

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของสถานีอนามัยในจังหวัด
ยโสธร ปีงบประมาณ 2549 สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์
ดร. เขาวภา ปิ่นทพพันธ์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และ
อาจารย์นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ที่ได้ท่านให้ความรู้และคำแนะนำ ติดตามและเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้
อย่างใกล้ชิดตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรพร ลอยหา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร
และผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลของจังหวัดยโสธร ที่ได้อำนวยความสะดวก
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการสืบค้นเอกสารเกี่ยวกับงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ได้รับความช่วยเหลือจากนักวิชาการ
สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัด
ยโสธร นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับการสนับสนุน กำลังใจ และความช่วยเหลือจากครอบครัว
เพื่อนร่วมงานและผู้เกี่ยวข้องมาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

พรชัย ทองบ่อ

มิถุนายน 2549

หัวข้อการศึกษาคั่นคว้ออิสระ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของสถานีนอามัย
ในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2549
ชื่อและนามสกุล นายพรชัย ทองบ่อ
แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. เขวภา ปิ่นทุพันธ์

คณะกรรมการสอบการศึกษาคั่นคว้ออิสระได้ให้ความเห็นชอบการศึกษาคั่นคว้ออิสระ
ฉบับนี้แล้ว

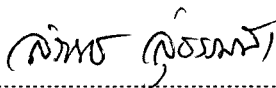


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. เขวภา ปิ่นทุพันธ์)



..... กรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อนุมัติให้การศึกษาคั่นคว้ออิสระฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



.....
(รองศาสตราจารย์สุรารุช สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2550

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของสถานีนอนามัย

ในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2549

ผู้ศึกษา นายพรชัย ทองบ่อ **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.เขาวภา ปิ่นทพพันธ์ **ปีการศึกษา** 2549

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การจัดสรรงบประมาณโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2) ประเภทรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนอนามัย (3) ปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่างๆของสถานีนอนามัย และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของสถานีนอนามัยกับปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่างๆ

การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาทำการศึกษาข้อมูลการเงินปีงบประมาณ 2549 ของสถานีนอนามัย 111 แห่ง ในจังหวัดยโสธร จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 18 แห่งเพิ่มรายงาน 0110 รง.5 และรายงานการรับ-จ่ายเงินบำรุง เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเงิน และข้อมูลปริมาณการให้บริการสุขภาพของสถานีนอนามัย การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) สถานีนอนามัยได้รับการจัดสรรงบประมาณโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามขนาดของสถานีนอนามัย สำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนและสถานบริการ ค่ายาและเวชภัณฑ์ (2) งบประมาณที่ได้รับจัดสรรตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่เป็นรายรับเงินบำรุง ส่วนรายจ่ายเงินบำรุงส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่าย (3) ปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านการศึกษาพยาบาลมีมากกว่าด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ และ (4) มีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ จำนวนหมู่บ้าน และจำนวนบุคลากรประจำสถานีนอนามัย กับปริมาณการให้บริการของสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ข้อค้นพบจากงานวิจัยบอกถึงความสำคัญของการสนับสนุนสถานีนอนามัยในการจัดทำแผนเงินบำรุงให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับ

คำสำคัญ สถานีนอนามัย งบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง ปริมาณการให้บริการด้านสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
คำถามงานวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
สถานีนอนมัยและบทบาทหน้าที่ของสถานีนอนมัย	9
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข	16
ระบบงบประมาณ	30
แนวทางการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	55
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
ลักษณะทั่วไปของสถานีนามัย	64
การจัดสรรงบประมาณตาม โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	66
รายรับรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนามัย	71
ปริมาณการให้บริการของสถานีนามัย	77
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของสถานีนามัยกับ	
ปริมาณการให้บริการสุขภาพ	90
คำตอบสำหรับคำถามงานวิจัย	93
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	97
สรุปการวิจัย	97
อภิปรายผล	101
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	108
ภาคผนวก	112
ก เครื่องมือการวิจัย	113
ข รายชื่อสถานีนามัยในจังหวัดยโสธร	117
ประวัติผู้ศึกษา	121

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1	61
ตารางที่ 4.1	65
ตารางที่ 4.2	67
ตารางที่ 4.3	68
ตารางที่ 4.4	69
ตารางที่ 4.5	70
ตารางที่ 4.6	71
ตารางที่ 4.7	73
ตารางที่ 4.8	74
ตารางที่ 4.9	76

สารบัญตาราง(ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.10 การกระจายของสถานีอนามัยตามปริมาณการให้บริการด้านรักษาพยาบาล จำแนกตามขนาดของสถานีอนามัย.....	78
ตารางที่ 4.11 การกระจายของสถานีอนามัยตามปริมาณการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ จำแนกตามขนาดของสถานีอนามัย.....	79
ตารางที่ 4.12 การกระจายของสถานีอนามัยตามค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการรักษาพยาบาล และจำแนกตามขนาดของสถานีอนามัย.....	80
ตารางที่ 4.13 การกระจายของสถานีอนามัยตามค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ จำแนกตามขนาดของสถานีอนามัย.....	82
ตารางที่ 4.14 การกระจายของสถานีอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชากร ที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการฯ.....	84
ตารางที่ 4.15 การกระจายของสถานีอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคทางจิตของประชากร ที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการฯ.....	85
ตารางที่ 4.16 การกระจายของสถานีอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการฯ.....	87
ตารางที่ 4.17 การกระจายของสถานีอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของประชากร ที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการฯ.....	88
ตารางที่ 4.18 การกระจายของสถานีอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคบิดของประชากร ที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการฯ.....	89
ตารางที่ 4.19 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน(r) ระหว่างจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน ตามโครงการฯ จำนวนหมู่บ้าน จำนวนบุคลากรวิชาชีพ และระยะทางห่าง จากตัวอำเภอของสถานีอนามัย กับการให้บริการด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพและการเจ็บป่วย ที่มารับบริการที่สถานีอนามัย.....	91

ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
ภาพที่ 2.1 การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548	49
ภาพที่ 2.2 การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2549	54

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลังจากรัฐบาลได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยปรับเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างฉับพลัน สมดังเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีเป้าประสงค์สูงสุดเพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสามารถพึ่งตนเองและมีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยถือว่าระบบสุขภาพเป็นของประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ซึ่งเน้นการ “สร้างสุขภาพ” มากกว่า “การซ่อมสุขภาพ” หลักการสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็คือ ให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ มีสิทธิได้รับบริการที่มีคุณภาพจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองในลักษณะเครือข่ายภายใต้ระบบการเงินการคลังเดียวกัน ครอบคลุมบริการพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสุขภาพ เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว รวมทั้งบริการการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรอง ส่วนงบประมาณสำหรับการจัดบริการนั้นในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข จะทำหน้าที่บริหารกองทุนดังกล่าวภายใต้ การดูแลของคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ทองหล่อ เดชไทย 2545: 38)

การดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในกลางปีงบประมาณ 2544 จนถึงปัจจุบัน มีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่องจนปัจจุบันมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งทำให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมืองค์กรที่รับผิดชอบดำเนินการอย่างชัดเจน ซึ่งถือเป็นการสร้างความมั่นใจในระดับหนึ่งว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานในช่วงแรกเริ่มต้นจากการนำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด และขยายพื้นที่ดำเนินการเป็น 15 จังหวัดใน 6

เดือนต่อมา และภายในระยะเวลา 1 ปี ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้สามารถครอบคลุมผู้มีสิทธิจากเริ่มต้น โครงการที่ 1.39 ล้านคน ปัจจุบันมีผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 46.81 ล้านคน และมีหน่วยบริการในโครงการ จำนวน 1,051 แห่ง เป็นภาคเอกชน จำนวน 74 แห่ง ผลจากการดำเนินงานทำให้มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานบริการสุขภาพเป็นจำนวนมากขึ้น ร้อยละ 3.91 และจากการสำรวจของสวนดุสิตโพลล์ เกี่ยวกับความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการในปี 2545 ร้อยละ 82.0 และของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร้อยละ 83.8 และเพิ่มขึ้นในปี 2546 โดยการสำรวจของเอแบคโพลล์ ร้อยละ 92.9 และของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร้อยละ 97.2 สำหรับความพึงพอใจของผู้ให้บริการให้คะแนนในภาพรวมของโครงการอยู่ในระดับ 6.15 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติ ทำให้สถานบริการสุขภาพต้องมีการปรับตัวอย่างมาก อันเนื่องจากการปฏิรูประบบการจัดสรรเงินงบประมาณจากเดิมที่สถานบริการได้รับเป็นเงินงบประมาณตามแผนงาน โครงการปกติจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค และเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเอง (Out of Pocket) มาเป็นระบบประกันสุขภาพที่มีการจัดสรรงบประมาณเป็นลักษณะการจ่ายเงินล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี (Pre-paid & Capitation) ตามจำนวนประชากรที่มาขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ ซึ่งเงินงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวนี้ ได้รวมรายจ่ายด้านบุคลากรด้วย นอกจากนี้รายรับของสถานบริการที่เคยได้รับตรงจากผู้ป่วยจะลดลงอย่างมาก ในการดำเนินงานมีการพัฒนามาตรการต่างๆ เพื่อให้ระบบหลักประกันเป็นระบบที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้วยความมั่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข ได้แก่ การเพิ่มทางเลือกในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข จากนโยบายฯ ดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพหลายด้านด้วยกัน ทั้งโครงสร้างองค์กรมีการปรับบทบาทภารกิจและที่สำคัญคือ การจัดระบบงบประมาณด้านสุขภาพ ทำให้การกระจายงบประมาณจากระดับจังหวัดลงไปสู่ระดับอำเภอ ตำบล โดยตรงและเป็นการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการในด้านงบประมาณลงไประดับล่างมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อให้ระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพ โดยการส่งเสริมการเน้นการสร้างสุขภาพของประชาชน และองค์กรชุมชนตลอดทั้งการกระจายอำนาจ ได้มีการปฏิรูปแนวทางการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ทั้งงบประมาณด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การบริหารจัดการในสำนักงาน รัฐบาลได้ใช้รูปแบบงบประมาณในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว (capitation) จัดสรรให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีผลกระทบต่อสถานบริการทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานีอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการของรัฐ ที่อยู่ระดับตำบลก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการใช้จ่ายเงินงบประมาณด้านสุขภาพ และมีส่วน

ทำให้เจ้าหน้าที่ระดับสถานีอนามัยต้องปรับบทบาทในการมีส่วนร่วมและตัดสินใจบริหารจัดการ ด้านงบประมาณที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

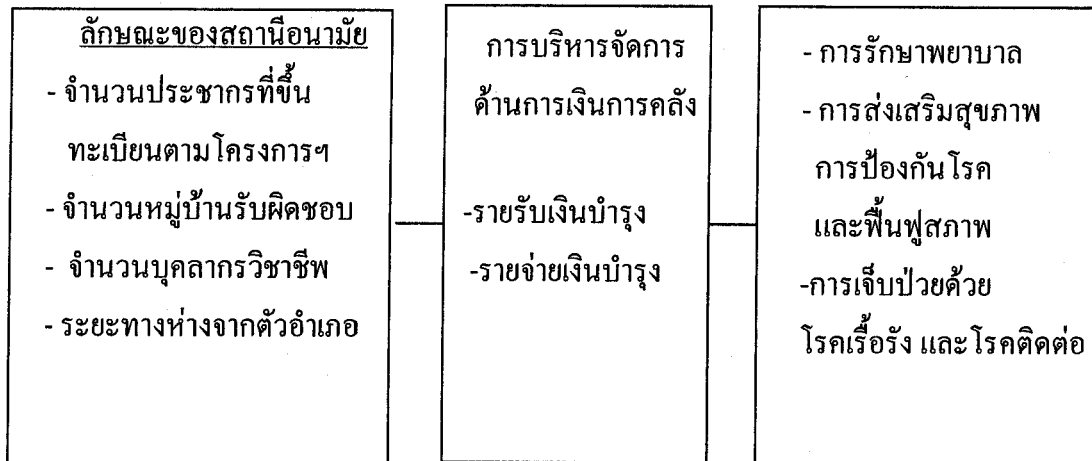
จังหวัดยโสธร ได้ดำเนินการตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2545 มีการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการงบประมาณด้านสุขภาพตามนโยบาย โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจ โดยเน้น ที่หน่วยบริการเครือข่าย (Contracting Unit of Primary Care : CUP) และหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานดูแล งบประมาณ และมีการจัดสรรงบประมาณให้จังหวัดเป็นงวด ๆ ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน ผู้มีสิทธิ จังหวัดได้แต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดเป็นผู้จัดสรรเงินให้สถาน บริการ สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพเป็นหลัก รองลงมาเป็นการจัดบริการด้านการ รักษาพยาบาล จากการจัดสรรงบประมาณที่ผ่านมาจะจัดสรรสำหรับการให้บริการด้านการ รักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่แต่ก็ไม่เพียงพอ อันเนื่องจากค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลสูงขึ้น มีการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมากขึ้น ผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น มีการจัดให้พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่งาน ทันตสาธารณสุขปฏิบัติงานในสถานีอนามัย มีการจัดบริการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ ส่งผล ให้ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรและการบริหารจัดการสูงขึ้น ส่วนการจัดสรรสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ถึงแม้จะได้รับการจัดสรรแต่ก็ไม่เพียงพอ

ดังนั้น การบริหารจัดการด้านงบประมาณจึงมีความสำคัญต่อการจัดบริการด้านสุขภาพ ของสถานีอนามัย เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลประกอบการพิจารณาด้านการเงินการคลัง ของสถานีอนามัย ตลอดจนการตัดสินใจของผู้บริหารและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง จึงได้ ทำการศึกษาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2549 ในครั้งนี้ขึ้น

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 ศึกษาการจัดสรรงบประมาณโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 2.2 ศึกษาประเภทรายรับ ประเภทรายจ่าย เงินบำรุงของสถานีอนามัย
- 2.3 ศึกษาปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ของสถานีอนามัย
- 2.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของสถานีอนามัย กับปริมาณ การให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. คำถามงานวิจัย

- 4.1 สถานเอนามัยได้รับการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพปี 2549 อย่างไร
- 4.2 สถานเอนามัยมีรายรับรายจ่ายเงินบำรุงของสถานเอนามัยประเภทใดบ้าง อย่างไร
- 4.3 สถานเอนามัยให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ เป็นปริมาณเท่าไร
- 4.4 ลักษณะของสถานเอนามัยมีความสัมพันธ์กับปริมาณการให้บริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะข้อมูลของสถานื่อนามัยในจังหวัดยโสธร โดยใช้ข้อมูล ปีงบประมาณ 2549 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 กันยายน 2549 ทำการศึกษาจากรายงานฐานข้อมูล 18 แฟ้ม รายงาน 0110 รง.5 และรายงานการรับจ่ายเงินบำรุงของแต่ละสถานื่อนามัย

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 สถานื่อนามัย หมายถึง สถานื่อนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ที่อยู่ในการกำกับดูแล ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดยโสธร โดยแบ่งสถานื่อนามัยออกเป็น 3 ขนาด ดังนี้

6.1.1 สถานื่อนามัยขนาดเล็ก คือ สถานื่อนามัยที่มีประชากรขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่เกิน 4,000 คน

6.1.2 สถานื่อนามัยขนาดกลาง คือ สถานื่อนามัยที่มีประชากรขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4,001 – 8,000 คน

6.1.3 สถานื่อนามัยขนาดใหญ่ คือ สถานื่อนามัยที่มีประชากรขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ 8,001 คนขึ้นไป

6.2 การจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง เงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage:UC) ตามจำนวนที่ผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานื่อนามัยแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งได้รับการจัดสรรเงินเป็นงวดๆ เป็นค่าใช้จ่ายประจำ ค่าจ้างนักเรียนทุน ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และค่ายาและเวชภัณฑ์ รวมถึงเงินสนับสนุนเพื่อความมั่นคง (Contingency Fund:CF) ซึ่งโรงพยาบาลเป็นสถานบริการคู่สัญญา (CUP) และมีภาระต้องจัดสรรให้สถานื่อนามัย ซึ่งเป็นสถานบริการลูกข่าย (PCU)

6.3 บุคลากรวิชาชีพประจำสถานื่อนามัย หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้าง ในตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริการงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมชุมชน ที่ปฏิบัติงานในสถานื่อนามัย

6.4 ประเภทรายรับเงินบำรุงของสถานื่อนามัย หมายถึง จำนวนงบประมาณ หรือเงินบำรุงที่สถานื่อนามัยได้รับแยกจำแนกตามประเภทแหล่งที่มาของจำนวนงบประมาณ หรือเงินบำรุงที่สถานื่อนามัยได้รับตลอดปีงบประมาณ 2549 ดังนี้

6.4.1 รายรับค่ารักษาพยาบาล ที่ได้รับการจัดสรรตามโครงการ UC

- จัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าใช้จ่ายประจำของสถานื่อนามัย
- จัดสรรสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- จัดสรรช่วยเหลือเพิ่มเติม (CF)
- จัดสรรสำหรับเป็นค่าจ้างนักเรียนทุน

6.4.2 รายรับค่ารักษาพยาบาลอื่น

- ชำระเงินเอง
- เบิกจากต้นสังกัด/เบิกจากคลัง
- รายได้จากค่าธรรมเนียม 30 บาท

6.4.3 รายได้อื่น

- ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร
- เงินสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น
- เงินบริจาค

6.5 ประเภทรายจ่ายเงินบำรุงของสถานื่อนามัย หมายถึง จำนวนงบประมาณ หรือเงินบำรุงที่สถานื่อนามัยได้รับ และจ่ายไปแยกจำแนกตามประเภทการจ่ายของจำนวนงบประมาณหรือเงินบำรุงที่สถานื่อนามัยจ่ายไปตลอดปีงบประมาณ 2549 ดังนี้

6.5.1 รายจ่ายด้านบุคลากร

- ค่าจ้างชั่วคราว
- ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรอื่น (งบกลาง)
- เงินสมทบประกันสังคม

6.5.2 ค่าตอบแทน

- ค่าตอบแทนอื่น
- ค่าตอบแทนปฏิบัติงานรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ

6.5.3 ค่าใช้สอย

- ค่าใช้จ่ายในการสัมมนาและฝึกอบรม
- ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

- ค่าจ้างเหมาบริการ ได้แก่ ค่าจ้างเหมาบริการทำความสะอาด ค่าจ้าง
เหมาบริการถ่ายเอกสาร ค่าจ้างเหมาบริการปรับปรุงซ่อมแซมครุภัณฑ์และ สิ่งก่อสร้าง

6.5.4 ค่าวัสดุ

- วัสดุสำนักงาน/แบบพิมพ์
- วัสดุงานบ้านงานครัว
- วัสดุคอมพิวเตอร์
- วัสดุก่อสร้าง
- วัสดุไฟฟ้าและวิทยุ
- วัสดุเชื้อเพลิงและหล่อลื่น
- วัสดุการเกษตร
- วัสดุอื่น ๆ ตามรายการจำแนกวัสดุสำนักงานประมาณ

6.5.5 ค่าสาธารณูปโภค

6.5.6 ค่าครุภัณฑ์

6.5.7 ค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง

6.6 การรักษาพยาบาล หมายถึง การจัดให้บริการรักษาพยาบาลตามขอบเขตหน้าที่
ของสถานีนามัยทั้งในและนอกสถานีนามัย โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการลงในโปรแกรม
ฐานข้อมูลในสถานีนามัย (Health Center Information System:HCIS)

6.7 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ หมายถึง การให้บริการด้าน
สุขภาพในงานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรค งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ งานเวชปฏิบัติครอบครัว หรืองานอื่น ๆ ที่ให้บริการ
ประชาชนด้านสุขภาพทั้งในสถานีนามัยหรือในชุมชน บันทึกข้อมูลการให้บริการลงใน
โปรแกรมฐานข้อมูลในสถานีนามัย (HCIS)

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

- 7.1 ทำให้ทราบการจัดสรรงบประมาณ โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2549 สำหรับสถานีนอนามัย
- 7.2 ทำให้ทราบรายรับ รายจ่าย และจำนวนเงินคงเหลือของสถานีนอนามัย
- 7.3 ทำให้ทราบปริมาณการให้บริการของสถานีนอนามัย
- 7.4 ทำให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของสถานีนอนามัย กับปริมาณการให้บริการ
สุขภาพด้านต่าง ๆ
- 7.5 สามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงในการบริหารงบประมาณของ
สถานีนอนามัย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานือนามัยและบทบาทหน้าที่ของสถานือนามัย

ส่วนที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 ระบบงบประมาณ

ส่วนที่ 4 แนวทางการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานือนามัยและบทบาทหน้าที่ของสถานือนามัย

1.1 ประวัติความเป็นมาของสถานือนามัย (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคนอื่น ๆ 2539 : 12)

ปี พ.ศ.2456 มีการจัดตั้ง “โอสถสภา” (บางแห่งเรียก โอสถศาลา หรือ โอสถสถาน) ขึ้นในบางจังหวัดให้เป็นทั้งสถานที่บำบัดโรคและสำนักงานของแพทย์สาธารณสุข ต่อมาใน พ.ศ.2475 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สุขศาลา” ระหว่างที่เป็น “สุขศาลา” อยู่นั้น ในท้องถิ่นที่เป็นชุมชนหนาแน่น ราชการจัดส่งแพทย์ไปประจำเพื่อให้บริการแก่ประชาชน “สุขศาลา” ประเภทนี้เรียกว่า เป็น “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ส่วนที่ไม่มีแพทย์ประจำเรียกว่า “สุขศาลาชั้นสอง”

ปี พ.ศ.2485 เมื่อมีการสถาปนาระทรวงสาธารณสุขมีการโอน “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดและอำเภอใหญ่ ๆ ไปสังกัดกรมการแพทย์ โดยนำไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลอำเภอ บางส่วนโอนให้เทศบาลรับไปดำเนินการ สำหรับ “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ที่ไม่ได้โอนไปอยู่กับเทศบาลและไม่ได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลได้อยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ.2497 “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” เหล่านี้ได้พัฒนามาเป็น “สถานือนามัยชั้นหนึ่ง”

ปี พ.ศ.2515 พัฒนาเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท” ปี พ.ศ.2517 เปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัย” ปี 2518 เปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลอำเภอ” และต่อมาปี พ.ศ.2525 เปลี่ยนเป็น “โรงพยาบาลชุมชน” จนถึงปัจจุบัน

สำหรับ “สุขศาลาชั้นสอง” ได้อยู่ในความดูแลของกรมอนามัย ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ.2495 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สถานอนามัยชั้นสอง” และในปี พ.ศ.2515 ได้เปลี่ยนเป็น “สถานอนามัย” มาถึงปัจจุบัน

1.2 การจัดองค์กร

โครงสร้างองค์กรของสถานอนามัย เมื่อพิจารณาตามกลุ่มบุคลากรจะไม่มีแบ่งโครงสร้างภายในอย่างเป็นทางการแต่เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างอาคาร ศักยภาพการบริการสถานอนามัย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ สถานอนามัยขนาดใหญ่ และสถานอนามัยทั่วไป สถานอนามัยทั้ง 2 ลักษณะมีกรอบอัตรากำลังเช่นเดียวกัน คือ มีจำนวนบุคลากร 5 คน ดังนี้

1.3 กรอบอัตรากำลังบุคลากร

หัวหน้าสถานอนามัย (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 5 – 6)	1	อัตรา
นักวิชาการสาธารณสุข 3 – 5 หรือ 6 ว. หรือ 7 ว.	1	อัตรา
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 – 4 หรือ 5	2	อัตรา
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 – 4 หรือ 5 หรือ		
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 2 – 4 หรือ 5	1	อัตรา

1.4 ความรับผิดชอบของสถานอนามัยและบทบาทหน้าที่ของสถานอนามัย

(กองสาธารณสุขภูมิภาค พ.ศ.2535 : 2 – 5)

สถานอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยเป็นสถานบริการสาธารณสุขประจำตำบล ในการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย วางแผน และบริการการพัฒนาการบริการสาธารณสุขระดับตำบล ตลอดจนต้องมีบทบาทให้บริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ กรณีไม่มีโรงพยาบาลชุมชน ในอำเภอหรือกิ่งอำเภอนั้น ในปัจจุบันมีการจัดแบ่งสถานอนามัยเป็น 2 ลักษณะตามโครงสร้างและขีดความสามารถในการบริการประชาชน คือ สถานอนามัยทั่วไป รับผิดชอบเฉพาะประชากรในเขตพื้นที่ที่กำหนดและยังเป็นสถานอนามัยขนาดใหญ่ซึ่งรับผิดชอบประชาชนในเขตพื้นที่ที่กำหนดและยังเป็นสถานอนามัยพี่เลี้ยง สนับสนุนทางการบริการบริหารและวิชาการแก่สถานอนามัยทั่วไป

สถานีนอนามัยมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังนี้

1.4.1 งานบริการสาธารณสุขผสมผสาน ให้บริการและพัฒนาคุณภาพการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งในสถานีนอนามัยและในชุมชน ครอบคลุม 4 กลุ่มงาน ดังนี้คือ

1) งานส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการพัฒนากิจกรรมเชิงรุกที่เหมาะสมได้แก่

(1) การบริการอนามัยแม่และเด็ก ให้การดูแลแม่ตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนดูแลเด็ก 0 - 5 ปี ในด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการของเด็ก และเฝ้าระวังวินิจฉัยความผิดปกติทางพัฒนาการเบื้องต้น (Screening) เพื่อให้การบำบัดทันที่ทั้งด้านโภชนาการ ทั้งค้นหา เฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ เด็ก 0 - 5 ปี และเด็กวัยเรียน

(2) การบริการวางแผนครอบครัวและพัฒนาคุณภาพประชากร ให้บริการวางแผนครอบครัวในสถานบริการ ตลอดจนค้นหาติดตาม และรณรงค์วางแผนครอบครัว และเสริมสร้างคุณภาพประชากรให้ครอบคลุมเป้าหมาย

(3) การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน ให้บริการอนามัยเด็กวัยเรียนวางแผนและให้บริการอนามัยในโรงเรียนที่รับผิดชอบ และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้บริการรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการเด็กในวัยเรียน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพแก่เยาวชนนอกระบบโรงเรียน

(4) การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายแก่บุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

(5) การบริการทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนทั่วไปในเขตรับผิดชอบให้การสนับสนุนประชาชน และชุมชน ในการพัฒนางานทันตกรรมป้องกันและบำบัดเบื้องต้น ตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานตลอดจนการพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัคร

(6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ทราบข่าวสารที่ถูกต้องสามารถเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัยมีคุณภาพได้มาตรฐานเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายและได้มาตรฐานตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มคุ้มครอง

2) งานรักษาพยาบาล ดำเนินการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Primary care) และ การรักษาพยาบาลขั้นต้น (First aids) โดยการบริการสาธารณสุข แบบองค์รวม (Holistic care) และ ดำเนินการด้านเวชภัณฑ์ยาต่าง ๆ โดยมีขอบเขตงานดังนี้

(1) ดำเนินการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการรักษาพยาบาลขั้นต้น ตลอด 24 ชั่วโมง ได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนซึ่งมีความแตกต่าง เช่น ชุมชนเขต เมือง เขตอุตสาหกรรม เขตชนบททุรกันดาร และตามโรคประจำถิ่น โดยสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มี อาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ จักระบบส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม นอกจากนั้นแล้วสามารถ ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการในชุมชนอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้ง พัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

(2) ดำเนินการชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการคัดกรองการเจ็บป่วย และเฝ้าระวังความรุนแรงของโรคเรื้อรัง เช่น โรควัณโรค โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง โรคพยาธิ โรคเลือดบางชนิด โรคอุจจาระร่วม โรคไขข้ออักเสบ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(3) จัดบริการแพทย์แผนไทย ให้เป็นทางเลือกสำหรับประชาชนในการ รักษาพยาบาล

(4) วางแผนการควบคุมและกำกับ การใช้และการหมุนเวียนการใช้ เวชภัณฑ์ยา รวมทั้งประสานการจัดระบบแลกเปลี่ยนและการจัดหาเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม

3) งานควบคุมและป้องกันโรค ดำเนินการเฝ้าระวังระดับวิทยาเพื่อ ควบคุมและป้องกันโรคทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด ดังต่อไปนี้ คือ

(1) การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการควบคุมและป้องกัน โรคติดต่อในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิเพื่อลดอัตราความชุกชุมและความรุนแรงของโรค โดยระบบการเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชากรเป้าหมายลด ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ให้สุขศึกษาและฝึกอบรมต่อประชาชน ครู นักเรียน การรณรงค์ทำลายแหล่ง นำโรค และพาหะนำโรคตามลักษณะของโรค ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มดังต่อไปนี้ คือ

ก. กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่ออาหารและน้ำ โรคหนองพยาธิ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก และโรคติดต่อระหว่างสัตว์ และคน

ข. กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลงหรือยุงเป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง

ค. กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัสโรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

ง. กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรน โปลิโอ บาดทะยัก ฯลฯ

(2) การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และการส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน และการพยาบาลในชุมชน ได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไปและโรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรม สภาวะสุขภาพจิต สารเสพติด และอื่น ๆ

(3) การสุขภาพบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยการเฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อมพัฒนาการใช้และมาตรฐานในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ได้แก่

(ก) การจัดหาน้ำสะอาด เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ได้บริโภคน้ำที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค

(ข) งานสุขภาพบาลสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมและให้บริการประชาชนในการปรับปรุงสุขภาพบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ โดยสนับสนุนให้มีและใช้ส้วมที่ถูกต้อง สุขภาพบาล การป้องกันกำจัดแมลง พาหนะนำโรคการกำจัดน้ำเสียจากบ้านเรือน การกำจัดขยะ การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือนทุกหลังคาเรือนตลอดจนการปรับปรุงสุขภาพสุขภาพสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและสถานประกอบการต่าง ๆ

(ค) งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบและเฝ้าระวังสภาพแวดล้อม ได้แก่ การปนเปื้อนสารเคมี และเชื้อโรคในแหล่งน้ำสาธารณะ ตลอดจนมลพิษในอากาศ

(ง) งานสุขภาพบาลอาหาร ส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย ปลูกฝังพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องสามารถพิทักษ์ผลประโยชน์และดูแลตนเองได้ รวมทั้งส่งเสริมให้สถานที่ปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารทั้งในชุมชนและโรงเรียน มีการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน หรือข้อกำหนดของสุขภาพบาลอาหาร

(4) งานอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้ประกอบการวิชาชีพทุกประเภท ตลอดจนป้องกันและควบคุมโรค และอุบัติเหตุ อันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ ส่งเสริมอาชีวอนามัยของแรงงานทั้งที่อยู่ในโรงงานและเร่ร่อน

4) งานฟื้นฟูสภาพดูแลผู้ป่วยพิการและผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติหรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และช่วยเหลือดูแลผู้พิการในชุมชนรับผิดชอบอย่างครอบคลุมเป้าหมาย

1.4.2 งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1) งานสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน ถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุข และพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ สนับสนุนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ และบริการการพัฒนาสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรชุมชน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ด้านทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนวิชาการ ในการแก้ไขปัญหาโดยกระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน

2) งานพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขของชุมชน ประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญและวินิจฉัยปัญหาชุมชนการจัดทำแผนแก้ปัญหาโดยการประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงสาธารณสุข และ องค์กรท้องถิ่นและภาคเอกชนดำเนินการตามแผนพัฒนาชนบทแห่งชาติ ตลอดจนการควบคุมกำกับ งานและประเมินผลความสำเร็จของงานเพื่อเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชาติ

3) งานพัฒนาให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพ แนะนำสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการประกันสุขภาพ และบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพของชุมชน

1.4.3 งานบริหาร

1) การบริหารงานทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชี การเจ้าหน้าที่ การพัสดุ และยานพาหนะ การปรับปรุงและซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ การสนับสนุนทักษะทางการบริการแก่ผู้บริหารกองทุนการพัฒนาของชุมชน

2) การประสานงานและประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับหน่วยงาน 6 กระทรวงหลัก องค์กรท้องถิ่น องค์กรเอกชนและเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงานให้เป็นที่แพร่หลายในทุกกระดับ ตลอดจนสนับสนุนสื่อแก่หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

3) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบสาธารณสุข สนับสนุนการจัดการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสถานีอนามัย และพัฒนาระบบการสาธารณสุขของชุมชน

4) การดำเนินงานทางกฎหมาย ทำหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ควบคุมเฝ้าระวังเหตุที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนตามกฎหมายอื่น และงานนิติเวชในพื้นที่ที่ไม่มีแพทย์ประจำ

1.4.4 งานแผนงานและวิชาการ

1) การวางแผนและประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลและร่วมในการจัดทำพัฒนาสาธารณสุขระดับตำบลให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน รวมทั้งวางแผนปฏิบัติการจัดทำรายงาน พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ติดตามและประเมินผลงาน/โครงการ และปรับเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม

2) การวิจัย ดำเนินการศึกษาวิจัย วิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการและสภาพสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่าง ๆ ในพื้นที่เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข และพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

3) พัฒนานุเคราะห์ ส่งเสริมการพัฒนาคความรู้เจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัย และฝึกอบรมด้านสาธารณสุขแก่ นักศึกษาสาธารณสุข ประชาชน และอาสาสมัครต่าง ๆ

4) นิเทศ ดำเนินการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ ดำเนินการนิเทศ ติดตาม กำกับการพัฒนาสถานีอนามัยในเครือข่าย

5) พัฒนาแหล่งวิชาการ ดำเนินการจัดทำและจัดหาเอกสาร หนังสือวารสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขและจัดเป็นสถานที่ศึกษาค้นคว้า สำหรับเจ้าหน้าที่และประชาชน

1.4.5 งานอื่นๆ เป็นงานหรือโครงการพิเศษที่ได้รับมอบหมายเป็นการเฉพาะจากจังหวัดหรือมิได้ดำเนินการเป็นการประจำ

จะเห็นได้ว่า สถานีอนามัยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนไทยมาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เป็นหน่วยงานขนาดเล็กของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในระดับตำบล หมู่บ้านที่มีบทบาทในการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และรักษาพยาบาลเบื้องต้น สนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาคุณภาพชีวิต งานบริหารงานแผนงานและวิชาการ ถึงแม้สถานีอนามัยมีภาระหน้าที่รับผิดชอบมากมายแต่ก็ได้พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังจะได้กล่าวถึงสถานีอนามัยได้พัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนต่อไป

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชน ขั้นพื้นฐานที่มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวมผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการโดยสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้ เพื่อการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2545 : 3)

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน

บริการปฐมภูมิกับแนวคิด บริการด้านแรก การสาธารณสุขมูลฐานและเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีความเชื่อมโยงและซ้อนกันอยู่อย่างแยกไม่ออก หากมองที่ลำดับขั้นของบริการสุขภาพ บริการปฐมภูมิก็คือหมายถึง บริการด้านแรกในมุมมองของสถานพยาบาล ในขณะที่มองถึงเนื้อหาของบริการสุขภาพในการดูแลปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนในด้านการแพทย์ แต่มีความลึกซึ้งในเชิงความเข้าใจความเป็นคน ศาสตร์ที่นำมาใช้คือ เวชศาสตร์ครอบครัว ที่เน้นการประสานเชื่อมโยงในแนวราบ เน้นการสื่อสารการสร้างสัมพันธภาพกับประชาชน และการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ที่เข้ากับชีวิต

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care:PHC) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก มีความหมายเชื่อมโยงกับบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมไปถึงการจัดบริการที่เป็น “บริการด้านแรก” และเป็นกิจกรรมดำเนินการโดยประชาชนและชุมชนเองเป็นหลัก ซึ่งแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานถูกแปลงเป็นกิจกรรมในลักษณะของการมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดยแนวคิดดังกล่าวถูกเน้นไปที่กิจกรรมดำเนินการมากกว่าเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้บรรลุ แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดที่เป็นหลักการหรือปรัชญาสำคัญในการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้มีส่วนร่วม และมีการจัดบริการที่สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมของชุมชน และประชาชนเข้าถึงได้ ยังคงควรเป็นประเด็นสำคัญที่ยึดถือของทุกประเทศ จากประเด็นดังกล่าวจะเห็นว่า การบริการระดับปฐมภูมิ บริการเวชศาสตร์ครอบครัว หรือบริการด้านแรก และเวชศาสตร์ครอบครัวนั้นต่างมีขอบเขตที่ซ้อนและเชื่อมโยงกันภายใต้แนวคิดใหญ่ การสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นนำไปสู่เป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ประชาชนพึ่งตนเองได้ เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และยอมรับได้ทั้งในด้านสังคม และค่าใช้จ่าย

2.2 บริการปฐมภูมิกับแนวคิดสำคัญในการพัฒนาบริการ

แนวคิดการดูแลสุขภาพ : คุณภาพระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งสถานบริการ องค์ประกอบหลักของการดูแลสุขภาพของคนเรา แบ่งออกได้ 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ การให้บริการของสถานพยาบาลและการที่ประชาชนดูแลตนเอง หรือพึ่งตนเอง การดูแลสุขภาพของตนเองหรือการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย คือการดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปในขณะที่ไม่ป่วย ได้แก่ การกิน การนอน การพักผ่อน กับอีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงการช่วยเหลือตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพาบริการ และเมื่อเกิดเจ็บป่วยทางแก้คือพึ่งพาสถานพยาบาล ซึ่งในระบบแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ สิ่งที่สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุข คือ การสร้างคุณภาพระหว่างการประกอบสองส่วนนี้ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของระบบเพราะปัจจุบันกรอบของการให้บริการสาธารณสุขได้ถูกขยายใหญ่ขึ้น อาจจะไม่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งนี้พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและจากจำนวนสถานพยาบาลเอกชน หรือคลินิกที่ผุดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ บริการด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาลเหล่านี้ได้ขยายตัวเติบโตขึ้นจนทำให้นับวันประชาชนไทยก็จะยิ่งขาดแนวคิดและวิธีการในการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ นั่นคือแม้เพียงอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่สามารถดูแลและรักษาอาการด้วยตนเองได้ แต่ประชาชนจำนวนมาก ก็ยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ซึ่งหลายครั้งทำให้ต้องสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายครวละมาก ๆ แนวทางแก้ปัญหาจึงน่าจะเป็นการเปลี่ยนคุณภาพของการรับผิดชอบ โดยลดกรอบของการที่รัฐให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีขนาดเล็กลง แล้วส่งเสริมกรอบของการที่ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้นด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ต้องมีความพอเหมาะที่สมดุลกับความรู้ความสามารถของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ หรือเหมาะกับประชาชนแต่ละคน บริการระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ตามสภาพธรรมชาติของการเจ็บป่วยที่เป็นการเจ็บป่วยไม่รุนแรงหน่วยนี้หรือบริการระดับนี้ จึงเป็นหน่วยสำคัญหากได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้นจะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยการช่วยทำให้เกิดสมดุลระหว่างการพึ่งบริการและการพึ่งตนเอง ของประชาชนมากขึ้น รวมทั้งช่วยทำให้ประชาชนใช้บริการอย่างเหมาะสม ใช้บริการที่สะดวกมีคุณภาพใกล้บ้านก่อน ไม่ต้องตระเวนไปใช้บริการที่ต่าง ๆ โดยขาดความเข้าใจอันเป็นผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทั้งฝ่ายประชาชนและฝ่ายรัฐบาล

2.3 หลักการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ภายใต้แนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการ และยอมรับทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ระบุว่าบริการปฐมภูมิ หรือ Primary care มิใช่บริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้น แต่เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้านที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้วย แนวคิดแบบองค์รวม การบริการปฐมภูมิเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งนี้เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป โดยหน่วยบริการปฐมภูมิมิมีลักษณะสำคัญในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.3.1 เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

2.3.2 เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ

2.3.3 เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน

2.3.4 ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการจัดหาระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต

2.3.5 ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องรอบด้าน อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

2.4 เป้าหมายของบริการปฐมภูมิ

2.4.1 การให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ในระดับฉุกเฉินเบื้องต้น

2.4.2 การให้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคล ครอบครัว

2.4.3 ความสามารถในการร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทุกคน อันหมายถึง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม

2.4.4 ความสามารถในการรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกับประชาชนทั้งในเชิงรับและเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การติดตามสภาพะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชน ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างทันการ

2.4.5 การทำหน้าที่เป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 หน่วยงานที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดเป็นกลุ่มได้ 3 กลุ่ม คือ

2.5.1 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบ ผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้จะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่ประชาชนมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

2.5.2 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary care : CUS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการปฐมภูมิ สถานพยาบาลระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

2.5.3 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary care : CUT) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่าง ๆ

2.6 มาตรฐานทรัพยากรและการจัดการเพื่อการจัดระเบียบบริการปฐมภูมิ

สถานพยาบาลที่จะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ให้บริการภายใต้สถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มี คุณสมบัติดังต่อไปนี้

2.6.1 ชีตความสามารถ

- 1) มีการให้บริการผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ
- 2) มีบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา
- 3) มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานที่ควรทำเองได้และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว
- 4) มีระยะเวลาให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2.6.2 การจัดหน่วยบริการ (ที่ตั้ง และประชากรรับผิดชอบ)

หน่วยคู่สัญญาจะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชากรอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ (หนึ่งหน่วยคู่สัญญาอาจจัดให้มีหลายหน่วยบริการปฐมภูมิได้) และสถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก หรือหน่วยบริการปฐมภูมิรอง ต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที โดยรถยนต์ ในกรณีหน่วยคู่สัญญาเป็นโรงพยาบาล ในระยะปีแรกให้สามารถจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลได้ 1 จุดที่รับดูแลประชากรที่ขึ้นทะเบียนไม่เกิน 30,000 คน และให้มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 จุด ที่ดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ

2.6.3 ด้านบุคลากร

ต้องมีบุคลากรทั้งส่วนที่เป็นแพทย์และพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

- 1) มีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 : 1250 คน โดยที่มีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 : 5,000 คน และบุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75
- 2) ในระยะแรก ให้มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้บริการต่อเนื่องเต็มเวลา ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 10,000
- 3) ในพื้นที่ที่แพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติมจากข้อ 2 รวมเป็น

อัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 1,000 ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์ รวมทั้งหมดไม่เกิด 1 : 20,000 คน

4) มีทันตแพทย์ ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 : 20,000 คน ในพื้นที่ที่มี ทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีทันตภิบาล ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 20,000 ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ รวมทั้งหมดไม่เกิน 1 : 40,000 คน

5) มีเภสัชกร ทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดการ จัดเก็บ และบริหารเวชภัณฑ์ และระบบยาเพื่อการให้บริการในหน่วยปฐมภูมิเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง

2.6.4 ด้านการจัดการ

1) ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตามจัดระบบข้อมูล

2) ให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว เช่น ประชาชนได้รับบริการภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากมาถึงสถานพยาบาล

3) ให้ข้อมูลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

4) ให้มีระบบกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ

5) มีการจัดการด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.6.5 ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่

1) มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบป้องกันการติดเชื้อ

2) มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

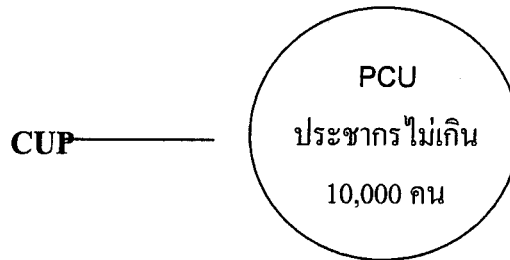
3) มีอาคารให้บริการที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียงตามเกณฑ์

2.6.7 มีระบบการเชื่อมต่อ และส่งต่อกับโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่สนับสนุนการบริการและด้านวิชาการได้อย่างต่อเนื่อง

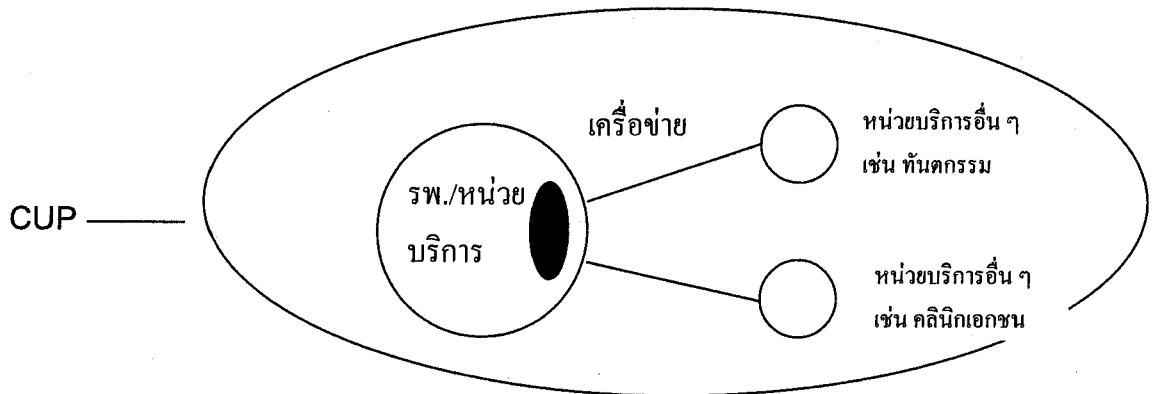
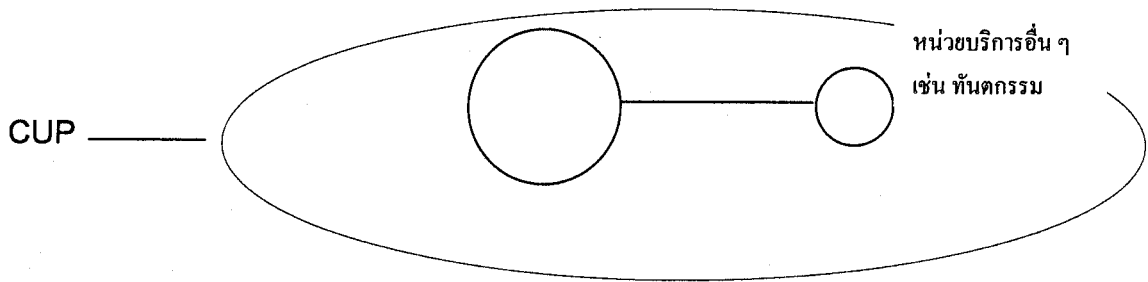
2.7 ลักษณะการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ลักษณะการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญา นั้นอาจมีรูปแบบการจัดได้หลายลักษณะ เช่น

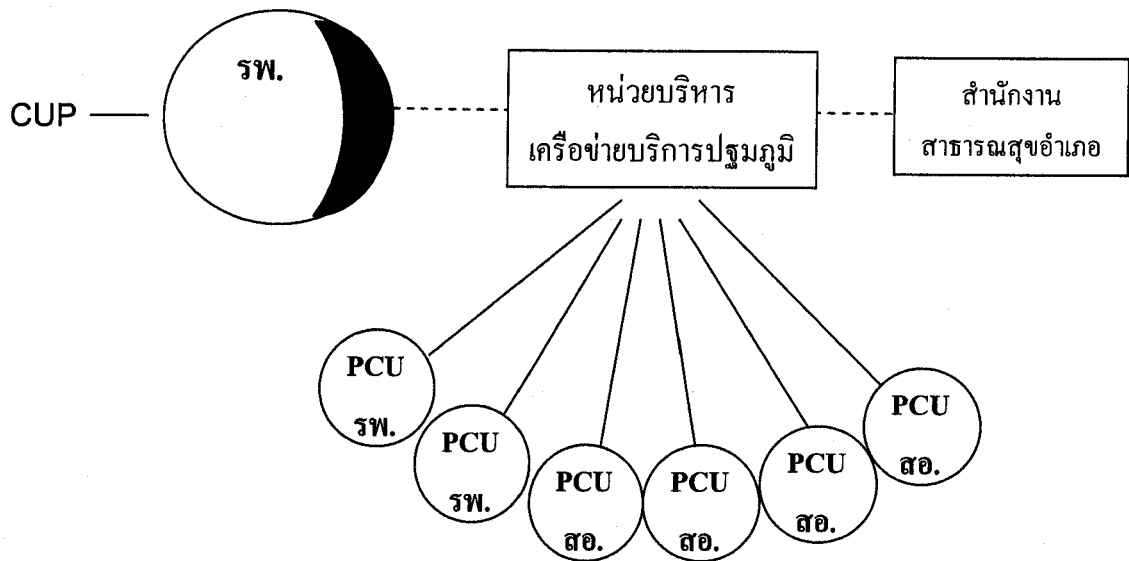
2.7.1 หน่วยบริการเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน



2.7.2 เป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ที่มีหน่วยคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการในภาพรวม โดยที่หน่วยนี้มีการมอบหมายให้หน่วยบริการย่อยอื่นในพื้นที่ให้บริการบางประเภท



2.7.3 เป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ที่มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจเป็นทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก และหน่วยบริการปฐมภูมิรอง ตั้งอยู่ในพื้นที่บริการทั้งอำเภอ โดยมีการให้บริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น กรณีของ โรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่ายร่วมกับสถานีอนามัยทั้งอำเภอ



2.7.4 ลักษณะบริการที่ให้แก่ประชาชน แบ่งเป็น

- 1) การให้บริการเป็นบริการผสมผสาน ที่ประกอบด้วยบริการด้านต่างๆ คือ
 - (1) ด้านการรักษาพยาบาล (บริการ ก.)
 - (2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (บริการ ส.)
 - (3) การให้บริการเชิงรุก (บริการ ชร.)
 - (4) บริการด้านทันตกรรม (บริการ ท.)
- 2) ลักษณะการจัดการในเครือข่ายปฐมภูมิ

การจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญานั้นอาจมีการจัดได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- (1) เป็นสถานพยาบาลเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน
- (2) เป็นเครือข่ายสถานพยาบาลที่มีหน่วยคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการในภาพรวมโดยที่หน่วยนี้มีการมอบหมายให้หน่วยบริการย่อยอื่นในการบริการบางประเภทภายในพื้นที่บริการหลัก
- (3) เป็นเครือข่ายสถานพยาบาลเช่นเดียวกับข้อ 2) แต่เครือข่ายหน่วยบริการย่อยตั้งอยู่ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่หลัก ทั้งนี้ต้องให้บริการได้ตรงตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

2.7.5 ภาพรวมของการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจจะมีการจัดบริการในหลายลักษณะ เช่น

- 1) เครื่องข่ายบริการปฐมภูมิมิเฉพาะบริการปฐมภูมิและสามารถเชื่อมต่อกับบริการทุติยภูมิและตติยภูมิได้โดยอิสระ แต่ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานที่หน่วยงานกลางกำหนด
- 2) เครื่องข่ายบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป็นเครื่องข่ายที่มีบริการทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิร่วมกัน โดยที่บริการแต่ละระดับต้องเป็นไปตามมาตรฐานกลาง และเครื่องข่ายนั้นไม่ควรใหญ่เกินไป
- 3) เครื่องข่ายบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นเครื่องข่ายที่มีบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยที่บริการแต่ละระดับเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานกลาง และเครื่องข่ายนั้นไม่ควรใหญ่เกินไป

2.8 องค์ประกอบของศูนย์สุขภาพชุมชน

2.8.1 องค์ประกอบด้านโครงสร้าง (Structure) ซึ่งอาจจะเกิดจากโครงสร้างเดิม เป็นสถานีนามัยหรือเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลที่สามารถจัดบริการเบ็ดเสร็จได้ด้วยตัวเอง (One Stop Service) หรืออาจเกิดจากการจัดตั้งหน่วยบริการในพื้นที่ที่ยังไม่มีหน่วยบริการเดิมมาก่อนเพื่อจัดบริการอย่างน้อยตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้

2.8.2 องค์ประกอบด้านหน้าที่ (Function) ที่ต้องมีในศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วยบริการและกิจกรรมด้านต่าง ๆ ตามกระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ดังนี้

- 1) ด้านบริหารจัดการ
- 2) ด้านบริการ
 - (1) กิจกรรมและบริการในชุมชน ได้แก่ การสำรวจชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การจัดกิจกรรมในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วม การแก้ไขปัญหาชุมชนแบบเชิงรุก ทั้งนี้ เพื่อให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ และเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน
 - (2) บริการในสถานบริการ ได้แก่ การจัดบริการให้เป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ศาสนาวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตในระดับตัวบุคคลและครอบครัวโดยมีทิศทางเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก
 - (3) บริการต่อเนื่อง เป็นการจัดการบริการที่เชื่อมโยงกับบริการหลักในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ต่อเนื่องของระบบบริการ เช่น การจัดให้มีระบบปรึกษาด้านสุขภาพ (Counseling) ระบบส่งต่อ (Referral System) ระบบเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

บริการโดยแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องอยู่ในระยะแรกอาจจัดให้แพทย์มีส่วนร่วมในศูนย์สุขภาพชุมชนรูปแบบหนึ่ง เช่น ให้บริการเป็นครั้งคราวคนเดิมในลักษณะแวะเยี่ยมให้คำปรึกษา (Consultation) เป็นประจำคนเดิมต่อเนื่องโดยไม่ได้ออกให้บริการ ทั้งนี้ เนื่องจากความจำเป็นด้านบุคลากร จึงกำหนดให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้พิจารณารูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับนิยามความหมายและทิศทางการดูแลสุขภาพข้างต้น

3) ด้านวิชาการ

2.9 มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

เพื่อให้การประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนมีทิศทางและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดมาตรฐานศักยภาพศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนี้

2.9.1 มาตรฐานด้านกิจกรรมในชุมชน

- 1) ประสานงานสนับสนุนประชาชนให้มีส่วนร่วมในการวางแผนทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตนเอง
- 2) สนับสนุนการจัดกิจกรรมสุขภาพที่ริเริ่มจากองค์การชุมชน
- 3) บริการเชิงรุกในชุมชนประเมินสภาวะสุขภาพของครอบครัว/ชุมชน และปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพเพื่อวางแผนและดำเนินการกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค
- 4) มีและใช้ Family Folder เพื่อการดูแลสุขภาพ
- 5) มีและใช้แฟ้มชุมชน (Community Folder)

2.9.2 มาตรฐานกิจกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน

- 1) รูปแบบบริการที่เห็นชัดเจนด้านการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม)
- 2) มีทีมสุขภาพให้บริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ
- 3) ทีมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการไปสู่การป้องกันปัญหาเสริมสร้างสุขภาพ (กาย จิต สังคม) ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องตามแนวทางการระบวนการมาตรฐานคู่มือ
- 4) มีระบบข้อมูล หรือ IT Software ที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย การติดตามและการส่งต่อได้สะดวก

5) บริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการ ที่ผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ เชื่อมต่อการบริการภายในเครือข่าย และการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ การมีบริการจัดบริการด้านทันตกรรม

6) มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เช่น บริการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังคลอด ดูแลสุขภาพเด็ก วางแผนครอบครัว พร้อมกับมีระบบติดตามความต่อเนื่องของการให้บริการ

7) บริการด้านการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน

8) บริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับ คุณภาพมาตรฐานยา

9) บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก

10) บริการทำคลอดเฉพาะการคลอดปกติในภาวะฉุกเฉิน บริการช่วยชีวิตฉุกเฉิน บริการผ่าตัดเล็ก

2.9.3 มาตรฐานบริการต่อเนื่อง

1) บริการให้คำปรึกษา

2) มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับ โดยจัดระบบให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

3) มีการบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การบริการ รวมทั้งติดตามเยี่ยมเพื่อทำความเข้าใจสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพให้แก่ครอบครัว และการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น

4) มีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล (Personal Record)

2.9.4 มาตรฐานการบริหารจัดการ

1) มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลตามสัดส่วนประชากร

2) มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง

3) บุคลากร มีค่านิยมความชำนาญการทำงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ หมายถึง กระบวนการทำงานที่เริ่มต้นจากการคิดวางแผนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นเป็นตัวตั้งในลักษณะผลผลิตและผลลัพธ์เป็น โดยกำหนดไว้เป็นเข็มมุ่ง (Shared Vision) ของทีมสุขภาพ

4) บุคลากรมีความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

5) มีแผนพัฒนา และติดตามประเมินผลงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

6) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบพื้นที่แบบบูรณาการ

- 7) ระบบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบมุ่งเน้นผลงาน
- 8) ระบบบริหารประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงความคุ้มค่า
- 9) จัดทำต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค
- 10) มาตรฐานงานบริหารจัดการ
- 11) ร่วมดำเนินงานกับหน่วยงานราชการ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคสร้างความเข้มแข็งชุมชน
- 12) แนวทาง กระบวนการ มาตรฐานคู่มือการให้บริการ
- 13) มีการพัฒนาหรือนวัตกรรมด้านต่าง ๆ ในศูนย์สุขภาพชุมชน
- 14) มีการดำเนินการวิจัยในพื้นที่จริง

2.10 บทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน จะต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนให้ชัดเจน โดยยึดประชาชนครอบครัวเป็นหลักในการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบซึ่งเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตามงาน กรม กองต่าง ๆ กระทรวงสาธารณสุข เช่น งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานสาธารณสุขมูลฐาน การยึดครอบครัวเป็นฐานที่จะต้องทำทุกกิจกรรมแบบองค์รวม (Holistic Care) และต่อเนื่อง (Ongoing หรือ Continuity) ส่วนการกำหนดบทบาทของการบริการภายในศูนย์สุขภาพชุมชนก็ให้กำหนด ตาม Macro Flow Chart เช่น การมอบหมายให้ทำหน้าที่ลงทะเบียน ตรวจคัดกรอง บริการหลัก บริการก่อนกลับบ้าน อื่น ๆ

การแบ่งบทบาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน : บทบาทของบุคลากรทั้งหมดในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ร่วมกันทำงานเป็นทีมในการให้บริการที่ผสมผสานแก่ประชาชนในความรับผิดชอบ ซึ่งในทางปฏิบัติจริงควรมีการแบ่งบทบาทร่วม และบทบาทเฉพาะของบุคลากรแต่ละคนหรือแต่ละวิชาชีพตามพื้นฐานความรู้ความสามารถ และความเป็นไปได้ในการทำงานจริง ได้แก่

2.10.1 แพทย์ มีความรับผิดชอบหลักในการกำกับคุณภาพบริการทางการแพทย์ ทั้งด้านการรักษา การดูแลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคพื้นฐานของหน่วยบริการ สำหรับบทบาทในการให้บริการดูแลรักษาโดยตรงนั้น ขึ้นกับจำนวนบุคลากรที่มีในพื้นที่นั้น หากมีแพทย์เพียงพอก็ควรมีบทบาทในการให้บริการด้วย แต่หากไม่พอก็ควรมีบทบาทในการร่วมให้บริการในบางวัน และที่สำคัญคือพัฒนาให้เจ้าหน้าที่ในทีมมีความรู้ ความสามารถแก้ปัญหาได้และร่วมรับผิดชอบกับทีมในผลลัพธ์บริการของหน่วยงานนั้น ๆ โดยแพทย์อาจมิได้ตรวจรักษาโดยตรง

(แต่หากเป็นสถานพยาบาลเอกชน ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจรักษา ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น เนื่องจากต้องดำเนินการตาม พรบ.สถานพยาบาล และ พรบ.ประกอบโรคศิลปะ) นอกจากนี้แพทย์ควรมีบทบาทช่วยสร้างศรัทธาให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงเริ่มต้น หมายถึง ถ้าเป็นหน่วยบริการที่ตั้งขึ้นใหม่ในเขตเมืองควรมีแพทย์ช่วยให้บริการในช่วงแรก พร้อมกับพัฒนาให้พยาบาล เจ้าหน้าที่ในหน่วยสามารถให้บริการแทนได้ตามมาตรฐาน จนกระทั่งประชาชนยอมรับ พยาบาล เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการแทนได้ในขอบเขตความสามารถ ค่อย ๆ ปรับเหมาะสมสำหรับบทบาทแพทย์ที่ไปสถานีอนามัยนั้น เจตนาคือการไปทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสามารถในการให้บริการได้ดีขึ้นในระยะยาว และเป็นที่ยอมรับของประชาชน นั่นหมายถึงไม่ได้มุ่งเน้นให้แพทย์ไปทำหน้าที่ให้บริการตรวจโรคเป็นหลัก จนกระทั่งประชาชนพึ่งแต่แพทย์ แต่ให้แพทย์เข้าไปเยี่ยมเยียนดูแลศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น ๆ มีขอบเขตความสามารถในการให้บริการอย่างไรสภาพการทำงานจริงที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นอย่างไร จะฝึกอบรมให้มีทักษะการดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอย่างไร ควรเข้าไปสอนเจ้าหน้าที่ในการตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งอาจให้บริการตรวจดูแลให้บริการทุกราย อาจเข้าไปช่วยดูแลขณะที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้บริการจริง ๆ เพื่อจะได้รู้ว่าเจ้าหน้าที่มีศักยภาพเพียงใด จะได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาได้เหมาะสม ดังนั้นแพทย์มีหน้าที่ 2 อย่าง คือ ให้บริการหรือเป็นที่ปรึกษา และพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้สามารถบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

2.10.2 พยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิมียบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของทีมให้บริการสุขภาพ และมีบทบาทรับผิดชอบหลักในด้านการพยาบาลของหน่วย รวมทั้งให้บริการทุกด้านอย่างผสมผสาน

- 1) ในกรณีที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยตรง พยาบาลวิชาชีพถือว่ามียบทบาทหลักในการดำเนินงานทั้งหมดของหน่วยบริการ
- 2) แต่ถ้าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นสถานีอนามัย จะต้องมีการตกลงบทบาทร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนว่าจะแบ่งบทบาทและความรับผิดชอบกันอย่างไร อาจจะมีขั้นตอนของการทำงาน เช่น ในช่วงแรกพยาบาลวิชาชีพอาจมีบทบาทในการจัดระบบเครื่องมือที่เกี่ยวกับระบบ Sterile การจัดเครื่องมือในการทำแผล ผ่าตัดเล็ก การพยาบาลต่าง ๆ ช่วยเพิ่มความรู้ด้านนี้แก่เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ขึ้นต่อไปพยาบาลอาจมีบทบาทในการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งด้านการตรวจรักษาโรค และบริการส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการในศูนย์สุขภาพทั้งด้านการตรวจรักษาโรค และบริการส่งเสริมสุขภาพในสถานีอนามัย พร้อม ๆ กับการออกไปเยี่ยมบ้านลงชุมชนดูแลสุขภาพพื้นที่เพื่อให้รู้จักชุมชน และสามารถร่วมให้บริการในชุมชนในระยะต่อไป

2.10.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มีบทบาทหลักในการดำเนินงาน ให้บริการผสมผสานทุกด้านแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ และมีบทบาทหลักในการประเมิน สภาพชุมชนอย่างรอบด้านและทำหน้าที่เป็นหมอประจำครอบครัวด้วยการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้เป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต้องปฏิบัติตัว เป็นหมอประจำครอบครัวด้วย โดยหมอประจำครอบครัวมีกิจกรรมรับผิดชอบต่อครอบครัวดังนี้

1) เป็นที่ปรึกษาของครอบครัวและเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพให้ความรู้ คำแนะนำแก่ครอบครัว ถ้าครอบครัวนั้นมีปัญหาด้านสุขภาพจะต้องคิดถึงหมอประจำครอบครัว ก่อนไปรับบริการที่ใด ๆ

2) เป็นผู้ดูแลสุขภาพของครอบครัวโดยเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวโดย

(1) จัดทำแฟ้มครอบครัว เพื่อการติดตามส่งเสริมสนับสนุนดูแลสุขภาพสมาชิก ในครอบครัว เพื่อให้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่องผสมผสานบูรณาการ

(2) เยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจครอบครัว และสร้างสัมพันธภาพและประเมิน ศักยภาพ ปัญหาความต้องการของครอบครัว

(3) วิเคราะห์ ประเมินสภาพครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

(4) เยี่ยมบ้านต่อเนื่อง และให้บริการผสมผสานตามสภาพปัญหา ความต้องการ

(5) เป็นผู้ประสานงานของครอบครัว ในการติดตามผลการรักษา การประสานงานกรณีส่งต่อประสานทีมสุขภาพเพื่อการติดตามความต่อเนื่องในการรักษา และ ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

3) เป็นผู้ประสานงานของครอบครัว ในการติดตามผลการรักษา การประสานงานกรณีส่งต่อประสานทีมสุขภาพเพื่อการติดตามความต่อเนื่องในการรักษา และ ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

จากการพัฒนาสถานีอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยจึงเป็นหน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิที่มีลักษณะที่เพิ่มจากสถานีอนามัย เป็นการผสมผสานแนวคิดหลักการสาธารณสุข มูลฐานและเวชศาสตร์ครอบครัวที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม เป็นบริการสุขภาพ ด้านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ เน้นบทบาท การให้บริการสุขภาพในเชิงรุก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพ การพึ่งตนเองของประชาชน ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย

และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการที่ต่อเนื่อง รอบด้าน อาทิ สถานพยาบาล เฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครอง ท้องถิ่น มีเป้าหมายในการบริการ บุคลากรมีจำนวนเพิ่มขึ้น ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัตริกร ทำให้มีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น จัดบริการให้ได้มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน และมีการกำหนดบทบาทของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน ในการจัดบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีคุณภาพและยั่งยืนได้นั้น งบประมาณสนับสนุนก็มีความสำคัญมาก ดังจะกล่าวถึงในลำดับต่อไป

3. ระบบงบประมาณ

3.1 ระบบงบประมาณทั่วไป

3.1.1 งบประมาณ (Budget) หมายถึง งบการเงินที่ได้มีการประมาณการรายรับและรายจ่ายเอาไว้เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการขององค์กรในระยะเวลาที่กำหนด คำว่า “Budget” มาจากภาษาฝรั่งเศสโบราณว่า “Bougette” หมายถึง ถุงเงิน หรือกระเป๋าใส่เงินเพื่อใช้จ่าย สำหรับคำว่า “งบประมาณ” ไม่ปรากฏว่ามีกฎหมายใดกำหนดคำนิยามความหมายไว้ จึงมีผู้แสดง อรรถาธิบายไว้หลายประการ (มานพ พรหมณโชติ และคณะ, 2543 : 1)

ในส่วนที่เป็นการคลังภาครัฐ หากกล่าวถึงงบประมาณจะหมายถึง งบประมาณแผ่นดิน (Government Budget หรือ Public Budget) ซึ่งก็คือเป็นแผนงานบัญชีรายรับ – รายจ่ายของประเทศในการบริหารราชการแผ่นดินในกำหนดระยะเวลา 1 ปี โดยกำหนดจำนวนเงิน ค่าใช้จ่ายของแต่ละรายการว่าจะต้องใช้จ่ายเงินเท่าใด และจะหาเงินจากทางใดเพื่อมาใช้จ่ายในแต่ละ รายการนั้น (มานพ พรหมณโชติ และคณะ, 2543 : 1)

3.1.2 ความเป็นมาของงบประมาณ

ภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราช มาเป็นระบอบประชาธิปไตยที่มีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นพระประมุขภายใต้รัฐธรรมนูญแล้ว ได้มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.วิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2476 นับว่าเป็น พ.ร.บ.ฉบับแรกของไทย ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสยาม พ.ศ.2475 มาตรา 37 ที่บัญญัติว่า “งบประมาณแผ่นดินประจำปีทำนองว่าต้องตราขึ้นเป็นพระราชบัญญัติ และถ้าพระราชบัญญัติออกไม่ทันปีใหม่ ทำนให้ใช้พระราชบัญญัติงบประมาณปีก่อนนี้ไปพลาง”

ต่อมาเมื่อมีการแก้ไข พ.ร.บ. นี้รวม 6 ครั้ง จนกระทั่งได้มีการตรา พ.ร.บ. วิธีการงบประมาณ พ.ศ.2499 ขึ้นใหม่ และในที่สุดก็ถูกยกเลิกโดย พ.ร.บ.วิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2502 ที่มีผลบังคับใช้จนถึงปัจจุบัน

3.1.3 ความสำคัญของงบประมาณ

ในกรณีของงบประมาณแผ่นดิน มีความสำคัญจำแนกโดยสังเขป ได้ 5 ประการ คือ

- 1) เป็นเครื่องมือของรัฐบาลในด้านนโยบายการคลัง (รายรับ – รายจ่าย)
- 2) เป็นเครื่องมือของรัฐบาลในด้านเศรษฐกิจเพื่อรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจให้มั่นคง
- 3) เป็นเครื่องมือของรัฐบาลกำหนดงานของหน่วยราชการให้สอดคล้องกับทรัพยากร
- 4) เป็นสื่อสร้างความเข้าใจและสัมพันธภาพระหว่างฝ่ายนิติบัญญัติกับฝ่ายบริหาร
- 5) เป็นเครื่องมือชี้วัดประสิทธิภาพในการดำเนินงานของรัฐ

3.1.4 ประเภทของระบบงบประมาณ

งบประมาณในปัจจุบันมี 3 ระบบใหญ่ ๆ คือ

- 1) ระบบงบประมาณแบบแสดงรายการ (Line – Item Budgeting) เป็นงบประมาณที่มีคุณลักษณะเน้นค่าใช้จ่ายมากกว่าวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงานและเน้นการควบคุมค่าใช้จ่าย (Input) ของหมวดรายจ่าย เช่น เงินเดือน ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าครุภัณฑ์ ค่าก่อสร้าง ฯลฯ
- 2) ระบบงบประมาณแบบแสดงผลงาน (Performance Budgeting) เป็นงบประมาณที่มีคุณลักษณะเน้นผลการดำเนินงานเทียบกับวัตถุประสงค์และเป้าหมาย, นำเอาการวางแผนมาใช้แต่เป็นแผนระยะสั้น 1 ปี และเน้นการควบคุมในระดับผลิต (Output) ของกิจกรรม
- 3) ระบบงบประมาณแบบแสดงแผนงาน (Planning Programming Budgeting System) เป็นงบประมาณที่มีคุณลักษณะ การวางแผนระยะยาว 5 ปี, การจัดแผนงาน, การจัดสรรงบประมาณให้เชื่อมโยงสอดคล้องสมดุลกันระหว่างแผนงาน งาน/โครงการกับวัตถุประสงค์และเป้าหมาย และการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายเทียบกับผลตอบแทนอย่างเป็นระบบเพื่อให้แน่ใจว่าคุ้มค่า และเน้นการควบคุมในระดับผลลัพธ์ (Outcome) ของแผนงาน

3.1.5 การวางแผนงบประมาณ

การจัดทำงบประมาณของประเทศไทยในปัจจุบันมีจุดเริ่มต้นที่การวางแผนงบประมาณ (Budget Planning) ซึ่งเป็นการสร้างความเชื่อมโยงของเศรษฐกิจในภาพรวม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนปฏิบัติการของกระทรวงและงบประมาณรายจ่ายประจำปี

ขั้นตอนสำคัญของการวางแผนในวงจรงบประมาณนั้น แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การกำหนดนโยบายงบประมาณ (ขาดดุล/เกินดุล/สมดุล)
 - 2) การจัดลำดับความสำคัญของรายจ่ายและนโยบายการจัดสรรงบประมาณ
 - 3) การแปลงแผนดังกล่าวข้างต้น ไปสู่การกำหนดวงเงินงบประมาณรายกระทรวง
 - 4) การจัดสรรงบประมาณรายกระทรวงไปสู่กรมต่าง ๆ ในกระทรวงนั้น
- ในขั้นตอนต่าง ๆ เหล่านี้ เรื่องที่ต้องผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี ได้แก่
- (1) การตัดสินใจในเรื่องการกำหนดนโยบายงบประมาณ (ขาดดุล/เกินดุล/สมดุล)
 - (2) การตัดสินใจในเรื่องการเรียงลำดับความสำคัญของรายจ่ายและนโยบายการจัดสรรงบประมาณ
 - (3) การตัดสินใจในเรื่องการกำหนดวงเงินงบประมาณรายจ่ายแต่ละกระทรวง

3.1.6 วงจรงบประมาณ (มานพ พรหมณ โชติ และคณะ, 2543 : 35)

วงจรงบประมาณ (Budget Cycle) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การจัดทำงบประมาณ (Budget Preparation)
- 2) การอนุมัติงบประมาณ (Budget Adoption)
- 3) การบริหารงบประมาณ (Budget Execution)

ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำงบประมาณ มีลำดับขั้นตอนดังนี้

- (1) กำหนดประมาณการรายรับ ประมาณการรายจ่าย หรือวงเงินงบประมาณ โดยพิจารณาร่วมกันของ 4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงการคลัง สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และธนาคารแห่งประเทศไทย

(2) สำนักงานประมาณและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอแนวนโยบายงบประมาณต่อคณะรัฐมนตรี

(3) คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ นโยบายงบประมาณและกำหนดวงเงินงบประมาณรายจ่ายรายกระทรวง

(4) รัฐมนตรีแจ้งส่วนราชการในกระทรวงให้ทราบนโยบายและให้จัดทำคำของบประมาณเพื่อให้สำนักงานประมาณพิจารณา ระยะเวลาจัดทำงบประมาณในช่วงประมาณเดือนธันวาคมถึงเดือนมกราคม

(5) สำนักงานประมาณพิจารณาแบบคำของบประมาณที่ส่วนราชการเสนอมาต่อคณะรัฐมนตรีโดยใช้ระยะเวลาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน

(6) คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบและนำร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีเสนอต่อรัฐสภา ระยะเวลาในการพิจารณาอยู่ในช่วงเดือนพฤษภาคม ระยะเวลาในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีเป็นไปตามปฏิทินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ

การจำแนกงบประมาณรายจ่าย งบประมาณรายจ่ายอาจจำแนกเป็น 3 แบบ ได้แก่

1. การจำแนกตามโครงสร้างแผนงาน
2. การจำแนกตามลักษณะงานและลักษณะเศรษฐกิจ
3. การจำแนกตามหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 2 การอนุมัติงบประมาณ มีลำดับขั้นตอนดังนี้

กระบวนการอนุมัติงบประมาณในปัจจุบัน สรุปได้ดังนี้

(1) สำนักงานประมาณเสนอร่างงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาเห็นชอบ

(2) หลังจากทีคณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นชอบ นายกรัฐมนตรีจะนำร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี เสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรเพื่อพิจารณา

(3) สภาผู้แทนราษฎรพิจารณาร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีโดยแบ่งออกเป็น 3 วาระ

วาระที่ 1 เป็นการพิจารณารับหลักการแห่งพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี และตั้งคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี จำนวนทั้งสิ้น 57 คน ประกอบด้วยสมาชิกจากพรรคการเมืองที่เป็นรัฐบาลและฝ่ายค้าน โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นประธานและผู้อำนวยการสำนักงานประมาณเป็นเลขาธิการคณะกรรมการดังนี้

วาระที่ 2 เป็นการพิจารณาโดยคณะกรรมการ พิจารณารายละเอียดงบประมาณของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจจะต้องชี้แจง อธิบายการตั้งงบประมาณของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจต่อคณะกรรมการฯ ดังกล่าว และสภาผู้แทนราษฎรเต็มสภาโดยเรียงมาตราอาจมีการลงมติเพื่อแก้ไข และ

วาระที่ 3 เป็นการพิจารณาอนุมัติให้ใช้เป็นกฎหมาย โดยไม่มีการอภิปรายเพิ่มเติมอีก ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติมและร่างพระราชบัญญัติโอนงบประมาณรายจ่าย สภาผู้แทนราษฎรจะต้องพิจารณาให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยห้าวัน นับแต่วันที่ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวมาถึงสภาผู้แทนราษฎร (ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 180)

(4) เมื่อสภาผู้แทนราษฎรได้ให้ความเห็นชอบแล้ว จะถูกนำเสนอต่อวุฒิสภาเพื่อพิจารณาต่อไป การพิจารณาของวุฒิสภาพประกอบด้วย 3 วาระเช่นเดียวกันกับการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร แต่ต้องให้ความเห็นชอบหรือไม่เห็นชอบภายใน 20 วัน นับแต่วันที่ร่างพระราชบัญญัตินั้นมาถึงวุฒิสภา โดยจะแก้ไขเพิ่มเติมใด ๆ มิได้ ถ้าพ้นกำหนดเวลาดังกล่าวให้ถือว่าวุฒิสภาให้ความเห็นชอบ

(5) เมื่อร่างพระราชบัญญัติฯ ผ่านความเห็นชอบจากวุฒิสภาแล้วจะถูกส่งไปที่นายกรัฐมนตรี

(6) นายกรัฐมนตรีนำร่างพระราชบัญญัติฯ ทูลเกล้าฯ ถวายพระมหากษัตริย์ทรงลงพระปรมาภิไธย

(7) ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเพื่อเป็นกฎหมายใช้บังคับต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การบริหารงบประมาณ

การบริหารงบประมาณเริ่มต้นหลังจากที่รัฐสภาอนุมัติงบประมาณ โดยเป็นพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีออกมาแล้ว การใช้งบประมาณและการบริหารงบประมาณมีลำดับขั้นตอนดังนี้

(1) ส่วนราชการทำแผนปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณตามแบบที่สำนักงบประมาณกำหนด และจัดส่งให้สำนักงบประมาณภายในเดือนตุลาคม

(2) ส่วนราชการขอเงินประจำงวด

เงินประจำงวด 1 ปีงบประมาณมี 3 งวด แบ่งเป็น 4 เดือนต่องวด

งวดที่ 1 เริ่มจาก 1 ตุลาคม ถึง 31 มกราคม ของปีถัดไป

งวดที่ 2 เริ่มจาก 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 พฤษภาคม

งวดที่ 3 เริ่มจาก 1 มิถุนายน ถึง 30 กันยายน

(3) สำนักงานประมาณอนุมัติเงินประจำงวด สำนักงานประมาณสามารถอนุมัติเงินประจำงวดได้โดยใน 4 หมวดรายจ่าย ได้แก่ หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว ค่าตอบแทนใช้สอย และวัสดุ และค่าสาธารณูปโภค ส่วนหมวดรายจ่ายที่เหลือทั้ง 3 หมวด ได้แก่ หมวดค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง หมวดเงินอุดหนุนและหมวดรายจ่ายอื่น สำนักงานประมาณจะต้องตรวจสอบก่อนจะอนุมัติเงินประจำงวด

(4) กรมบัญชีกลางอนุมัติฎีกา ส่วนกลาง (กรม) วางฎีกาที่กรมบัญชีกลาง ส่วนจังหวัดวางฎีกาที่คลังจังหวัด กรมบัญชีกลางและคลังจังหวัดจะตรวจสอบความถูกต้องของฎีกาก่อนอนุมัติฎีกา

(5) ส่วนราชการเบิกจ่ายเงินประจำงวด

กรมบัญชีกลางจะส่งจ่ายเงินจากบัญชีเงินคงคลังบัญชีที่ 1 (บัญชีรายรับ) เพื่อโอนเงินเข้าบัญชีเงินคงคลังบัญชีที่ 2 เพื่อชดเชยจำนวนเงินที่ถูกโอนเข้าบัญชีเงินคงคลังบัญชีที่ 2 ไปให้ส่วนราชการหากเป็นส่วนภูมิภาคจะมีคลังจังหวัดซึ่งจะโอนเงินให้บัญชีของส่วนราชการ

(6) สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ตรวจสอบบัญชีและเอกสารภายหลังการใช้เงิน

(7) รายงานต่าง ๆ

3.2 ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์

รัฐบาลได้นำระบบการจัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ (Strategic performance based budgeting) มาใช้ ซึ่งเป็นการจัดทำงบประมาณ การจัดการที่เน้นผลผลิต (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดจากผลผลิต คือ สิ่งของหรือบริการที่เป็นรูปธรรม หรือรับรู้ได้จากการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในขณะที่ผลผลิต หมายถึง ผลประโยชน์ที่ได้จากผลผลิตและผลกระทบที่มีต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม (สำนักงานประมาณ : 2546)

สิ่งที่สำคัญในการจัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ คือ การวัดผลการดำเนินงาน โดยการกำหนดหน่วยวัดและประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน หน่วยวัดจะต้องครอบคลุมทั้งปริมาณ คุณภาพ ประหยัดค่าใช้จ่าย มีประสิทธิผล และทันเวลาที่ต้องการโดยนโยบาย ข้อที่ 15.2 ด้านการบริหารราชการ กำหนดไว้ว่า “(5)เร่งรัดการปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดทำและจัดสรรงบประมาณให้เป็นเครื่องมือในการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศและส่งเสริมให้กระทรวง ทบวง กรม มีบทบาทในการตัดสินใจมากขึ้น พร้อมทั้งจัดให้มีระบบควบคุม ตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ และโปร่งใส”

(สำนักงบประมาณ : 2544) นโยบายดังกล่าวมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวทางพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณโดยมุ่งเน้นรูปแบบให้ตอบสนองการทำงานตามนโยบายของรัฐบาล ซึ่งก็มีแนวทางการปรับปรุง พ.ร.บ.วิธีการงบประมาณหลัก ๆ ดังนี้

1. ใช้นโยบายเป็นตัวนำ (Policy Driven)
2. เน้นการบริการประชาชน
3. กำหนดเป้าหมายแต่ละระดับให้เป็นรูปธรรม และมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน
4. เพิ่มบทบาทและความรับผิดชอบของกระทรวง กรมต่าง ๆ ในการบริหารจัดการและปรับเปลี่ยนงบประมาณ
5. การรักษาวินัยทางการคลัง และการจัดทำกรอบงบประมาณรายจ่ายล่วงหน้าระยะปานกลาง (Medium Terms Expenditure Framework : MTEF)
6. มีระบบการติดตามและประเมินผลที่โปร่งใส ตรวจสอบได้

3.2.1 องค์ประกอบของระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์

ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

- 1) มุ่งเน้นผลสำเร็จตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์
 - เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติ
 - เป้าหมายการให้บริการระดับกระทรวง
 - ผลผลิตและตัวชี้วัด
- 2) เน้นหลักการธรรมาภิบาล
 - การแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบในแต่ละระดับ
 - มีระบบการติดตามประเมินผลและการรายงานผลการดำเนินงานที่โปร่งใส และตรวจสอบได้
- 3) การมอบอำนาจการบริหารจัดการงบประมาณ เน้นให้ส่วนราชการมีอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จมากกว่าเน้นกฎระเบียบ
- 4) การเพิ่มขอบเขตความครอบคลุมของงบประมาณ
- 5) การประมาณการงบประมาณรายจ่ายล่วงหน้าระยะปานกลาง (MTEF)

3.2.2 บทบาทใหม่ในการจัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์

ในการจัดทำนโยบายแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ได้มีการกำหนดบทบาทใหม่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามลำดับ คือ

1) บทบาทของรัฐสภา

- ใช้เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่รัฐบาลได้แถลงต่อรัฐสภาเป็นมาตรวัดความสำเร็จระดับนโยบาย
- ใช้เป้าหมายการให้บริการ(สาธารณะ) เป็นกรอบในการประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในระดับปฏิบัติ

2) บทบาทคณะรัฐมนตรี

- กำหนดกรอบนโยบายและเป้าหมายทางการคลังล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 3 ปี
- กำหนดทิศทางและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ และรับผิดชอบต่อผลสำเร็จ
- กำหนดนโยบายและวงเงินงบประมาณประจำปี

3) บทบาทรัฐมนตรี/กระทรวง

- กำหนดเป้าหมายการให้บริการ(สาธารณะ)ที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ
- รับผิดชอบการใช้จ่ายให้เป็นไปตามกรอบเป้าหมายการให้บริการ (สาธารณะ)
- ปรับเปลี่ยนงบประมาณภายใต้กรอบเป้าหมายการให้บริการ (สาธารณะ)

4) บทบาทหน่วยงาน

- กำหนดแผนการให้บริการที่สอดคล้องกับเป้าหมายการให้บริการ (สาธารณะ)
- กำหนดเป้าหมายผลผลิต ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับแผนการให้บริการ
- จัดทำคำขอและรับผิดชอบการใช้จ่ายงบประมาณตามเป้าหมายผลผลิต

3.2.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การจัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานทำให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติ และหน่วยงานในระดับประเทศและองค์กรพหุรูปได้ดังนี้

1) รัฐบาล

(1) สามารถอนุมัติงบประมาณให้สอดคล้องตามนโยบายที่แถลงต่อรัฐสภาได้อย่างมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

(2) สามารถตรวจสอบรัฐบาลได้ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

(3) สามารถตรวจสอบหน่วยปฏิบัติได้ตามเป้าหมายการให้บริการ

2) รัฐบาล/ค.ร.ม.

(1) บริหารนโยบายได้ตามเป้าหมายที่แถลงต่อรัฐสภาและที่สัญญาประชาชน

(2) มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้

(3) ใช้ทรัพยากรของประเทศอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด

3) หน่วยงาน

(1) สามารถบริหารงานได้อย่างคล่องตัวมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

4) ประชาชน

(1) ได้รับบริการและแก้ไขปัญหาที่ดีขึ้น

(2) มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(3) สามารถตรวจสอบการปฏิบัติงานของหน่วยงานได้

3.2.4 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

ในระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์จะต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาโดยกำหนดนโยบายและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ในระดับประเทศนั้นจะกำหนดเป้าหมายไว้แบ่งเป็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับชาติและเป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับกระทรวง

1) เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติ

ในการจัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์นั้น ความหมายของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติ หมายถึง ผลลัพธ์ที่รัฐบาลต้องการให้เกิด

ประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศชาติ ประชาชน ซึ่งจะเกิดได้จากผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการของ
กระทรวง และผลผลิตของส่วนราชการ และรัฐวิสาหกิจอย่างสอดคล้อง และเชื่อมโยงกัน

(1) คุณลักษณะสำคัญของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติ

ก. คำนึงถึงนโยบายรัฐบาล นโยบายใหม่ที่เกิดขึ้นระหว่างวาระของ
รัฐบาล

ข. สอดคล้องกับนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ

ค. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ง. สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้

จ. เป็นพันธะสัญญาของรัฐบาลที่ให้กับประชาชน

ฉ. มีระยะเวลาดำเนินการไม่น้อยกว่า 4 ปี เท่ากับวาระของรัฐบาล

ช. สามารถแสดงรายละเอียดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน เช่น ปริมาณ
และ/หรือคุณภาพ และ/หรือระยะเวลาในการบรรลุผลสำเร็จ

(2) ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี

ก. นำเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์
การจัดสรรงบประมาณประจำปี โดยกำหนดลำดับความสำคัญของยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับ
สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

ข. ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณประจำปี ประกอบด้วย

ก) งบประมาณตามเป้าหมายยุทธศาสตร์

ข) งบประมาณตามภารกิจประจำอื่น ๆ ของกระทรวง

ค. การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์เน้นการ
ทำงานใน ลักษณะบูรณาการ

2) เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระดับกระทรวง

ผลลัพธ์ที่กระทรวงต้องการให้เกิดขึ้นจากให้บริการระดับกระทรวง
ทั้งนี้จะต้องสอดคล้องและเชื่อมโยงกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของรัฐบาล และผลลัพธ์จะเกิดได้
จากผลสัมฤทธิ์ของผลผลิตของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจอย่างสอดคล้องและเชื่อมโยง

(1) คุณลักษณะสำคัญของเป้าหมายการให้บริการระดับกระทรวง

ก. สอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับชาติและยุทธศาสตร์
การจัดสรรงบประมาณประจำปี

ข. สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้

ค. เป็นพันธะสัญญาของส่วนราชการระดับกระทรวงที่มีต่อประชาชน

ง. ควรดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จภายในวาระของแต่ละรัฐบาล

จ. สามารถแสดงรายละเอียดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน เช่น ปริมาณ และ/หรือ คุณภาพ และ/หรือระยะเวลาในการบรรลุผลสำเร็จ

ในการจัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานเป็นการเน้นความรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องโดยในระดับต่าง ๆ จะต้องรับผิดชอบในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดการปฏิบัติที่ชัดเจนในระดับรัฐบาลรับผิดชอบความสำเร็จของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของชาติ (Strategic Delivery Target) ระดับกระทรวง รับผิดชอบความสำเร็จของเป้าหมายการให้บริการ (Service Delivery Target) และระดับกรม รับผิดชอบความสำเร็จของการดำเนินงานตามผลผลิต (Output)

3.3 งบประมาณสำหรับกิจกรรมบริการด้านสุขภาพ (สมชาย สุขศิริเสรีกุล และคณะ, 2541)

3.3.1 หลักการงบประมาณสำหรับกิจกรรมด้านบริการสุขภาพ

1) งบประมาณ โดยทั่วไปมี 3 ลักษณะ คือ

(1) คำบรรยายเชิงพรรณนาเกี่ยวกับงบประมาณ (Descriptions)

(2) คำอธิบาย (Explanation) หรือความเป็นเหตุเป็นผลของงบประมาณ

(3) ข้อความที่แสดงถึงความพึงพอใจหรือคุณค่า (Statement of Preference or Values)

งบประมาณสามารถแบ่งออกถึงสถานภาพขององค์กร 3 แนวทางที่สำคัญ คือ

ก. กิจกรรมหรือการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุเป้าหมายที่องค์กรต้องเกี่ยวข้อง ดังนั้นงบประมาณจึงจำแนกตามกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ เช่น งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข อาจแบ่งออกเป็นกิจกรรม เช่น การรักษาพยาบาล การควบคุมโรค การทำวิจัย และ สาธารณประโยชน์

ข. เป้าหมายขององค์กรจะรวมถึงผลกระทบของการใช้งบประมาณและการทำกิจกรรมที่องค์กรต้องปฏิบัติ

ค. การใช้จ่ายขององค์กร ซึ่งจะใช้อัตราส่วนทางปริมาณของการใช้งบประมาณ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

ในปี ค.ศ.1965 สำนักงานประมาณของประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดให้มีงบประมาณด้านสุขภาพ 4 ประเภทหลักเพื่อให้ข้อมูลสารสนเทศ ค่าใช้จ่ายและกิจกรรมในด้านบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามอาจมีการรวมงบประมาณแบบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน โดยค่าใช้จ่ายแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1. งบประมาณจำแนกตามหน่วยงานที่ทำการบริหาร
2. งบประมาณจำแนกตามค่าใช้จ่าย
3. งบประมาณจำแนกตามวัตถุประสงค์หรือหน้าที่
4. งบประมาณจำแนกตามการลงทุน การพัฒนาและค่าใช้จ่ายดำเนินการ

2) การจัดสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมบริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมด้านบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณอาจมี 2 ประเภท คือ

(1) การเพิ่มค่าใช้จ่ายของกิจกรรมประเภทหนึ่งนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายของกิจกรรมอื่น เช่น การเพิ่มค่าใช้จ่ายของกิจกรรมควบคุมมลพิษสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านชีวอนามัย เป็นต้น

(2) การเพิ่มค่าใช้จ่ายของกิจกรรมประเภทหนึ่งนำไปสู่การเพิ่มค่าใช้จ่ายของกิจกรรมอื่น เช่น การเพิ่มค่าใช้จ่ายของกิจกรรมประเภทหนึ่งทำให้บุคคลมีชีวิตยืนยาวขึ้นและบุคคลจึงต้องการกิจกรรมประเภทอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เป็นต้น

ความสัมพันธ์ทั้งสองประเภทอาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรืออาจเกิดขึ้นต่างเวลากัน ซึ่งในกรณีหลังนำไปสู่การกำหนดงบประมาณเป็นชุดโครงการหลายปี เช่น 5 ปี ดังนั้นจะเห็นได้ว่างบประมาณระยะยาว (Long Range Budget) จึงมีความสำคัญต่อโครงการด้านบริการสุขภาพ

งบประมาณของโครงการสุขภาพกำหนดจาก 2 องค์ประกอบ คือ ขนาดของกิจกรรม (Scale) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ขนาดของกิจกรรมขึ้นอยู่กับความจำเป็นต่อบริการสุขภาพของประชากร (The need fore health care) กิจกรรมบางชนิดสามารถตอบสนองความจำเป็นได้เป็นอย่างดีจึงทำให้ขนาดของกิจกรรมลดลงได้ในอนาคต กิจกรรมบางประเภทสามารถลดต้นทุนต่อหน่วยได้ กิจกรรมบางประเภทสามารถลดทั้งขนาดและต้นทุนได้

3) ระบบบัญชีสำหรับการบริหารงบประมาณอาจมี 4 แบบใหญ่ ๆ

(1) บัญชีเงินสด (Cash Accounting) เป็นบัญชีที่บันทึกธุรกรรมงบประมาณ หรือรายได้ที่เข้ามาจากแหล่งต่าง ๆ และรายจ่ายที่จ่ายออกไป

(2) บัญชีแสดงฐานะการเงิน (Encumbrance Accounting) เป็นระบบบัญชีที่บันทึกการใช้จ่าย โดยหักยอดของการใช้จ่ายไปออกจากยอดงบประมาณเรื่อย ๆ บัญชีประเภทนี้จะช่วยให้หน่วยงานไม่ใช้เงินเกินไปจากที่ได้มา

(3) บัญชีพึงรับพึงจ่าย (Accrual Accounting) รายรับจะถูกบันทึกเมื่อรัฐบาลได้รับรายได้ในรูปของหนี้สินทางภาษี (tax liability) ของผู้เสียภาษี และรายจ่ายจะถูกบันทึกเมื่อหน่วยงานสร้างหนี้สินจากการซื้อสินค้าหรือบริการ โดยไม่คำนึงถึงว่าสินค้าและบริการเหล่านั้นจะจ่ายจริงเมื่อไร

(4) บัญชีต้นทุน (Cost Accounting) แสดงต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงจากการจัดสรรสินค้า หรือบริการของหน่วยงาน นิยามประการหนึ่งของต้นทุน คือ การใช้ทรัพยากรโดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาของการได้รับทรัพยากรนั้น

บัญชีทั้งสี่ประเภทไม่สามารถทดแทนกันได้และมีจุดประสงค์แตกต่างกันด้วย บัญชีเงินสดจะแสดงถึงความรับผิดชอบในการใช้จ่ายเงินตามกฎหมายของหน่วยงาน และแสดงให้เห็นว่าจะมีเงินพอที่จะชำระหรือไม่

บัญชี Accrual จะสำคัญในการบริหารและแสดงสถานะด้านทรัพย์สินและหนี้สินของหน่วยงานนอกจากนี้รายจ่ายในรูปของหนี้สินของหน่วยงานสะท้อนกิจกรรมและผลกระทบของการใช้จ่ายสาธารณะที่มีต่อภาคเอกชนที่ชัดเจนว่าบัญชีประเภทอื่น

Cost Accounting มักจะถูกเน้นมากกว่าบัญชีประเภทอื่น เนื่องจากความง่ายของบัญชีประเภทนี้แต่ก็มีความพยายามจะเปลี่ยนไปใช้บัญชีประเภทอื่น ๆ มากขึ้น ตัวอย่างเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา ใน ค.ศ.1950 มีการแก้ไขพระราชบัญญัติงบประมาณที่นำไปสู่การใช้ Accrual Accounting แต่เนื่องจากความยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนบัญชีจึงทำให้การปรับเปลี่ยนไปสู่ บัญชี Accrual เสร็จสมบูรณ์ในปี ค.ศ.1971

4) การจัดสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมด้านการบริการสุขภาพของประเทศไทย

งบประมาณแบบแสดงรายการ (Line Item Budget) เป็นระบงบประมาณซึ่งสำนักงบประมาณได้ใช้ตั้งแต่แรกและยังได้ใช้อยู่เป็นระบบงบประมาณที่เน้นหนักในด้านการควบคุมการใช้จ่ายและใช้ทรัพยากรของรัฐบาลที่จะนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยอาศัยการควบคุมในทางกฎหมายและทางบัญชีเป็นกลไกของการควบคุมมิได้พะวงถึงผลงานที่จะเกิดขึ้นมาก โครงสร้างของงบประมาณจึงเป็นไปในลักษณะที่จะแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลที่จะซื้อสิ่งของและบริการอะไรบ้างในประมาณเท่าใด เพื่อให้รัฐสภาพู่ออุมัติงบประมาณพิจารณาได้ว่าการของบประมาณมานั้นสอดคล้องกับความจำเป็นและเป็นไปโดยประหยัดหรือไม่เพียงใด ดังนั้นระบบ

งบประมาณดังกล่าวจึงเป็นไปในรูปของการจำแนกประเภทรายจ่าย ตามวัตถุประสงค์ของการใช้จ่าย หรือจำแนกตามหมวดรายจ่ายเป็นสำคัญ ซึ่งปัจจุบันจำแนกออกเป็น 7 หมวดรายจ่าย คือ หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ หมวดค่าจ้างชั่วคราว หมวดค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ หมวดค่าสาธารณูปโภค หมวดค่าครุภัณฑ์ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง หมวดเงินอุดหนุน และหมวดรายจ่ายอื่น สำนักงบประมาณเริ่มใช้งบประมาณแบบแผนงาน (Program Budget) ตั้งแต่ พ.ศ.2525

จะเห็นได้ว่าระบบงบประมาณ มีความสำคัญ คือ เป็นเครื่องมือของรัฐบาลในด้านนโยบายการคลัง (รายรับ – รายจ่าย) เป็นเครื่องมือของรัฐบาลในด้านเศรษฐกิจเพื่อรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจให้มั่นคง เป็นเครื่องมือของรัฐบาลกำหนดงานของหน่วยราชการให้สอดคล้องกับทรัพยากร เป็นสื่อสร้างความเข้าใจและสัมพันธภาพระหว่างฝ่ายนิติบัญญัติกับฝ่ายบริหาร เป็นเครื่องมือชี้วัดประสิทธิภาพในการดำเนินงานของรัฐ การใช้จ่ายงบประมาณในด้านสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาความไม่เป็นธรรม ไม่เพียงพอ ไม่คล่องตัวในการบริหารจัดการ จึงได้มีการปรับปรุงแนวทางการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ดังจะได้กล่าวในลำดับต่อไป

4. แนวทางการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ

4.1 แนวทางการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานสาขา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นผู้ดูแลงบประมาณด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสำนักงานสาขาได้รับจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ส่วน คือ (พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545 : 141 – 144)

4.1.1 งบประมาณที่สำนักงานสาขาได้รับจัดสรร

1) งบบริหารจัดการ (budget for administration) เพื่อใช้ในการบริหารงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานสาขา ได้แก่ การขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิและหน่วยบริการ การบริหารหน่วยบริการคู่สัญญา การรับเรื่องราวร้องทุกข์

2) งบเพื่อจัดบริการให้กับผู้มีสิทธิ (budget for service provision) สำนักงานสาขา จะได้รับจัดสรรเพื่อจัดบริการให้กับผู้มีสิทธิตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและปรับด้วยความจำเป็นด้านสุขภาพ (differential capitation) ซึ่งใช้ตัวแปร คือ โครงสร้างอายุ (age structure) และเพิ่มเติมให้พื้นที่ทุรกันดารเพื่อให้สามารถจัดบริการให้กับประชาชนได้งบประมาณดังกล่าวเป็นงบสำหรับการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ คือ

- (1) บริการผู้ป่วยนอก (outpatient care:OP)
- (2) บริการผู้ป่วยใน (inpatient care :IP)
- (3) บริการส่งเสริมป้องกัน (preventive and promotive service : PP)

บริการดังกล่าวอาจจะจัดโดยหน่วยบริการภายในหรือนอกจังหวัด (กรณีที่เป็นการส่งต่อ) ซึ่งสำนักงานสาขาจะต้องบริหารงบเพื่อจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการดังกล่าว ยกเว้นกรณีที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตั้งบไว้จ่ายเป็นการเฉพาะ นั่นคือไม่ต้องจ่ายชดเชยกรณีบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

งบดังกล่าวนี้ได้รวมบในส่วนของค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ในส่วนที่เป็นเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรแล้ว ทั้งนี้เป็นการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรา 46(2) ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

4.1.2 การบริหารงบโดยสำนักงานสาขา

การแบ่งสัดส่วนงบบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการส่งเสริมป้องกัน สำนักงานสาขา สามารถแบ่งสัดส่วนงบบริการประเภทต่าง ๆ (3 ประเภท) โดยยึดหลักเกณฑ์ 2 แนวทาง คือ

แนวทางที่ 1 ใช้สัดส่วนงบที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรให้สำนักงานสาขา (ซึ่งแต่ละสำนักงานสาขาจะได้รับจัดสรรแตกต่างกันตามโครงสร้างอายุประชากร ผู้มีสิทธิและพื้นที่ทุรกันดาร)

แนวทางที่ 2 ดำเนินได้ 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แยกสัดส่วนบริการรักษาพยาบาล (งบบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน) และงบบริการส่งเสริมป้องกัน โดยใช้สัดส่วนที่บกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้ งบรักษาพยาบาล : งบส่งเสริมป้องกัน = (OP+IP) : PP โดย OP, IP และ PP ให้ใช้ตัวเลขที่สำนักงานสาขาได้รับจัดสรรจริง (รวมเงินเดือน)

ขั้นตอนที่ 2 การแบ่งสัดส่วนของงบบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน ให้ใช้สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลในจังหวัดนั้น เป็นหลักเกณฑ์ในการแบ่ง ทั้งนี้ สำนักงานสาขาอาจปรับสัดส่วนดังกล่าวได้ตามความเหมาะสม แต่ต้องไม่แตกต่างกัน $\pm 5\%$ ของสัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในที่คำนวณได้

กรณีที่กระทรวงสาธารณสุขมีการปรับยอดเงินจัดสรรให้กับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละกองทุนสาขาใหม่ เพื่อใช้แก้ไขปัญหาการบริหารจัดการภายใน ทำให้ยอดเงินจริงของกองทุนแต่ละแห่งได้รับเปลี่ยนแปลงไป ให้ใช้ยอดเงินจัดสรรที่สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรให้กองทุนสาขาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณสัดส่วนงบบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยในเพื่อมิให้กระทบต่อการเข้าร่วมให้บริการของหน่วยบริการสังกัดหน่วยงานอื่น

4.1.3 การจัดสรรงบให้กับหน่วยบริการ

1) งบบริการผู้ป่วยนอก

หน่วยบริการภาครัฐ ให้จัดสรรงบให้หน่วยบริการในรูปแบบจ่ายรายหัว ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน โดยระยะแรกให้จัดสรรโดยใช้อัตราเดียว (single rate) เท่ากันหมด ระยะต่อไปเมื่อมีข้อมูลมากเพียงพอ จึงให้มีการจัดสรรในอัตราที่แตกต่างกันตามความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับแต่ละหน่วยบริการ (Differential capitation)

อัตราจ่ายรายหัวให้ใช้ข้อมูลที่ได้จาก 1 (ตามแนวทางที่ 1 หรือ 2 แล้วแต่กรณี) งดการจัดสรรให้หน่วยบริการ ให้อ้างอิงงดการจัดสรรที่กองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้กองทุนสาขาโดยอนุโลม คือ หากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบให้กองทุนสาขาทุก 2 เดือน ให้กองทุนสาขาจัดสรรให้หน่วยบริการทุก 2 เดือนเช่นกัน โดยจัดสรรให้ภายใน 15 วัน หลังได้รับการจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการเอกชน ให้จัดสรรให้หน่วยบริการในรูปแบบจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน เฉพาะงบบุคลากรผู้ป่วยนอกอย่างเดียว หรือรวมงบบุคลากรใน (กรณีที่หน่วยบริการเลือกรูปแบบ (inclusive capitation)

2) งบบริการผู้ป่วยใน

กองทุนสาขาจะบริหารงบบริการผู้ป่วยในที่จังหวัดในรูปแบบ DRG with global budget เพื่อป้องกันไม่ให้งบบริการเกิดปัญหาสภาพคล่อง ในงวดแรกให้มีการจ่ายเงินผู้ป่วยใน ล่วงหน้าให้กับคู่สัญญาสำหรับบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ (CUS และ CUT) ล่วงหน้า (advance payment) โดยใช้ข้อมูลการให้บริการในช่วงที่ผ่านมาเป็นข้อมูลประกอบการจัดสรร

หน่วยบริการคู่สัญญาต้องส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศการประกันสุขภาพ (สทส.) ตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่กำหนด สทส. จะตรวจสอบความถูกต้องและประมวลผลข้อมูลตามระบบ DRG และแจ้งข้อมูลน้ำหนักสัมพัทธ์รวมของกองทุนสาขาและคู่สัญญาแต่ละแห่งให้กองทุนสาขาทราบทุกเดือน กองทุนสาขาจะใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อจัดสรรงบผู้ป่วยในให้แต่ละหน่วยบริการคู่สัญญา สำนักงานสาขาที่มีศักยภาพในการประมวลผลผู้ป่วยในเอง อาจใช้ข้อมูลดังกล่าวจัดสรรงบผู้ป่วยในได้

ผู้ป่วยในให้แต่ละหน่วยบริการคู่สัญญา สำนักงานสาขาที่มีศักยภาพในการประมวลข้อมูลผู้ป่วยในเอง อาจใช้ข้อมูลดังกล่าวจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในได้

การคำนวณว่าน้ำหนักสัมพัทธ์ 1 หน่วย (1 RW) มีค่าเท่ากับเท่าไรให้ปรับน้ำหนักสัมพัทธ์รวมของแต่ละหน่วยบริการตามระดับของการให้บริการของหน่วยบริการนั้น โดยใช้อัตรา ที่คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด หลังจากนั้นหาน้ำหนักสัมพัทธ์รวมใหม่ และนำยอดงบประมาณผู้ป่วยในงวดนั้น (1 หรือ 3 เดือน)หารด้วยน้ำหนักสัมพัทธ์รวมใหม่ จะได้ว่า 1RW มีค่าเท่ากับเท่าไร และใช้ค่าดังกล่าวในการจัดสรรให้หน่วยบริการคู่สัญญาแต่ละแห่ง

3) งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (facility based PP services)

งบประมาณส่งเสริมป้องกันแบ่งตามประเภทบริการและกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ

(1) งบประมาณส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาลสำหรับประชากร UC จัดสรรให้หน่วยบริการที่ประชาชนเลือกลงทะเบียนในอัตรา 116.20 บาทต่อประชากร

(2) งบประมาณส่งเสริมป้องกันในชุมชนสำหรับประชากร UC และ non UC (community Based PP services) จัดสรรให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยบริการอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดพิจารณา เห็นว่ามีศักยภาพในการดำเนินการในอัตรา 36.64 บาทต่อประชากร การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด

(3) งบส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาลสำหรับประชากร non UC (ข้าราชการ และผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคม) จัดสรรให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอัตรา 116.20 บาทต่อประชากร (ยังไม่ได้หักส่วนที่จะกันไว้เพื่อซื้อวัคซีนที่ส่วนกลาง) การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด)

กองทุนสาขาอาจพิจารณาจ่ายงบให้หน่วยบริการโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกจัดสรรให้ล่วงหน้าในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ อีกส่วนหนึ่งไม่เกิน 20% จัดสรรให้ตามผลงาน โดยจ่ายให้ย้อนหลังเมื่อมีข้อมูลผลงานแล้ว รายละเอียดทั้งหมดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดกำหนด

4.1.4 การกั้นงบรักษาพยาบาลสำรองไว้ที่กองทุนสาขา

สำนักงานสาขาอาจกั้นงบค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับจัดสรรเพื่อใช้ในวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

- 1) การจ่ายหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยส่งต่อระหว่างหน่วยบริการภายในและต่างกองทุนสาขา
- 2) การจ่ายหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินภายในกองทุนสาขาทั้งนี้วงเงินที่จะกันไว้ที่กองทุนสาขาควรจะไม่เกิน 10% ของเงินที่จัดสรรให้แต่ละงวด

4.2 แนวทางการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

4.2.1 หลักการการจัดสรรเงินงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข มีหลักเกณฑ์ดังนี้

- 1) งบประมาณที่จัดสรร คือ งบดำเนินการสุทธิ หลังจากการหักเงินส่วนกลางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และหักเงินเดือนของกระทรวงแล้ว (งบบุคลากรทางการแพทย์)
- 2) เน้นการจัดสรรเพื่อให้สถานพยาบาลทุกประเภทสามารถอยู่รอดได้ และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานะการให้บริการสาธารณสุขที่เปลี่ยนไป
- 3) ส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและการบริหารจัดการ รวมถึงต้นทุนและบุคลากร
- 4) ยังคงรักษาความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกันระหว่างที่ (รพ.ใหญ่, เก้า) และน้อง (รพ.เล็ก, ใหม่) ในจังหวัดหรือเขตเดียวกัน

4.2.2 เงื่อนไขในการจัดสรรเงินงบประมาณ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

- 1) งบประมาณที่ต้องจัดสรรของสาธารณสุข (สร.) เท่ากับ งบดำเนินการต่อหัวประชากรที่เหลือจากการหักเงินเดือนและการหักที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวนประชากรที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (42.97 ล้านคน ณ สิงหาคม 2547) เท่ากับ 24,008,253,724 บาท (เฉลี่ย 558.72 บาท ต่อคนต่อปี)
- 2) จำนวนประชากรสามารถเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นได้เมื่อมีการเกิดและการลงทะเบียนใหม่
- 3) งบดำเนินการขั้นต่ำที่จะจัดสรรให้จะต้องไม่ต่ำกว่าอัตราที่จัดสรรในปีงบประมาณ 2547 (งวดที่ 3 – 6)
- 4) งบในการจัดสรรได้รวมงบลำบาก (Hardship) เพิ่มเติมจาก สปสช.อีกเท่ากับ 7.07 บาทต่อหัวประชากร จำนวนประชากรทั้งหมดที่ได้รับความคุ้มครองจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

5) เสนอให้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการสนับสนุนการปรับโครงสร้างของสถานพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบการให้บริการ (รพศ.และ รพท.) เพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในเบื้องต้นเสนอให้มีการกันไว้ 200 ล้านบาท เช่น งบประมาณเพื่อการพัฒนา เช่น งบประมาณเพื่อการพัฒนา รพศ.เป็น Excellence Center และงบประมาณเพื่อการปรับปรุง ประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลทั่วไป

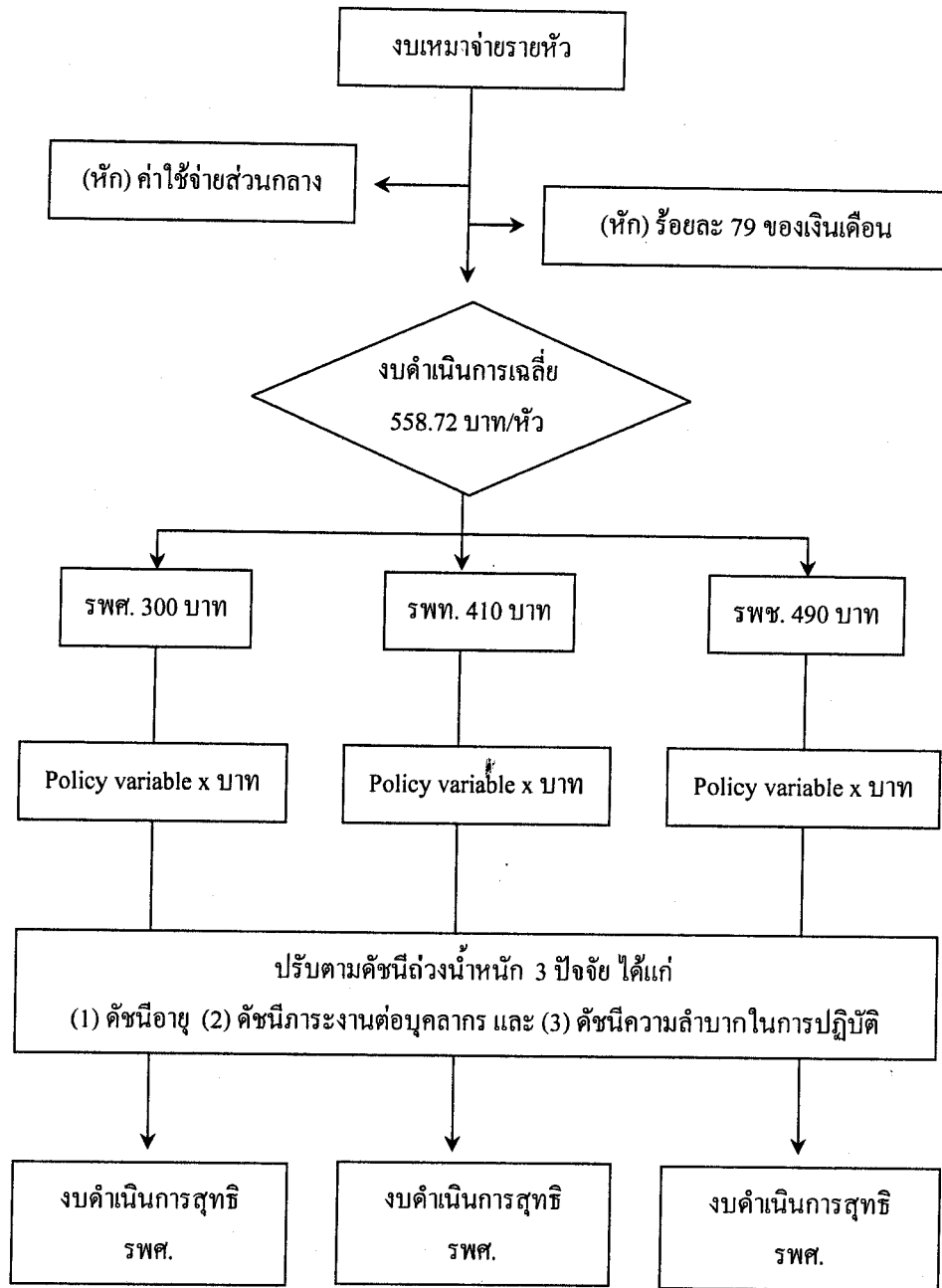
6) การปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) อาทิเช่น การแยกการให้บริการปฐมภูมิและทุติยภูมิขั้นต้นออกจากการให้บริการที่เหลือ โดยแยกระบบบริหารบุคลากร การทำบัญชี และการค้ำต้นทุนด้านบุคลากรและค่าใช้จ่ายดำเนินการอื่นออกจากโรงพยาบาลแม่ (รพท.) อย่างชัดเจน

4.2.3 ปัจจัยที่ใช้ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ ปี 2548

สัดส่วนงาน UC และ Non-UC ของโรงพยาบาลแต่ละโรง โดยเฉพาะส่วนที่เป็นเงินเดือนข้าราชการโดยใช้ตัวเลขการจัดสรรงบประมาณ ปี 2547 หมวดที่ 3 – 6 เป็นฐานในการพิจารณาปรับเงินที่ได้รับจัดสรรหลังหักเงินเดือนข้าราชการด้วยดัชนีถ่วงน้ำหนักของปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ดัชนีโครงสร้างอายุของประชากรในแต่ละจังหวัด
- 2) ดัชนีปริมาณงานต่อบุคลากรทางการแพทย์
- 3) ดัชนีความยากลำบากในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ถิ่นทุรกันดาร พื้นที่ชายแดนและเขตจำนวนที่มีผู้ถือบัตรทองน้อย
- 4) Policy Variable = X บาท เพื่อใช้ในการปรับและเกลี่ยเงินเพิ่มขึ้นจากงบประมาณ UC ต่อคนที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาลมากขึ้นจเงินงบประมาณหมวดพอดี ส่วนแนวทางการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548 ดังภาพที่ 2.1

แนวทางการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548



ภาพที่ 2.1 การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548

4.2.4 แนวทางการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ปี 2548

1) คำนีโครงสร้างอายุของประชากรในแต่ละจังหวัด

โครงสร้างประชากรในแต่ละจังหวัดนั้นอยู่บนสมมติฐานที่ว่าประชากรวัยเด็ก และสูงอายุมีโอกาในการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาพยาบาลมากกว่าประชากรในวันทำงาน

โรงพยาบาลมีสัดส่วนอายุของผู้ถือบัตรทองอยู่ในวัยเด็ก และสูงอายุมาก ควรได้รับการจัดสรรเงินเพิ่มเติมมากกว่าโรงพยาบาลที่มีสัดส่วนผู้ถือบัตรทองอยู่ในวัยทำงานมาก

ทั้งนี้เป็นไปตามหลักการและสูตรความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการเจ็บไข้ได้ป่วยที่ได้ตกลงกันไว้ในการพิจารณางบประมาณ โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นรายจังหวัด

2) คำนีปริมาณงานต่อบุคลากรทางการแพทย์

โรงพยาบาลมีสัดส่วนปริมาณงานต่อบุคลากรทางการแพทย์มากควรได้รับจัดสรรเงินเพิ่มเติมในสัดส่วนที่มากกว่าโรงพยาบาลที่มีสัดส่วนปริมาณงานต่อบุคลากรทางการแพทย์น้อย

ปริมาณงานวัดโดยจำนวน Case OPD บวก IPD โดยถ่วงน้ำหนักในอัตราส่วน 1 : 17.5

จำนวนบุคลากรวัดโดยจำนวนแพทย์บวกจำนวนพยาบาลโดยถ่วงน้ำหนักในอัตราส่วน 9 : 1

3) คำนีความยากลำบากในการปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลที่มีความยากลำบากในการปฏิบัติงานสูงควรได้รับการจัดสรรเงินเพิ่มเติมในส่วนของงบลำบาก

เงื่อนไขที่ใช้ในการพิจารณาความยากลำบากในการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ

(1) สถานพยาบาลที่อยู่ในถิ่นทุรกันดาร และชายแดนพิจารณาหลักเกณฑ์การให้คะแนนของกระทรวงสาธารณสุข (เต็ม 250 คะแนน) แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับ 1 สถานพยาบาลที่ได้คะแนนตั้งแต่ 50 คะแนน

ระดับ 2 สถานพยาบาลที่ได้คะแนนตั้งแต่ 100 คะแนน

(2) สถานพยาบาลที่มีผู้ถือบัตรทองน้อยกว่า 20,000 คน

- เงินที่ได้รับเพิ่มเติมนั้นจะลดหลั่นกันตามจำนวนเงินไขที่สถานพยาบาลต่าง ๆ เข้าข่ายโดยสถานพยาบาลที่เข้าข่ายตามปัจจัยต่าง ๆ ที่กำหนดไว้มากจะได้รับเงินเพิ่มเติมมากกว่าสถานพยาบาลที่เข้าข่ายตามปัจจัยน้อยตามลำดับ

4) ปัจจัยพิเศษสำหรับ รพท. และ รพศ.

รพท. โคนเสนอแผนปรับปรุงประสิทธิภาพ เช่น การแยก UC Operation ด้าน Primary Care ออกมาเป็นสัดส่วนต่างหาก หรืออื่น ๆ จะได้รับความช่วยเหลือเป็นเงินจำนวนหนึ่ง

รพศ. โคนดำเนินการปรับปรุงตัวเองเป็น Excellence Center ก็จะได้รับความช่วยเหลือเป็นเงินจำนวนหนึ่ง

หมายเหตุ สำหรับปัจจัยพิเศษ (4.2.3.4) ให้เฉพาะโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าข่ายเท่านั้น จะไม่ได้รับการจัดสรรทุกโรงพยาบาล

4.2.5 แนวทางการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของจังหวัดยโสธร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้รับการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้นำมาบริหารจัดการในระดับจังหวัด โดยมีแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณตามรายละเอียด ดังนี้

1) การบริหารจัดการที่จังหวัดได้รับ ได้แก่ เงินตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2549 ที่จังหวัดได้รับการจัดสรรจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยหักเงินเดือนข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ ในระดับประเทศ แล้วนำมาจัดสรรให้จังหวัดแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ และสำนักงานสาขาจังหวัดจะบริหารงบประมาณ Exclusive capitation แยกเป็นงบบริการผู้ป่วยนอก (OPD) งบบริการผู้ป่วยใน (IPD) และงบบริการส่งเสริมและป้องกันโรค (P.P.)

2) การดำเนินงานตามนโยบายหลักในภาพรวม กรณีฉุกเฉิน เงินประจำความเสี่ยง ได้แก่ การดำเนินงานตามนโยบายหลักในภาพรวม เป็นการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงหรือจังหวัดสั่งการให้ดำเนินการทั้งในภาพรวมจังหวัด หรือเฉพาะเจาะจงในบางพื้นที่ กรณีฉุกเฉิน ได้แก่ กรณีโรคระบาด อุบัติภัย เกินกว่าที่สถานบริการจะดำเนินการได้เพียงลำพัง

เงินประกันความเสี่ยง ได้แก่ เงินที่สถานบริการขอรับการสนับสนุนกรณีขาดสภาพคล่องทางการเงิน

3) ค่าบริหารจัดการรวม

ค่าบริหารจัดการรวมเป็นค่าบริหารจัดการทั้งจังหวัดที่พิจารณาให้กับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โดยแยกเป็น

(1) งบประมาณผู้ป่วยนอก

ก. จัด Maintenance cost สถานีอนามัย

ก) ขนาดใหญ่ 23,400.- บาท /เดือน/สอ.

ข) ขนาดกลาง 22,500.-บาท /เดือน/สอ.

ค) ขนาดเล็ก 21,600.-บาท /เดือน/สอ.

งบประมาณส่วนใช้จ่ายประจำ (Maintenance cost) ให้กับสถานีอนามัย

ดังนี้

- ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา

- ค่าสาธารณูปโภค (ค่าไฟฟ้า ประปา ฯ)

- ค่าวัสดุต่างๆ

- ค่าจ้างชั่วคราว

- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ

ข. ค่ายาสถานีอนามัย

ก) ขนาดใหญ่ 17,100.- บาท /เดือน/สอ.

ข) ขนาดกลาง 17,100.-บาท /เดือน/สอ.

ค) ขนาดเล็ก 9,000.-บาท /เดือน/สอ.

ค. Fixed cost รพ. 99.603 บาท/ประชากร/ปี

(2) นำผลการตรวจสอบเวชระเบียน (Medical Record Audit) มาใช้ในการจัดสรรงบประมาณ ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 25% ของงบประมาณคนไข้ในทั้งหมด

ก. ปรับลดตามการเบี่ยงเบนข้อมูล กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs Creep) 80%

ข. ปรับลดตามคุณภาพเวชระเบียน 20%

ค. งบประมาณเหลือจัดเข้ากองทุนจังหวัด ใช้ตามเงินใจกองทุน

จังหวัด

(3) ค่าบริหารจัดการ สสอ. 4 บาท/ประชากร UC/ปี ใช้สำหรับค่า
สาธารณูปโภค ค่าวัสดุ น้ำมันเชื้อเพลิง ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว

(4) งบประมาณส่วนส่งเสริมสุขภาพตามผลงานเน้นหนัก (20%) ตามผล
การประเมิน มีเงื่อนไขการจัดสรรดังนี้

ก. ผลงานต่ำกว่า 50 % ไม่ได้รับจัดสรรงบประมาณ

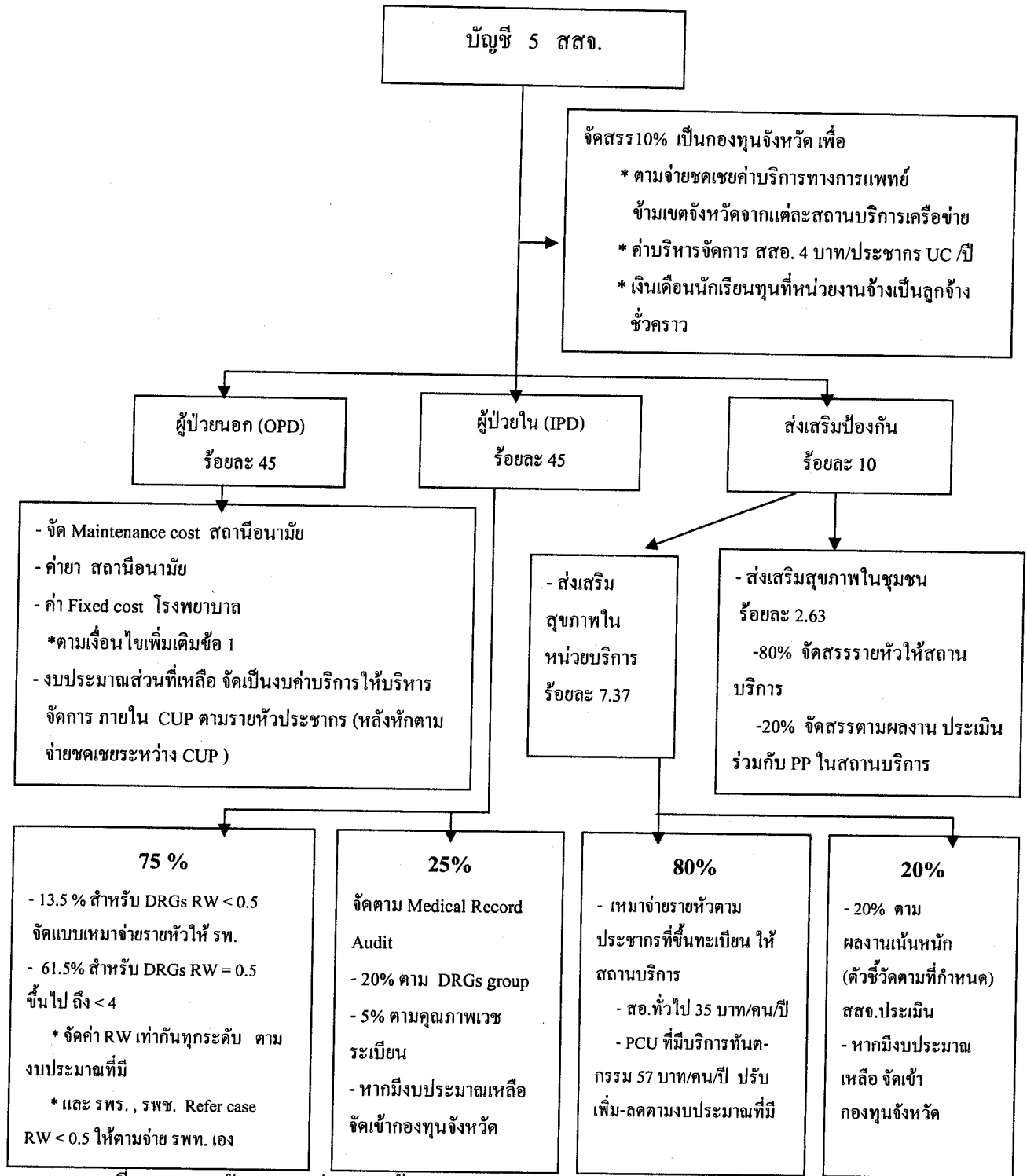
ข. ผลงาน 50 – 79 % จัดสรรงบประมาณตามผลงานที่ปฏิบัติได้

ค. ผลงานตั้งแต่ 80% ขึ้นไป จัดสรรงบประมาณให้ 100%

แนวทางนี้ใช้เฉพาะในปี 2549 เท่านั้น รายละเอียดการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2549 ดังภาพที่ 2.2

แนวทางการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2549

งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขหลังหักเงินเดือน



ภาพที่ 2.2 การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2549

จะเห็นได้ว่าการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพแนวใหม่ สำนักงานประมาณได้จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามประชากรที่ขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ โดยแยกเป็นงบบริการผู้ป่วยนอก งบบริการผู้ป่วยใน งบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการในสังกัด งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเป็นงบดำเนินการสุทธิหลังจากหักเงินเดือนแล้ว เน้นการจัดสรรให้หน่วยบริการอยู่รอดและสามารถปรับเข้ากับสถานะการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมให้สถานพยาบาลเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและการบริหารจัดการ จากการจัดสรรงบประมาณฯ ดังกล่าว ทำให้เกิดความเป็นธรรม กล่าวคือ หากดูแลผู้มีสิทธิมากก็ได้รับจัดสรรมาก มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ เนื่องจากมีการโอนงบประมาณลงที่หน่วยบริการ ดังนั้น หน่วยบริการจะต้องปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการ มีการศึกษาค้นคว้า ตลอดจนวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณ เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นข้อมูลนำเข้าในการบริหารจัดการของหน่วยบริการในระยะของการเปลี่ยนแปลงนี้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธิดา ยุคันตวรนนท์ (2549) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการด้านการเงินโรงพยาบาลโสธร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 พบว่า รูปแบบการจัดการด้านการเงินโรงพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดว่าสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลจะดีขึ้นได้จากการเพิ่มรายรับ ควบคุมรายจ่าย กำไรเท่ากับรายรับลบด้วยรายจ่าย กำไรของโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้กับประชาชนและสวัสดิการที่ดีขึ้น สำหรับเจ้าหน้าที่ที่สามารถสร้างขวัญและกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ มุ่งมั่นในการช่วยกันพลิกฟื้นสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลขึ้นมาได้ ซึ่งหลังการจัดการด้านการเงิน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นมา โรงพยาบาลโสธรมีพยากรณ์ทางการเงินที่ดี สามารถดำเนินการบริการสุขภาพและมีเงินทุนหมุนเวียนพอสมควร ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนและให้สวัสดิการที่ดีขึ้นสำหรับเจ้าหน้าที่ได้

สังวาลย์ บุญโต (2547) ได้ศึกษาทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีต่อการบริหารงบประมาณด้านสุขภาพของจังหวัดสุรินทร์ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสถานอนามัยเห็นด้วยในการจัดสรรงบประมาณในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านการบริหารจัดการ และมีทัศนคติในระดับปานกลางด้านค่าตอบแทน แต่จะไม่เห็นด้วยในเรื่องของการกำหนดระดับหมู่บ้านและการจัดสรรเงินตามหมู่บ้านรับผิดชอบ ในการบริหารงบประมาณใน

ระดับสถานีอนามัย พบว่า มีปัญหาในเรื่องงบประมาณที่ได้รับมีน้อยไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ทั้งด้านค่าตอบแทนและด้านบริหารจัดการ

ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะ (2546) ได้ศึกษาความคิดเห็นของประชาชน ต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้หลักความรับผิดชอบร่วมกัน พบว่า ปัญหาต่าง ๆ ด้านการบริหารจัดการการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐ ไม่สามารถจะสนับสนุนโครงการนี้ได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากงบประมาณที่ใช้เพื่อโครงการนี้ ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของระบบโดยรวม

จารึก ปิยวาจาอนุสรณ์ (2544) ได้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการและการคืนทุนของสถานีอนามัยในอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2543 พบว่า มีต้นทุนทางตรงรวม 9,328,948.14 บาท โดยมีองค์ประกอบของต้นทุนเป็นต้นทุนค่าแรงมากที่สุด เท่ากับ 4,084,000.02 บาท (ร้อยละ 43.78) รองลงมาเป็นค่าวัสดุ เท่ากับ 2,692,543.16 บาท (ร้อยละ 28.86) และค่าลงทุนเท่ากับ 2,552,404.96 บาท ร้อยละ (27.36) หรือคิดเป็นสัดส่วน ค่าแรง: ค่าลงทุน:ค่าวัสดุ เท่ากับ 43.78:27.36:28.86 โดยมีต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยบริการจำแนกตามกิจกรรม มากที่สุดเป็นของกิจกรรมทันตสาธารณสุข เท่ากับ 292 บาท รองลงมาก็คือ กิจกรรมสุขภาพสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 234 บาท กิจกรรมอนามัยแม่และเด็ก เท่ากับ 140 บาท กิจกรรมรักษาพยาบาล 110 บาท กิจกรรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เท่ากับ 81 บาท กิจกรรมโภชนาการ เท่ากับ 76 บาท กิจกรรมอนามัยโรงเรียน เท่ากับ 56 บาท กิจกรรมวางแผนครอบครัว เท่ากับ 51 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือกิจกรรมควบคุมโรคติดต่อทั่วไป เท่ากับ 26 บาท

พจนา ดวงชาทม (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของสถานีอนามัยในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประสิทธิผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับกลาง และทรัพยากรการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง คือ ทรัพยากรด้านบุคคล และทรัพยากรด้านการเงิน ทรัพยากรการบริหารไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

พงษ์เชียร พันธุ์พิพัฒน์ไพบุลย์ (2546) ได้ศึกษาความคิดเห็นของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดชุมพร เกี่ยวกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 พบว่า งบประมาณส่วนใหญ่ถูกใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทน เท่ากับร้อยละ 48.9 สถานีอนามัยที่ใช้จ่ายค่าบริหารจัดการและค่ายาและเวชภัณฑ์มากกว่าได้รับ เท่ากับร้อยละ 85.3 และ 59.0 ตามลำดับ ความคิดเห็นของหัวหน้าสถานีอนามัย ก่อนไปทางไม่เห็นด้วยกับจำนวนเงินที่ได้รับเอื้ออำนวยให้พัฒนางานของสถานีอนามัยและบรรลุวัตถุประสงค์หรือนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ก่อนไปทางไม่เห็นด้วยกับการจัดสรรงบประมาณเท่ากันทุกแห่ง ก่อนไปทางเห็นด้วยกับการใช้ภาระงาน

ในสถานบริการและนอกสถานบริการเป็นองค์ประกอบในการจัดสรรงบประมาณ มีความต้องการค่าบริหารจัดการและค่ายาเฉลี่ยเท่ากับ 15,312.00 บาท และ 9,075.50 บาท ต่อเดือนตามลำดับ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยผลงานบริการผู้ป่วยนอกกับความต้องการค่าบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยอัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และผลงานบริการผู้ป่วยนอก กับความต้องการค่ายา ผลการศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าบริหารจัดการ และค่ายาและเวชภัณฑ์ ควรปรับเป็น 15,000 บาท และ 6,000 บาทต่อเดือน ตามลำดับ

ฉัตร เสกสรรค์วิริยะและคณะ (2541) ได้ศึกษารูปแบบการบริหารงบประมาณแบบกระจายอำนาจของสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี พบว่า การบริหารงบประมาณสาธารณสุขของจังหวัดนนทบุรีในรูปแบบที่จังหวัดกำหนดขึ้นเองได้ทำให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้มีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการตามสภาพปัญหาของพื้นที่ ตามนโยบายของกระทรวงและจังหวัดด้วยกลวิธีที่แต่ละอำเภอได้คิดทำขึ้นทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความสนใจและเต็มใจต่อการดำเนินงานมากขึ้นเมื่อพิจารณาจากความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับปัญหาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับกลวิธีและความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ กลวิธี และงบประมาณ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการเขียนโครงการเพื่อขอเสนองบประมาณของแต่ละอำเภอ พบว่า มีทั้งที่ทำร่วมกันเป็นทีมทั้ง คปสอ. และแบบแยกกันทำแล้วนำโครงการมารวมกัน

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ ชีรรัช กันตามระ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ได้ศึกษาดำเนินการของสถานีอนามัยในจังหวัดสมุทรสาคร (2542) พบว่า ดัชนีดำเนินการของสถานีอนามัยในจังหวัดสมุทรสาครเฉลี่ย 120 บาท ต่อหัวประชากรต่อปี ประกอบด้วยต้นทุนของสถานีอนามัย 110 บาทต่อคนต่อปี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 10 บาทต่อคนต่อปี ต้นทุนเฉลี่ยต่อสถานีอนามัยเป็น 834,163 บาทต่อปี ประกอบด้วยค่าแรงร้อยละ 56 ค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ ร้อยละ 44 สถานีอนามัยมีเจ้าหน้าที่เฉลี่ย 4.16 คนต่อแห่ง จัดสรรเวลาให้กับงานรักษาพยาบาล ร้อยละ 22 งานบริหารและงานรายงาน ร้อยละ 27 งานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 18 และงานในชุมชน ประมาณร้อยละ 30 งานรักษาพยาบาลมีต้นทุน ร้อยละ 40 ของต้นทุนทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ ต้นทุนงานรักษาพยาบาลมีต้นทุน ร้อยละ 59 บาทต่อครั้ง และต้นทุนต่อหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพวัยแม่และเด็กเฉลี่ยเป็น 100 บาทต่อครั้ง เมื่อรวมต้นทุนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะมีต้นทุนเพิ่มอีกประมาณ ร้อยละ 9 การพิจารณาการจ่ายเงิน ให้สถานีอนามัยที่สะท้อนต้นทุน ผู้ถือเงิน (purchaser) อาจพิจารณาเป็นรายหัวตามจำนวนประชากร เป็นต้นทุนรวมทั้งกลุ่มกิจกรรมหรือเป็นต้นทุนต่อหน่วยการบริการ ทั้งนี้ขึ้นกับวัตถุประสงค์ในการจ่ายเงินเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมที่เหมาะสมของสถานีอนามัยแล้วยัง

จำเป็นต้องพิจารณาถึงบริบทการคลังของสถานีนอนามัยที่มาจากรัฐบาลกลางและการคลังท้องถิ่นร่วมด้วย

จงดี ภิมย์ไชย ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของสถานีนอนามัย 33 แห่งใน 5 อำเภอ จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2539 ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พบว่า มีต้นทุนทั้งหมดต่อสถานีนอนามัยเป็น 920,593 บาทต่อปี ร้อยละของค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน คิดเป็น 40 : 42 : 18 โดยมีต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรักษาพยาบาล 50 บาทต่อครั้ง งานอนามัยแม่และเด็ก 101 บาทต่อครั้ง การให้บริการวางแผนครอบครัว 148 บาทต่อครั้ง การให้ภูมิคุ้มกันโรค 87 บาทต่อครั้ง การบริการอนามัยโรงเรียน 28 บาทต่อรายนักเรียน

อนุชา วรหาญ (2546) ได้ศึกษาความสามารถในการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีนอนามัย เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยประเมินตนเองว่ามีองค์ประกอบของความสามารถในการบริหารจัดการคือ ความรู้และการฝึกอบรมที่จำเป็นทัศนคติที่ดี และทักษะในระดับสูง ทั้งด้านบริหาร บริการและวิชาการ และมีความสามารถด้านบริหารและด้านบริการระดับสูง ด้านวิชาการและรวมทุกด้านในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างความสามารถในการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีนอนามัย ด้านบริหาร กับจำนวน อสม. ในหมู่บ้านที่รับผิดชอบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านบริหาร ด้านวิชาการและรวมทุกด้านกับองค์ประกอบความสามารถด้านทัศนคติในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการและรวมทุกด้านกับองค์ประกอบความสามารถด้านทักษะในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชาญศักดิ์ ครองสิงห์ (2547) ได้ศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการดำเนินงานด้านรักษาพยาบาล ภาระงาน แนวโน้มภาระงานด้านรักษาพยาบาลและความต้องการกำลังคนของสถานีนอนามัย จังหวัดหนองคาย พบว่า สถานีนอนามัยมีอัตรากำลังเฉลี่ย 2.84 คน ผลการดำเนินงานด้านรักษาพยาบาลของสถานีนอนามัยทั่วไป ปี 2544 สูงกว่าปี 2545 ($p < 0.05$) ผลการดำเนินงานด้านรักษาพยาบาลของสถานีนอนามัยแม่ข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน ปี 2545 ต่ำกว่าปี 2546 ($p < 0.05$) และผลการดำเนินงานภาพรวมของสถานีนอนามัยปี 2544 สูงกว่าปี 2545 และปี 2545 ต่ำกว่าปี 2546 ($p < 0.05$) ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างสถานีนอนามัยทั่วไปกับสถานีนอนามัยแม่ข่าย นอกจากนี้ยังพบว่าภาระงานด้านรักษาพยาบาลของสถานีนอนามัยทั่วไปปี 2544 สูงกว่าปี 2545 ($p < 0.05$) ปี 2544 สูงกว่าปี 2545 ($p < 0.05$) และภาระงานด้านรักษาพยาบาลของสถานีนอนามัยแม่ข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน ปี 2545 ต่ำกว่าปี 2546 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แนวโน้มภาระงานด้านรักษาพยาบาลของบุคลากรสถานีนอนามัยพบว่าระหว่างปี 2544-2545 มี

แนวโน้มลดลง ระหว่างปี 2545- 2546 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสถานีนอนามัยทุกประเภท ($p<0.05$) และสถานีนอนามัยทุกประเภท ($p<0.05$) และสถานีนอนามัยมีความต้องการอัตราค่าล้างเพิ่มจากจำนวนที่มีจริงในปี 2544-2546 โดยเฉลี่ยร้อยละ 114.73 83.70 และ 115.45

จากงานวิจัยที่กล่าวมานี้ เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังและการบริหารจัดการด้านอื่น ๆ ของสถานีนอนามัย เพื่อจะได้นำเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2549 ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของสถานีนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2549 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการจัดสรรงบประมาณโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทรายรับ ประเภทรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนามัย ปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ของสถานีนามัย และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของสถานีนามัยกับปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ สถานีนามัยทุกแห่ง จำนวน 111 แห่ง ในจังหวัดยโสธร ซึ่งทุกแห่งมีการจัดทำรายงานข้อมูล 18 แฟ้ม รายงาน 0110 รง.5 และรายงานการรับ-จ่ายเงินบำรุง ที่เก็บไว้ในอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ระบบฐานข้อมูลในเว็บไซต์ และในรูปของเอกสารเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2549 (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2549) จำแนกรายอำเภอ ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 สถานื่อนามัย จำแนกรายอำเภอ จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2549

อำเภอ	จำนวน (แห่ง)
เมือง	21
ทรายมูล	9
กุศชุม	13
คำเขื่อนแก้ว	15
ป่าดิว	7
มหาชนะชัย	16
ค้อวัง	6
เลิงนกทา	18
ไทยเจริญ	6
รวม	111

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูล จำนวน 1 ชุด สำหรับเก็บข้อมูลภาพรวมทั้งจังหวัด แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานื่อนามัย ได้แก่ ชื่ออำเภอที่ตั้งสถานื่อนามัย จำนวนประชาชนผู้มีสิทธิตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนบุคลากรวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัย ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ และระยะทางห่างจากตัวอำเภอ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับสถานื่อนามัย ประกอบด้วย สำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการในสถานื่อนามัย สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการ และสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลรายรับรายจ่ายเงินบำรุงของสถานื่อนามัย ประเภทรายรับเงินบำรุงของสถานื่อนามัย ได้แก่ รายรับค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) รายรับค่ารักษาพยาบาลอื่น และรายได้อื่น ประเภทรายจ่าย

เงินบำรุงของสถานือนามัย ได้แก่ รายจ่ายด้านบุคลากร ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค ค่าครุภัณฑ์ และค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปริมาณบริการสุขภาพของสถานือนามัย ประกอบด้วย การให้บริการด้านรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพและข้อมูลการเจ็บป่วยที่สถานือนามัยได้ให้บริการ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคทางจิต โรคความดันโลหิตสูง โรคอุจจาระร่วงและโรคบิด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

3.1 เข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่

3.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือจากสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ หัวหน้างานประกันสุขภาพในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 ชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูลให้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

3.4 ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และรวบรวมแบบเก็บข้อมูล ให้เสร็จภายใน 30 วัน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานการเงิน รายงานข้อมูล 18 แพ้ม และรายงานกิจกรรม 0110 รง. 5 ของสถานือนามัย จำนวน 111 แห่ง ที่ส่งรายงานไปที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2549

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ข้อมูลทั่วไปของสถานือนามัย ได้แก่ จำนวนประชาชนผู้มีสิทธิตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เก็บข้อมูลจากงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จำนวนบุคลากรวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่สถานือนามัย ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ และระยะทางห่างจากตัวอำเภอ เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

3.5.2 ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับสถานือนามัย ประกอบด้วย สำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการในสถานือนามัย สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและ

ป้องกันโรคในสถานบริการ และสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ เก็บข้อมูลจากงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

3.5.3 ข้อมูลรายรับรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนามัย ประเภทรายรับเงินบำรุงของสถานีนามัย ได้แก่ รายรับค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) รายรับค่ารักษาพยาบาลอื่น และรายได้อื่น ประเภทรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนามัย ได้แก่ รายจ่ายด้านบุคลากร ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค ค่าครุภัณฑ์ และค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง เก็บข้อมูลจากงานการเงินและกลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

3.5.4 ข้อมูลปริมาณบริการสุขภาพของสถานีนามัย ประกอบด้วย การให้บริการด้านรักษาพยาบาล ข้อมูลการเจ็บป่วยที่สถานีนามัยได้ให้บริการ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคทางจิต โรคความดันโลหิตสูง โรคอุจจาระร่วงและโรคบิด เก็บข้อมูลจากเว็บไซต์ www.yasopho.in.th ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ส่วนข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ในระดับจังหวัดมีการรวบรวมข้อมูลจากรายงาน 0110 รง.5 แต่ไม่ได้แยกเป็นรายสถานีนามัย ดังนั้น จึงได้เก็บข้อมูลรายสถานีนามัยจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

3.6 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้นำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วนำมาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

- 4.1 สร้างคู่มือลงรหัส
- 4.2 ให้รหัสข้อมูลและลงรหัสในแบบบันทึกข้อมูล
- 4.3 ป้อนและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์
- 4.4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป
- 4.5 สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่อง การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2549 นำเสนอเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสถานีนอนามัย

ส่วนที่ 2 การจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 3 รายรับรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนอนามัย

ส่วนที่ 4 ปริมาณการให้บริการของสถานีนอนามัย

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของสถานีนอนามัยกับปริมาณการให้บริการสุขภาพ

ส่วนที่ 6 คำตอบสำหรับคำถามงานวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสถานีนอนามัย

การวิเคราะห์ลักษณะของสถานีนอนามัยประกอบด้วย จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานีนอนามัย และระยะทางห่างจากตัวอำเภอ ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 การกระจายสถานื่อนามัยตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของสถานื่อนามัย	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
รวม	111	100
1. จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดขนาด ของสถานื่อนามัย ดังนี้		
ขนาดเล็ก มีประชากรขึ้นทะเบียน \leq 4,000 คน	57	51.4
ขนาดกลาง มีประชากรที่ขึ้นทะเบียน 4,001- 8,000 คน	47	42.3
ขนาดใหญ่ มีประชากรที่ขึ้นทะเบียน $>$ 8,000 คน	7	6.3
ประชากรต่ำสุด/สูงสุด	1,067/12,613	
ประชากรเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4,376.38(2,069.075)	
2. จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ		
1-5 หมู่บ้าน	36	32.4
6-10 หมู่บ้าน	59	53.2
$>$ 10 หมู่บ้าน	16	14.4
หมู่บ้านต่ำสุด/สูงสุด	2 /15	
หมู่บ้านเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	7.05(2.907)	
3. จำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานื่อนามัย		
1-3 คน	74	66.7
$>$ 3 คน	37	33.3
จำนวนบุคลากรต่ำสุด/สูงสุด	2/7	
จำนวนบุคลากรเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.41 (1.116)	
4. ระยะทางห่างจากตัวอำเภอ	9	8.2
1-5 กิโลเมตร	39	35.1
6-10 กิโลเมตร	63	56.8
$>$ 10 กิโลเมตร		
ระยะทางห่างต่ำสุด/สูงสุด	1/37	
ระยะทางห่างเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	12.9(6.563)	

จากตารางที่ 4.1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะของสถานีนอนามัย พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร เป็นสถานีนอนามัยขนาดเล็กมีจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่เกิน 4,000 คน เท่ากับร้อยละ 51.4 รองลงมาประชากร 4,001 – 8,000 คน เท่ากับร้อยละ 42.3 นอกนั้นมากกว่า 8,001 คน ขึ้นไป ร้อยละ 6.3 ประชากรต่ำสุด 1,067 คน สูงสุด 12,613 คน ประชากรเฉลี่ย 4,376.38 คน ประมาณครึ่งหนึ่งมีจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 6-10 หมู่บ้าน เท่ากับ ร้อยละ 53.2 รองลงมา 1-5 หมู่บ้าน ร้อยละ 32.4 มากกว่า 10 หมู่บ้าน ร้อยละ 14.4 หมู่บ้านต่ำสุด 2 หมู่บ้าน สูงสุด 15 หมู่บ้าน หมู่บ้านเฉลี่ย 7.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.907 สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานีนอนามัย ไม่เกิน 3 คน เท่ากับ ร้อยละ 66.7 นอกนั้นมากกว่า 3 คน ขึ้นไป ร้อยละ 33.3 จำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานีนอนามัยต่ำสุด 2 คน สูงสุด 7 คน เฉลี่ย 3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.116 สถานีนอนามัยที่มีระยะทางห่างจากตัวอำเภอ มากกว่า 10 กิโลเมตร มีสัดส่วนสูงสุด เท่ากับ ร้อยละ 56.8 รองลงมา 6-10 กิโลเมตร ร้อยละ 35.1 นอกนั้นไม่เกิน 5 กิโลเมตร เท่ากับร้อยละ 8.2 ระยะทางห่างจากตัวอำเภอต่ำสุด 1 กิโลเมตร สูงสุด 37 กิโลเมตร เฉลี่ย 12.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.563

ส่วนที่ 2 การจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับสถานีนอนามัย ปีงบประมาณ 2549 ประกอบด้วย การจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานีนอนามัย และสำหรับเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ ซึ่งผลการวิเคราะห์จำแนกตามขนาดของสถานีนอนามัย ดังตารางที่ 4.2 - 4.5

ตารางที่ 4.2 การกระจายของสถานื่อนามัยตามจำนวนงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอก
เป็นค่าบริหารจัดการ ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขนาดของสถานื่อนามัย

จำนวนงบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอก เป็นค่าบริหารจัดการ	สถานื่อนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
259,200 บาท	43 75.4%	20 42.5%	0 0%	63 56.8%
270,000 บาท	13 22.8%	24 51.1%	6 85.7%	43 38.7%
ตั้งแต่ 280,000 บาท ขึ้นไป	1 1.8%	3 6.4%	1 14.3%	5 4.5%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานื่อนามัยตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการในสถานื่อนามัย พบว่า สถานื่อนามัยขนาดเล็กส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 259,200 บาท เท่ากับร้อยละ 75.4 รองลงมา 270,000 บาท เท่ากับร้อยละ 22.8 และมีเพียงหนึ่งแห่ง (ร้อยละ 1.8) ได้รับการจัดสรร 280,000 บาท ขึ้นไป

สถานื่อนามัยขนาดกลาง ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณ 270,000 บาท เท่ากับร้อยละ 51.1 รองลงมาได้รับงบประมาณ 259,200 บาท เท่ากับร้อยละ 42.5 นอกนั้นได้รับ 280,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 6.4

สถานื่อนามัยขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 270,000 บาท เท่ากับร้อยละ 85.7 นอกนั้นได้รับ 280,000 บาทขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 14.3

ตารางที่ 4.3 การกระจายของสถานื่อนามัยตามจำนวนงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชน ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขนาดของสถานื่อนามัย

จำนวนงบประมาณที่ได้รับ	สถานื่อนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
การจัดสรรสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน				
ไม่เกิน 20,000 บาท	18 31.6%	0 0%	1 14.3%	19 17.1 %
20,001-40,000 บาท	37 64.9%	15 31.9%	0 0%	52 46.8%
40,001-60,000 บาท	2 3.5%	30 63.8%	0 0%	32 28.8%
ตั้งแต่ 60,001 บาท ขึ้นไป	0 0%	2 4.3%	6 85.7%	8 7.2%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานื่อนามัยตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรรสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน พบว่า งบประมาณที่จัดสรรให้สถานื่อนามัยต่ำสุด 10,958 บาท และสูงสุดเท่ากับ 93,195 บาท

สถานื่อนามัยขนาดเล็ก ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 20,001-40,000 บาท เท่ากับร้อยละ 64.9 รองลงมาได้รับการจัดสรรไม่เกิน 20,000 บาท เท่ากับร้อยละ 31.6 และได้รับการจัดสรร 40,001-60,000 บาท เท่ากับร้อยละ 3.5

สถานื่อนามัยขนาดกลาง ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 40,001-60,000 บาท เท่ากับ ร้อยละ 63.85 รองลงมาได้รับงบประมาณ 20,001-40,000 บาท เท่ากับร้อยละ 31.9 นอกนั้นได้รับ 60,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 4.3

สถานื่อนามัยขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 60,001 บาทขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 85.7 และมีจำนวนหนึ่งแห่งได้รับการจัดสรรงบประมาณ ไม่เกิน 20,000 บาท เท่ากับ ร้อยละ 14.3

ตารางที่ 4.4 การกระจายของสถานื่อนามัยตามจำนวนงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในสถานื่อนามัย ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขนาดของสถานื่อนามัย

จำนวนงบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในสถานื่อนามัย	สถานื่อนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่เกิน 50,000 บาท	23 40.4%	0 0%	1 14.3%	24 21.6%
50,001-100,000 บาท	30 52.6%	21 44.7%	0 0%	51 45.9%
100,001-200,000 บาท	3 5.3%	16 35.0%	0 0%	19 15.3%
ตั้งแต่ 200,001 บาท ขึ้นไป	1 1.8%	10 21.3%	6 85.7%	17 15.3%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานื่อนามัยตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรรสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานื่อนามัย พบว่า งบประมาณที่จัดสรรให้สถานื่อนามัยต่ำสุด 24,802 บาท และสูงสุดเท่ากับ 343,525 บาท

สถานื่อนามัยขนาดเล็ก ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 50,001-100,000 บาท เท่ากับร้อยละ 52.6 รองลงมา ได้รับการจัดสรรไม่เกิน 50,000 บาท เท่ากับ ร้อยละ 40.4 ได้รับการจัดสรร 100,001-200,000 บาท เท่ากับร้อยละ 5.3 และมีสถานื่อนามัย หนึ่งแห่งได้รับการจัดสรรตั้งแต่ 200,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 1.8)

สถานื่อนามัยขนาดกลาง ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 50,001-100,000 บาท มีสัดส่วน สูงสุดเท่ากับร้อยละ 44.7 รองลงมาได้รับงบประมาณ 100,001-200,000 บาท เท่ากับ ร้อยละ 34.0 และ 200,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 21.3

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 200,001 บาทขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 85.7 และมีจำนวนหนึ่งแห่งได้รับการจัดสรรงบประมาณ ไม่เกิน 50,000 บาท เท่ากับร้อยละ 14.3

ตารางที่ 4.5 การกระจายของสถานีนอนามัยตามจำนวนงบประมาณสำหรับค่ายาและเวชภัณฑ์ ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขนาดของสถานีนอนามัย

จำนวนงบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรสำหรับค่ายาและ เวชภัณฑ์	สถานีนอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
108,200 บาท	43	20	0	63
	75.4%	42.6%	0%	56.8%
205,200 บาท	14	27	7	48
	24.6%	57.4%	100%	32.2%
รวม	57	47	7	111
	100%	100%	100%	100%

จากตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีนอนามัยตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรรสำหรับค่ายาและเวชภัณฑ์ พบว่า สถานีนอนามัยที่มีจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่เกิน 4,000 คน ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณค่ายาและเวชภัณฑ์ จำนวน 108,000 บาท เท่ากับร้อยละ 75.4 และนอกนั้นได้รับการจัดสรร จำนวน 205,200 บาท เท่ากับร้อยละ 24.6

สถานีนอนามัยที่มีจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4,001-8,000 คน ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 205,200 บาท มีสัดส่วนสูงสุด เท่ากับ ร้อยละ 57.5 และนอกนั้นได้รับงบประมาณ 108,000 บาท เท่ากับร้อยละ 42.6

สถานีนอนามัยที่มีจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 8,001 คน ขึ้นไป ทุกแห่งได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 205,200 บาทขึ้นไป

ส่วนที่ 3 รายรับรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนอนมัย

การวิเคราะห์รายรับรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนอนมัยประกอบด้วย รายรับค่ารักษาพยาบาล ที่ได้รับการจัดสรรตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่ารักษาพยาบาลอื่น รายได้อื่นๆ รายจ่ายด้านบุคลากร ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค ค่าครุภัณฑ์ และค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง

3.1 รายรับเงินบำรุงของสถานีนอนมัย

รายรับเงินบำรุงของสถานีนอนมัยประกอบด้วย รายรับค่ารักษาพยาบาล ที่ได้รับการจัดสรรตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่ารักษาพยาบาลอื่น และรายได้อื่นๆ ดังตารางที่ 4.6-4.8

ตารางที่ 4.6 การกระจายของสถานีนอนมัย ตามรายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขนาดของสถานีนอนมัย

รายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาล ที่ได้รับการจัดสรรตามโครงการฯ	สถานีนอนมัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่เกิน 350,000 บาท	8 14.0%	5 10.6%	0 0%	13 11.7%
350,001-450,000 บาท	19 33.3%	17 36.2%	0 0%	36 32.4%
450,001-550,000 บาท	16 28.1%	11 23.4%	1 14.3%	28 25.2%
550,001-650,000 บาท	9 15.8%	3 6.4%	2 28.6%	14 12.6%
ตั้งแต่ 650,001 บาท ขึ้นไป	5 8.8%	11 23.4%	4 57.1%	20 18.0%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีนอนามัยตามรายรับเงินบำรุง
ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
พบว่า สถานีนอนามัยมีรายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลต่ำสุด 287,495 บาท และสูงสุดเท่ากับ
1,741,796 บาท

สถานีนอนามัยขนาดเล็ก มีรายรับ 350,001-450,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุดเท่ากับร้อยละ
33.3 รองลงมามีรายรับ 450,001-550,000 บาท เท่ากับ ร้อยละ 28.1 รายรับ 550,001-650,000
บาท เท่ากับร้อยละ 15.8 รายรับ ไม่เกิน 350,000 บาท เท่ากับร้อยละ 14.0 และรายรับ
650,001 บาท ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.8

สถานีนอนามัยขนาดกลาง มีรายรับ 350,001-450,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด เท่ากับ
ร้อยละ 36.2 รองลงมามีรายรับ 450,001-550,000 บาท และรายรับ 650,001 บาท ขึ้นไป เท่ากับ
ร้อยละ 23.4 รายรับ ไม่เกิน 350,000 บาท เท่ากับร้อยละ 10.6 และรายรับ 550,001-650,000
บาท เท่ากับร้อยละ 6.4

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายรับ 650,001 บาท ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ
57.1 รองลงมามีรายรับ 550,001-650,000 บาท เท่ากับร้อยละ 28.6 และรายรับ 450,001-550,000
บาท เท่ากับร้อยละ 14.3

ตารางที่ 4.7 การกระจายของสถานื่อนามัย ตามรายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลอื่น จำแนกตามขนาดของสถานื่อนามัย

รายรับเงินบำรุง ค่ารักษาพยาบาลอื่น	สถานื่อนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่เกิน 50,000 บาท	28 49.1%	11 23.4%	1 14.3%	40 36.0%
50,001-100,000 บาท	23 40.4%	18 38.3%	0 0%	41 36.9%
100,001-150,000 บาท	3 5.3%	10 21.3%	1 14.3%	14 12.6%
150,001-200,000 บาท	2 3.5%	4 8.5%	2 28.6%	8 7.2%
ตั้งแต่ 200,001 บาท ขึ้นไป	1 1.8%	4 8.5%	3 42.9%	8 7.2%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานื่อนามัยตามรายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลอื่น พบว่า สถานื่อนามัยมีรายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลอื่นต่ำสุด 3,800 บาท และสูงสุดเท่ากับ 227,790 บาท

สถานื่อนามัยขนาดเล็ก มีรายรับไม่เกิน 50,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด เท่ากับร้อยละ 49.1 รองลงมา มีรายรับ 50,001-100,000 บาท เท่ากับ ร้อยละ 40.4 รายรับ 100,001-150,000 บาท เท่ากับร้อยละ 5.3 รายรับ 150,001-200,000 บาท เท่ากับร้อยละ 3.5 และสถานื่อนามัยหนึ่งแห่งมีรายรับ 200,001 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 1.8)

สถานื่อนามัยขนาดกลาง มีรายรับ 100,001-150,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุดเท่ากับร้อยละ 38.3 รองลงมา มีรายรับ ไม่เกิน 50,000 บาท เท่ากับร้อยละ 23.4 รายรับ 100,001-150,000 บาท เท่ากับร้อยละ 21.3 รายรับ 150,001-200,000 บาทและรายรับ 200,001 บาท ขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 8.5

สถานีอนามัยขนาดใหญ่ มีรายรับ 200,001 บาท ขึ้นไป มีสัดส่วนสูงสุดเท่ากับร้อยละ 42.9 รองลงมา มีรายรับ 150,001-200,000 บาท เท่ากับร้อยละ 28.6 และรายรับไม่เกิน 50,000 บาท และรายรับ 100,001-150,000 บาท เท่ากับร้อยละ 14.3

ตารางที่ 4.8 การกระจายของสถานีอนามัย ตามรายรับเงินบำรุงรายได้อื่น ๆ จำแนกตามขนาดของสถานีอนามัย

รายรับเงินบำรุงรายได้อื่น ๆ	สถานีอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่เกิน 10,000 บาท	25	15	1	41
	43.9%	31.9%	14.3%	36.9%
10,001-20,000 บาท	6	8	0	14
	10.5%	17.0%	0%	12.6%
20001-40000 บาท	8	7	1	16
	14.0%	14.9%	14.3%	14.4%
40,001-60,000 บาท	7	4	0	11
	12.3%	8.5%	0%	9.9%
60,001-80,000 บาท	5	1	1	7
	8.8%	2.1%	14.3%	6.3%
80,001-100,000 บาท	4	2	0	6
	7.0%	4.3%	0%	5.4%
ตั้งแต่ 100,001 บาท ขึ้นไป	2	10	4	16
	3.5%	21.3%	57.1%	14.4%
รวม	57	47	7	111
	100%	100%	100%	100%

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีอนามัยตามรายรับเงินบำรุงรายได้อื่น ๆ พบว่า สถานีอนามัยมีรายรับเงินบำรุงรายได้อื่นต่ำสุด 471 บาท และสูงสุดเท่ากับ 765,571 บาท

สถานีนอนามัยขนาดเล็ก มีรายรับไม่เกิน 10,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุดเท่ากับร้อยละ 43.9 รองลงมามีรายรับ 20,001-40,000 บาท เท่ากับ ร้อยละ 14.0 รายรับ 40,001-60,000 บาท เท่ากับร้อยละ 12.3 รายรับ 10,001-20,000 บาท เท่ากับร้อยละ 10.5 รายรับ 60,001-80,000 บาท เท่ากับร้อยละ 8.8 รายรับ 80,001-100,000 บาท เท่ากับร้อยละ 7.0 และรายรับ 100,001 บาท ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 3.5

สถานีนอนามัยขนาดกลาง มีรายรับไม่เกิน 10,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุดเท่ากับร้อยละ 31.9 รองลงมา มีรายรับ 100,001 บาท ขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 21.3 รายรับ 10,001-20,000 บาท เท่ากับร้อยละ 17.0 รายรับ 20,001-40,000 บาท เท่ากับ ร้อยละ 14.9 รายรับ 40,001-60,000 บาท เท่ากับร้อยละ 8.5 รายรับ 80,001-100,000 บาท เท่ากับร้อยละ 4.3 และมีสถานีนอนามัยหนึ่งแห่งมีรายรับ 60,001-80,000 บาท (ร้อยละ 2.1)

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายรับ 100,001 บาท ขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 57.1 และมีรายรับไม่เกิน 10,000 บาท รายรับ 20,001-40,000 บาท และรายรับ 60,001-80,000 บาท เท่ากับร้อยละ 14.3

3.2 รายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนอนามัย

รายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนอนามัยประกอบด้วย รายจ่ายด้านบุคลากร ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค ค่าครุภัณฑ์ และค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 สัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยตามประเภทรายจ่าย* จำแนกตามขนาดของสถานีนอนามัย

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ตามประเภทรายจ่าย	สถานีนอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ด้านบุคลากร	28,685.70 5.6%	44,121.91 5.6%	136,708.57 9.6%	209,516.18 7.7%
ค่าตอบแทน	184,408.68 35.7%	243,263.32 30.8%	322,492.28 22.6%	750,164.28 27.4%
ค่าใช้จ่ายสอย	132,746.05 25.7%	205,504.69 26.0%	485,436.05 34.0%	823,686.79 30.1%
ค่าวัสดุ	61,702.24 11.9%	96,705.26 12.2%	175,059.98 12.3%	333,467.48 12.2%
ค่าสาธารณูปโภค	20,704.29 4.0%	29,108.32 3.7%	44,581.77 3.1%	94,394.38 3.5%
ค่าครุภัณฑ์	75,125.59 14.5%	110,836.62 14.0%	195,909.71 13.7%	381,871.92 13.9%
ค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง	13,325.96 2.6%	60,334.21 7.6%	67,807.14 4.7%	141,673.31 5.2%
รวม	516,698.50 100%	789,874.30 100%	1,427,996 100%	2,734,568.80 100%

* สัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ย = (รายจ่ายรายด้าน/จำนวนสถานีนอนามัยในแต่ละขนาด) x 100
/ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยทั้งหมดทุกด้าน

จากตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์สัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานีนอนามัยตามประเภทรายจ่าย พบว่า มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ รายจ่ายค่าใช้สอยเฉลี่ยต่อสถานีนอนามัยเท่ากับ 823,686.79 บาท (ร้อยละ 30.1) รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าตอบแทน ค่าครุภัณฑ์ และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 27.4, 13.9 และ 12.2 ตามลำดับ และจำแนกตามขนาดของสถานีนอนามัย ดังนี้

สถานีนอนามัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ ใช้จ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ย 184,408.68 บาท เท่ากับ ร้อยละ 35.7 รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าใช้สอย ค่าครุภัณฑ์และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 25.7, 14.5 และ 11.9 ตามลำดับ

สถานีนอนามัยขนาดกลาง มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ ใช้จ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ย 243,263.32 บาท เท่ากับ ร้อยละ 30.8 รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าใช้สอย ค่าครุภัณฑ์และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 26.0, 14.0 และ 12.2 ตามลำดับ

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ ใช้จ่ายค่าใช้สอยเฉลี่ย 485,436.05 บาท เท่ากับ ร้อยละ 34.8 รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าตอบแทน ค่าครุภัณฑ์ และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 22.6, 13.7 และ 12.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ปริมาณการให้บริการของสถานีนอนามัย

การวิเคราะห์ปริมาณการให้บริการของสถานีนอนามัยประกอบด้วย การให้บริการด้านรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ การเจ็บป่วยที่มาใช้บริการที่สถานีนอนามัยด้วยโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ

4.1 การให้บริการด้านรักษาพยาบาล

การวิเคราะห์ปริมาณการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของสถานีนอนามัย เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดบริการตามบทบาทหน้าที่ของสถานีนอนามัย ที่จัดให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการที่ได้บันทึกในฐานข้อมูลการให้บริการตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปของสถานีนอนามัยทุกแห่งในจังหวัดยโสธร มีผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 4.10-4.18

ตารางที่ 4.10 การกระจายของสถานื่อนามัยตามปริมาณการให้บริการด้านรักษาพยาบาล จำแนกตามขนาดของสถานื่อนามัย

ปริมาณการให้บริการ ด้านรักษาพยาบาล	สถานื่อนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่เกิน 5,000 ครั้ง	18	4	0	22
	31.6%	8.5%	0%	19.8%
5,001-10,000 ครั้ง	32	19	0	51
	56.1%	40.4%	0%	45.9%
10,001-15,000 ครั้ง	7	17	3	27
	12.3%	36.2%	42.9%	24.3%
15,001 ครั้ง ขึ้นไป	0	7	4	11
	0%	14.9%	57.1%	9.9%
รวม	57	47	7	111
	100%	100%	100%	100%

จากตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานื่อนามัยตามปริมาณการให้บริการด้านรักษาพยาบาล พบว่า ปริมาณการให้บริการต่ำสุดเท่ากับ 3,326 ครั้ง และสูงสุดเท่ากับ 20,034 ครั้ง

สถานื่อนามัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 5,001-10,000 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 56.1 รองลงมาไม่เกิน 5,000 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 31.6 และนอกนั้นจำนวน 10,001-15,000 ครั้ง มีสัดส่วนเท่ากับ ร้อยละ 12.3

สถานื่อนามัยขนาดกลาง มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 5,001-10,000 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 40.4 รองลง จำนวน 10,001-15,000 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 36.2 จำนวน 15,001 ครั้งขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 14.9 และจำนวนไม่เกิน 5,000 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 8.5

สถานื่อนามัยขนาดใหญ่ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 15,001 ครั้งขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 57.1 และนอกนั้น จำนวน 10,000-15,000 ครั้งขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 42.9

ตารางที่ 4.11 การกระจายของสถานีนอนามัยตามปริมาณการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ จำแนกตามขนาดของสถานีนอนามัย

ปริมาณการให้บริการ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ	สถานีนอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่เกิน 2,500 ครั้ง	13 22.8%	10 21.3%	0 0%	23 20.7%
2,501-5,000 ครั้ง	27 47.4%	16 34.0%	2 28.6%	45 40.5%
5,001-7,500 ครั้ง	10 17.5%	7 14.9%	2 28.6%	19 17.1%
7,500 -10,000 ครั้ง ขึ้นไป	2 3.5%	7 14.9%	0 0%	9 8.1%
10,001 ครั้ง ขึ้นไป	5 8.8%	7 14.9%	3 42.9%	15 13.5%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.11 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีนอนามัยตามปริมาณการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ พบว่า ปริมาณการให้บริการต่ำสุด เท่ากับ 1,179 ครั้ง และสูงสุดเท่ากับ 28,333 ครั้ง

สถานีนอนามัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 2,501-5,000 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 47.4 รองลงมาไม่เกิน 2,500 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 22.8 จำนวน 5,001-7,500 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 17.5 จำนวน 10,001 ครั้งขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.8 และจำนวน 7,500 -10,000 ครั้ง มีสัดส่วน เท่ากับ ร้อยละ 3.5

สถานีนอนามัยขนาดกลาง มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 2,501-5,000 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 34.0 รองลงมาไม่เกิน 2,500 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 21.3 นอกนั้นจำนวน 5,001-7,500 ครั้ง จำนวน 7,500 -10,000 ครั้ง และจำนวน 10,001 ครั้งขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 14.9

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 10,001 ครั้งขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 42.9 และนอกนั้น จำนวน 2,501-5,000 ครั้ง และจำนวน 5,001-7,500 ครั้งขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 28.6

ตารางที่ 4.12 การกระจายของสถานีนอนามัยตามค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการรักษาพยาบาล*
จำแนกตามขนาดของสถานีนอนามัย

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเฉลี่ย สำหรับการรักษาพยาบาล (บาท/ครั้ง)	สถานีนอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่เกิน 10 บาท	1 1.8%	4 8.5%	0 0%	5 4.5%
10.01-15 บาท	10 17.5%	19 40.4%	0 0%	29 26.1%
15.01-20 บาท	19 33.3%	11 23.4%	3 42.9%	33 29.7%
20.01-25 บาท	14 24.6%	7 14.9%	0 0%	21 18.9%
25.01-30 บาท	5 8.8%	4 8.5%	4 57.1%	13 11.7%
30.01 บาท ขึ้นไป	8 14.0%	2 4.3%	0 0%	10 9.0%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

*ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการรักษาพยาบาล= งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์/
จำนวนครั้งของการให้บริการรักษาพยาบาล

จากตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีนอนามัยตามค่าใช้จ่ายเฉลี่ย
สำหรับการรักษาพยาบาล พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่ำสุด 8.16 และสูงสุด เท่ากับ 61.70

สถานีอนามัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 15.01-20 บาท เท่ากับร้อยละ 33.3 รองลงมาจำนวน 20.01-25 บาท เท่ากับร้อยละ 24.6 จำนวน 10.01-15 บาท เท่ากับร้อยละ 17.5 จำนวน 30.01 บาทขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 14.0 จำนวน 25.01-30 บาท เท่ากับร้อยละ 8.8 และมีสถานีอนามัยหนึ่งแห่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยไม่เกิน 10 บาท (ร้อยละ 1.8)

สถานีอนามัยขนาดกลาง มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 10.01-15 บาท เท่ากับร้อยละ 40.4 รองลงมาจำนวน 15.01-20 บาท เท่ากับร้อยละ 23.4 จำนวน 20.01-25 บาท เท่ากับร้อยละ 14.9 จำนวนไม่เกิน 10 บาท และจำนวน 25.01-30 บาท เท่ากับร้อยละ 8.5 และจำนวน 30.01 บาทขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 4.3

สถานีอนามัยขนาดใหญ่ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 10.01-15 บาท เท่ากับร้อยละ 57.1 และนอกนั้นจำนวน 15.01-20 บาท เท่ากับร้อยละ 42.9

ตารางที่ 4.13 การกระจายของสถานีนอนามัยตามค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ* จำแนกตามขนาดของสถานีนอนามัย

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (บาท/ครั้ง)	สถานีนอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่เกิน 10 บาท	9 15.8%	4 8.5%	1 14.3%	14 12.6%
10.01-20 บาท	9 15.8%	2 4.3%	0 0%	11 9.9%
20.01-30 บาท	16 28.1%	4 8.5%	2 28.6%	22 19.8%
30.01-40 บาท	7 12.3%	5 10.6%	0 0%	12 18.9%
40.01-50 บาท	3 8.8%	3 8.5%	0 0%	6 8.1%
50.01-60 บาท	2 3.5%	3 6.4%	0 0%	5 4.5%
60.01-70 บาท	1 1.8%	5 10.6%	1 14.3%	7 6.3%
70.01-80 บาท	1 1.8%	6 12.8%	0 0%	7 6.3%
80.01 บาท ขึ้นไป	9 3.5%	15 31.9%	3 42.8%	27 42.3%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

*ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ = งบประมาณที่สถานีนอนามัยได้รับจัดสรรสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน + การส่งเสริมสุขภาพ

ป้องกันโรคในสถานบริการ/จำนวนครั้งที่ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ

จากตารางที่ 4.13 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีอนามัยตามค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งต่ำสุด 3.12 บาท และสูงสุด 113.09 บาท

สถานีอนามัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 20.01-30 บาท เท่ากับร้อยละ 28.1 รองลงมา จำนวนไม่เกิน 10 บาท จำนวน 10.01-20 บาท และ จำนวน 80.01 บาทขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 15.8 จำนวน 30.01-40 บาท ร้อยละ 12.3 จำนวน 40.01-50 บาท เท่ากับร้อยละ 5.3 จำนวน 50.01-60 บาท เท่ากับร้อยละ 3.5 จำนวน 60.01-70 บาทและ จำนวน 70.01-80 บาท เท่ากับ ร้อยละ 1.8

สถานีอนามัยขนาดกลาง มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 80.01 บาทขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 31.9 รองลงมา จำนวน 70.01-80 บาท เท่ากับ ร้อยละ 12.8 จำนวน 30.01-40 บาทและจำนวน 60.01-70 บาท เท่ากับร้อยละ 10.6 จำนวนไม่เกิน 10 บาทและจำนวน20.01-30 บาท เท่ากับร้อยละ 8.5 จำนวน 40.01-50 บาทและจำนวน 50.01-60 บาท เท่ากับร้อยละ 6.4 และจำนวน 10.01-20 บาท เท่ากับร้อยละ 4.3

สถานีอนามัยขนาดใหญ่ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 80.01 บาทขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 42.9 รองลงมา จำนวน 20.01-30 บาท เท่ากับร้อยละ 28.6 จำนวนไม่เกิน 10 บาท และ60.01-70 บาท ร้อยละ 14.3

ตารางที่ 4.14 การกระจายของสถานีนอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำแนกตามขนาด
ของสถานีนอนามัย

อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ต่อประชากรพันคน)	สถานีนอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่มีผู้ป่วย	5 8.8%	1 2.1%	0 0%	6 5.4%
ไม่เกิน 1	7 12.3%	2 4.3%	0 0%	9 8.1%
1.01-2	8 14.0%	10 21.3%	0 0%	18 16.2%
2.01-3	8 14.0%	6 12.8%	1 14.3%	15 13.5%
3.01-4	8 14.0%	8 17.0%	3 42.9%	19 17.1%
4.01-5	5 8.8%	5 10.6%	1 14.3%	11 9.9%
5.01 ขึ้นไป	16 28.1%	15 31.9%	2 28.6%	33 29.7%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.14 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีนอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า มีอัตราป่วยต่ำสุด 0 และสูงสุด เท่ากับ 19.5 ต่อประชากรพันคน

สถานีนอนามัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 28.1 รองลงมาอัตราป่วย 1.01-2 อัตราป่วย 2.01-3 และอัตราป่วย 3.01-4 เท่ากับร้อยละ 14.0 อัตราป่วยไม่เกิน 1 เท่ากับร้อยละ 12.3 ไม่พบผู้ป่วยและอัตราป่วย 4.01-5 เท่ากับร้อยละ 8.8

สถานีนอนามัยขนาดกลาง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 31.9 รองลงมาอัตราป่วย 1.01-2 เท่ากับร้อยละ 21.3 อัตราป่วย 3.01-4 เท่ากับร้อยละ 17.0 อัตราป่วย

2.01-3 เท่ากับร้อยละ 12.8 อัตราป่วย 4.01-5 เท่ากับร้อยละ 10.6 อัตราป่วยไม่เกิน 1 เท่ากับร้อยละ 4.3 และไม่พบผู้ป่วย เท่ากับร้อยละ 2.1

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 3.01-4 เท่ากับร้อยละ 42.9 อัตราป่วย 5.01 ขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 28.6 อัตราป่วย 2.01-3 และอัตราป่วย 4.01-5 เท่ากับร้อยละ 14.3

ตารางที่ 4.15 การกระจายของสถานีนอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคทางจิต จำแนกตามขนาดของสถานีนอนามัย

อัตราป่วยด้วยโรคทางจิต (ต่อประชากรพันคน)	สถานีนอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่มีผู้ป่วย	7 12.3%	4 8.5%	0 0%	11 9.9%
ไม่เกิน 1	2 3.5%	1 2.1%	0 0%	3 2.7%
1.01-5	10 17.5%	9 19.1%	2 28.6%	21 18.9%
5.01-10	17 29.8%	14 29.8%	2 28.6%	33 29.7%
10.01-15	8 14.0%	12 25.5%	1 14.3%	21 18.9%
15.01-20	6 10.5%	4 8.5%	1 14.3%	11 9.9%
20.01 ขึ้นไป	7 12.3%	3 6.4%	1 14.3%	11 9.9%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.15 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคทางจิต พบว่า มีอัตราป่วยต่ำสุด 0 และสูงสุด เท่ากับ 34.3 ต่อประชากรพันคน

สถานีนามัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01-10 เท่ากับร้อยละ 29.8 รองลงมาอัตราป่วย 1.01-5 เท่ากับร้อยละ 17 อัตราป่วย 10.01-15 เท่ากับร้อยละ 14.0 ไม่พบผู้ป่วยและอัตราป่วย เท่ากับร้อยละ 12.3 อัตราป่วย 15.01-20 เท่ากับร้อยละ 10.5 และอัตราไม่เกิน 1 เท่ากับร้อยละ 3.5

สถานีนามัยขนาดกลาง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01-10 เท่ากับร้อยละ 29.8 รองลงมาอัตราป่วย 10.01-15 เท่ากับร้อยละ 25.2 อัตราป่วย 1.01-5 เท่ากับร้อยละ 19.1 3 อัตราป่วย 15.01-20 เท่ากับร้อยละ 8.5 อัตราป่วย 20.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 6.4 ไม่พบผู้ป่วยและอัตราป่วย เท่ากับร้อยละ 8.5 และอัตราไม่เกิน 1 เท่ากับร้อยละ 2.1

สถานีนามัยขนาดใหญ่ มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 1.01-5 และอัตราป่วย 5.01-10 เท่ากับร้อยละ 28.6 นอกนั้นอัตราป่วย 10.01-15 อัตราป่วย 15.01-20 และอัตราป่วย 20.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 14.3

ตารางที่ 4.16 การกระจายของสถานีนอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามขนาดของสถานีนอนามัย

อัตราป่วยด้วยโรคความดันสูง โลหิต (ต่อประชากรพันคน)	สถานีนอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่มีผู้ป่วย	6 10.5%	2 4.3%	0 0%	8 7.2%
ไม่เกิน 1	3 5.3%	3 6.4%	0 0%	6 5.4%
1.01-2	9 15.8%	7 14.9%	1 14.3%	17 15.3%
2.01-3	10 17.5%	10 21.3%	2 28.6%	22 19.8%
3.01-4	8 14.0%	6 12.8%	2 28.6%	21 14.4%
4.01-5	6 10.5%	5 10.6%	0 0%	11 9.9%
5.01 ขึ้นไป	15 26.3%	14 29.8%	2 28.6%	31 27.9%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.16 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีนอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีอัตราป่วยต่ำสุด 0 และสูงสุดเท่ากับ 15.49 ต่อประชากรพันคน

สถานีนอนามัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 26.3 รองลงมาอัตราป่วย 2.01-3 เท่ากับร้อยละ 17.5 อัตราป่วย 1.01-2 เท่ากับร้อยละ 14.0 ไม่พบผู้ป่วยและอัตราป่วย 4.01-5 เท่ากับร้อยละ 10.5 อัตราป่วยไม่เกิน 1 เท่ากับร้อยละ 5.3

สถานีนอนามัยขนาดกลาง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 29.8 รองลงมา อัตราป่วย 2.01-3 เท่ากับร้อยละ 21.3 อัตราป่วย 1.01-2 เท่ากับร้อยละ 14.9 อัตราป่วย 3.01-4 เท่ากับร้อยละ 12.8 อัตราป่วย 4.01-5 เท่ากับ 10.6 อัตราป่วยไม่เกิน 1 เท่ากับร้อยละ 6.4 และสถานีนอนามัยไม่มีผู้ป่วย เท่ากับร้อยละ 4.3

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 2.01-3 อัตราป่วย 3.01-4 และ อัตราป่วย 5.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 28.6 นอกนั้นอัตราป่วย 1.01-2 เท่ากับร้อยละ 14.3

ตารางที่ 4.17 การกระจายของสถานีนอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จำแนกตามขนาดของสถานีนอนามัย

อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง (ต่อประชากรพันคน)	สถานีนอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่มีผู้ป่วย	1 1.8%	1 2.1%	0 0%	2 1.8%
ไม่เกิน 10	12 21.1%	14 29.8%	1 14.3%	27 24.3%
10.01-20	13 22.8%	20 42.6%	6 85.7%	39 35.1%
20.01-30	10 17.5%	9 19.1%	0 0%	19 17.1%
30.01 ขึ้นไป	21 36.8%	6 6.4%	0 0%	24 21.6%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.17 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีนอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่า มีอัตราป่วยต่ำสุด 0 และสูงสุด เท่ากับ 88.11 ต่อประชากรพันคน

สถานีนอนามัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 30.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 36.8 รองลงมาอัตราป่วย 10.01-20 เท่ากับร้อยละ 22.8 อัตราป่วยไม่เกิน 10 เท่ากับร้อยละ 21.1 อัตราป่วย 20.01-30 เท่ากับร้อยละ 17.5 และมีสถานีนอนามัยหนึ่งแห่งไม่มีผู้ป่วยไปรับบริการ (ร้อยละ 1.8)

สถานีนอนามัยขนาดกลาง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 10.01-20 เท่ากับร้อยละ 42.6 รองลงมาอัตราป่วยไม่เกิน 10 เท่ากับร้อยละ 29.8 อัตราป่วย 20.01-30 เท่ากับร้อยละ 19.1 อัตราป่วย 30.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 6.4 และมีสถานีนอนามัยหนึ่งแห่งไม่มีผู้ป่วยไปรับบริการ (ร้อยละ 2.1)

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่ อัตราป่วย 10.01-20 เท่ากับร้อยละ 85.7 และมีสถานีนอนามัยหนึ่งแห่งมีอัตราป่วยไม่เกิน 10 (ร้อยละ 14.3)

ตารางที่ 4.18 การกระจายของสถานีนอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคบิด จำแนกตามขนาด
ของสถานีนอนามัย

อัตราป่วยด้วยโรคบิด (ต่อประชากรพันคน)	สถานีนอนามัย			รวม
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	
ไม่มีผู้ป่วย	34 59.6%	27 57.4%	4 57.1%	65 58.6%
ไม่เกิน 0.50	3 5.3%	7 14.9%	2 28.6%	12 10.8%
0.501-1	4 7.0%	4 8.5%	0 0%	8 7.2%
1.01-1.50	3 5.3%	2 4.3%	1 14.3%	6 5.4%
1.501-2	6 10.5%	1 2.1%	0 0%	7 6.3%
2.01 ขึ้นไป	7 12.3%	6 12.8%	0 0%	13 11.7%
รวม	57 100%	47 100%	7 100%	111 100%

จากตารางที่ 4.18 ผลการวิเคราะห์การกระจายของสถานีอนามัยตามอัตราป่วยด้วยโรคบิด พบว่า มีอัตราป่วยต่ำสุด 0 และสูงสุดเท่ากับ 16.63 ต่อประชากรพันคน

สถานีอนามัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุดไม่มีผู้ป่วยไปรับบริการ เท่ากับร้อยละ 59.6 รองลงมาอัตราป่วย 2.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 12.3 อัตราป่วย 1.501-2 เท่ากับร้อยละ 10.5 อัตราป่วย 0.501-1 เท่ากับร้อยละ 7 อัตราป่วยไม่เกิน 0.05 และอัตราป่วย 1.01-1.50 เท่ากับร้อยละ 5.3

สถานีอนามัยขนาดกลาง มีสัดส่วนสูงสุดไม่มีผู้ป่วยไปรับบริการ เท่ากับร้อยละ 57.4 รองลงมาอัตราป่วยไม่เกิน 0.05 เท่ากับร้อยละ 14.9 อัตราป่วย 2.01 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 12.8 อัตราป่วย 0.501-1 เท่ากับร้อยละ 8.5 อัตราป่วย 1.01-0.150 เท่ากับร้อยละ 4.3 และมีสถานีอนามัยหนึ่งแห่งมีอัตราป่วย 1.501-2 เท่ากับร้อยละ 2.1

สถานีอนามัยขนาดใหญ่ มีสัดส่วนสูงสุดไม่มีผู้ป่วยไปรับบริการ เท่ากับร้อยละ 57.1 รองลงมา อัตราป่วยไม่เกิน 0.50 เท่ากับร้อยละ 28.6 และมีสถานีอนามัยหนึ่งแห่งมีอัตราป่วย 1.01-1.50 (ร้อยละ 14.3)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของสถานีอนามัยกับปริมาณการให้บริการสุขภาพ

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของสถานีอนามัยกับปริมาณการให้บริการสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ลักษณะทั่วไปของสถานีอนามัยประกอบด้วย จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนหมู่บ้าน จำนวนบุคลากรวิชาชีพ และระยะทางห่างจากตัวอำเภอของสถานีอนามัย สำหรับปริมาณการให้บริการสุขภาพของสถานีอนามัยประกอบด้วย การให้บริการด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ และการเจ็บป่วยที่มารับบริการที่สถานีอนามัย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคทางจิต โรคความดันโลหิตสูง โรคอุจจาระร่วงและโรคบิด ดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน(r) ระหว่างจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการฯ จำนวนหมู่บ้าน จำนวนบุคลากรวิชาชีพ และระยะทางห่างจากตัวอำเภอของสถานีอนามัย กับการให้บริการด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพและการเจ็บป่วยที่มารับบริการที่สถานีอนามัย

คุณลักษณะของสถานีอนามัย	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล	การให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ	ผู้ป่วยโรคทางจิตที่มารับบริการ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ	ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงที่มารับบริการ	ผู้ป่วยโรคบิดที่มารับบริการ
ประชากรที่ขึ้นทะเบียนฯ	$r = .705^{**}$ $p < 0.05$	$r = .352^{**}$ $p < 0.05$	$r = .564^{**}$ $p < 0.05$	$r = .493^{**}$ $p < 0.05$	$r = .570^{**}$ $p < 0.05$	$r = .391^{**}$ $p < 0.05$	$r = .063$ $p = .508$
จำนวนหมู่บ้าน	$r = .626^{**}$ $p < 0.05$	$r = .188^{**}$ $p = 0.048$	$r = .440^{**}$ $p < 0.05$	$r = .456^{**}$ $p < 0.05$	$r = .478^{**}$ $p < 0.05$	$r = .378^{**}$ $p < 0.05$	$r = -.032$ $p = 0.742$
จำนวนบุคลากรวิชาชีพ	$r = .615^{**}$ $p < 0.05$	$r = .346^{**}$ $p < 0.05$	$r = .454^{**}$ $p < 0.05$	$r = .447^{**}$ $p < 0.05$	$r = .617^{**}$ $p < 0.05$	$r = .302^{**}$ $p = 0.001$	$r = .009$ $p = 0.926$
ระยะทางห่างจากตัวอำเภอ	$r = -.117$ $p = .223$	$r = -.102$ $p = .284$	$r = .011$ $p = .907$	$r = -.047$ $p = .625$	$r = -.024$ $p = .805$	$r = .073$ $p = .448$	$r = .109$ $p = .256$

จากตารางที่ 4.19 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน(r) ระหว่างจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนหมู่บ้าน จำนวนบุคลากรวิชาชีพ และระยะทางห่างจากตัวอำเภอของสถานีอนามัย กับการให้บริการด้าน

รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน โรคและฟื้นฟูสภาพ และการเจ็บป่วยที่มารับบริการ ที่สถานีนามัย พบว่า

มีความสัมพันธ์ระหว่างประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระดับสูงกับการให้บริการด้านรักษาพยาบาล ($r = .705^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับปานกลาง กับการให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .570^{**}$ $p < 0.05$) โรคเบาหวาน ($r = .564^{**}$ $p < 0.05$) และโรคทางจิต ($r = .493^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับต่ำกับการให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ($r = .391^{**}$ $p < 0.05$) และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ($r = .352^{**}$ $p < 0.05$) ระหว่างจำนวนหมู่บ้านที่สถานีนามัยรับผิดชอบ ในระดับปานกลางกับการให้บริการด้านรักษาพยาบาล ($r = .626^{**}$ $p < 0.05$) โรคความดันโลหิตสูง ($r = .478^{**}$ $p < 0.05$) โรคทางจิต ($r = .456^{**}$ $p < 0.05$) โรคเบาหวาน ($r = .440^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับต่ำกับ โรคอุจจาระร่วง ($r = .378^{**}$ $p < 0.05$) และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ($r = .188^{**}$ $p = 0.048$) ระหว่างจำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานีนามัย ในระดับปานกลางกับโรคความดันโลหิตสูง ($r = .617^{**}$ $p < 0.05$) การให้บริการด้านรักษาพยาบาล ($r = .615^{**}$ $p < 0.05$) โรคเบาหวาน ($r = .454^{**}$ $p < 0.05$) โรคทางจิต ($r = .447^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับต่ำกับ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ($r = .346^{**}$ $p < 0.05$) การให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ($r = .302^{**}$ $p = 0.001$) ที่มารับบริการที่สถานีนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไม่มีความสัมพันธ์ ระหว่างประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับการให้บริการผู้ป่วยโรคบิด ระหว่างจำนวนหมู่บ้านที่สถานีนามัยรับผิดชอบ กับการให้บริการผู้ป่วยโรคบิด ระหว่างจำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานีนามัย กับการให้บริการผู้ป่วยโรคบิด และระหว่างระยะทางห่างจากตัวอำเภอ กับการให้บริการด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ โรคเบาหวาน โรคทางจิต โรคความดันโลหิตสูง โรคอุจจาระร่วง และโรคบิดที่มารับบริการที่สถานีนามัย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 6 คำตอบสำหรับคำถามงานวิจัย

คำถามงานวิจัยข้อที่ 1 สถานีอนามัยได้รับการจัดสรรงบประมาณตามโครงการฯ ปี 2549 อย่างไร

คำตอบ สถานีอนามัยขนาดเล็ก ได้รับการจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการจัดการ ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 259,200 บาท (ร้อยละ 75.4) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 20,001-40,000 บาท (ร้อยละ 64.9) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานีอนามัย ประมาณครึ่งหนึ่ง ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 50,001-100,000 บาท (ร้อยละ 52.6) ค่ายาและเวชภัณฑ์ ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณค่ายาและเวชภัณฑ์ จำนวน 108,000 บาท (75.4)

สถานีอนามัยขนาดกลาง ได้รับการจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการ ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณ 270,000 บาท (ร้อยละ 51.1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 40,001-60,000 บาท (ร้อยละ 63.85) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานีอนามัย ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 50,001-100,000 บาท (ร้อยละ 52.6) ค่ายาและเวชภัณฑ์ ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 205,200 บาท (ร้อยละ 57.5)

สถานีอนามัยขนาดใหญ่ ได้รับการจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการ ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 270,000 บาท (ร้อยละ 85.7) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 60,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 85.7) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานีอนามัย ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 200,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 85.7) ค่ายาและเวชภัณฑ์ ทุกแห่งได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 205,200 บาท

คำถามงานวิจัยข้อที่ 2 สถานีอนามัยมีรายรับรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีอนามัย ประเภทใดบ้าง อย่างไร

คำตอบ สถานีอนามัยขนาดเล็ก มีรายรับจากการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายรับ 350,001-450,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 33.3) รายรับเงินบำรุงคำรักษาพยาบาลอื่น รายรับไม่เกิน 50,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 49.1) รายรับเงินบำรุงรายได้อื่นๆ มีรายรับไม่เกิน 10,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 43.9) มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ รายจ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ย 184,408.68 บาท เท่ากับ ร้อยละ 35.7 รองลงมา

เป็นรายจ่ายค่าใช้สอย ค่าครุภัณฑ์และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 25.7, 14.5 และ 11.9 ตามลำดับ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ รายจ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ย 184,408.68 บาท เท่ากับ ร้อยละ 35.7 รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าใช้สอย ค่าครุภัณฑ์และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 25.7, 14.5 และ 11.9 ตามลำดับ

สถานีนอนาัยขนาดกลาง มีรายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับการจัดสรร รายรับ 350,001-450,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 36.2) รายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลอื่น รายรับไม่เกิน 100,001-150,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 38.3) รายรับเงินบำรุงรายได้อื่น ๆ รายรับไม่เกิน 10,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 31.9) มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ รายจ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ย 243,263.32 บาท เท่ากับ ร้อยละ 30.8 รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าใช้สอย ค่าครุภัณฑ์และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 26.0, 14.0 และ 12.2 ตามลำดับ

สถานีนอนาัยขนาดใหญ่ รายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับการจัดสรร งบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายรับ 650,001 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 57.1) รายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลอื่น รายรับ 200,001 บาท ขึ้นไป มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 42.9) รายรับเงินบำรุงรายได้อื่น ๆ ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายรับ 100,001 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 57.1) มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ รายจ่ายค่าใช้สอยเฉลี่ย 485,436.05 บาท เท่ากับ ร้อยละ 34.8 รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าตอบแทน ค่าครุภัณฑ์ และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ย เท่ากับ ร้อยละ 22.6, 13.7 และ 12.3 ตามลำดับ

คำถามงานวิจัยข้อที่ 3 สถานีนอนาัยให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ เป็นปริมาณเท่าไร

คำตอบ สถานีนอนาัยขนาดเล็ก มีปริมาณการให้บริการด้านรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 5,001-10,000 ครั้ง (ร้อยละ 56.) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 2,501-5,000 ครั้ง (ร้อยละ 47.4) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 15.01-20 บาท (ร้อยละ 33.3) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 20.01-30 บาท (ร้อยละ 28.1) อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ต่อประชากรพันคน ขึ้นไป (ร้อยละ 28.1) อัตราป่วยด้วยโรคทางจิต มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01-10 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 29.8) อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ต่อประชากรพันคน ขึ้นไป (ร้อยละ 26.3) และอัตราป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 30.01 ต่อประชากรพันคน ขึ้นไป (ร้อยละ 36.8)

สถานีนอนามัยขนาดกลาง มีปริมาณการให้บริการด้านรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 5,001-10,000 ครั้ง (ร้อยละ 40.4) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 2,501-5,000 ครั้ง (ร้อยละ 34.0) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการรักษาพยาบาล มีสัดส่วน สูงสุด จำนวน 10.01-15 บาท (ร้อยละ 40.4) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 80.01 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 31.9) อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ต่อประชากรพันคนขึ้นไป (ร้อยละ 31.9) อัตราป่วยด้วยโรคทางจิต มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01-10 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 29.8) อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ต่อประชากรพันคน ขึ้นไป (ร้อยละ 29.8) และอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มีสัดส่วน สูงสุด อัตราป่วย 10.01-20 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 42.6)

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ มีปริมาณการให้บริการด้านรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 15,001 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 57.1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วน สูงสุด จำนวน 10,001 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 42.9) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 10.01-15 บาท (ร้อยละ 57.1) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 80.01 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 42.9) อัตราป่วย ด้วยโรคเบาหวาน มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 3.01-4 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 42.9) อัตราป่วย ด้วยโรคทางจิต มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 1.01-5 ต่อประชากรพันคน และอัตราป่วย 5.01-10 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 28.6) อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 2.01-3 ต่อประชากรพันคน อัตราป่วย 3.01-4 ต่อประชากรพันคน และอัตราป่วย 5.01 ต่อ ประชากรพันคน ขึ้นไป (ร้อยละ 28.6) และอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่อัตราป่วย 10.01-20 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 85.7)

คำถามงานวิจัยข้อที่ 4 ลักษณะของสถานีนอนามัยมีความสัมพันธ์กับปริมาณการ ให้บริการสุขภาพหรือไม่อย่างไร

คำตอบ ลักษณะของสถานีนอนามัยที่ประกอบด้วย ประชากรที่ขึ้นทะเบียนตาม โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการให้บริการ ด้านรักษาพยาบาล ($r = .705^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับปานกลาง กับการให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง ($r = .570^{**}$ $p < 0.05$) โรคเบาหวาน ($r = .564^{**}$ $p < 0.05$) และโรคทางจิต ($r = .493^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับต่ำกับการให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ($r = .391^{**}$ $p < 0.05$) และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ($r = .352^{**}$ $p < 0.05$) ระหว่างจำนวน

หมู่บ้านที่สถานีอนามัยรับผิดชอบ ในระดับปานกลางกับการให้บริการด้านรักษาพยาบาล ($r = .626^{**}$ $p < 0.05$) โรคความดันโลหิตสูง ($r = .478^{**}$ $p < 0.05$) โรคทางจิต ($r = .456^{**}$ $p < 0.05$) โรคเบาหวาน ($r = .440^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับต่ำกับโรคอุจจาระร่วง ($r = .378^{**}$ $p < 0.05$) และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ($r = .188^{**}$ $p = 0.048$) ระหว่างจำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานีอนามัย ในระดับปานกลางกับโรคความดันโลหิตสูง ($r = .617^{**}$ $p < 0.05$) การให้บริการด้านรักษาพยาบาล ($r = .615^{**}$ $p < 0.05$) โรคเบาหวาน ($r = .454^{**}$ $p < 0.05$) โรคทางจิต ($r = .447^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับต่ำกับ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ($r = .346^{**}$ $p < 0.05$) การให้บริการ ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ($r = .302^{**}$ $p = 0.001$) ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างฉับพลัน มีการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการงบประมาณด้านสุขภาพตามนโยบายโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานีอนามัยเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงได้ศึกษา เรื่อง การบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังของสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2549 ซึ่งมีความมุ่งหวังให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีข้อมูลใช้ประกอบการพิจารณาด้านการเงินการคลังในการสนับสนุนการดำเนินงานของสถานีอนามัยให้เกิดประสิทธิภาพ หรือกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการจัดสรรงบประมาณ โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทรายรับ ประเภทรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีอนามัย ปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ของสถานีอนามัย และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของสถานีอนามัยกับปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาในประชากร คือ สถานีอนามัย ทุกแห่ง จำนวน 111 แห่ง ในจังหวัดยโสธร ศึกษาจากฐานข้อมูลรายงานข้อมูล 18 แฟ้ม รายงาน 0110 รง. 5 และรายงานการรับจ่ายเงินบำรุง ทั้งที่เก็บไว้ใน อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ และเอกสารของสถานีอนามัย ปีงบประมาณ 2549 เครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูลการวิจัยมี 4 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อมูลด้านการเงินการคลังของสถานีอนามัย และข้อมูลปริมาณบริการสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 อำเภอ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามความถูกต้อง การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ค่าความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

ลักษณะของสถานีนอนามัย พบว่า สถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร แบ่งเป็นขนาดเล็ก มีจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่เกิน 4,000 คน ร้อยละ 51.4 ขนาดกลางมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนฯ 4,001 – 8,000 คน ร้อยละ 42.3 และขนาดใหญ่มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนฯ มากกว่า 8,001 คน ขึ้นไป ร้อยละ 6.3 ประชากรเฉลี่ย 4,376.38 คน มีจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 6-10 หมู่บ้าน ร้อยละ 53.2 จำนวน 1-5 หมู่บ้าน ร้อยละ 32.4 มากกว่า 10 หมู่บ้าน ร้อยละ 14.4 หมู่บ้านเฉลี่ย 7.05 มีจำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานีนอนามัย ไม่เกิน 3 คน ร้อยละ 66.7 มากกว่า 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 33.3 จำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานีนอนามัยต่ำสุด 2 คน สูงสุด 7 คน เฉลี่ย 3.41 ระยะทางห่างจากตัวอำเภอ มากกว่า 10 กิโลเมตร มีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 56.8 รองลงมา 6-10 กิโลเมตร ร้อยละ 35.1 นอกนั้นไม่เกิน 5 กิโลเมตร ร้อยละ 8.2 ระยะทางห่างจากตัวอำเภอต่ำสุด 1 กิโลเมตร สูงสุด 37 กิโลเมตร เฉลี่ย 12.9 กิโลเมตร

การจัดสรรงบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับสถานีนอนามัย ปี 2549 พบว่า สถานีนอนามัยขนาดเล็ก ได้รับการจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการ ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 259,200 บาท (ร้อยละ 75.4) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 20,001-40,000 บาท (ร้อยละ 64.9) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานีนอนามัย ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 50,001-100,000 บาท (ร้อยละ 52.6) ค่ายาและเวชภัณฑ์ ได้รับการจัดสรรงบประมาณค่ายาและเวชภัณฑ์ จำนวน 108,000 บาท (75.4) สถานีนอนามัยขนาดกลาง ได้รับการจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการ ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 270,000 บาท (ร้อยละ 51.1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 40,001-60,000 บาท (ร้อยละ 63.85) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานีนอนามัย ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 50,001-100,000 บาท (ร้อยละ 52.6) ค่ายาและเวชภัณฑ์ ได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 205,200 บาท (ร้อยละ 57.5) สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ ได้รับการจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการ ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 270,000 บาท (ร้อยละ 85.7) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 60,001 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 85.7) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานีนอนามัย ได้รับการจัดสรร

งบประมาณ จำนวน 200,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 85.7) ค่ายาและเวชภัณฑ์ ทุกแห่งได้รับการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 205,200 บาท

รายรับรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนอนามัย พบว่า **สถานีนอนามัยขนาดเล็ก** มีรายรับจากการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายรับ 350,001-450,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 33.3) รายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลอื่น รายรับไม่เกิน 50,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 49.1) รายรับเงินบำรุงรายได้อื่น ๆ มีรายรับไม่เกิน 10,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 43.9) มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ รายจ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ย 184,408.68 บาท เท่ากับ ร้อยละ 35.7 รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าใช้สอย ค่าครุภัณฑ์และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 25.7, 14.5 และ 11.9 ตามลำดับ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ รายจ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ย 184,408.68 บาท เท่ากับ ร้อยละ 35.7 รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าใช้สอย ค่าครุภัณฑ์และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 25.7, 14.5 และ 11.9 ตามลำดับ

สถานีนอนามัยขนาดกลาง มีรายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับการจัดสรร รายรับ 350,001-450,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 36.2) รายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลอื่น รายรับไม่เกิน 100,001-150,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 38.3) รายรับเงินบำรุงรายได้อื่น ๆ รายรับไม่เกิน 10,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 31.9) มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ รายจ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ย 243,263.32 บาท เท่ากับ ร้อยละ 30.8 รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าใช้สอย ค่าครุภัณฑ์และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 26.0, 14.0 และ 12.2 ตามลำดับ

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ รายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายรับ 650,001 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 57.1) รายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลอื่น รายรับ 200,001 บาท ขึ้นไป มีสัดส่วน สูงสุด (ร้อยละ 42.9) รายรับเงินบำรุงรายได้อื่น ๆ ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายรับ 100,001 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 57.1) มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ รายจ่ายค่าใช้สอยเฉลี่ย 485,436.05 บาท เท่ากับ ร้อยละ 34.8 รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าตอบแทน ค่าครุภัณฑ์ และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ย เท่ากับ ร้อยละ 22.6, 13.7 และ 12.3 ตามลำดับ

ปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ พบว่า **สถานีนอนามัยขนาดเล็ก** มีปริมาณการให้บริการด้านรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 5,001-10,000 ครั้ง (ร้อยละ 56.1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 2,501-5,000 ครั้ง (ร้อยละ 47.4) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 15.01-20 บาท (ร้อยละ 33.3) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน

20.01-30 บาท (ร้อยละ 28.1) อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ต่อประชากรพันคน ขึ้นไป (ร้อยละ 28.1) อัตราป่วยด้วยโรคทางจิต มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01-10 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 29.8) อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ต่อประชากรพันคน ขึ้นไป (ร้อยละ 26.3) และอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 30.01 ต่อประชากรพันคน ขึ้นไป (ร้อยละ 36.8) **สถานีนอนามัยขนาดกลาง** มีปริมาณการให้บริการด้านรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 5,001-10,000 ครั้ง (ร้อยละ 40.4) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 2,501-5,000 ครั้ง (ร้อยละ 34.0) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการรักษาพยาบาล มีสัดส่วน สูงสุด จำนวน 10.01-15 บาท (ร้อยละ 40.4) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 80.01 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 31.9) อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ต่อประชากรพันคนขึ้นไป (ร้อยละ 31.9) อัตราป่วยด้วยโรคทางจิต มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01-10 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 29.8) อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 5.01 ต่อประชากรพันคนขึ้นไป (ร้อยละ 29.8) และอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 10.01-20 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 42.6) **สถานีนอนามัยขนาดใหญ่** มีปริมาณการให้บริการด้านรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 15,001 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 57.1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 10,001 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 42.9) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 10.01-15 บาท (ร้อยละ 57.1) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 80.01 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 42.9) อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 3.01-4 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 42.9) อัตราป่วยด้วยโรคทางจิต มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 1.01-5 ต่อประชากรพันคน และอัตราป่วย 5.01-10 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 28.6) อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนสูงสุด อัตราป่วย 2.01-3 ต่อประชากรพันคน อัตราป่วย 3.01-4 ต่อประชากรพันคน และอัตราป่วย 5.01 ต่อประชากรพันคนขึ้นไป (ร้อยละ 28.6) และอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่อัตราป่วย 10.01-20 ต่อประชากรพันคน (ร้อยละ 85.7)

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของสถานีนอนามัยมีกับปริมาณการให้บริการสุขภาพ พบว่า ลักษณะของสถานีนอนามัยที่ประกอบด้วย ประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการให้บริการด้านรักษาพยาบาล ($r = .705^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับปานกลาง กับการให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

($r = .570^{**}$ $p < 0.05$) โรคเบาหวาน ($r = .564^{**}$ $p < 0.05$) และโรคทางจิต ($r = .493^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับต่ำกับการให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ($r = .391^{**}$ $p < 0.05$) และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ($r = .352^{**}$ $p < 0.05$) ระหว่างจำนวนหมู่บ้านที่สถานีอนามัยรับผิดชอบ ในระดับปานกลางกับการให้บริการด้านรักษาพยาบาล ($r = .626^{**}$ $p < 0.05$) โรคความดันโลหิตสูง ($r = .478^{**}$ $p < 0.05$) โรคทางจิต ($r = .456^{**}$ $p < 0.05$) โรคเบาหวาน ($r = .440^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับต่ำกับโรคอุจจาระร่วง ($r = .378^{**}$ $p < 0.05$) และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ($r = .188^{**}$ $p = 0.048$) ระหว่างจำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานีอนามัย ในระดับปานกลางกับโรคความดันโลหิตสูง ($r = .617^{**}$ $p < 0.05$) การให้บริการด้านรักษาพยาบาล ($r = .615^{**}$ $p < 0.05$) โรคเบาหวาน ($r = .454^{**}$ $p < 0.05$) โรคทางจิต ($r = .447^{**}$ $p < 0.05$) ในระดับต่ำกับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ($r = .346^{**}$ $p < 0.05$) การให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ($r = .302^{**}$ $p = 0.001$) ที่มารับบริการที่สถานีอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. อภิปรายผล

2.1 อภิปรายข้อจำกัดของงานวิจัย

2.1.1 การทบทวนวรรณกรรมและการอ้างอิง ในการวิจัยเรื่องนี้จากการสืบค้นยังไม่มีผู้ศึกษามาก่อน ส่วนใหญ่จะศึกษาในเรื่องที่ใกล้เคียงกัน เช่น การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของสถานีอนามัย ทศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีต่อการบริหารงบประมาณด้านสุขภาพ ทำให้พบเอกสารการอ้างอิงน้อย

2.1.2 ข้อผิดพลาดของข้อมูล การเก็บรวบรวมจากข้อมูลศึกษาจากฐานข้อมูลรายงานข้อมูล 18 แห่ง รายงาน 0110 รง.5 และรายงานการรับจ่ายเงินบำรุง ทั้งที่เก็บไว้ในอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ และเอกสารของสถานีอนามัย อาจมีข้อผิดพลาดได้หลายขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ความรู้ความเข้าใจและความตระหนักของผู้ปฏิบัติ กระบวนการตรวจสอบของหัวหน้าสถานีอนามัย ก่อนการรายงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สัตยชาติ พลมีศักดิ์ (2546) พบว่า รายงาน 0110 รง.5 มีขนาดความผิดพลาด ร้อยละ 2.28 และความถูกต้องของรายงานมีความสัมพันธ์กับปัจจัยสนับสนุนด้านการตรวจสอบของหัวหน้าสถานีอนามัย ในการแก้ไขข้อผิดพลาดจากการเก็บข้อมูลผู้วิจัย ได้ชี้แจงผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและสอบทวนข้อมูลด้วยตนเอง

2.1.3 ความครบถ้วนของข้อมูล เนื่องจากข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลายชนิดที่มีเก็บไว้ทั้งรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ ถ้ารายงานที่เป็นเอกสารจะต้องขออนุญาตจากหัวหน้าหน่วยงานก่อน หากเป็นอิเล็กทรอนิกส์จะต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยสามารถ

เข้าสืบค้นในฐานข้อมูลได้ ปริมาณงานส่งเสริมสุขภาพที่จัดเก็บจากรายงาน 0110 รง.5 ในระดับจังหวัดเป็นข้อมูลรวมไม่ได้แยกเป็นรายสถานีนามัย มีเฉพาะรายงานกิจกรรมที่เป็นนโยบายและกิจกรรมที่นำมาพิจารณาจัดสรรงบประมาณ เช่น การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ตรวจหามะเร็งปากมดลูก ดังนั้น หากต้องการเน้นการสร้างนำซ่อม จะต้องกำหนดนโยบายให้ชัดเจน ผู้ปฏิบัติเข้าใจนโยบายจะทำให้การจัดเก็บผลงานและการรายงานตรงตามวัตถุประสงค์ บางกิจกรรมไม่สามารถสืบค้นได้เนื่องจากยังไม่ปรับปรุงข้อมูลเป็นปัจจุบัน เช่น ข้อมูลประชากรผู้มีสิทธิตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสอบทวนข้อมูลทำให้เกิดความล่าช้าในการศึกษาเนื่องจากข้อมูลมาจากหลายแหล่ง

2.2 อภิปรายข้อค้นพบของงานวิจัย

2.2.1 การจัดสรรงบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับ

สถานีนามัย ปี 2549 พบว่า สถานีนามัยที่มีจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เท่ากัน ได้รับการจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริหารจัดการ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานีนามัย และค่ายาและเวชภัณฑ์ ได้รับการจัดสรรงบประมาณแตกต่างกัน แต่ก็ใกล้เคียงกับการจัดสรรของกองทุนประกันสุขภาพของจังหวัด ซึ่งจัดสรรตามรายหัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพงษ์เธียร พันธุ์พิพัฒน์ไพบูลย์ (2546) ได้ศึกษาความคิดเห็นของหัวหน้าสถานีนามัยในจังหวัดชุมพร เกี่ยวกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 พบว่า งบประมาณส่วนใหญ่ถูกใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทน เท่ากับร้อยละ 48.9 สถานีนามัยที่ใช้จ่ายค่าบริหารจัดการและค่ายาและเวชภัณฑ์มากกว่าได้รับ เท่ากับร้อยละ 85.3 และ 59.0 ตามลำดับ ความคิดเห็นของหัวหน้าสถานีนามัย ก่อนไปทางไม่เห็นด้วยกับจำนวนเงินที่ได้รับเอื้ออำนวยให้พัฒนางานของสถานีนามัยและบรรลุวัตถุประสงค์หรือนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ก่อนไปทางไม่เห็นด้วยกับการจัดสรรงบประมาณเท่ากันทุกแห่ง ก่อนไปทางเห็นด้วยกับการใช้ภาระงานในสถานบริการและนอกสถานบริการเป็นองค์ประกอบในการจัดสรรงบประมาณ มีความต้องการค่าบริหารจัดการและค่ายาเฉลี่ยเท่ากับ 15,312.00 บาท และ 9,075.50 บาท ต่อเดือนตามลำดับ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยผลงานบริการผู้ป่วยนอกกับความต้องการค่าบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยอัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานีนามัย และผลงานบริการผู้ป่วยนอก กับความต้องการค่ายา ผลการศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าบริหารจัดการ และค่ายาและเวชภัณฑ์ ควรปรับเป็น 15,000 บาท และ 6,000 บาทต่อเดือน ตามลำดับ

2.2.2 รายรับเงินบำรุงของสถานีนามัย พบว่า สถานีนามัยที่มีจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างกัน มีรายรับจากการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก รายรับ 350,001-450,000 บาท ยกเว้นสถานีนามัยขนาดใหญ่ มีรายรับจากการจัดสรรงบประมาณตามโครงการฯ มากขึ้นตามจำนวนประชากร มีรายรับ 650,001 บาท ขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากมีการโอนตรงไปยังสถานีนามัยโดยตรงสำหรับเป็นค่าบริหารจัดการ ส่วนรายรับเงินบำรุงค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ รายรับเงินบำรุงรายได้อื่น ๆ ได้รับการจัดสรรในลักษณะที่คล้ายกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสังวาลย์ บุญโต (2547) ได้ศึกษาทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีต่อการบริหารงบประมาณด้านสุขภาพของจังหวัดสุรินทร์ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสถานีนามัยเห็นด้วยในการจัดสรรงบประมาณในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านการบริหารจัดการ และมีทัศนคติในระดับปานกลางด้านค่าตอบแทน แต่จะไม่เห็นด้วยในเรื่องของการกำหนดระดับหมู่บ้านและการจัดสรรเงินตามหมู่บ้านรับผิดชอบ ในการบริหารงบประมาณในระดับสถานีนามัย พบว่า มีปัญหาในเรื่องงบประมาณที่ได้รับมีน้อยไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ทั้งด้านค่าตอบแทนและด้านการจัดการ

2.2.3 รายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนามัย พบว่า มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุดคือ รายจ่ายค่าใช้สอยเฉลี่ยต่อสถานีนามัย เท่ากับ 823,686.79 บาท (ร้อยละ 30.1) รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าตอบแทน ค่าครุภัณฑ์ และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 27.4, 13.9 และ 12.2 ตามลำดับ สำหรับสถานีนามัยขนาดเล็กและขนาดกลาง มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุดคือ รายจ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ย 184,408.68 บาท เท่ากับ ร้อยละ 35.7 และ 243,263.32 บาท เท่ากับ ร้อยละ 30.8 ตามลำดับ สำหรับค่าใช้สอยที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุดคือ รายจ่ายค่าใช้สอยเฉลี่ย 485,436.05 บาท เท่ากับ ร้อยละ 34.8 ซึ่งเป็นสถานีนามัยขนาดใหญ่ สำหรับหมวดรายจ่ายค่าใช้สอยของสถานีนามัย จะประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ การไปศึกษาอบรม สถานีนามัยขนาดใหญ่จะได้รับการจัดสรรให้บุคลากรไปฝึกอบรมเช่น หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น) ค่าใช้จ่ายในการจ้างเหมาบริการ ได้แก่ จ้างเหมาบริการทำความสะอาดสถานีนามัย จ้างเหมาซ่อมแซมครุภัณฑ์การแพทย์ ครุภัณฑ์ยานพาหนะและจ้างเหมาบริการซ่อมแซมปรับปรุงสิ่งก่อสร้างที่เป็นลักษณะค่าใช้สอย เนื่องจากสถานีนามัยขนาดใหญ่เป็นเป้าหมายในการส่งเข้าประกวดสถานีนามัยดีเด่น และได้รับงบประมาณซ่อมแซมปรับปรุงเพิ่มขึ้น จึงทำให้ค่าใช้จ่ายในหมวดค่าใช้สอยมีสัดส่วนสูงสุดดังกล่าว

2.2.4 ปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ พบว่า สถานีอนามัยที่มีจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างกัน มีปริมาณการให้บริการด้านรักษาพยาบาลไม่ต่างกัน จำนวน 5,001-10,000 ครั้ง ยกเว้นยกเว้นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ มีปริมาณการให้บริการเกิน 15,001 ครั้งต่อปี ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ มีปริมาณการให้บริการจำนวน 2,501-10,000 ครั้งต่อปี จะเห็นว่าปริมาณการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ยังน้อยกว่าการให้บริการด้านรักษาพยาบาลสืบเนื่องมาจากโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม เสมอภาคแก่ผู้รับบริการ และประชาชนมีความพึงพอใจ ในระดับสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร ได้เปิดให้บริการนอกเวลาราชการและวันหยุด เจ้าหน้าที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าตอบแทนในการจัดบริการนอกเวลาราชการ จึงทำให้ปริมาณการรักษาพยาบาลมีจำนวนมาก ส่วนสถานีขนาดใหญ่มีปริมาณการให้บริการเกิน 10,001 ครั้งต่อปี ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการรักษาพยาบาล มีจำนวน 10.01-15 บาท/ครั้ง สถานีอนามัยขนาดเล็กมีจำนวน 20.01-30 บาท/ครั้ง ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ จำนวน 80.01 บาท/ครั้ง ขึ้นไป ยกเว้นสถานีอนามัยขนาดเล็ก มีจำนวน 20.01-30 บาท/ครั้ง อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีอัตราป่วยเกิน 5.01 ต่อประชากรพันคน อัตราป่วยด้วยโรคทางจิต มีอัตราป่วย 5.01-10 ต่อประชากรพันคน อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยเกิน 5.01 ต่อประชากรพันคน และอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มีอัตราป่วยเกิน 30.01 ต่อประชากรพันคน

2.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของสถานีอนามัยกับปริมาณการให้บริการสุขภาพ

1) ประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความสัมพันธ์กับการให้บริการด้านรักษาพยาบาล การให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคทางจิต โรคอุจจาระร่วง และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) จำนวนหมู่บ้านที่สถานีอนามัยรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์กับการให้บริการด้านรักษาพยาบาล การให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคทางจิต โรคเบาหวาน โรคอุจจาระร่วง และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานีอนามัยในจังหวัดยโสธรมีจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 6-10 หมู่บ้าน ร้อยละ 53.2 จำนวน 1-5 หมู่บ้าน ร้อยละ 32.4 มากกว่า 10 หมู่บ้าน ร้อยละ 14.4 หมู่บ้านเฉลี่ย 7.05 หมู่บ้าน

3) จำนวนบุคลากรวิชาชีพประจำสถานีนอนามัย พบว่า มีความสัมพันธ์กับการให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การให้บริการด้านรักษาพยาบาล การให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคทางจิต การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ และการให้บริการผู้เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร มีจำนวนบุคลากรวิชาชีพ ไม่เกิน 3 คน ร้อยละ 66.7 มากกว่า 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 33.3 จำนวนบุคลากรต่ำสุด 2 คน สูงสุด 7 คน เฉลี่ย 3.41 คน ถือว่ายังขาดบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย การกระจายบุคลากรไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องกระจายบุคลากรให้เหมาะสมโดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS) จะทำให้การจัดบริการของสถานีนอนามัยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ เพ็ญแข ลาภยิ่ง และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2546: 923-935) ที่ศึกษาการดำเนินการศูนย์สุขภาพชุมชนในหนึ่งปีแรกของการดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาสี่จังหวัด พบว่ารูปแบบการดำเนินการศูนย์สุขภาพชุมชนมิได้เป็นไปตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้เกิดจากข้อจำกัดด้านบุคลากรเป็นสำคัญ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาญศักดิ์ ครองสิงห์ (2547) ได้ศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการดำเนินงานด้านรักษาพยาบาล ภาระงาน แนวโน้มภาระงานด้านรักษาพยาบาล และความต้องการกำลังคนของสถานีนอนามัย จังหวัดหนองคาย พบว่า สถานีนอนามัยมีอัตรากำลังเฉลี่ย 2.84 คน และสถานีนอนามัยมีความต้องการอัตรากำลังเพิ่มจากจำนวนที่มีจริงในปี 2544-2546 โดยเฉลี่ยร้อยละ 114.73 83.70 และ 115.45 ตามลำดับ และ จงดี ภิรมย์ไชย ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของสถานีนอนามัย 33 แห่ง ใน 5 อำเภอ จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2539 ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พบว่า มีต้นทุนทั้งหมดต่อสถานีนอนามัยเป็น 920,593 บาทต่อปี ร้อยละของค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน คิดเป็น 40 : 42 : 18 โดยมีต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรักษาพยาบาล 50 บาทต่อครั้ง งานอนามัยแม่และเด็ก 101 บาทต่อครั้ง การให้บริการวางแผนครอบครัว 148 บาทต่อครั้ง การให้ภูมิคุ้มกันโรค 87 บาทต่อครั้ง การบริการอนามัยโรงเรียน 28 บาทต่อรายนักเรียน

2.3 ข้อสรุปของงานวิจัย

2.3.1 การจัดสรรงบประมาณโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทรายรับ ประเภทรายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนอนามัย ปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ของสถานีนอนามัย และมีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของสถานีนอนามัยกับปริมาณการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ

2.3.2 การจัดสรรงบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับสถานีนามัยมีการจัดสรรตามเงื่อนไขของจังหวัดยังไม่เหมาะสม ควรจัดสรรตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายรับเงินบำรุงได้รับการจัดสรรตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก รายจ่ายทั้งหมด 7 หมวด รายจ่ายค่าใช้สอย มีสัดส่วนรายจ่ายเฉลี่ยสูงสุด รองลงไปคือค่าตอบแทน และค่าครุภัณฑ์ ตามลำดับ การจัดสรรงบประมาณค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อให้บริการด้านรักษาพยาบาล นำมาจัดบริการมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้ง 10.01-20 บาท สำหรับงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและในสถานบริการ นำมาจัดบริการมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งมากกว่า 80.01 บาท

3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้และทำการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 สนับสนุนสถานีนามัยจัดทำแผนเงินบำรุงให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนที่มาใช้บริการ อันเนื่องมาจากสถานีนามัยมีรายรับจากการจัดสรรงบประมาณตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก สัดส่วนสูงสุดของสถานีนามัยขนาดเล็กและขนาดกลาง มีรายรับ 350,001-450,000 บาท ยกเว้นสถานีนามัยขนาดใหญ่ มีรายรับจากการจัดสรรงบประมาณตามโครงการฯ มากขึ้นตามจำนวนประชากร มีรายรับ 650,001 บาท ขึ้นไป สำหรับรายจ่ายของสถานีนามัยมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด คือ รายจ่ายค่าใช้สอยเฉลี่ยต่อสถานีนามัย เท่ากับ 823,686.79 บาท (ร้อยละ 30.1) รองลงมาเป็นรายจ่ายค่าตอบแทน ค่าครุภัณฑ์ และค่าวัสดุ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 27.4, 13.9 และ 12.2 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าสถานีนามัยจะมีรายจ่ายสูงกว่ารายรับหากไม่มีการวางแผนที่ดี

3.1.2 สนับสนุนให้ใช้เป็นข้อมูลพิจารณาจัดสรรงบประมาณสำหรับสถานีนามัยของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับจังหวัด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณเป็นธรรม จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สถานีนามัยขนาดเล็กมีรายรับ 350,001-450,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุดเท่ากับร้อยละ 33.3 สถานีนามัยขนาดกลางมีรายรับ 350,001-450,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด เท่ากับร้อยละ 36.2 สถานีนามัยขนาดใหญ่

ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายรับ 650,001 บาท ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 57.1 จะเห็นได้ว่าสถานีนอนมัยขนาดเล็กและขนาดกลาง ได้รับการจัดสรรงบประมาณไม่แตกต่างกัน

3.1.3 ส่งเสริมให้สถานีนอนมัยจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาวต่อไป จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สถานีนอนมัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 2,501-5,000 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 47.4 สถานีนอนมัยขนาดกลาง มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 2,501-5,000 ครั้ง สถานีนอนมัยขนาดใหญ่ มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 10,001 ครั้งขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 42.9 ในขณะที่การรักษายาบาลสถานีนอนมัยขนาดเล็ก มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 5,001-10,000 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 56.1 สถานีนอนมัยขนาดกลางมีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 5,001-10,000 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 40.4 สถานีนอนมัยขนาดใหญ่มีสัดส่วนสูงสุด จำนวน 15,001 ครั้งขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 57.1 จะเห็นได้ว่าสถานีนอนมัย มีสัดส่วนการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค น้อยกว่าด้านการรักษายาบาลถึงหนึ่งเท่า

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

3.2.1 ศึกษาการจัดทำฐานข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของจังหวัด เพื่อใช้ในการปรับปรุงระบบฐานข้อมูลและนำมาใช้ประโยชน์สำหรับการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.2 ศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้จ่ายงบประมาณของสถานีนอนมัยว่ามีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างไร

3.2.2 ศึกษาต้นทุนการใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพของสถานีนอนมัย ในแต่ละกิจกรรม

3.2.3 ศึกษาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของสถานีนอนมัย ในหลาย ๆ จังหวัดทั่วประเทศ แล้วนำผลเปรียบเทียบกันเพื่อประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระดับนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงการคลัง (2547) “การบริหารจัดการงบประมาณهماจ่ายรายหัวสร้างหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า”สถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง เอกสารนำเสนอ
กัลยานี ภาคอัตรและคณะ (2548) “แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าอิสระ” ใน *ประมวลสาระ
ชุดวิชาการค้นคว้าอิสระ* หน่วยที่ 1 หน้าที่ 1-72 นนทบุรี มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- จงดี ภิรมย์ไชย (2541) “รายงานการวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุนสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น
ปี 2539” โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
- จารึก ปิยะวานุสรณ์ (2544) “ การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการและการคืนทุนของสถานี
อนามัยในอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2543” วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ฉวีวรรณ บุญสุยา (2547) “สถิติในงานวิจัย” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัยใน
งานสาธารณสุข* หน่วยที่ 11 หน้าที่ 1-46 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ชาญศักดิ์ ครองสิงห์ (2547) “ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการ
ดำเนินงานด้านรักษาพยาบาล ภาระงาน แนวโน้มภาระงานด้านรักษาพยาบาล
และความต้องการกำลังคนของสถานีอนามัย จังหวัดหนองคาย” วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ชูชัย ศรีขำนิ (2548) “การศึกษาค้นคว้าอิสระด้านการจัดโครงสร้างระบบบริหารและระบบบริการ
สุขภาพ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการค้นคว้าอิสระ* หน่วยที่ 3 หน้าที่ 145-212
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ทองหล่อ เดชไทย (2545) *หลักการบริหารงานสาธารณสุข* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร
สามเจริญพานิช
- ธิดา ยุคันตวรนนท์ (2549) “รูปแบบการจัดการด้านการเงินโรงพยาบาลยโสธร ตั้งแต่
ปีงบประมาณ 2544” *วารสารยโสธรเวชสาร* 8, 3 (กันยายน- ธันวาคม) : 102-108

- บุญธรรม กิจปริคาบปริสุทธิ (2537) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 5
กรุงเทพมหานคร รวมเจริญพานิช
- พจนา ดวงชาตม (2547) “ประสิทธิผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของสถานีอนามัยในจังหวัด
มหาสารคาม” วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- พงษ์เรียร พันธุ์พิพัฒน์ (2546) “ความคิดเห็นของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดชุมพร
เกี่ยวกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546” วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- เพียงจันทร์ เสวตศรีสกุล (2548) “การศึกษาค้นคว้าอิสระด้านการอำนวยการบริหารงาน
สาธารณสุข” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการค้นคว้าอิสระ* หน่วยที่ 4 หน้าที่ 213-272
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ (2544) “การคลังสาธารณสุข” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาเศรษฐศาสตร์
สาธารณสุขสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข* หน่วยที่ 7 หน้าที่ 42-86 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ทรงพรรณ สิงห์แก้ว (2544) “การจัดการการเงินการคลังสาธารณสุข” ใน *ประมวลสาระชุด
วิชาการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข* หน่วยที่ 6 หน้าที่ 1-31 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- วงศ์เดือน ปั่นดี (2547) “การเตรียมข้อมูลการวิจัย” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัย
ในงานสาธารณสุข* หน่วยที่ 10 หน้าที่ 179-259 นนทบุรี มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโนทัย และคณะ (2546) “การอุดหนุนและเฉลี่ยความเสียหายระหว่างสถาน
บริการในการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะนำร่อง” มหาวิทยาลัยนเรศวร
ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
- ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโนทัย (2544) *เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 3
พิษณุโลก สุรสัทธิกราฟฟิค
- สำนักงบประมาณ (2546) “ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์” เอกสารประกอบ
การอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น” เอกสารเย็บเล่ม

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2540) “มิติใหม่ในการบริหารงบประมาณ: การศึกษาวิเคราะห์การบริหารงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขระดับจังหวัด” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 6,2 : 194-206.
- สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล (2548) “ต้นทุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ” ศูนย์ประกันสุขภาพ รพ.จุฬาลงกรณ์ ได้รับทุนวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) “ตัวชี้วัดเพื่อการประเมิน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค)” กรุงเทพมหานคร องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2547) “แนวทางการเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลัง และทรัพยากรสุขภาพของสถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข” นนทบุรี นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด
- สัญญาชาติ พลมีศักดิ์ (2546) “ความถูกต้องของข้อมูลจากการทำรายงานสรุปกิจกรรมสำคัญของสถานบริการสุขภาพ (0110 รง. 5) ด้านการรักษาพยาบาล ของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2546” วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สังวาลย์ บุญโต (2547) “ทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีต่อการบริหารงบประมาณด้านสุขภาพของจังหวัดสุรินทร์” การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สุพจน์ กันทรัญญ์ (2546) “ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลต่อการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานแนวใหม่สู่ชุมชนจังหวัดลำพูน” รายงานการค้นคว้าอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อนุชา วรหาญ (2546) “ความสามารถในการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีนอนามัย เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี” วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการเงินการคลังของสถานีนอนมัย

3. ข้อมูลรายรับ – รายจ่ายเงินบำรุง (ปีงบประมาณ 2549)

3.1 ประเภทรายการรับ

1) ค่ารักษาพยาบาล ที่ได้รับการจัดสรรตามโครงการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	Inc1[] [] [] [] [] [] [] [] []
2) ค่ารักษาพยาบาลอื่น	Inc2[] [] [] []
3) รายได้อื่น	[] [] [] [] Inc3[] [] [] [] [] [] [] []

3.2 ประเภทรายการจ่าย

1) รายจ่ายด้านบุคลากร	exp1[] [] [] []
2) ค่าตอบแทน	[] [] [] [] []
3) ค่าใช้สอย	exp2[] [] [] []
4) ค่าวัสดุ	[] [] [] [] []
5) ค่าสาธารณูปโภค	exp3[] [] [] []
6) ค่าครุภัณฑ์	[] [] [] []
7) ค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง	Exp4[] [] [] [] [] [] [] [] Exp5[] [] [] [] [] [] [] [] Exp6[] [] [] [] [] [] [] [] Exp7[] [] [] [] [] [] [] [] []

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปริมาณบริการสุขภาพ

4.1 ด้านรักษาพยาบาล	tret[][][]
- จำนวนการให้บริการ	[][][]
4.2 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ	
- จำนวนการให้บริการ จำนวน.....ครั้ง	PP[][][]
4.3 การเจ็บป่วยที่มาใช้บริการที่สถานีนามัย	[][][]
4.3.1 โรคไม่ติดต่อ	
- โรคเบาหวาน จำนวน.....ราย	NCD1[][][]
- โรคทางจิต จำนวน.....ราย	NCD2[][][]
- โรคความดันโลหิตสูง จำนวน.....ราย	NCD3[][][]
4.3.2 โรคติดต่อ	
- โรคอุจจาระร่วง	CD1[][][]
- โรคบิด	CD2[][][]

ภาคผนวก ข
รายชื่อสถานีนอมน้ำในจังหวัดยโสธร

รายชื่อสถานีนามัยของจังหวัดยโสธร

1. อำเภอเมืองยโสธร มีสถานีนามัย จำนวน 21 แห่ง ประกอบด้วย

สถานีนามัยในเมือง ตำบลในเมือง	สถานีนามัยบ้านสิงห์
สถานีนามัยบ้านห้องเช่า	สถานีนามัยบ้านนาสะไมย์
สถานีนามัยบ้านตาดทอง	สถานีนามัยบ้านหนองหอย
สถานีนามัยบ้านสว่าง	สถานีนามัยบ้านหนองหิน
สถานีนามัยบ้านค้ำน้ำสร้าง	สถานีนามัยบ้านโนนค้อ
สถานีนามัยบ้านดอนกลอย	สถานีนามัยบ้านหนองคู
สถานีนามัยบ้านสามเพี้ย	สถานีนามัยบ้านหนองบัว
สถานีนามัยบ้านคูทุ่ง	สถานีนามัยบ้านชุมเงิน
สถานีนามัยบ้านคำแดง	สถานีนามัยบ้านทุ่งนางโกล
สถานีนามัยบ้านคำฮี	สถานีนามัยบ้านหนองเรือ
สถานีนามัยบ้านทุ่งเต๋	

2. อำเภอทรายมูล มีสถานีนามัย จำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วย

สถานีนามัยบ้านโคกยาว	สถานีนามัยบ้านนาเวียง
สถานีนามัยบ้านคูลาด	สถานีนามัยบ้านไผ่
สถานีนามัยบ้านสีสุก	สถานีนามัยบ้านโคกกลาง
สถานีนามัยบ้านคำครตา	สถานีนามัยบ้านหนองแวง
สถานีนามัยบ้านดงมะไฟ	

3. อำเภอกุดชุม มีสถานีนามัย จำนวน 13 แห่ง ประกอบด้วย

สถานีนามัยบ้านหนองแก	สถานีนามัยบ้านโพนงาม
สถานีนามัยบ้านโนนเปือย	สถานีนามัยบ้านแดง
สถานีนามัยบ้านคำแมด	สถานีนามัยบ้านค้ำน้ำสร้าง
สถานีนามัยบ้านหัวจัว	สถานีนามัยบ้านคำผักกูด
สถานีนามัยบ้านนาไต้	สถานีนามัยบ้านโนนประทาย
สถานีนามัยบ้านหัวนา	สถานีนามัยบ้านสุขเกษม
สถานีนามัยบ้านหนองหมี	

4. **อำเภอคำเขื่อนแก้ว** มีสถานีนามัย จำนวน 15 แห่ง ประกอบด้วย
- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| สถานีนามัยบ้านย่อ | สถานีนามัยบ้านภูจาน |
| สถานีนามัยบ้านสงเปือย | สถานีนามัยบ้านนาเวียง |
| สถานีนามัยบ้านโพพัน | สถานีนามัยบ้านนาแก |
| สถานีนามัยบ้านคงเจริญ | สถานีนามัยบ้านนาหลู่ |
| สถานีนามัยบ้านทุ่งมน | สถานีนามัยบ้านกุดกุง |
| สถานีนามัยบ้านนาคำ | สถานีนามัยบ้านเหล่าไฮ |
| สถานีนามัยบ้านบกน้อย | สถานีนามัยบ้านแคนน้อย |
| สถานีนามัยบ้านคงแคนใหญ่ | |

5. **อำเภอป่าติ้ว** มีสถานีนามัย จำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วย
- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| สถานีนามัยบ้านกระจาย | สถานีนามัยบ้านเซซ่ง |
| สถานีนามัยบ้านนิคม | สถานีนามัยบ้านศรีฐาน |
| สถานีนามัยบ้านหนองแซ่ | สถานีนามัยบ้านโคกนาโก |
| สถานีนามัยบ้านหนองชุม | |

6. **อำเภอมหาชนะชัย** มีสถานีนามัย จำนวน 16 แห่ง ประกอบด้วย
- | | |
|---------------------------|------------------------|
| สถานีนามัยบ้านเหมือด | สถานีนามัยบ้านโพธิ์ศรี |
| สถานีนามัยบ้านหัวเมือง | สถานีนามัยบ้านราชมูณี |
| สถานีนามัยบ้านกุดพันเขียว | สถานีนามัยบ้านคงจาง |
| สถานีนามัยบ้านคุ้ม | สถานีนามัยบ้านชัยชนะ |
| สถานีนามัยบ้านสำโรง | สถานีนามัยบ้านหัวดง |
| สถานีนามัยบ้านหัวดอน | สถานีนามัยบ้านพระเสาร์ |
| สถานีนามัยบ้านคอนฝิ่ง | สถานีนามัยบ้านสงยาง |
| สถานีนามัยบ้านเหล่าใหญ่ | สถานีนามัยบ้านบากเรือ |

7. อำเภอค้อวัง มีสถานีนามัย จำนวน 6 แห่ง ประกอบด้วย

สถานีนามัยบ้านเหล่าน้อย	สถานีนามัยบ้านตุม
สถานีนามัยบ้านโพนเมือง	สถานีนามัยบ้านศิริพัฒนา
สถานีนามัยบ้านคิ้ว	สถานีนามัยบ้านน้ำอ้อม

8. อำเภอลำดวน มีสถานีนามัย จำนวน 18 แห่ง ประกอบด้วย

สถานีนามัยบ้านช่องเม็ก	สถานีนามัยบ้านสามแยก
สถานีนามัยบ้านนาออก	สถานีนามัยบ้านกุดแห่
สถานีนามัยบ้านหนองแคนน้อย	สถานีนามัยบ้านโคกสำราญ
สถานีนามัยบ้านน้อมเกล้า	สถานีนามัยบ้านสมสะอาด
สถานีนามัยบ้านห้องแซง	สถานีนามัยบ้านหนองยาง
สถานีนามัยบ้านป่าซาด	สถานีนามัยบ้านสร้างมิ่ง
สถานีนามัยบ้านหวาย	สถานีนามัยบ้านศรีแก้ว
สถานีนามัยบ้านกุดเข้ค่อน	สถานีนามัยบ้านโคกใหญ่
สถานีนามัยบ้านกุดเชียงหมี	สถานีนามัยบ้านโคกวิไล

9. อำเภอไทยเจริญ มีสถานีนามัย จำนวน 6 แห่ง ประกอบด้วย

สถานีนามัยบ้านน้ำคำ	สถานีนามัยบ้านหนองสนม
สถานีนามัยบ้านหนองคูน้อย	สถานีนามัยบ้านพอก
สถานีนามัยบ้านส้มผ่อ	สถานีนามัยบ้านคำเตย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายพรชัย ทองบ่อ
วัน เดือน ปี	2 พฤษภาคม 2506
สถานที่เกิด	อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2532
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข 7 (ด้านบริการทางวิชาการ)