยรับไว้รักษาต่อ   |                 |                 |                 |

### 2. การให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า : (ครั้ง/บาท)

| ประเภทกลุ่มผู้บริการ             | ปีงบประมาณ 2540 |     | ปีงบประมาณ 2541 |     | ปีงบประมาณ 2542 |     |
|----------------------------------|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|
|                                  | ครั้ง           | บาท | ครั้ง           | บาท | ครั้ง           | บาท |
| 1. ผู้มีรายได้น้อย (13-59 ปี)    |                 |     |                 |     |                 |     |
| 2. เด็กอายุ 0-12 ปี              |                 |     |                 |     |                 |     |
| 3. นักเรียนมัธยมฯ ต้น            |                 |     |                 |     |                 |     |
| 4. ผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)       |                 |     |                 |     |                 |     |
| 5. ผู้พิการ/ทุพพลภาพ             |                 |     |                 |     |                 |     |
| 6. ทหารผ่านศึกและครอบครัว        |                 |     |                 |     |                 |     |
| 7. ภิกษุ/สามเณร                  |                 |     |                 |     |                 |     |
| 8. ผู้ตกงานและครอบครัว           |                 |     |                 |     |                 |     |
| 9. บัณฑิตสุขภาพ(ทั่วไป)          |                 |     |                 |     |                 |     |
| 10. บัณฑิตสุขภาพ(ผู้นำชุมชน)     |                 |     |                 |     |                 |     |
| 11. บัณฑิตสุขภาพ(อส.ม.)          |                 |     |                 |     |                 |     |
| 12. ผู้มีสิทธิตามระเบียบ สส.(ค.) |                 |     |                 |     |                 |     |
| 13. ผู้ไม่มีสิทธิใดๆ (ข.)        |                 |     |                 |     |                 |     |
| 14. บุคคลต่างด้าว                |                 |     |                 |     |                 |     |

### 3. งานโภชนาการเด็ก 0-5 ปี : (คน)

| กิจกรรม                           | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. เด็ก 0-5 ปีทั้งหมด             |                 |                 |                 |
| 2. ได้รับการชั่งน้ำหนัก           |                 |                 |                 |
| 3. ภาวะโภชนาการ - ปกติ            |                 |                 |                 |
| - ระดับ 1                         |                 |                 |                 |
| - ระดับ 2,3                       |                 |                 |                 |
| 4. เด็กระดับ 2,3 ได้รับอาหารเสริม |                 |                 |                 |

## 4. งานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน : (คน)

| กิจกรรม                          | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. นักเรียนทั้งหมด               |                 |                 |                 |
| 2. ได้รับการตรวจคอพอก            |                 |                 |                 |
| 3. ระดับการตรวจ - ปกติ           |                 |                 |                 |
| - ระดับ 1A,1B                    |                 |                 |                 |
| - ระดับ 2                        |                 |                 |                 |
| 4. เด็กระดับผิดปกติได้รับการดูแล |                 |                 |                 |

## 5. งานอนามัยแม่และเด็ก(ANC) : (คน)

| กิจกรรม                 | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ตั้งครรภ์รายใหม่     |                 |                 |                 |
| 2. ดูแลก่อนคลอด 4 ครั้ง |                 |                 |                 |
| 3. ทำคลอดโดย จนท.สธ.    |                 |                 |                 |
| 4. ดูแลมารดาหลังคลอด    |                 |                 |                 |
| 5. ดูแลทารกหลังคลอด     |                 |                 |                 |
| 6. มารดาคลอดทั้งหมด     |                 |                 |                 |
| 7. เด็กเกิดมีชีพ        |                 |                 |                 |
| 8. เด็กเกิดไร้ชีพ       |                 |                 |                 |
| 9. มารดาตายคลอด         |                 |                 |                 |
| 10. ทารกตายคลอด         |                 |                 |                 |

## 6. งานบริการวางแผนครอบครัว(FP) : (คน)

| กิจกรรม                  | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. จำนวน MWRA            |                 |                 |                 |
| 2. รับบริการคุมกำเนิดรวม |                 |                 |                 |
| 2.1 ยาเม็ด               |                 |                 |                 |
| 2.2 ยาฉีด                |                 |                 |                 |
| 2.3 ใส่ห่วง              |                 |                 |                 |
| 2.4 ยาฝัง                |                 |                 |                 |
| 2.5 หมันหญิง             |                 |                 |                 |
| 2.6 หมันชาย              |                 |                 |                 |
| 3. ไม่ได้คุมกำเนิด       |                 |                 |                 |
| 4. กำลังตั้งครรภ์        |                 |                 |                 |

## 7. งานบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(EPI) : (คน)

| กิจกรรม               | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. เด็ก 0-1 ปีทั้งหมด |                 |                 |                 |
| 2. บีซีจี             |                 |                 |                 |
| 3. ดีทีพี             |                 |                 |                 |
| 4. โปлио              |                 |                 |                 |
| 5. ตับอักเสบบี        |                 |                 |                 |
| 6. หัด                |                 |                 |                 |
| 7. ทีที หญิงมีครรภ์   |                 |                 |                 |

## 8. งานบริการทันตสาธารณสุขและอนามัยโรงเรียน : (คน)

| กิจกรรม                  | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. นักเรียนทั้งหมด       |                 |                 |                 |
| 1. นร.ได้รับทันตสุขศึกษา |                 |                 |                 |
| 2. ขูดหินน้ำลาย          |                 |                 |                 |
| 3. เคลือบหลุมร่องฟัน     |                 |                 |                 |
| 4. ขูดฟัน                |                 |                 |                 |
| 5. ถอนฟัน                |                 |                 |                 |

## 9. งานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน(DM) : (คน)

| กิจกรรม                            | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป         |                 |                 |                 |
| 2. จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง |                 |                 |                 |
| 3. ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด           |                 |                 |                 |
| 4. ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของ สอ. |                 |                 |                 |

## 10. งานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง(HT) : (คน)

| กิจกรรม                            | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป         |                 |                 |                 |
| 2. จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง |                 |                 |                 |
| 3. จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด             |                 |                 |                 |
| 4. ผู้ป่วยได้รับการดูแล            |                 |                 |                 |

## 11. งานสุขภาพจิต(โรคจิต/ลมชัก/ปัญญาอ่อน) : (คน)

| กิจกรรม                           | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ผู้ป่วยทั้งหมด                 | / /             | / /             | / /             |
| 2. ผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของ สอ. | / /             | / /             | / /             |
| 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล        | / /             | / /             | / /             |

## 12. งานบริการตรวจและค้นหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-59 ปี(Pap Smear) : (คน)

| กิจกรรม                             | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. จำนวนหญิงอายุ 35-59 ปี           |                 |                 |                 |
| 2. จำนวนผู้รับการตรวจคัดกรอง        |                 |                 |                 |
| 3. จำนวนผิดปกติ(เกี่ยวเนื่องกับ CA) |                 |                 |                 |

## 13. งานป้องกันและควบคุมวัณโรค(TB) : (คน)

| กิจกรรม                                  | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนทั้งหมด |                 |                 |                 |
| 2. ผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของ สอ.        |                 |                 |                 |
| 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ DOTs            |                 |                 |                 |
| 4. ผลการรักษา - หาย                      |                 |                 |                 |
| - รักษาครบ                               |                 |                 |                 |
| - ตาย                                    |                 |                 |                 |
| - ขาดการรักษา                            |                 |                 |                 |

## ส่วนที่ 3 ข้อมูลสถานการณ์ด้านการเงินของสถานีอนามัย

## 3.1 สถานะเงินบำรุง

| รายการ                             | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ยอดยกมา ณ วันที่ 1 ต.ค.         |                 |                 |                 |
| 2. รายรับเงินบำรุงในรอบปีงบประมาณ  |                 |                 |                 |
| 3. รายจ่ายเงินบำรุงในรอบปีงบประมาณ |                 |                 |                 |
| 4. ยอดยกไป ณ วันที่ 30 ก.ย.        |                 |                 |                 |

## 3.2 จำแนกแหล่งรายรับของเงินบำรุง

| แหล่งที่มาเงินบำรุง                | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง(ค่างา/บำรุง) |                 |                 |                 |
| 2. เงินบริจาค                      |                 |                 |                 |
| 3. ค่าบริการข้ามเขต                |                 |                 |                 |
| 4. บัตรสุขภาพ                      |                 |                 |                 |
| 5. บัตรสุขภาพนักเรียน              |                 |                 |                 |
| 6. บัตรประกันสังคม                 |                 |                 |                 |
| 7. บัตร สปร.                       |                 |                 |                 |
| 8. ดอกเบี้ยเงินบำรุง               |                 |                 |                 |
| 9. อื่นๆ ระบุ.....                 |                 |                 |                 |
| รวมรายรับ                          |                 |                 |                 |

## 3.3 เงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

| แหล่งเงินงบประมาณ                                   | ปีงบประมาณ 2540 | ปีงบประมาณ 2541 | ปีงบประมาณ 2542 |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. งบ สปร.  |                 |                 |                 |
| 2. งบบริการสาธารณสุขระดับ<br>ตำบล (หมวด 300)        |                 |                 |                 |
| 3. งบจากแผนงานโครงการอื่นๆ (ระบุ)<br>.....<br>..... | .....<br>.....  | .....<br>.....  | .....<br>.....  |
| รวมรายรับ   |                 |                 |                 |

3.4 ผลการจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ช่วยนอกรวมหมวดบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2542

| สถานบริการ/กองทุน  | รายรับ (บาท) |                        |                                   |                | รายจ่าย (บาท)            |                         |                | คงเหลือ<br>(บาท) |
|--------------------|--------------|------------------------|-----------------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------|----------------|------------------|
|                    | งบ สปร.      | งบยัตยประกัน<br>สุขภาพ | เรียกเก็บได้จาก<br>สถานบริการอื่น | รวม<br>ทั้งหมด | ค่าจ้างเขต<br>ภายในอำเภอ | ค่าจ้างเขต<br>ต่างอำเภอ | รวม<br>ทั้งหมด |                  |
| 1. รพ.ยโสธร        |              |                        |                                   |                |                          |                         |                |                  |
| 2. รพ.ทรายมูล      |              |                        |                                   |                |                          |                         |                |                  |
| 3. รพ.กุฉินท       |              |                        |                                   |                |                          |                         |                |                  |
| 4. รพ.คำเขื่อนแก้ว |              |                        |                                   |                |                          |                         |                |                  |
| 5. รพ.ป่าติ้ว      |              |                        |                                   |                |                          |                         |                |                  |
| 6. รพ.มหาชนะชัย    |              |                        |                                   |                |                          |                         |                |                  |
| 7. รพ.ค้อวัง       |              |                        |                                   |                |                          |                         |                |                  |
| 8. รพ.เลิงนกทา     |              |                        |                                   |                |                          |                         |                |                  |
| 9. รพ.ไทยเจริญ     |              |                        |                                   |                |                          |                         |                |                  |
| รวมทั้งหมด         |              |                        |                                   |                |                          |                         |                |                  |

3.5 ผลการจัดสรรงบประมาณสำหรับการกันข้ามเขต รพท. และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
รวมหมวดบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2542

| กองทุนรวม         | รายรับ   |                                      |                | รายจ่าย                                |                       |                | คงเหลือ |
|-------------------|--|--------------------------------------|----------------|--|-----------------------|----------------|---------|
|                   | 10% ด้านรับส่ง<br>เสริมสุขภาพ<br>และป้องกันโรค | 10% ค่า<br>หนักกันข้าม<br>เขตไป รพท. | รวม<br>ทั้งหมด | Lab. ส่งเสริม<br>สุขภาพเมือง<br>กันโรค | ค่าร่วมเขต<br>ไป รพท. | รวม<br>ทั้งหมด |         |
| 1. อ.เมือง        |  |                                      |                |  |                       |                |         |
| 2. อ.ทรายมูล      |  |                                      |                |  |                       |                |         |
| 3. อ.กุศชุม       |  |                                      |                |  |                       |                |         |
| 4. อ.คำเขื่อนแก้ว |  |                                      |                |  |                       |                |         |
| 5. อ.ป่าดิว       |  |                                      |                |  |                       |                |         |
| 6. อ.มหาชนะชัย    |  |                                      |                |  |                       |                |         |
| 7. อ.ค้อวัง       |  |                                      |                |  |                       |                |         |
| 8. อ.เลิงนกทา     |  |                                      |                |  |                       |                |         |
| 9. อ.ไทยเจริญ     |  |                                      |                |  |                       |                |         |
| รวมทั้งหมด        |  |                                      |                |  |                       |                |         |

ชุดที่ 4

แบบรายงานผู้รับบริการข้ามเขตจากสถานบริการอื่น (เฉพาะผู้มีบัตร สปร.และบัตรสุขภาพ) : (แบบ Finance 1)

| สถานบริการ         | รักษาพยาบาล |       |     |                |       |     | ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค |       |          | รวมทั้งหมด |            |
|--------------------|-------------|-------|-----|----------------|-------|-----|-----------------------------|-------|----------|------------|------------|
|                    | ศร.รักษาได้ |       |     | ศร.รักษาไม่ได้ |       |     | รวมทั้งหมด                  | มีใบ  | ไม่มี    |            | รวมทั้งหมด |
|                    | มีใบ Refer  | ไม่มี | รวม | มีใบ Refer     | ไม่มี | รวม |                             | Refer | ใบ Refer |            |            |
| 1. รพ.ยโสธร        |             |       |     |                |       |     |                             |       |          |            |            |
| 2. รพ.ทรายมูล      |             |       |     |                |       |     |                             |       |          |            |            |
| 3. รพ.กุฉินท       |             |       |     |                |       |     |                             |       |          |            |            |
| 4. รพ.คำเขื่อนแก้ว |             |       |     |                |       |     |                             |       |          |            |            |
| 5. รพ.ป่าดิว       |             |       |     |                |       |     |                             |       |          |            |            |
| 6. รพ.มหาชนะชัย    |             |       |     |                |       |     |                             |       |          |            |            |
| 7. รพ.ค้อวัง       |             |       |     |                |       |     |                             |       |          |            |            |
| 8. รพ.เลิงนกทา     |             |       |     |                |       |     |                             |       |          |            |            |
| 9. รพ.ไทยเจริญ     |             |       |     |                |       |     |                             |       |          |            |            |
| รวมทั้งหมด         |             |       |     |                |       |     |                             |       |          |            |            |



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย  
ภาควิชาบริหารบริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นางชฎาภรณ์ ชื่นตา  
สำนักงานบริหารโครงการประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
3. นางสาวไพรวลัย กาลจักร์  
ฝ่ายสาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - นามสกุล นายสมชาติ ทองหิน

วัน เดือน ปี เกิด 26 กันยายน 2511

## วุฒิการศึกษา

| วุฒิ   | ชื่อสถาบัน  | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
|--|---|---------------------|
| ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (พนักงานอนามัย) | วิทยาลัยการสาธารณสุข<br>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ<br>จังหวัดขอนแก่น | 2532                |
| ปริญญาตรี (สาธารณสุขศาสตร์)                            | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช                                   | 2536                |

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

|                      |  |
|----------------------|--|
| พ.ศ. 2532 - 2535     | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 สถานีอนามัยตุม อำเภอค้อวัง                                   |
| พ.ศ. 2535 - 2536     | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอค้อวัง                                 |
| พ.ศ. 2536 - 2538     | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 4 สถานีอนามัยเหล่าน้อย อำเภอค้อวัง                             |
| พ.ศ. 2538 - 2540     | นักวิชาการสาธารณสุข 4 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอค้อวัง                                       |
| พ.ศ. 2540 - 2541     | นักวิชาการสาธารณสุข 5 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว                                 |
| พ.ศ. 2541 - ปัจจุบัน | นักวิชาการสาธารณสุข 5 สำนักงานบริหารโครงการประกันสุขภาพ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร |