

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การสำรวจข้อมูลการพัฒนาบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการคู่สัญญา

สุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์
ชยภรณ์ ดีเอม

สนับสนุนโดย
แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พฤศจิกายน 2552

บทคัดย่อ

บริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องทุกกลุ่มอายุ การที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์นั้น จำเป็นต้องได้รับการเชื่อมโยงและสนับสนุนอย่างเป็นระบบจากโรงพยาบาล รวมถึงการประสานกับองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ในกรณีเจ็บป่วย

การสำรวจข้อมูลการพัฒนาบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการคู่สัญญา เป็นการสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid survey) โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับเงื่อนไขและรูปแบบการจัดสรรงบประมาณที่หน่วยบริการประจำคู่สัญญา (CUP) จัดสรรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (PCU) และขอบเขตของงานหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการดำเนินการ

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า CUP แต่ละแห่งมีหลักเกณฑ์ในการจัดสรรทรัพยากร และให้การสนับสนุน PCU เครือข่ายแตกต่างกันไปตามมติของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย (CUP Board) สำหรับรูปแบบในการจัดสรรเงินของ CUP ไปยัง PCU เครือข่ายนั้น มีความหลากหลาย เช่น การสนับสนุนในรูปของยาและเวชภัณฑ์ การสนับสนุนในรูปของเงิน Fix cost / OP และ PP โดยแต่ละ CUP จะมีหลักเกณฑ์ในการสนับสนุนแตกต่างกัน

สำหรับหลักเกณฑ์ของ CUP ในการจ่ายเงิน OP ได้แก่ เหม่าจ่ายรายหัวประชากร โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 10 – 180 บาท ตามขนาดของ สอ. / กำหนดอัตราจ่ายขั้นต่ำ โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 7,000 – 20,000 บาท / เดือน ตามขนาดของ สอ. / จ่ายตามจำนวนบริการ (visit) โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 8 – 70 บาท / ครั้ง ตามขนาดของ สอ. / จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน PP Express Demand ได้แก่ การจ่ายตามผลงาน เหม่าจ่ายรายหัว และจ่ายตามสัดส่วนระหว่างโรงพยาบาล : สอ. : ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล สำหรับ หลักเกณฑ์การจ่ายเงิน PP Community ได้แก่ การจ่ายเงินตามผลงาน และเหม่าจ่ายรายหัว และงบประมาณ PP Area-based จะเป็นในลักษณะที่ทั้ง CUP และ PCU ร่วมกันเขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนจาก สสจ.

หลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน Fix cost ได้แก่ การจ่ายตามรายหัวประชากร UC / การจ่ายตามขนาดของสถานื่อนามัย / CUP หักงบประมาณ 10% จากเงินที่ได้รับ และจ่ายเงินให้กับ สอ. ทุกขนาดเท่าๆ กัน / จ่ายเป็นงวด โดย CUP จะคำนวณจากค่าใช้จ่ายปีก่อนหน้า และบวกเพิ่มอีก 0.5% / คำนวณจากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอกมารับบริการ และจ่ายตามจริง โดยจ่ายเฉพาะค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว และค่าสาธารณูปโภค และหลักเกณฑ์ในการจ่ายยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ ได้แก่ ให้ สอ.เบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ตามที่ใช้จริง และให้ สอ.เบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ โดยการกำหนดวงเงิน

นอกจากนั้นแล้ว CUP ยังสนับสนุนสิ่งที่ไม่ใช่ตัวเงินโดยตรงอีกด้วย เช่น การส่งพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ และนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลไปร่วมให้บริการในสถานื่อนามัย การจัดอบรมความรู้ทางวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย การให้พยาบาลที่อยู่สถานื่อนามัยมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเป็นบางวันเพื่อพัฒนาทักษะในการให้บริการ เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า PCU ส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ที่อยู่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีปัญหาด้านจำนวนและคุณภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีระบบการเพิ่มเติมส่วนที่ขาดดังกล่าว โดยอาจใช้ทั้งการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการควบคู่กับการใช้ระบบการเงินการคลังเป็นเครื่องมือในการผลักดันเพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU มีศักยภาพ มีความรู้ ความสามารถ และเพียงพอต่อการดำเนินงานในระบบบริการ

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

จากนโยบายของรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย โดยเริ่มจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคภายในปี 2544 ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ระบุไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ...” นั้น

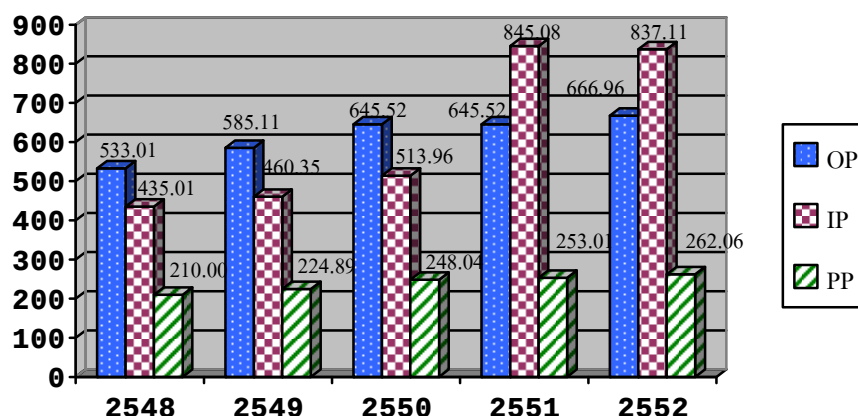
ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นจุดบริการสุขภาพด้านแรก ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ และสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสานงานกับหน่วยบริการระดับต้นของสถานพยาบาลอื่นในลักษณะเครือข่าย หรือระหว่างภาคีรัฐกับภาคเอกชน ตามหลักการจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพที่ต้องการให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายไปอย่างทั่วถึง และประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้น บริการปฐมภูมิจำเป็นต้องถูกกำหนดบทบาท รวมถึงมีความพยายามในการปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมรายละเอียดต่างๆ ในกระบวนการปฏิบัติงานที่คาดว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ให้บริการและต่อระบบ

บริการปฐมภูมิเป็นบริการด้านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องทุกกลุ่มอายุ การที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์นั้น จำเป็นต้องได้รับการเชื่อมโยงและสนับสนุนอย่างเป็นระบบจากโรงพยาบาล รวมถึงการประสานกับองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ในกรณีเจ็บป่วย

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) เป็นหน่วยบริการประจำที่สามารถเป็นหน่วยคู่สัญญารับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวประชากรได้ ทำหน้าที่จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care Unit: PCU) ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ รวมทั้งการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายทั้งด้านงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ วัสดุในการจัดบริการ บุคลากร การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและความรู้ทางวิชาการต่างๆ เป็นต้น

ในปัจจุบันแหล่งงบประมาณสำหรับการจัดบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ มาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) เป็นหลัก ซึ่งหากพิจารณาจากงบประมาณรายหัวแยกแยะประเภทบริการของ สปสช. แล้วจะพบว่างบประมาณดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงงบประมาณจ่ายรายหัวแยกสายประเภทบริการของ สปสช. ปี 2548 - 2552



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (www.nhso.go.th)

หลังจากที่ CUP ได้รับการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวแล้ว CUP จะจัดสรรงบประมาณต่อมายังหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โดยแต่ละ CUP จะมีหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่ PCU ในเครือข่ายแตกต่างกันไปตามมติจากคณะผู้บริหารของ CUP แต่ขณะเดียวกันในบางจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็ทำหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่ CUP ต้องจัดให้กับ PCU เครือข่าย ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวย่อมมีผลต่อการกระจายของงบประมาณภายใน PCU และผลิตผลของการจัดบริการของ PCU ดังนั้น จึงควรได้มีการรวบรวมและประมวลข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเงื่อนไข และรูปแบบการจัดสรรงบประมาณที่หน่วยบริการประจำคู่สัญญาจัดสรรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ขอบเขตของงานหน่วยบริการปฐมภูมิ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยบริการประจำคู่สัญญา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อพัฒนาหน่วยและระบบบริการภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ

1. เงื่อนไขและรูปแบบการจัดสรรงบประมาณที่หน่วยบริการประจำคู่สัญญาจัดสรรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย
2. ขอบเขตของงานหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยบริการประจำคู่สัญญา

กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 730 แห่ง

วิธีการศึกษา

โครงการการสำรวจข้อมูลการพัฒนาบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการคู่สัญญา เป็นการสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid survey) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการดำเนินการ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดแบบ

นามบัญญัติ (Nominal Scale) ซึ่งได้มาจากการรวบรวมข้อมูล และงานวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฐมภูมิ จากนั้นได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปถามความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล จะทำการวิเคราะห์ผลเชิงพรรณนา ซึ่งประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นส่วนที่สอบถามข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการคู่สัญญา ได้แก่ จำนวนประชากรภายใต้การดูแลของหน่วยบริการคู่สัญญา ลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ ลักษณะการรับเงิน จัดสรรตามโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ส่วนที่ 2 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการสนับสนุนของหน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ งบประมาณค่าใช้จ่ายประจำ / ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ / งบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอก / งบประมาณสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค / กิจกรรมต่างๆ ที่สนับสนุนให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย
3. ส่วนที่ 3 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตงานหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยครอบคลุมเกี่ยวกับการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดบริการเชิงรุก

การนำเสนอผลการศึกษา

สำหรับการวิเคราะห์ภาพรวมผลการสำรวจ จะแบ่งผลการศึกษออกเป็น 3 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- 2) ส่วนที่ 2 รูปแบบการสนับสนุนของหน่วยบริการคู่สัญญา (CUP) ที่ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในเครือข่าย
- 3) ส่วนที่ 3 ขอบเขตของงานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ดังนั้น ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ จึงขึ้นอยู่กับความนิยมคำตอบแต่ละข้อ ซึ่งมีผลต่อข้อมูลภาพรวมของผลการศึกษาดังกล่าว

บทที่ 2

แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

ความหมาย “ระบบบริการปฐมภูมิ”

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health service) ทำหน้าที่รับผิดชอบ ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual ,family and community)โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุ (สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ ,พัฒนาการ แนวคิด สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ,2548)

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care, CUP)

CUP เป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิกับ สปสช. ซึ่งรับงบประมาณตรงจาก สปสช. แบบเหมาจ่ายต่อหัวประชากร โดย CUP ต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนของการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน CUP ต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนชัดเจน โดย CUP มีทั้งหน่วยบริการที่อยู่ในภาครัฐและเอกชน ทั้งที่สังกัดในและนอกกระทรวงสาธารณสุข แต่ละ CUP มีรูปแบบการบริหารจัดการภายในที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับมติของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ (CUP Board)

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit , PCU)

เป็นบริการด่านแรกที่มีความใกล้ชิด รู้จักสภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ เป็นหน่วยบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องทุกกลุ่มอายุ ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ให้บริการอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการให้บริการทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ และทำหน้าที่ส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม และประสานเชื่อมต่อกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างสมดุ

สำหรับโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบท ได้แก่ สถานีอนามัย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนพื้นที่ในเขตเมืองที่ไม่มีสถานีอนามัย ได้ปรับศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลให้มีบริการผสมผสานเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน และปรับบทบาทของโรงพยาบาลให้เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน โดยรับส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ

การจัดสรรงบประมาณให้แก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิตามจำนวนหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น และเป็นหลักประกันแก่ระบบบริการปฐมภูมิว่าจะมีงบประมาณสนับสนุนจำนวนหนึ่งค่อนข้างแน่นอนและไม่ถูกเบียดงบประมาณจากบริการทุติยภูมิและตติยภูมิในโรงพยาบาล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอก (OP) ให้แก่ CUP ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับ CUP ดังกล่าว โดยจังหวัดจะกันเงินจำนวนหนึ่งไว้สำหรับจัดสรรให้แก่ CUP ที่มีประชาชนไปขึ้นทะเบียนน้อย สำหรับการส่งต่อ และกันไว้สำหรับกิจกรรมที่จังหวัดเห็นว่ามีความสำคัญ ทั้งนี้งบประมาณดังกล่าวใช้สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นทั้งที่หน่วยบริการคู่สัญญาหลักและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย โดยหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณเป็นไปตามข้อตกลงของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย (CUP Board) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของโรงพยาบาลและลูกข่ายตกลงกัน

สำหรับงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) เป็นงบประมาณที่จัดสรรให้แก่ประชาชนทุกคน (262.06 บาท/หัว – ข้อมูลปีงบประมาณ 2552) (www.nhso.go.th) โดยงบประมาณในส่วนนี้แยกออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) งบประมาณที่บริหารจัดการที่ส่วนกลาง (PP Vertical Program) 2) งบบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคลที่จัดในสถานพยาบาลและประชาชนมีอุปสงค์เพียงพอ (PP Facility) 3) งบบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุกที่จัดในชุมชน (PP Community) และ 4) งบประมาณสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในหน่วยบริการ (PP Area based)

บทบาทของจังหวัดในการจ่ายเงินให้สถานีนอมาัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหน้าที่ในการกำหนดแนวทางการจัดสรรเงินให้กับสถานีนอมาัย ด้วยรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังนี้

- รูปแบบที่ 1 จังหวัดกันเงิน OPD และ PP Facility ส่วนหนึ่งไว้ แล้วจัดสรรให้กับสถานีนอมาัยโดยตรง ในรูปแบบของงบดำเนินการประจำ (Fixed cost)
- รูปแบบที่ 2 จังหวัดกำหนดอัตราของงบดำเนินการประจำ (Fixed cost) ที่จะจ่ายให้กับสถานีนอมาัย โดยจัดสรรเงิน OPD และ PP Facility ให้ CUP โดยกำหนดให้ CUP จ่าย Fixed cost ที่กำหนดไว้ ให้กับสถานีนอมาัยในแต่ละ CUP
- รูปแบบที่ 3 จังหวัดกำหนดหลักเกณฑ์กว้างๆ แล้วให้แต่ละ CUP จ่ายเงินให้กับสถานีนอมาัย ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่ระบุรายละเอียดที่ตายตัว แต่ให้อิสระกับ CUP ในการตัดสินใจ แล้วใช้วิธีการติดตามสถานะทางการเงินของสถานีนอมาัย

บทบาทของ CUP ในการจ่ายเงินให้สถานีนอมาัย

การสนับสนุนงบประมาณจาก CUP ให้กับสถานีนอมาัย มีรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังนี้

- รูปแบบที่ 1 CUP สนับสนุนเป็นยาและเวชภัณฑ์ อย่างเดียว โดยรูปแบบนี้ สถานีนอมาัยจะได้รับงบดำเนินการ (Fixed cost) โดยตรงจากจังหวัด

- รูปแบบที่ 2 CUP สนับสนุนเป็นยาและเวชภัณฑ์ และจ่ายงบดำเนินการ (Fixed cost) ให้กับสถานีนอนามัย โดยรูปแบบนี้ จังหวัดไม่ได้จัดสรร Fixed cost ให้สถานีนอนามัยโดยตรง แต่อาจจะกำหนดอัตรา Fixed cost ให้ CUP จัดสรรตามอัตราที่กำหนด

- รูปแบบที่ 3 CUP สนับสนุนเป็นยาและเวชภัณฑ์ และจ่ายเงินตามหลักเกณฑ์ ที่อาจจะผสมผสานระหว่าง การคิดเงินตามบริการหรือผลงานของสถานีนอนามัย กับอัตราคงที่หรือตามหัวประชากร

- รูปแบบที่ 4 CUP จ่ายเงินตามหลักเกณฑ์ ที่อาจจะผสมผสานระหว่าง การคิดเงินตามบริการหรือผลงาน ของสถานีนอนามัย กับอัตราคงที่หรือตามหัวประชากร แล้วนำมาหักด้วยค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เบิกโดยสถานีนอนามัย

ทั้ง 4 รูปแบบ CUP จะเป็นผู้สนับสนุนสถานีนอนามัย ในรูปแบบของยาและเวชภัณฑ์ และอาจจะมีการจ่ายเงิน เพิ่มเติมในรูปแบบที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นกับหลักเกณฑ์ของจังหวัด (พินิจ ฟาอันวยผล ,การทบทวนความรู้เรื่องระบบ การเงินและการจัดสรรงบประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทสถานีนอนามัย,2551)

มาตรฐานของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ ,บริการสุขภาพปฐม ภูมิภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า,2548)

CUP ต้องมีการจัดระบบต่างๆ ตามมาตรฐานดังต่อไปนี้

1. จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ครอบคลุมประชากร

1.1 จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่รับผิดชอบดูแลและประชากรให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ทั้งนี้หน่วย บริการแต่ละแห่งจะรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ (หนึ่งหน่วยคู่สัญญา (CUP) อาจจัดให้มีหลาย หน่วยบริการปฐมภูมิก็ได้)

1.2 ในพื้นที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานีนอนามัยดูแล จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมี เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กรณีที่มีประชากรขึ้นทะเบียนน้อยกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในบริเวณที่ตั้ง ของโรงพยาบาลหรือตั้งนอกโรงพยาบาลก็ได้ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม การจัดตั้งหน่วยบริการจะต้อง จัดระบบบริการให้มีความคล่องตัวในการบริการ

- กรณีที่ประชากรมากกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในบริเวณที่ตั้งของ โรงพยาบาลหรือตั้งนอกโรงพยาบาลก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม

- หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกจาก แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยมีทีมประจำให้บริการ และบริการได้สะดวก รวดเร็ว

1.3 หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ซึ่งประชาชนเดินทางมาใช้บริการได้สะดวก ภายในเวลา 30 นาที (โดยรถยนต์)

2. จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่ได้มาตรฐาน

2.1 ชีตความสามารถ

- มีการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการที่ผสมผสานร่วมกับการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้นและ การให้ความรู้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการในหน่วยบริการทุกวัน หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งต้องเปิดให้บริการอย่าง น้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยสามารถเชื่อมต่อกับบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาทำการ

- มีการจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกัน และการรักษาฟันฟูทางด้านทันตกรรม โดยจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการเอง หรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบไปรับบริการได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง

- มีบริการให้ความรู้กับประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ
- มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของการบริการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งต้องจัดให้มีบริการดังกล่าวอย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์

- มีบริการดูแลสุขภาพเด็กอย่างน้อย 1-8 วันต่อเดือน
- มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การบริบาล รวมทั้งการติดตามเยี่ยมประจำเพื่อทำความรู้จัก สร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลด้านสุขภาพให้แก่ครอบครัว และให้การบริบาลแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น
- มีบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพของครอบครัวและปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพเพื่อวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในความรับผิดชอบ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งจะต้องจัดบริการเยี่ยมบ้าน และบริการเชิงรุกในชุมชนอย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

- มีบริการด้านการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น
- มีบริการด้านการชันสูตรพื้นฐานที่ควรทำได้เองและมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้รวดเร็วคล่องตัว

- มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับคุณภาพ และมาตรฐานยา

2.2 บุคลากร

บุคลากรที่ทำหน้าที่เฉพาะบริการปฐมภูมิหรือในกรณีที่มีบุคคลทำหลายหน้าที่ให้แบ่งส่วนที่ต้องให้บริการในระดับทุติยภูมิและที่สูงกว่าออกไปก่อน แล้วพิจารณาเป็น Man-day เฉพาะส่วนที่ให้บริการปฐมภูมิ จากนั้นคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่างๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบดังนี้

- มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 และในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4

- อย่างน้อย 3 ใน 4 ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในข้อ 1 จะต้องทำงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆ

- มีแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิร่วมรับผิดชอบเป็นทีมสุขภาพให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน ในอัตราส่วน 1:10,000 ในพื้นที่ทุรกันดาร และ/หรือไม่สามารถหาแพทย์มาให้บริการได้ ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คนต่อแพทย์ 1 คน เพิ่มเติมจากข้อ 1 แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1:30,000 (แพทย์มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับทีมบุคลากรอื่นๆ เป็นผู้กำกับคุณภาพการบริการ ให้คำปรึกษาในการบริการ ส่วนบทบาทให้บริการโดยตรงขึ้นกับจำนวนแพทย์ที่มี และควรปรับให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการที่มีในพื้นที่)

- มีทันตแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในอัตราส่วน 1: 20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วน ทันตภิบาล 2 คนต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์ ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1: 40,000 คน

- มีเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิร่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1 : 15,000 ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรม หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คน ต่อเภสัชกร 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1 : 30,000 คน

2.3 การจัดการ

- มีระบบรับผิชอบประชาชน โดยต้องทราบว่ ประชากรที่รับผิชอบเป็นใคร อยู่ที่ไหน
- มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จั้ดระบบข้อมูล
- จั้ดระบบให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ
- มีระบบข้อมูลผู้รับบริการสำหรับให้บริการที่มีคุณภาพรวมไปถึงการสนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพแลการป้องกันโรค
- มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.4 อุปกรณ์ อาคาร สถานที่

- มีการจั้ดอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ
- มีสถานที่ตรวจรักษา / ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง
- มีระบบการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถขอรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่ายเดียวกันอย่างรวดเร็ว
- มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

3. ระบบการส่งต่อและระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการ ต้องจั้ดให้มีระบบดังนี้

- 3.1 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับภายในเครือข่าย
- 3.2 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ
- 3.3 มีระบบการส่งต่อเพื่อการตรวจชันสูตรด้านต่างๆ
- 3.4 มีระบบการส่งต่อเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม
- 3.5 มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย
- 3.6 มีระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการในเครือข่ายมียา วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่เพียงพอต่อการให้บริการตามมาตรฐาน
- 3.7 จั้ดระบบให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว
- 3.8 จั้ดระบบการติดต่อสื่อสาร ที่หน่วยบริการสามารถรับคำปรึกษาภายในเครือข่ายอย่างรวดเร็ว

4. ระบบกำกับมาตรฐาน คุณภาพของหน่วยบริการในเครือข่าย

- 4.1 มีแนวทางดูแลสุขภาพตามมาตรฐานสำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

- 4.2 มีระบบข้อมูลที่ใช้ในการให้บริการ
- 4.3 มีระบบกำกับมาตรฐานบริการของหน่วยบริการในเครือข่าย
- 4.4 มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในเครือข่ายให้มีความรู้ ความสามารถตามเกณฑ์

มาตรฐาน

- 4.5 มีระบบการพัฒนาหน่วยบริการในเครือข่าย

บริการสุขภาพที่ต้องมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ต้องมีลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชากรในระดับบุคคล และครอบครัว รวมทั้งการบริการด้านยา ตั้งแต่การจดหายา และการให้ความรู้ด้านยาที่เหมาะสม

1. ด้านการรักษาพยาบาล ทั้งที่เป็นปัญหาสุขภาพทั่วไปและปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย / ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย / ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรังหรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม / การดูแลที่บ้าน / การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนการส่งต่อ / การผ่าตัดเล็ก / บริการตรวจชันสูตรพื้นฐาน (ทำเองหรือส่งต่อ) / บริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีปกติ
 2. การส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลประชาชน ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ได้แก่ บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด บริการคลอด / บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก วัคซีน / บริการเด็กวัยเรียน / บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ตามอาชีพเสี่ยง / บริการดูแลผู้สูงอายุ / การบริการที่บ้าน เยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย / บริการส่งเสริมและป้องกัน ทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน / บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว / บริการให้คำปรึกษา / การค้นหาโรคภัยเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า (Screening)
 3. การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทั้งการ Maintenance ต่อเนื่อง ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
 4. การควบคุม ป้องกันโรคในระดับบุคคล และครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วยเฝ้าระวัง และการรายงานผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 5. สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ
 6. บริการด้านยา ตั้งแต่การจดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา
- (ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า , แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน , 2544)

บริการสุขภาพที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

สำหรับบริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่อาจจำเป็นต้องมีเงินสมทบเพิ่ม ได้แก่

1. การควบคุมและป้องกันโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคที่มีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม และจากการประกอบอาชีพ
2. มีระบบการติดตามและเฝ้าระวังโรคในชุมชน

3. การคุ้มครองผู้บริโภค ครอบคลุมทั้งเรื่องยา อาหารและการบริการทางการแพทย์ที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

จากการศึกษา ความคิดเห็นต่อน้ำหนักของบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในบริบทต่างๆ ของผู้บริหารในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นักวิชาการที่ศึกษาในด้านบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว (จำนวน 21 คน) รวมทั้งผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ (120 คน) ได้ผลการสรุป ดังนี้ (สุพัตรา ศิริวนิชชากร และคณะ, การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด, 2548) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติ มีความเห็นต่อบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

กรณีที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบท ผู้ให้ความเห็นทุกกลุ่ม มีความเห็นคล้ายกัน คือมีบทบาทเท่าๆ กันทุกงาน ไม่มีเรื่องใดที่เน้นมากกว่ากันมาก เพราะต้องทำไปพร้อมกัน แต่บุคลากรแต่ละกลุ่มมีจุดเน้นต่างกันบ้าง คือ

ผู้ปฏิบัติ ให้น้ำหนักงานส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลมากที่สุด ตามมาด้วยการรักษาพยาบาล

ผู้บริหาร ให้น้ำหนักที่งานรักษา เฝ้าระวังสุขภาพ

นักวิชาการ ให้น้ำหนักมากที่งานรักษา โรคเรื้อรัง ส่งเสริมฯบุคคล

ท้องถิ่น ให้น้ำหนักมากที่งานรักษา โรคเรื้อรัง เฝ้าระวัง สร้างสุขภาพเป็นกลุ่ม

กรณีที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ทุกกลุ่มมีแนวโน้มที่ให้น้ำหนักการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ รายบุคคลมากกว่าการดูแลกลุ่มประชากร ยกเว้นกลุ่มท้องถิ่นที่มีความเห็นต่างที่มีจุดเน้นการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค มากกว่า แต่จุดเน้นรายบุคคลก็มีความต่างกันระหว่างกลุ่ม คือ

ผู้บริหาร ให้น้ำหนักที่งานส่งเสริมฯบุคคล เฝ้าระวัง รักษา

ผู้ปฏิบัติ และนักวิชาการ ให้น้ำหนักที่งานรักษา การดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรัง

ท้องถิ่น ให้น้ำหนักที่งานเฝ้าระวัง รักษา ส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล

กรณีที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพเอกชน ทุกกลุ่มมีความเห็นคล้ายกัน ที่ให้น้ำหนักบทบาทงานรักษามากที่สุด ยกเว้นกลุ่มผู้บริหาร ให้ความสำคัญกับบทบาทงานส่งเสริมฯบุคคล การสนับสนุนการพึ่งตนเอง และการเฝ้าระวังสุขภาพ โดยสรุป แต่ละกลุ่มมีความเห็นพ้องกันในลักษณะที่ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละบริบทจะมีน้ำหนักของบทบาทแต่ละด้านต่างกัน และจุดเน้นมีความต่างกันระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้บริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งต้องคำนึงถึงในการวางแผนจัดบริการปฐมภูมิ

บทที่ 3

ผลการศึกษา

สำหรับการวิเคราะห์ภาพรวมผลการสำรวจ จะแบ่งผลการศึกษออกเป็น 3 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

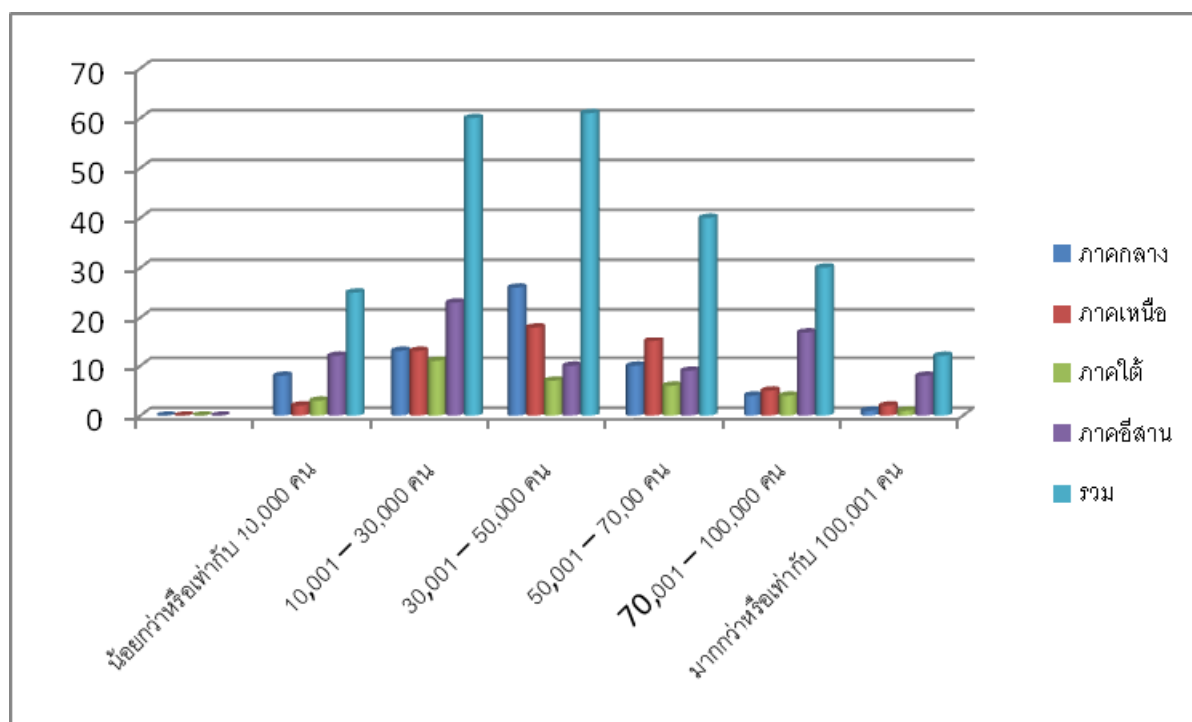
- 1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- 2) ส่วนที่ 2 รูปแบบการสนับสนุนของหน่วยบริการคู่สัญญา (CUP) ที่ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในเครือข่าย
- 3) ส่วนที่ 3 ขอบเขตของงานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

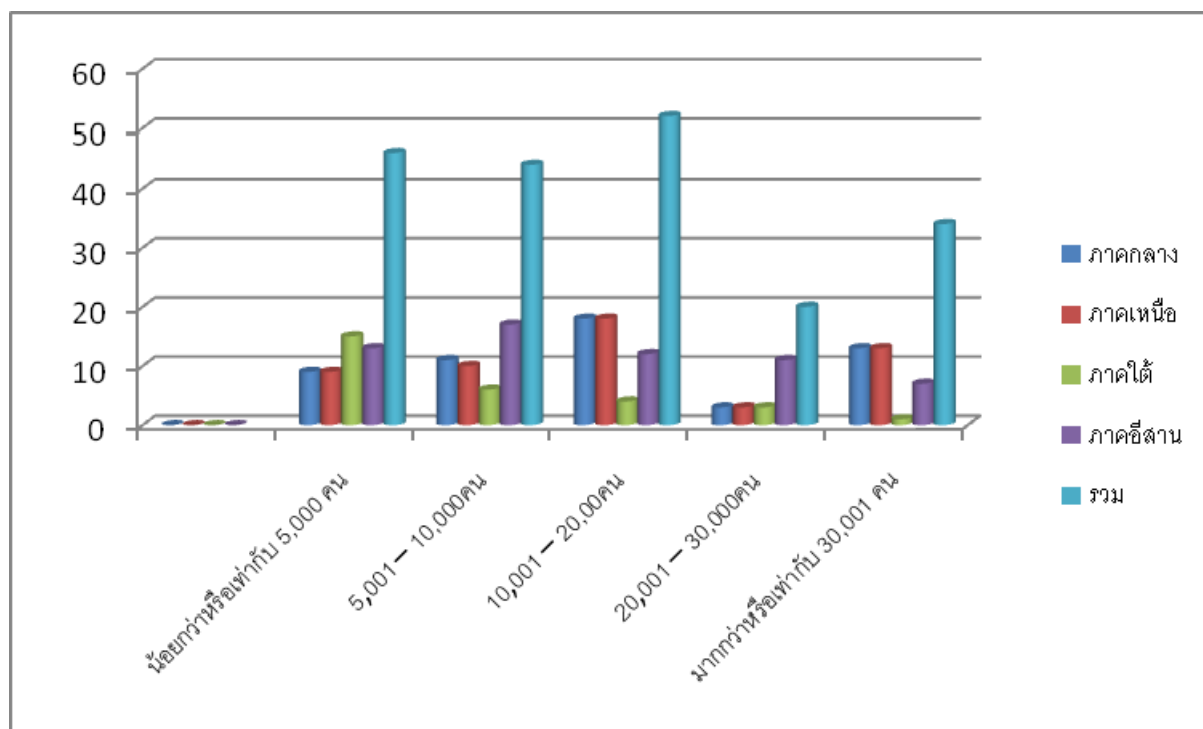
จากการส่งแบบสอบถามไปสอบถามข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน 730 แห่งทั่วประเทศ พบว่า ได้รับแบบสอบถามฉบับกลับมามีจำนวน 245 ฉบับ โดยแบ่งเป็นภาคกลาง 69 ฉบับ (ร้อยละ 28.16) ภาคเหนือ 60 ฉบับ (24.48) ภาคใต้ 32 ฉบับ (ร้อยละ 13.10) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 84 ฉบับ (ร้อยละ 34.28)

ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการคู่สัญญา (CUP) ส่วนใหญ่จะมีประชากร UC ภายใต้การดูแลระหว่าง 30,001 – 50,000 คน และมีประชากร Non-UC ภายใต้การดูแลระหว่าง 10,001 – 20,000 คน (รายละเอียดดังแผนภูมิ 1 และ 2)

แผนภูมิ 1 จำนวนประชากร UC ภายใต้การดูแลของหน่วยบริการคู่สัญญา (CUP)



แผนภูมิ 2 จำนวนประชากร Non-UC ภายใต้การดูแลของหน่วยบริการคู่สัญญา (CUP)



CUP ส่วนใหญ่จะมีหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเป็นสถานีนามัย และ PCU ของโรงพยาบาล ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 44.68 (จำนวน 210 แห่ง) และร้อยละ 43.82 (206 แห่ง) ตามลำดับ มีส่วนน้อยร้อยละ 11.49 (54 แห่ง) ที่มีศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) เป็นเครือข่าย (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแยกตามรายภาค

ลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิ ในความรับผิดชอบ	จำนวนและร้อยละตามรายภาค								รวม
	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ	
1. PCU ของโรงพยาบาล	51	43.2	50	42.3	25	41.0	80	46.3	206
2. ศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU)	12	10.1	13	11.0	8	13.1	21	12.1	54
3. สถานีอนามัย	55	46.7	55	46.7	28	45.9	72	41.6	210
รวม	118	100	118	100	61	100	173	100	470

หมายเหตุ : โรงพยาบาลบางแห่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิในความรับผิดชอบมากกว่า 1 แห่ง

สำหรับงบประมาณที่ CUP ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. ในปี 2551 นั้น พบว่า มี CUP ร้อยละ 72.65 (178 แห่ง) ได้รับการจัดสรรงบประมาณโดยแบ่งหมวดเงินชัดเจน โดยแบ่งเป็นเงินเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (OP) รวมเฉลี่ยจำนวน

640.18 บาท / เงินสำหรับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารจัดการโดยส่วนกลาง (PP Express demand) รวมเฉลี่ยจำนวน 60.53 บาท / เงินสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในชุมชน (PP Community) รวมเฉลี่ยจำนวน 30.78 บาท และเงินสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในหน่วยบริการ (PP Area-based) รวมเฉลี่ยจำนวน 89.80 บาท (รายละเอียดในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ โดยมีการแบ่งหมวดเงินชัดเจน

งบประมาณที่ CUP ได้รับจาก สปสช. แบ่งตามหมวดเงิน	Mean	S.D.	Max	Min
เงิน OP	640.18	10.84	645.52	597.41
เงิน PP Express demand	60.53	20.72	82.52	14.51
เงิน PP Community	30.78	8.40	37.50	10.96
เงิน PP Area-based	89.80	45.87	186.27	49.75

ส่วนที่ 2 รูปแบบการสนับสนุนของ CUP ที่ให้แก่ PCU ในเครือข่าย

1. งบประมาณค่าใช้จ่ายประจำ (Fix cost)

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่แล้ว CUP จะจ่ายเงินให้แก่ PCU ในเครือข่ายโดยตรง (ร้อยละ 72.65) มีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 26.12 ที่ สสจ. กั้นเงินไว้จำนวนหนึ่ง และจ่ายให้กับ PCU โดยตรง โดยงบประมาณในส่วนของ Fix cost ที่จัดสรรให้แก่ PCU นั้น ส่วนใหญ่ CUP ใช้งบประมาณจากเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) (ร้อยละ 45.10) รองลงมา เป็นงบประมาณจากเงินบริการส่งเสริมป้องกันโรค (PP) (ร้อยละ 38.58) และอีกร้อยละ 11.87 ไม่ได้ระบุแหล่งที่มาของงบประมาณชัดเจน เนื่องจากจ่ายจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล ส่วนที่เหลือร้อยละ 2.38 มาจากแหล่งงบประมาณอื่นๆ ซึ่งได้แก่ เงิน CF ของจังหวัด / งบดำเนินการ งบก่อสร้างของ CUP / งบลงทุนของ CUP / งบฉุกเฉินของ CUP / เงินบริจาคที่ CUP ได้รับ

CUP เกือบทั้งหมดจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายงบประมาณให้แก่ PCU ในเครือข่าย (ร้อยละ 95) โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายงบประมาณออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) แต่ละ CUP กำหนดหลักเกณฑ์ขึ้นเอง (ร้อยละ 37.20) 2) สสจ.เป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ (ร้อยละ 26.00) และ 3) CUP และ สสจ. ร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์ให้เป็นเกณฑ์กลางของจังหวัด (ร้อยละ 36.80) ทั้งนี้บาง CUP จะมีการใช้หลักเกณฑ์แบบผสมผสานทั้ง 3 แบบ (รายละเอียดดังตารางที่ 3) สำหรับหลักเกณฑ์ในการกำหนดวงเงินสำหรับค่าใช้จ่าย Fix Cost สรุปหลักเกณฑ์การจ่ายเงินได้ 6 รูปแบบ ดังนี้

1) จ่ายตามรายหัวประชากร UC โดยกำหนดจ่ายให้หัวละ 20 - 110 บาท / ปี (สำหรับ สอ.ที่มีบริการทันตกรรม จะได้รับงบประมาณสนับสนุนมากกว่า สอ. ที่ไม่มีบริการทันตกรรม) สำหรับ สอ.ที่คำนวณงบประมาณได้ไม่ถึงปีละ 100,000 บาท ให้ปรับเป็น 100,000 บาท

2) CUP หักงบประมาณ 10% จากเงินที่ได้รับ เพื่อจ่ายเงินให้ สอ. ทุกขนาดเท่าๆ กัน

3) จ่ายเงินตามขนาดของสถานีนอมา้ย โดยกำหนดจ่ายให้ สอ.ขนาดใหญ่ 28,000 บาท / เดือน ส่วน สอ. ขนาดกลาง 27,000 บาท / เดือน และ สอ.ขนาดเล็ก 26,000 บาท / เดือน และอาจจะจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ สอ. ที่อยู่ในถิ่น

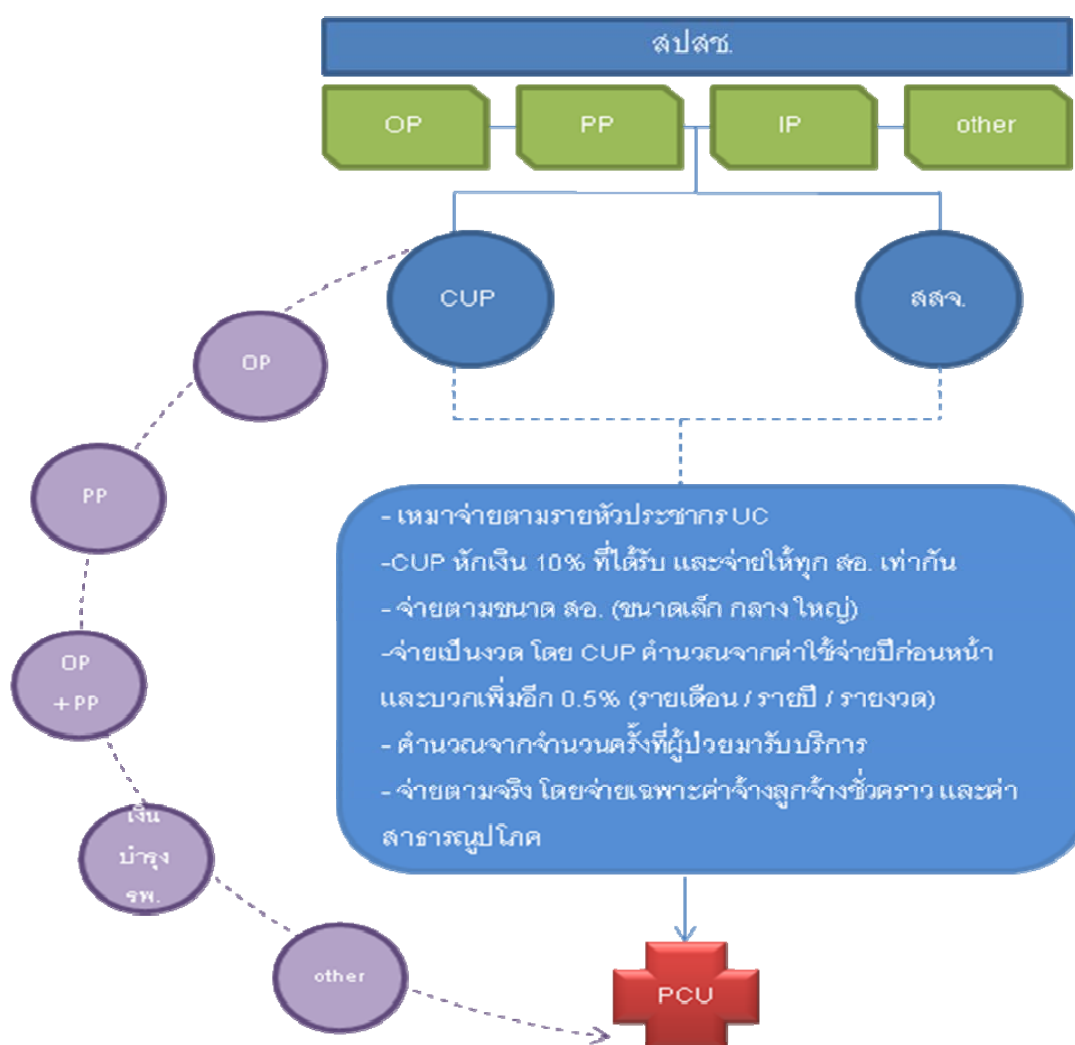
ทุรกันดาร หรือ PCU หลัก ชนิด A เดือนละ 24,200 บาท ส่วน PCU รอง ชนิด A เดือนละ 23,700 บาท PCU หลักชนิด B เดือนละ 23,600 บาท ส่วน PCU รอง ชนิด B เดือนละ 23,100 บาท

4) จ่ายเป็นงวด โดย CUP คำนวณจากค่าใช้จ่ายปีก่อนหน้า และบวกเพิ่มอีก 0.5% เช่น จ่ายเป็นรายเดือน เดือนละ 10,000 – 30,000 บาท และจ่ายเพิ่มอีก 4 บาทต่อหัวประชากร สำหรับ สอ. ที่มีบริการทันตกรรมหรือจ่ายเป็นรายปี ปีละ 110,000 – 350,000 บาท หรือแบ่งจ่ายเป็นงวด (1 งวด = 3 เดือน / 6 เดือน)

5) คำนวณจากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอกมารับบริการ โดยกำหนดให้ สอ.ขนาดใหญ่ 103 บาท / ครั้ง สอ.ขนาดเล็ก 66 บาท/ครั้ง

6) จ่ายตามจริง โดยจ่ายเฉพาะค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว (CUP เป็นผู้พิจารณาเงินเดือน) และค่าสาธารณูปโภค

แผนภาพที่ 1 วิธีการและหลักเกณฑ์ในการจ่ายงบประมาณค่าใช้จ่ายประจำ (fix cost) ของ CUP ที่ให้แก่ PCU เครือข่าย



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของ CUP ในการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายประจำ (Fix Cost) ให้แก่ PCU เครือข่าย

งบประมาณค่าใช้จ่ายประจำ	จำนวน (n)	ร้อยละ
วิธีการจ่ายเงินงบประมาณค่าใช้จ่ายประจำ		
1. สสจ.กันเงินไว้จำนวนหนึ่ง และจ่ายให้ PCU โดยตรง	64	26.12
2. CUP จ่ายให้แก่ PCU โดยตรง	178	72.65
3. ไม่ตอบคำถามข้อนี้	3	1.23
รวม	245	100
แหล่งของงบประมาณค่าใช้จ่ายประจำที่จัดสรรให้ PCU		
1. งบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP)	61	24.90
2. งบประมาณบริการส่งเสริมป้องกันโรค (PP)	44	17.95
3. ทั้งจากงบ OP และ PP	76	31.02
4. ไม่ได้ระบุชัดเจน เนื่องจากจ่ายจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล	34	13.88
5. ไม่ทราบ	27	11.02
6. ไม่ตอบคำถามข้อนี้	3	1.23
รวม	245	100
การกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายงบประมาณของ CUP		
1.1 ไม่มี การกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายงบประมาณ	17	6.94
1.2 มี การกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายงบประมาณ	228	93.06
2.1 สสจ.กำหนดหลักเกณฑ์	50	21.93
2.2 แต่ละ CUP กำหนดหลักเกณฑ์ขึ้นเอง	76	33.33
2.3 CUP และ สสจ. ร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์ให้เป็นเกณฑ์กลางของจังหวัด	97	42.54
2.4 ไม่ทราบ	5	2.20

2. ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์

ในด้านการจัดสรรยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ให้แก่ PCU ในเครือข่าย พบว่า ส่วนใหญ่แล้ว สสจ. จะเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรร (ร้อยละ 81.10) มีส่วนน้อย ร้อยละ 15.22 ที่ CUP เป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่าย และอีกร้อยละ 3.68 ที่ สสจ. และ CUP ร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่าย

สำหรับหลักเกณฑ์ในการจัดสรรยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

- 1) ให้ สอ.เบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ตามที่ใช้จริง (ร้อยละ 86.18)
- 2) ให้ สอ.เบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ โดยการกำหนดวงเงิน (ร้อยละ 13.82) ซึ่งมีการกำหนดวงเงินแตกต่างกัน เช่น

- กำหนดให้เบิกได้ในอัตรา 40-50 บาท x จำนวนประชากร UC ของ PCU
- กำหนดวงเงินตามขนาดของ สอ. โดยกำหนดให้ สอ.ขนาดใหญ่เบิกได้ไม่เกิน 250,000 บาท / ปี และ สอ.ขนาดเล็กเบิกได้ไม่เกิน 150,000 บาท / ปี
- กำหนดให้ สอ.ทุกขนาดเบิกได้ไม่เกิน 12,000 บาท / แห่ง / เดือน

โดยแหล่งงบประมาณที่ใช้ในการจัดสรรนั้นได้มาจากงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) (ร้อยละ 64.85) และ งบประมาณบริการส่งเสริมป้องกันโรค (PP) (ร้อยละ 17.75) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 15.70 มาจากแหล่งงบประมาณอื่น ได้แก่ งบผู้ป่วยใน (IPD) / งบลงทุน เงินบำรุงของโรงพยาบาล / เงิน CF ของจังหวัด (รายละเอียดดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของ CUP ในการจัดสรรยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ ให้แก่ PCU เครือข่าย

ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์	จำนวน (n)	ร้อยละ
การกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์		
1. ไม่มี การกำหนดหลักเกณฑ์	28	11.42
2. มี การกำหนดหลักเกณฑ์การจ่าย	217	88.58
2.1 CUP และ สสจ. ร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์	8	3.68
2.2 CUP กำหนดหลักเกณฑ์	33	15.22
2.3 สสจ.กำหนดหลักเกณฑ์ โดย	176	81.10
3.หลักเกณฑ์ในการจ่ายยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์		
2.2.1 สอ.เบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ ตามที่ใช้จริง	187	86.18
2.2.2 สอ.เบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ โดยกำหนดวงเงิน	30	13.82
แหล่งของงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ ที่จัดสรรให้ PCU		
1. งบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP)	151	61.64
2. งบประมาณบริการส่งเสริมป้องกันโรค (PP)	9	3.67
3. มาจากงบ OP และ PP	52	21.22
4. อื่นๆ ได้แก่ งบผู้ป่วยใน (IPD) / งบลงทุน เงินบำรุงของโรงพยาบาล / เงิน CF ของจังหวัด	22	8.98
5. ไม่ทราบ	11	4.49

3. งบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP)

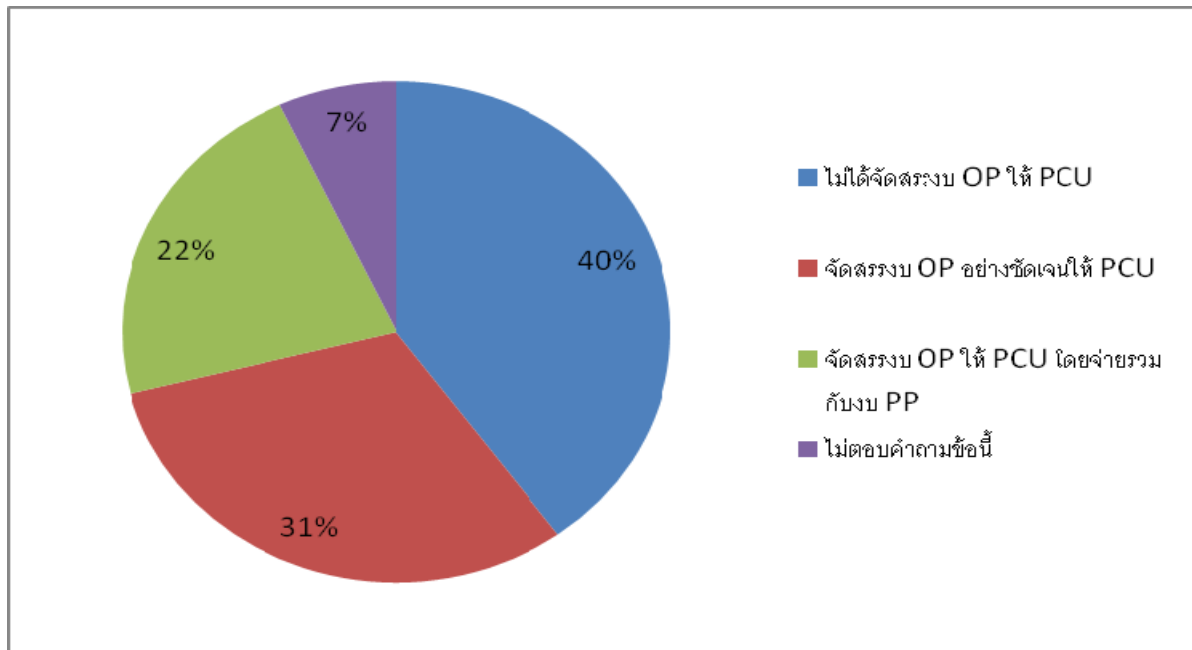
ร้อยละ 53 ของ CUP ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการจัดสรรงบ OP ให้แก่ PCU ในเครือข่าย โดย CUP ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 31) จะมีการแยกเงิน OP อย่างชัดเจนเพื่อจัดสรรให้แก่ PCU ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 22 จัดสรรเงินโดยการจ่ายทั้งเงิน OP และ PP รวมกัน โดย CUP ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงินงบประมาณออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

- 1) เหมจ่ายรายหัวประชากร (ร้อยละ 36.93) โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 10 – 180 บาท ตามขนาดของ สอ.
- 2) กำหนดอัตราจ่ายขั้นต่ำ (ร้อยละ 8.46) โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 7,000 – 20,000 บาท / เดือน ตามขนาดของ สอ.

3) จ่ายตามจำนวนบริการ (visit) (ร้อยละ 36.15) โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 8 – 70 บาท / ครั้ง ตามขนาดของ สอ.

4) จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (ร้อยละ 18.46)

แผนภาพที่ 2 แสดงร้อยละของ CUP ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) ให้แก่ PCU เครือข่าย



4. งบประมาณสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)

CUP ส่วนใหญ่จะมีการจัดสรรงบ PP ให้แก่ PCU (ร้อยละ 85.71) โดยกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน งบประมาณดังนี้

1) งบ PP Express Demand กำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้

- จ่ายตามผลงาน
 - เหมจ่ายรายหัวในอัตราเฉลี่ย 11 – 47.40 บาท / หัวประชากร / ปี
 - จ่ายตามฐานประชากร โดยคำนวณจากยอดเงินที่ได้รับจาก สปสช. หารฐานประชากรในพื้นที่
 - จ่ายตามงบประมาณที่ผ่านการจัดสรรจาก สสจ.
- จ่ายตามสัดส่วน
 - เหมจ่ายรายหัวและจ่ายตามผลงาน ในสัดส่วน 60 : 40
 - จ่ายตามสัดส่วนระหว่าง โรงพยาบาล : สอ. : ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ในอัตรา 60 : 30 : 10

2) งบ PP Community กำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้

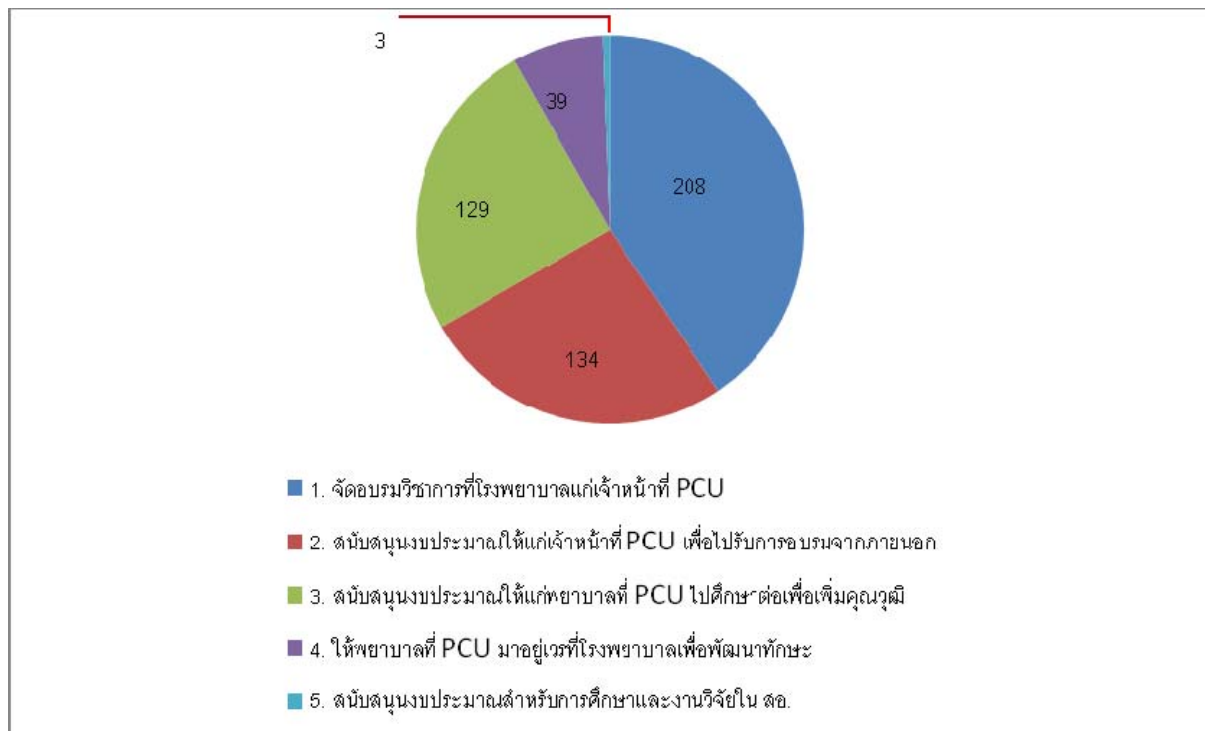
- จ่ายตามผลงาน
- เหม่าจ่ายรายหัวในอัตรา 37.50 บาท / หัวประชากร / ปี
- เหม่าจ่ายรายหัว และจ่ายตามผลงาน ในสัดส่วน 50 : 50

3) งบ PP Area-based ทั้ง CUP และ PCU ร่วมกันเขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนจาก สสจ.

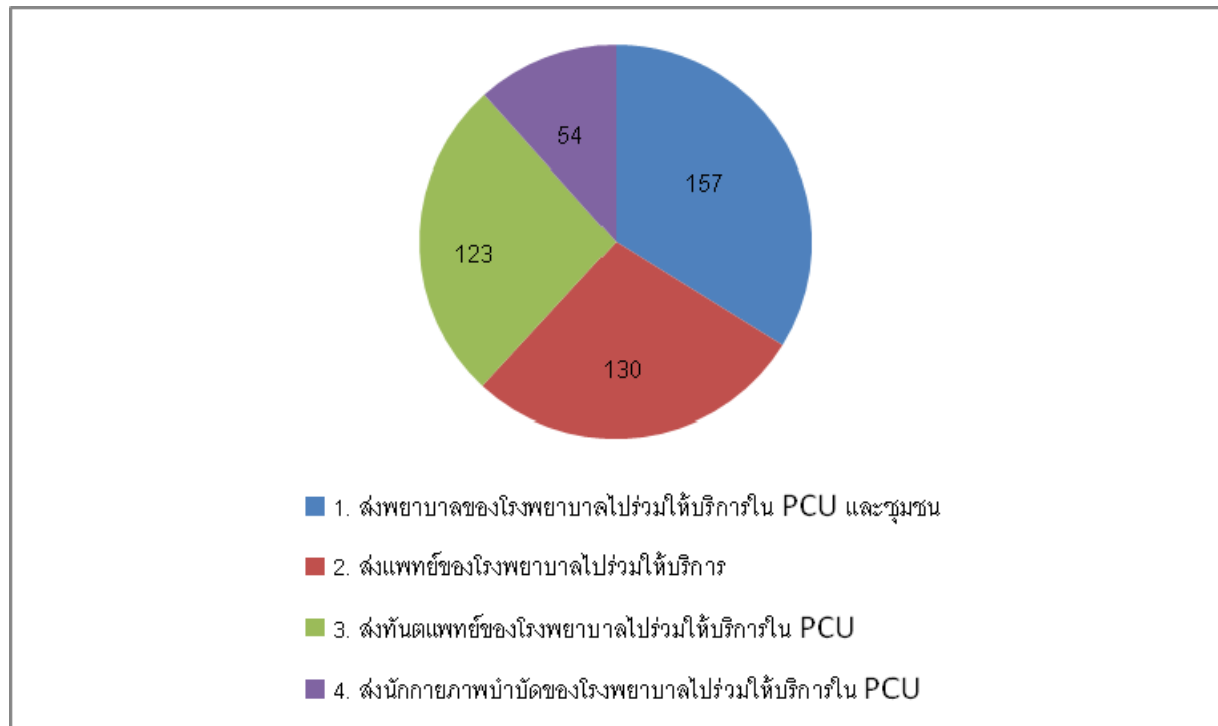
5. กิจกรรมด้านต่างๆ ที่ CUP สนับสนุนให้แก่ PCU

ผลการศึกษาพบว่า CUP ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนาบุคลากร รองลงมาเป็นการสนับสนุนด้านบุคลากร และการสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายต่างๆ ใน PCU และการจัดจ้าง ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดดังแผนภาพที่ 4-6

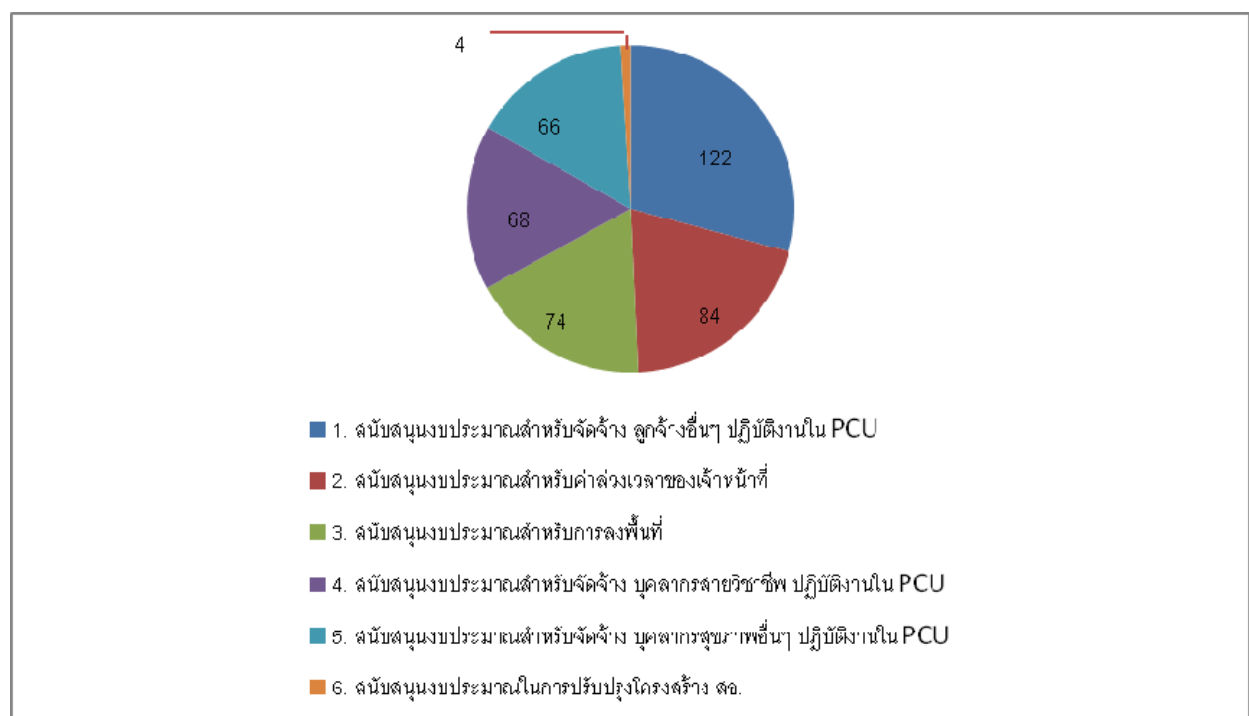
แผนภาพที่ 3 แสดงจำนวนของ CUP ในการสนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนาบุคลากร ให้แก่ PCU เครือข่าย



แผนภาพที่ 4 แสดงจำนวนของ CUP ในการสนับสนุนด้านบุคลากร ให้แก่ PCU เครือข่าย



แผนภาพที่ 5 แสดงจำนวนของ CUP ในการสนับสนุนการสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายต่างๆ ใน PCU และการจัดจ้าง ให้แก่ PCU เครือข่าย



หมายเหตุ

1. ลูกจ้างอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานใน PCU ได้แก่ เจ้าหน้าที่นวดแผนไทย เจ้าหน้าที่เย็บผ้า เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่การเงิน พนักงานบันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด พนักงานผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ ปรก.
2. บุคลากรสายวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข
3. บุคลากรสุขภาพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานใน PCU ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตภิบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าพนักงานเภสัช พนักงานกู้ชีพ ลูกจ้างนักเรียนทุน

ส่วนที่ 3 ขอบเขตงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

- การจัดบริการภายใน CUP ที่มีการตกลงเกี่ยวกับบริการประเภทต่างๆ สำหรับ PCU จำแนกตามลักษณะบริการ การให้บริการ และปริมาณการให้บริการ (ก่อน/หลังหลักประกันสุขภาพ)

การศึกษาขอบเขตงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย การจัดบริการภายใน CUP ที่มีการตกลงเกี่ยวกับบริการประเภทต่างๆ สำหรับ PCU จำแนกตามลักษณะบริการ การให้บริการ และปริมาณการให้บริการ (ก่อน-หลัง หลักประกันสุขภาพ) ซึ่งได้ข้อค้นพบ ดังนี้

ลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถือว่าเป็นบริการที่ต้องปฏิบัติ สูงสุดคือ งานวางแผนครอบครัวและงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คิดเป็นร้อยละ 97.5 รองลงมาคือ งานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 97.1 การให้ สุขศึกษา ร้อยละ 92.1 และการตรวจรักษาโรคทั่วไป ร้อยละ 90.4

สำหรับกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่ำสุด คือ บริการกายภาพบำบัด ร้อยละ 9.6 และกิจกรรมบริการแพทย์แผนไทย และ บริการผู้ป่วย จิตเวช ร้อยละ 22.6 และ 27.8 ตามลำดับ โดยบริการที่ควรปฏิบัติสูงสุดคือ บริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 71.4 รองลงมา คือ บริการทันตกรรม บริการกายภาพบำบัด บริการผู้ป่วยจิตเวช บริการนอกเวลาราชการ และคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) คิดเป็นร้อยละ 55.4, 55.0, 52.2, 47.0 และ 33.6 ตามลำดับ

- **การจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้มีการปฏิบัติ** พบว่า เกือบทุก PCU ที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ ระหว่างร้อยละ 91.0 – 100.0 คือ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และการให้สุขศึกษา คิดเป็นร้อยละ 99.1 รองลงมาคือ งานอนามัยแม่และเด็กและ งานวางแผนครอบครัว ร้อยละ 98.7 การตรวจรักษาโรคทั่วไป ร้อยละ 95.3 และบริการส่งต่อฉุกเฉิน ร้อยละ 91.1 ขณะที่มีการปฏิบัติระหว่างร้อยละ 81.0 – 90.0 ในบริการคลินิกเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 88.7 รองลงมาคือ บริการนอกเวลาราชการ และบริการทันตกรรม ร้อยละ 86.0 และ 82.8 สำหรับบริการที่มีการปฏิบัติต่ำที่สุดคือ บริการกายภาพบำบัด ร้อยละ 28.7

- **ปริมาณการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบก่อนและหลังการมีหลักประกันสุขภาพ** พบว่า บริการที่เพิ่มขึ้น สูงสุดคือ บริการคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) คิดเป็นร้อยละ 98.4 รองลงมาคือ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การตรวจรักษาโรคทั่วไป บริการแพทย์แผนไทย การให้สุขศึกษา งานวางแผนครอบครัว บริการส่งต่อฉุกเฉิน บริการทันตกรรมและงานอนามัยแม่และเด็ก คิดเป็นร้อยละ 95.3, 94.8, 94.2, 93.1, 91.1, 90.6, 90.6 และ 90.1 ตามลำดับ

สำหรับบริการที่ลดลง สูงสุดคือ บริการกายภาพบำบัด ร้อยละ 14.9 รองลงมาคือ บริการนอกเวลาราชการ และ บริการผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 14.5 และ 11.6 ตามลำดับ

สำหรับการจัดบริการเชิงรุกที่หน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ได้แก่

- 1) บริการเยี่ยมบ้าน กลุ่มเป้าหมายที่ต้องเยี่ยมสูงสุด คือ เยี่ยมบ้านหลังคลอด ร้อยละ 90.0 รองลงมาคือ เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยาและผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้าน ร้อยละ 83.0 และเยี่ยมบ้านดูแลผู้พิการ ร้อยละ 77.4
- 2) บริการอนามัยโรงเรียน ถือเป็นบริการที่ต้องปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 98.3
- 3) บริการคัดกรอง DM/HT พบว่า กิจกรรมที่ถือเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติหรือทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 87.4 รองลงมาคือ ทำในหน่วยบริการ และทำในชุมชนโดยอาสาสมัคร ร้อยละ 81.9 และ 58.7 ตามลำดับ
- 4) บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 91.2
- 5) การให้สุขศึกษาในชุมชน ร้อยละ 84.0
- 6) งานสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับงานสุขภาพบาล ร้อยละ 80.6 และการปนเปื้อนใน สิ่งแวดล้อม ร้อยละ 69.3

7) การสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้าน ร้อยละ 90.6

8) ค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม พบว่า ผู้ด้อยโอกาสที่ถือว่าต้องปฏิบัติสูงสุดคือ ผู้พิการ ร้อยละ 82.9 รองลงมาคือ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล ร้อยละ 70.8, 70.2 และ 68.4

9) ทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคม ร้อยละ 80.9

10) สำรวจลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 90.6

- การให้บริการเชิงรุกที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ปฏิบัติ พบว่า มีการปฏิบัติจริงสูงกว่าความคิดเห็นถึงลักษณะบริการที่ต้องปฏิบัติ และพบ 2 บริการที่มีการปฏิบัติในทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ งานอนามัยโรงเรียนและสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) บริการเยี่ยมบ้าน มีการปฏิบัติค่อนข้างสูง โดยกลุ่มเป้าหมายที่ได้มีการปฏิบัติสูงสุดคือ เยี่ยมบ้านหลังคลอด ร้อยละ 98.3 รองลงมาคือ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้าน ดูแลผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยา ด้วยเหตุอื่นๆ และผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 97.8, 97.0, 96.1, 93.8 และ 91.2 ตามลำดับ

2) บริการอนามัยโรงเรียน เป็นบริการที่ทุกหน่วยบริการปฏิบัติถึงร้อยละ 100.0

3) บริการคัดกรอง DM/HT พบว่า มีการปฏิบัติค่อนข้างสูง โดยมีการคัดกรองในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สูงสุดคือ ร้อยละ 99.1 รองลงมาคือ ทำในหน่วยบริการ และทำในชุมชนโดยอาสาสมัคร ร้อยละ 98.4 และ 96.9 ตามลำดับ

4) บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการปฏิบัติเกือบทุกหน่วยปฐมภูมิ คือ ร้อยละ 99.5

5) การให้ศึกษาในชุมชน ร้อยละ 97.4

6) งานสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับงานสุขภาพ ร้อยละ 95.1 และการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 87.1

7) การสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้าน ร้อยละ 97.8

8) ค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม พบว่า กลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มีการปฏิบัติสูงสุดคือ ผู้พิการ ร้อยละ 98.3 รองลงมาคือ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล ร้อยละ 94.3, 90.4 และ 89.0

9) ทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคม ร้อยละ 96.0

10) สำรวจลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 100.0

- ปริมาณการจัดบริการเชิงรุกที่หน่วยบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการมีหลักประกันสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวมส่วนใหญ่ให้บริการในปริมาณเพิ่มขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) บริการเยี่ยมบ้าน โดยกลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการเพิ่มขึ้นสูงสุดคือ เยี่ยมบ้านด้วยเหตุอื่นๆ ร้อยละ 98.9 รองลงมาคือ เยี่ยมบ้านหลังคลอด ผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย ดูแลผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยา และผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 96.3, 95.7, 95.7, 93.0, 92.5 และ 91.1 ตามลำดับ

2) บริการอนามัยโรงเรียน ร้อยละ 96.6

3) บริการคัดกรอง DM/HT พบว่า มีการคัดกรองเพิ่มขึ้น สูงสุดคือ ทำในโดยอาสาสมัคร ร้อยละ 96.4 รองลงมาคือ ทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ และทำในหน่วยบริการ ร้อยละ 94.4 และ 92.9 ตามลำดับ

4) บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 98.4

5) การให้ศึกษาในชุมชน ร้อยละ 94.0

6) งานสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย งานสุขภาพ ร้อยละ 88.3 และการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ร้อยละ

7) การสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้าน ร้อยละ 95.9

8) ค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม พบว่า กลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นสูงสุด คือ ผู้พิการ ร้อยละ

96.6 รองลงมาคือ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล ร้อยละ 94.8, 92.3 และ 89.4

9) ทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคม ร้อยละ 97.7

10) สำรวจลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 94.4

(รายละเอียดดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการจัดบริการภายใน CUP ที่มีการตกลงเกี่ยวกับบริการประเภทต่างๆ สำหรับ PCU จำแนกตามลักษณะบริการ การให้บริการ และปริมาณการให้บริการ (ก่อน/หลังหลักประกันสุขภาพ)

ประเภทของบริการ	ลักษณะบริการ						การให้บริการ				ปริมาณการให้บริการ			
	ต้องปฏิบัติ		ควรปฏิบัติ		ไม่ต้องปฏิบัติ		ได้ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ														
1. การตรวจรักษาโรคทั่วไป	216	90.4	21	8.8	2	0.8	221	95.3	11	4.7	183	94.8	10	5.2
2. งานอนามัยแม่และเด็ก	232	97.1	7	2.9	-	-	230	98.7	3	1.3	172	90.1	19	9.9
3. งานวางแผนครอบครัว	233	97.5	6	2.5	-	-	230	98.7	2	1.3	175	91.1	17	8.9
4. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	232	97.5	6	2.5	-	-	229	99.1	2	0.9	181	95.3	9	4.7
5. การให้สุศึกษา	220	92.1	19	7.9	-	-	228	99.1	2	0.9	176	93.1	13	6.9
6. คลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT)	149	63.4	79	33.6	7	3.0	204	88.7	26	11.3	184	98.4	3	1.6
7. บริการนอกเวลาราชการ	112	47.5	111	47.0	13	5.5	196	86.0	32	14.0	148	85.5	25	14.5
8. บริการส่งต่อฉุกเฉิน	178	75.4	52	22.1	6	2.5	205	91.1	20	8.9	154	90.6	16	9.4
9. บริการทันตกรรม	92	39.1	130	55.4	13	5.5	188	82.8	39	17.2	154	90.6	16	9.4
10. บริการแพทย์แผนไทย	53	22.6	167	71.4	14	6.0	175	78.1	49	21.9	147	94.2	9	5.8
11. บริการกายภาพบำบัด	22	9.6	126	55.0	81	35.4	62	28.7	154	71.3	80	85.1	14	14.9
12. บริการผู้ป่วยจิตเวช	64	27.8	120	52.2	46	20.0	134	61.8	83	38.2	107	88.4	14	11.6
การจัดบริการเชิงรุก														
1. บริการเยี่ยมบ้าน														
1.1 ผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย	167	69.9	71	29.7	1	0.4	203	88.3	27	11.7	178	95.7	8	4.3
1.2 ผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยา	195	83.0	40	17.0	-	-	219	96.1	9	3.9	173	92.5	14	7.5
1.3 ผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้าน	195	83.0	40	17.0	-	-	224	97.8	5	2.2	173	93.0	13	7.0

1.4 เยี่ยมบ้านหลังคลอด	215	90.0	24	10.0	-	-	225	98.3	4	1.7	180	96.3	7	3.7
------------------------	-----	------	----	------	---	---	-----	------	---	-----	-----	------	---	-----

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการจัดบริการภายใน CUP ที่มีการตกลงเกี่ยวกับบริการประเภทต่างๆ สำหรับ PCU จำแนกตามลักษณะบริการ การให้บริการ และปริมาณการให้บริการ (ก่อน/หลังหลักประกันสุขภาพ) (ต่อ)

ประเภทของบริการ	ลักษณะบริการ						การให้บริการ				ปริมาณการให้บริการ			
	ต้องปฏิบัติ		ควรปฏิบัติ		ไม่ต้องปฏิบัติ		ได้ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดบริการเชิงรุก														
1. บริการเยี่ยมบ้าน (ต่อ)														
1.5 เยี่ยมบ้านดูแลผู้พิการ	185	77.4	54	22.6	-	-	223	97.0	7	3.0	179	95.7	8	4.3
1.6 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช	166	69.5	71	29.7	2	0.8	208	91.2	20	8.8	163	91.1	16	8.9
1.7 เยี่ยมบ้านด้วยเหตุอื่น	76	66.7	38	33.3	-	-	106	93.8	7	6.2	93	98.9	1	1.1
2. อนามัยโรงเรียน	225	98.3	4	1.7	-	-	215	100.0	-	-	168	96.6	6	3.4
3. บริการคัดกรอง DM / HT														
3.1 ทำในชุมชนโดยอาสาสมัคร	138	58.7	93	39.6	4	1.7	222	96.9	7	3.1	185	96.4	7	3.6
3.2 ทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่	209	87.4	30	12.6	-	-	228	99.1	2	0.9	187	94.4	11	5.6
3.3 ทำในหน่วยบริการ	158	81.9	33	17.1	2	1.0	184	98.4	3	1.6	157	92.9	12	7.1
4. บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	206	91.2	20	8.8	-	-	216	99.5	1	0.5	179	98.4	3	1.6
5. การให้สุศึกษาในชุมชน	199	84.0	37	15.6	1	0.4	222	97.4	6	2.6	171	94.0	11	6.0
6. งานสิ่งแวดล้อม														
6.1 งานสุขาภิบาล	191	80.6	45	19.0	1	0.4	215	95.1	11	4.9	151	88.3	20	11.7
6.2 การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม	165	69.3	70	29.4	3	1.3	196	87.1	29	12.9	145	87.3	21	12.7

7. การสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้าน	213	90.6	21	9.0	1	0.4	220	97.8	5	2.2	165	95.9	7	4.1
8. ค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม														

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการจัดบริการภายใน CUP ที่มีการตกลงเกี่ยวกับบริการประเภทต่างๆ สำหรับ PCU จำแนกตามลักษณะบริการ การให้บริการ และปริมาณการให้บริการ (ก่อน/หลังหลักประกันสุขภาพ) (ต่อ)

ประเภทของบริการ	ลักษณะบริการ						การให้บริการ				ปริมาณการให้บริการ			
	ต้องปฏิบัติ		ควรปฏิบัติ		ไม่ต้องปฏิบัติ		ได้ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดบริการเชิงรุก														
8.1 ผู้พิการ	199	82.9	38	15.8	3	1.3	226	98.3	4	1.7	170	96.6	6	3.4
8.2 คนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล	162	68.4	72	30.3	3	1.3	203	89.0	25	11.0	152	89.4	18	10.6
8.3 ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล	167	70.2	68	28.5	3	1.3	208	90.4	22	9.6	155	92.3	13	7.7
8.4 ผู้ป่วยจิตเวช	167	70.8	67	28.4	2	0.8	216	94.3	13	5.7	164	94.8	9	5.2
9. ทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคม	191	80.9	45	19.1	-	-	217	96.0	9	4.0	167	97.7	4	2.3
10. สำนวจลูกน้ำยุงลาย	213	90.6	20	8.5	2	0.9	229	100.0	-	-	168	94.4	10	5.6

- ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ข้อค้นพบ ดังนี้

- **งานตรวจโรคทั่วไป** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการงานตรวจโรคทั่วไปเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 98.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานตรวจโรคทั่วไปและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 76.2 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและไม่มีการปฏิบัติ ร้อยละ 100

- **งานอนามัยแม่และเด็ก** พบว่า PCU ที่คิดว่างานอนามัยแม่และเด็กเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติจริงร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานอนามัยแม่และเด็กและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 71.4 อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่า มีกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและไม่มีการปฏิบัติเลย

- **งานวางแผนครอบครัว** พบว่า PCU ที่คิดว่างานวางแผนครอบครัวเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติจริงร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานวางแผนครอบครัวและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 66.7 อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่า มีกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและไม่มีการปฏิบัติเลย

- **งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค** พบว่า PCU ที่คิดว่างานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติจริงร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 66.7 อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่า มีกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและไม่มีการปฏิบัติเลย

- **งานให้สุขศึกษา** พบว่า PCU ที่คิดว่างานการให้สุขศึกษาเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติจริงร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานการให้สุขศึกษาและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 89.5 อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่า มีกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและไม่มีการปฏิบัติเลย

- **งานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT)** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) เป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 98.6 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) และมีการปฏิบัติ ร้อยละ 76.3 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 28.6 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

- **งานบริการนอกเวลาราชการ** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการงานบริการนอกเวลาราชการเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 98.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการนอกเวลาราชการและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 78.1 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 45.5 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการนอกเวลาราชการกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

- **งานบริการส่งต่อฉุกเฉิน** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการส่งต่อฉุกเฉินเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 99.4 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการส่งต่อฉุกเฉินและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 72.0 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 33.3 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการส่งต่อฉุกเฉินกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

- **งานบริการทันตกรรม** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการทันตกรรมเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 95.4 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการทันตกรรมและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 72.7 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 25.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการทันตกรรมกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

- **งานบริการแพทย์แผนไทย** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการแพทย์แผนไทยเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 96.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทยและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 73.9 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการแพทย์แผนไทยกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

- **งานบริการกายภาพบำบัด** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการกายภาพบำบัดเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 81.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการกายภาพบำบัดและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 32.2 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 8.3 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการกายภาพบำบัดกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

- **งานบริการผู้ป่วยจิตเวช** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 92.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยจิตเวชและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 64.0 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 9.8 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการผู้ป่วยจิตเวชกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

(รายละเอียดดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การให้บริการ (รายบริการ)	ลักษณะบริการ			รวม	X ² , df, p-value
	ต้องปฏิบัติ	ควรปฏิบัติ	ไม่ต้องปฏิบัติ		
1. งานตรวจรักษาโรคทั่วไป					
ได้ปฏิบัติ	203 (98.1)	16(76.2)	-	219(95.6)	43.847, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	4 (1.9)	5(23.8)	1(100.0)	10(4.4)	
รวม	207(100.0)	21(100.0)	1(100.0)	229(100.0)	
2. งานอนามัยแม่และเด็ก					
ได้ปฏิบัติ	222(100.0)	5(71.4)	-	227(99.1)	63.987, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	-	2(28.6)	-	2(0.9)	
รวม	222(100.0)	7(100.0)	-	229(100.0)	
3. งานวางแผนครอบครัว					

ได้ปฏิบัติ	222(100.0)	4(66.7)	-	226(99.1)	74.655, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	-	2(33.3)	-	2(0.9)	
รวม	222(100.0)	6(100.0)	-	228(100.0)	
4. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค					
ได้ปฏิบัติ	221(100.0)	4(66.7)	-	225(99.1)	74.321, 1, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	-	2(33.3)	-	2(0.9)	
รวม	221(100.0)	6(100.0)	-	227(100.0)	
5. การให้สุศึกษา					
ได้ปฏิบัติ	207(100.0)	17(89.5)	-	224(99.1)	21.984, 1, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	-	2(10.5)	-	2(0.9)	
รวม	207(100.0)	19(100.0)	-	226(100.0)	
6. คลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT)					
ได้ปฏิบัติ	139(98.6)	58(76.3)	2(28.6)	199(88.8)	51.162, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	2(1.4)	18(23.7)	5(71.4)	25(11.2)	
รวม	141(100.0)	76(100.0)	7(100.0)	224(100.0)	
7. บริการนอกเวลาราชการ					
ได้ปฏิบัติ	104(98.1)	82(78.1)	5(45.5)	191(86.0)	33.459, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	2(1.9)	23(21.9)	6(54.5)	31(14.0)	
รวม	106(100.0)	105(100.0)	11(100.0)	222(100.0)	
8. บริการส่งต่อฉุกเฉิน					
ได้ปฏิบัติ	164(99.4)	36(72.0)	2(33.3)	202(91.4)	63.110, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	1(0.6)	14(28.0)	4(66.7)	19(8.6)	
รวม	165(100.0)	50(100.0)	6(100.0)	221(100.0)	
9. บริการทันตกรรม					
ได้ปฏิบัติ	83(95.4)	98(72.7)	3(25.0)	184(82.9)	38.843, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	4(4.6)	25(20.3)	9(75.0)	38(17.1)	
รวม	87(100.0)	123(100.0)	12(100.0)	222(100.0)	
10. บริการแพทย์แผนไทย					
ได้ปฏิบัติ	49(96.1)	116(73.9)	6(50.0)	171(77.7)	16.589, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	2(3.9)	41(26.1)	6(50.0)	49(22.3)	
รวม	51(100.0)	157(100.0)	12(100.0)	220(100.0)	
11. บริการกายภาพบำบัด					
ได้ปฏิบัติ	17(81.0)	38(32.2)	6(8.3)	61(28.9)	43.130, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	4(19.0)	80(67.8)	66(91.7)	150(71.1)	
รวม	21(100.0)	118(100.0)	72(100.0)	211(100.0)	
12. บริการผู้ป่วยจิตเวช					

ได้ปฏิบัติ	52(92.9)	73(64.0)	4(9.8)	129(61.1)	69.674, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	4(7.1)	41(36.0)	37(90.2)	82(38.9)	
รวม	56(100.0)	114(100.0)	41(100.0)	211(100.0)	

● **ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก**

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก ได้ข้อค้นพบดังนี้

- **ลักษณะบริการงานเยี่ยมบ้าน** ประกอบด้วย 6 กลุ่มเป้าหมายคือ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย, ผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยา, ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการดูแลที่บ้าน, หลังคลอด, ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานเยี่ยมบ้านแต่ละกลุ่มเป้าหมายกับการให้บริการสามารถจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

* **การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย** พบว่า PCU ที่คิดว่าเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 95.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังทุกรายและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 72.7 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติเลย

* **การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยา** พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยาเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 97.3 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยาและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 89.7 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเลย

* **การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้าน** พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้านเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 98.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้านและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 92.3 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเลย

* **การเยี่ยมบ้านหลังคลอด** พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านหลังคลอดเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 99.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านหลังคลอดและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 86.4 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเลย

* **การเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วย** พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 98.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 90.2 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเลย

* **การเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวช** พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 96.8 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวชและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 79.1 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเลย

- **งานอนามัยโรงเรียน** พบว่า PCU ที่คิดว่างานอนามัยโรงเรียนเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 100.0 เช่นเดียวกันกับกลุ่มที่คิดว่าควรทำงานอนามัยโรงเรียนและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 100.0 เช่นกัน

- **งานบริการคัดกรอง DM/HT** ซึ่งประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ บริการที่ทำในชุมชนโดยอาสาสมัคร, ทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ และทำในหน่วยบริการ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานบริการที่ทำในชุมชนกับการให้บริการสามารถจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

* **บริการที่ทำในชุมชนโดยอาสาสมัคร** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการที่ทำในชุมชนโดยอาสาสมัครเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการดังกล่าวในชุมชนโดยอาสาสมัครและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 96.0 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเลย

* **บริการที่ทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการที่ทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่เป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 99.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการดังกล่าวในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่และมีการปฏิบัติเพียงเล็กน้อยคือ ร้อยละ 96.6 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเลย

* **บริการที่ทำในหน่วยบริการ** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการที่ทำในหน่วยบริการเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการดังกล่าวในหน่วยบริการและมีการปฏิบัติเพียงเล็กน้อยคือ ร้อยละ 93.5 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0

- **งานบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 94.7 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเลย

- **งานให้สุขศึกษาในชุมชน** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการการให้สุขศึกษาในชุมชนเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 98.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการให้สุขศึกษาในชุมชนและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 89.2 ขณะเดียวกันกลับพบว่ากลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติ หากแต่มีการปฏิบัติถึงร้อยละ 100.0

- **งานด้านสิ่งแวดล้อม** ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ งานสุขาภิบาล และการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานบริการสุขาภิบาลกับการให้บริการสามารถจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

* **งานสุขาภิบาล** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการสุขาภิบาลเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 97.8 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการสุขาภิบาลและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 84.1 หากแต่กลับพบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 100.0

* **การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 96.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 67.6 และกลุ่ม

ที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

- **งานสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้าน** พบว่า PCU ที่คิดว่าการสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้านเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 99.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้านและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 85.0 หากแต่กลับพบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 100.0

- **งานค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม** ประกอบด้วย 4 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้พิการ, คนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล, ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเวช จากการความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคมกับการให้บริการสามารถจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

* **งานค้นหาผู้พิการ** พบว่า PCU ที่คิดว่าการบริการค้นหาผู้พิการเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 99.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการค้นหาผู้พิการและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 94.7 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการค้นหาผู้พิการกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

* **งานค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล** พบว่า PCU ที่คิดว่าการบริการค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแลเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 96.2 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแลและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 72.7 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแลกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

* **งานค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล** พบว่า PCU ที่คิดว่าการบริการค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 95.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 79.7 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

* **งานค้นหาผู้ป่วยจิตเวช** พบว่า PCU ที่คิดว่าการบริการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 97.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 88.7 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

- **งานทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคม** พบว่า PCU ที่คิดว่าการทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคมเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 96.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคมและมีการปฏิบัติเพียงเล็กน้อยคือ ร้อยละ 92.9 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเลย

- **งานสำรวจลูกน้ำยุงลาย** พบว่า PCU ที่คิดว่าการสำรวจลูกน้ำยุงลายเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 100.0 เช่นเดียวกันกับกลุ่มที่คิดว่าควรทำ และไม่ต้องทำสำรวจลูกน้ำยุงลายและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 100.0 เท่ากัน

(รายละเอียดดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก

การให้บริการ (รายบริการ)	ลักษณะบริการ			รวม	X ² , df, p-value
	ต้องปฏิบัติ	ควรปฏิบัติ	ไม่ต้องปฏิบัติ		
1. การเยี่ยมบ้าน					
1.1 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย					
ได้ปฏิบัติ	151(95.0)	48(72.7)	-	199(88.1)	29.335, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	8(5.0)	18(27.3)	1(100.0)	27(11.9)	
รวม	159(100.0)	66(100.0)	1(100.0)	226(100.0)	
1.2 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยา					
ได้ปฏิบัติ	179(97.3)	35(89.7)	-	214(96.0)	4.722, 1, 0.030
ไม่ได้ปฏิบัติ	5(2.7)	4(10.3)	-	9(4.0)	
รวม	184(100.0)	39(100.0)	-	223(100.0)	
1.3 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้าน					
ได้ปฏิบัติ	183(98.9)	36(92.3)	-	219(97.8)	6.451, 1, 0.011
ไม่ได้ปฏิบัติ	2(1.1)	3(7.7)	-	5(2.2)	
รวม	185(100.0)	39(100.0)	-	224(100.0)	
1.4 เยี่ยมบ้านหลังคลอด					
ได้ปฏิบัติ	202(99.5)	19(86.4)	-	221(98.2)	19.638, 1, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	1(0.5)	3(13.6)	-	4(1.8)	
รวม	203(100.0)	22(100.0)	-	225(100.0)	
1.5 เยี่ยมบ้านดูแลผู้พิการ					
ได้ปฏิบัติ	173(98.9)	46(90.2)	-	219(96.9)	9.870, 1, 0.002
ไม่ได้ปฏิบัติ	2(1.1)	5(9.8)	-	7(3.1)	
รวม	175(100.0)	51(100.0)	-	226(100.0)	
1.6 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช					
ได้ปฏิบัติ	150(96.8)	53(79.1)	1(50.0)	204(91.1)	22.148, 1, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	5(3.2)	14(20.9)	1(50.0)	20(8.9)	
รวม	155(100.0)	67(100.0)	2(100.0)	224(100.0)	
2. อนามัยโรงเรียน					
ได้ปฏิบัติ	208(100.0)	4(100.0)	-	212(100.0)	4.712, 1, 0.025
ไม่ได้ปฏิบัติ	-	-	-	-	
รวม	208(100.0)	4(100.0)	-	212(100.0)	
3. บริการคัดกรอง DM / HT					
3.1 ทำในชุมชนโดยอาสาสมัคร					
ได้ปฏิบัติ	132(100.0)	85(96.6)	-	217(96.9)	128.282, 2,

การให้บริการ (รายบริการ)	ลักษณะบริการ			รวม	X ² , df, p-value
	ต้องปฏิบัติ	ควรปฏิบัติ	ไม่ต้องปฏิบัติ		
ไม่ได้ปฏิบัติ	-	3(3.4)	4(100.0)	7(3.1)	<0.001
รวม	132(100.0)	88(100.0)	4(100.0)	224(100.0)	
3.2 ทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่					
ได้ปฏิบัติ	195(99.5)	29(96.7)	-	224(99.1)	2.364, 1, 0.124
ไม่ได้ปฏิบัติ	1(0.5)	1(3.3)	-	2(0.9)	
รวม	196(100.0)	30(100.0)	-	226(100.0)	
3.3 ทำในหน่วยบริการ					
ได้ปฏิบัติ	147(100.0)	29(93.5)	1(50.0)	177(98.3)	35.331, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	-	2 (6.5)	1(50.0)	3(1.7)	
รวม	147(100.0)	31(100.0)	2(100.0)	180(100.0)	
4. บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
ได้ปฏิบัติ	192(100.0)	18(94.7)	-	210(99.5)	10.153, 1, 0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	-	1 (5.3)	-	1(0.5)	
รวม	192(100.0)	19(100.0)	-	211 (100.0)	
5. การให้สุศึกษาในชุมชน					
ได้ปฏิบัติ	183(98.9)	33(89.2)	1(100.0)	210(99.5)	11.176, 2, 0.004
ไม่ได้ปฏิบัติ	2(1.1)	4 (10.8)	-	1(0.5)	
รวม	185(100.0)	37(100.0)	1(100.0)	211 (100.0)	
6. งานสิ่งแวดล้อม					
6.1 งานสุขาภิบาล					
ได้ปฏิบัติ	174(97.8)	37(84.1)	1(100.0)	212(95.1)	14.094, 2, 0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	4(2.2)	7 (15.9)	-	11(4.9)	
รวม	178(100.0)	44(100.0)	1(100.0)	223 (100.0)	
6.2 การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม					
ได้ปฏิบัติ	146(96.1)	46(67.6)	1(50.0)	193(86.9)	35.805, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	6(3.9)	22 (32.4)	1(50.0)	29(13.1)	
รวม	152(100.0)	68(100.0)	2(100.0)	222 (100.0)	
7. การสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้าน					
ได้ปฏิบัติ	199(99.0)	17(85.0)	1(100.0)	217(97.7)	16.229, 2, <0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	2(1.0)	3 (15.0)	-	5(2.3)	
รวม	201 (100.0)	20(100.0)	1(100.0)	222 (100.0)	
8. ค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม					
8.1 ค้นหาผู้พิการ					
ได้ปฏิบัติ	186(99.5)	36(94.7)	1(50.0)	223(98.2)	31.202, 2,

การให้บริการ (รายบริการ)	ลักษณะบริการ			รวม	X ² , df, p-value
	ต้องปฏิบัติ	ควรปฏิบัติ	ไม่ต้องปฏิบัติ		
ไม่ได้ปฏิบัติ	1(0.5)	2(5.3)	1(50.0)	4(1.8)	<0.001
รวม	187 (100.0)	38(100.0)	2(100.0)	227 (100.0)	
8.2 ค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล					
ได้ปฏิบัติ	150(96.2)	48(72.7)	1(50.0)	199(88.8)	28.741, 2,
ไม่ได้ปฏิบัติ	6(3.8)	18(27.3)	1(50.0)	25(11.2)	<0.001
รวม	156 (100.0)	66(100.0)	2(100.0)	224 (100.0)	
8.3 ค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล					
ได้ปฏิบัติ	152(95.0)	51(79.7)	1(50.0)	204(90.4)	15.922, 2,
ไม่ได้ปฏิบัติ	8(5.0)	13(20.3)	1(50.0)	22(9.7)	<0.001
รวม	160 (100.0)	64(100.0)	2(100.0)	226 (100.0)	
8.4 ค้นหาผู้ป่วยจิตเวช					
ได้ปฏิบัติ	156(97.5)	55(88.7)	1(50.0)	212(94.6)	14.742, 2, 0.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	4(2.5)	7(11.3)	1(50.0)	12(5.4)	
รวม	160 (100.0)	62(100.0)	2(100.0)	224 (100.0)	
9. ทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคม					
ได้ปฏิบัติ	175(96.7)	39(92.9)	-	214(96.0)	1.290, 1, 0.256
ไม่ได้ปฏิบัติ	6(3.3)	3(7.1)	-	9(4.0)	
รวม	181 (100.0)	42(100.0)	-	223 (100.0)	
10. สรรวจลูกน้ำยุงลาย					
ได้ปฏิบัติ	204(100.0)	20(100.0)	1(100.0)	225(100.0)	9.153, 1, 0.040
ไม่ได้ปฏิบัติ	-	-	-	-	
รวม	204(100.0)	20(100.0)	1(100.0)	225(100.0)	

- ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ข้อค้นพบ ดังนี้

- **งานตรวจโรคทั่วไป** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการงานตรวจโรคทั่วไปเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณการให้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 95.5 ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่คิดว่าควรทำงานตรวจโรคทั่วไปและมีปริมาณการให้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 93.3 พอๆ กัน

- **งานอนามัยแม่และเด็ก** พบว่า PCU ที่คิดว่างานอนามัยแม่และเด็กเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณการให้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 90.8 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานอนามัยแม่และเด็กและมีปริมาณการให้บริการเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 50.0 อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามีกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณการให้บริการเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นหรือน้อยลงเลย

- **งานวางแผนครอบครัว** พบว่า PCU ที่คิดว่างานวางแผนครอบครัวเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณการให้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 90.3 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานวางแผนครอบครัวและมีปริมาณการให้บริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 66.7 อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามีกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณการให้บริการเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นหรือน้อยลงเลย

- **งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค** พบว่า PCU ที่คิดว่างานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 90.8 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 66.7 อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามีกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นหรือน้อยลงเลย

- **งานให้สุศึกษา** พบว่า PCU ที่คิดว่างานการให้สุศึกษาเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 90.3 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานการให้สุศึกษาและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 84.6 อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามีกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและไม่มี การปฏิบัติเลย

- **งานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT)** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) เป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมี ปริมาณงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 94.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) และมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 82.5 และกลุ่มที่ คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.6 ตามลำดับ และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) กับการมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$)

- **งานบริการนอกเวลาราชการ** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการงานบริการนอกเวลาราชการเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณ งานดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 93.3 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการนอกเวลาราชการและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 87.2 และกลุ่มที่ คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 81.8 ตามลำดับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการนอกเวลา ราชการกับการมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ($p=0.279$)

- **งานบริการส่งต่อฉุกเฉิน** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการส่งต่อฉุกเฉินเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าว เพิ่มขึ้นร้อยละ 92.4 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการส่งต่อฉุกเฉินและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.5 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้อง ปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเพียง ร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการส่งต่อฉุกเฉินกับการมีปริมาณงาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$)

- **งานบริการทันตกรรม** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการทันตกรรมเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อย ละ 95.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการทันตกรรมและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 87.5 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมี ปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 72.7 ตามลำดับ และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการทันตกรรมกับการมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.035$)

- **งานบริการแพทย์แผนไทย** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการแพทย์แผนไทยเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าว เพิ่มขึ้นร้อยละ 95.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทยและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.9 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้อง

ปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 85.7 ตามลำดับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการแพทย์แผนไทยกับการมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ($p=0.281$)

- **งานบริการกายภาพบำบัด** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการกายภาพบำบัดเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าวเพิ่มขึ้นในทุก PCU คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการกายภาพบำบัดและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.9 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 83.9 ตามลำดับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการกายภาพบำบัดกับการมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ($p=0.098$)

- **งานบริการผู้ป่วยจิตเวช** พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 97.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยจิตเวชและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.6 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 78.9 ตามลำดับ และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการผู้ป่วยจิตเวชกับการมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.014$)

(รายละเอียดดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ปริมาณการให้บริการ ก่อน/หลัง UC	ลักษณะบริการ			รวม	X^2 , df, p-value
	ต้องปฏิบัติ	ควรปฏิบัติ	ไม่ต้องปฏิบัติ		
1. งานตรวจรักษาโรคทั่วไป					
เพิ่มขึ้น	168(95.5)	14(93.3)	-	182(95.3)	0.139, 1, 0.710
ลดลง	8(4.5)	1(6.7)	-	9(4.7)	
รวม	176(100.0)	15(100.0)	-	191(100.0)	
2. งานอนามัยแม่และเด็ก					
เพิ่มขึ้น	167(90.8)	2(50.0)	-	169(89.9)	7.159, 1, 0.007
ลดลง	17(9.2)	2(50.0)	-	19(10.1)	
รวม	184(100.0)	4(100.0)	-	188(100.0)	
3. งานวางแผนครอบครัว					
เพิ่มขึ้น	167(90.3)	2(66.7)	-	169(89.9)	1.810, 1, 0.178
ลดลง	18(9.7)	1(33.3)	-	19(10.1)	
รวม	184(100.0)	3(100.0)	-	188(100.0)	
4. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค					
เพิ่มขึ้น	167(90.8)	2(66.7)	-	169(89.9)	1.970, 1, 0.160
ลดลง	17(9.2)	1(33.3)	-	18(10.1)	
รวม	184(100.0)	3(100.0)	-	187(100.0)	
5. การให้สุศึกษา					

ปริมาณการให้บริการ ก่อน/หลัง UC	ลักษณะบริการ			รวม	X ² , df, p-value
	ต้องปฏิบัติ	ควรปฏิบัติ	ไม่ต้องปฏิบัติ		
เพิ่มขึ้น	158(90.3)	11(84.6)	-	169(89.9)	0.428, 1, 0.513
ลดลง	17(9.7)	2(15.4)	-	19(10.1)	
รวม	175(100.0)	13(100.0)	-	188(100.0)	
6. คลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT)					
เพิ่มขึ้น	108(94.7)	52(82.5)	5(71.4)	165(89.7)	9.135, 2, 0.010
ลดลง	6(5.3)	11(17.5)	2(28.6)	19(10.3)	
รวม	114(100.0)	63(100.0)	7(100.0)	184(100.0)	
7. บริการนอกเวลาราชการ					
เพิ่มขึ้น	83(93.3)	75(87.2)	9(81.8)	167(89.8)	2.554, 2, 0.279
ลดลง	6(6.7)	11(12.8)	2(18.2)	19(10.2)	
รวม	89(100.0)	86(100.0)	11(100.0)	186(100.0)	
8. บริการส่งต่อฉุกเฉิน					
เพิ่มขึ้น	133(92.4)	32(86.5)	3(50.0)	168(89.8)	11.892, 2, 0.003
ลดลง	11(7.6)	5(13.5)	3(50.0)	19(10.2)	
รวม	144(100.0)	37(100.0)	6(100.0)	187(100.0)	
9. บริการทันตกรรม					
เพิ่มขึ้น	67(95.7)	91(87.5)	8(72.7)	166(89.7)	6.732, 2, 0.035
ลดลง	3(4.3)	13(12.5)	3(27.3)	19(10.3)	
รวม	70(100.0)	104(100.0)	11(100.0)	185(100.0)	
10. บริการแพทย์แผนไทย					
เพิ่มขึ้น	45(95.7)	109(87.9)	12(85.7)	166(89.7)	2.539, 2, 0.281
ลดลง	2(4.3)	15(12.1)	2(14.3)	19(10.3)	
รวม	47(100.0)	124(100.0)	14(100.0)	185(100.0)	
11. บริการกายภาพบำบัด					
เพิ่มขึ้น	20(100.0)	90(90.9)	52(83.9)	162(89.5)	4.647, 2, 0.098
ลดลง	-	9(9.1)	10(16.1)	19(10.5)	
รวม	20(100.0)	99(100.0)	62(100.0)	181(100.0)	
12. บริการผู้ป่วยจิตเวช					
เพิ่มขึ้น	46(97.9)	87(90.6)	30(78.9)	163(90.1)	8.477, 2, 0.014
ลดลง	1(2.1)	9(9.4)	8(21.1)	18(9.9)	
รวม	47(100.0)	96(100.0)	38(100.0)	181(100.0)	

- ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก ได้ข้อค้นพบ ดังนี้

- **ลักษณะบริการงานเยี่ยมบ้าน** ประกอบด้วย 6 กลุ่มเป้าหมายคือ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย, ผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยา, ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการดูแลที่บ้าน, หลังคลอด, ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานเยี่ยมบ้านแต่ละกลุ่มเป้าหมายกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) สามารถจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

* **การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย** พบว่า PCU ที่คิดว่าเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานดังกล่าวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 97.6 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังทุกรายและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.9 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเลย

* **การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยา** พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยาเป็นงานที่ควรปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96.6 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่คิดว่าต้องทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยาและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.4 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเลย

* **การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้าน** พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้านเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94.6 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้านและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.3 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเลย

* **การเยี่ยมบ้านหลังคลอด** พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านหลังคลอดเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.7 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านหลังคลอดและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94.4 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเลย

* **การเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วย** พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96.4 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.9 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเลย

* **การเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวช** พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวชและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.5 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

- **งานอนามัยโรงเรียน** พบว่า PCU ที่คิดว่างานอนามัยโรงเรียนเป็นงานที่ควรปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่างานอนามัยโรงเรียนเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.4 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเลย

- **งานบริการคัดกรอง DMHT** ซึ่งประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ บริการที่ทำในชุมชนโดยอาสาสมัคร, ทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ และทำในหน่วยบริการ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานบริการที่ทำในชุมชนกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) สามารถจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

* **บริการที่ทำในชุมชนโดยอาสาสมัคร** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการที่ทำในชุมชนโดยอาสาสมัครเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 97.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการดังกล่าวในชุมชนโดยอาสาสมัครและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 93.0 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

* **บริการที่ทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการที่ทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่เป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96.2 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการดังกล่าวในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่และมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 90.9 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเลย

* **บริการที่ทำในหน่วยบริการ** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการที่ทำในหน่วยบริการเป็นงานที่ควรปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96.2 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่คิดว่าต้องทำบริการดังกล่าวในหน่วยบริการและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.9 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

- **งานบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นงานที่ควรปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าต้องทำบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94.8 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเลย

- **งานให้สุศึกษาในชุมชน** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการการให้สุศึกษาในชุมชนเป็นงานที่ควรปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96.7 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่คิดว่าต้องทำการให้สุศึกษาในชุมชนและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.3 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

- **งานด้านสิ่งแวดล้อม** ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ งานสุขภาพ และการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม จากการความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานบริการสุขภาพกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) สามารถจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

* **งานสุขภาพ** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการสุขภาพเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.7 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการสุขภาพและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94.7 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

* **การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม** พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.8 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94.9 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

- **งานสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้าน** พบว่า PCU ที่คิดว่าจะงานการสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้านเป็นงานที่ควรปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าต้องทำการสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้านและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.0 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

- **งานค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม** ประกอบด้วย 4 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้พิการ, คนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล, ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเวช จากการความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคมกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) สามารถจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

* **งานค้นหาผู้พิการ** พบว่า PCU ที่คิดว่าจะงานบริการค้นหาผู้พิการเป็นงานที่ควรปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96.6 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่คิดว่าต้องทำบริการค้นหาผู้พิการและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.3 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

* **งานค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล** พบว่า PCU ที่คิดว่าจะงานบริการค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแลเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 98.3 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแลและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 89.7 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

* **งานค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล** พบว่า PCU ที่คิดว่าจะงานบริการค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 98.4 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 88.7 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

* **งานค้นหาผู้ป่วยจิตเวช** พบว่า PCU ที่คิดว่าจะงานบริการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94.0 แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติกลับมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.0

- **งานทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคม** พบว่า PCU ที่คิดว่าจะงานทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคมเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.8 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่คิดว่าควรทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคมและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 94.3 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเลย

- **งานสำรวจลูกน้ำยุงลาย** พบว่า PCU ที่คิดว่าจะงานสำรวจลูกน้ำยุงลายเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการสำรวจลูกน้ำยุงลายและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 93.8 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเลย (รายละเอียดดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก

ปริมาณการให้บริการ ก่อน/หลัง UC	ลักษณะบริการ			รวม	X ² , df, p-value
	ต้องปฏิบัติ	ควรปฏิบัติ	ไม่ต้องปฏิบัติ		
1. การเยี่ยมบ้าน					
1.1 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย					
เพิ่มขึ้น	124(97.6)	50(90.9)	-	174(95.6)	4.135, 1, 0.042
ลดลง	3(2.4)	5(9.1)	-	8(4.4)	
รวม	127(100.0)	55(100.0)	-	182(100.0)	
1.2 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ขาดยา					
เพิ่มขึ้น	144(95.4)	28(96.6)	-	172(95.6)	0.081, 1, 0.776
ลดลง	7(4.6)	1(3.4)	-	8(4.4)	
รวม	151(100.0)	29(100.0)	-	180(100.0)	
1.3 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะที่ต้องการดูแลที่บ้าน					
เพิ่มขึ้น	140(94.6)	31(92.3)	-	171(95.5)	1.754, 1, 0.185
ลดลง	8(5.4)	-	-	8(4.5)	
รวม	148(100.0)	39(100.0)	-	179(100.0)	
1.4 เยี่ยมบ้านหลังคลอด					
เพิ่มขึ้น	157(95.7)	17(94.4)	-	174(95.6)	0.064, 1, 0.800
ลดลง	7(4.3)	1(5.6)	-	8(4.4)	
รวม	164(100.0)	18(100.0)	-	182(100.0)	
1.5 เยี่ยมบ้านดูแลผู้พิการ					
เพิ่มขึ้น	135(96.4)	39(92.9)	-	174(95.6)	0.981, 1, 0.322
ลดลง	5(3.6)	3(7.1)	-	8(4.4)	
รวม	140(100.0)	42(100.0)	-	182(100.0)	
1.6 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช					
เพิ่มขึ้น	123(96.9)	49(92.5)	2(100.0)	174(95.6)	1.814, 2, 0.404
ลดลง	4(3.1)	4(7.5)	-	8(4.4)	
รวม	127(100.0)	53(100.0)	2(100.0)	182(100.0)	
2. อนามัยโรงเรียน					
เพิ่มขึ้น	166(95.4)	3(100.0)	-	169(95.5)	0.144, 1, 0.704
ลดลง	8(4.6)	-	-	8(4.5)	
รวม	174(100.0)	3(100.0)	-	177(100.0)	
3. บริการคัดกรอง DM / HT					
3.1 ทำในชุมชนโดยอาสาสมัคร					

ปริมาณการให้บริการ ก่อน/หลัง UC	ลักษณะบริการ			รวม	X ² , df, p-value
	ต้องปฏิบัติ	ควรปฏิบัติ	ไม่ต้องปฏิบัติ		
เพิ่มขึ้น	102(97.1)	66(93.0)	4(100.0)	172(95.6)	1.937, 2, 0.380
ลดลง	3(2.9)	5(7.0)	-	8(4.4)	
รวม	105(100.0)	71(100.0)	4(100.0)	180(100.0)	
3.2 ทำในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่					
เพิ่มขึ้น	153(96.2)	20(90.9)	-	173 (95.6)	1.293, 1, 0.255
ลดลง	6(3.8)	2(9.1)	-	8(4.4)	
รวม	159(100.0)	22(100.0)	-	181(100.0)	
3.3 ทำในหน่วยบริการ					
เพิ่มขึ้น	119(96.0)	25(96.2)	1(100.0)	145(96.0)	0.044, 2, 0.978
ลดลง	5(4.0)	1 (3.8)	-	6(4.0)	
รวม	124(100.0)	26(100.0)	1(100.0)	151(100.0)	
4. บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
เพิ่มขึ้น	146(94.8)	16(100.0)	-	162(95.3)	0.872, 1, 0.350
ลดลง	8(5.2)	-	-	8(4.7)	
รวม	154(100.0)	16(100.0)	-	170 (100.0)	
5. การให้สุศึกษาในชุมชน					
เพิ่มขึ้น	141(95.3)	29(96.7)	1(100.0)	171(95.5)	0.161, 2, 0.923
ลดลง	7(4.7)	1 (3.3)	-	8(4.5)	
รวม	148(100.0)	30(100.0)	1(100.0)	179 (100.0)	
6. งานสิ่งแวดล้อม					
6.1 งานสุขาภิบาล					
เพิ่มขึ้น	135(95.7)	36(94.7)	1(100.0)	172(95.6)	0.118, 2, 0.943
ลดลง	6(4.3)	2 (5.3)	-	8(4.4)	
รวม	141(100.0)	38(100.0)	1(100.0)	180 (100.0)	
6.2 การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม					
เพิ่มขึ้น	115 (95.8)	56(94.9)	2(100.0)	173(95.6)	0.172, 2, 0.917
ลดลง	5(4.2)	3 (5.1)	-	8(4.4)	
รวม	120(100.0)	68(100.0)	2(100.0)	181 (100.0)	
7. การสำรวจข้อมูลประชากรหมู่บ้าน					
เพิ่มขึ้น	153(95.0)	16(100.0)	1(100.0)	170(95.5)	0.884, 2, 0.643
ลดลง	8(5.0)	-	-	8(4.5)	
รวม	161 (100.0)	16(100.0)	1(100.0)	178 (100.0)	
8. ค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม					
8.1 ค้นหาผู้พิการ					

ปริมาณการให้บริการ ก่อน/หลัง UC	ลักษณะบริการ			รวม	X ² , df, p-value
	ต้องปฏิบัติ	ควรปฏิบัติ	ไม่ต้องปฏิบัติ		
เพิ่มขึ้น	143(95.3)	28(96.6)	3(100.0)	174(95.6)	0.226, 2, 0.893
ลดลง	7(4.7)	1(3.4)	-	8(4.4)	
รวม	150 (100.0)	29(100.0)	3(100.0)	182 (100.0)	
8.2 ค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล					
เพิ่มขึ้น	118(98.3)	52(89.7)	3(100.0)	173(95.6)	7.112, 2, 0.029
ลดลง	2(1.7)	6(10.3)	-	8(4.4)	
รวม	156 (100.0)	58(100.0)	3(100.0)	181 (100.0)	
8.3 ค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล					
เพิ่มขึ้น	123(98.4)	47(88.7)	3(100.0)	173(95.6)	8.466, 2, 0.015
ลดลง	2(1.6)	6(11.3)	-	8(4.4)	
รวม	125 (100.0)	53(100.0)	3(100.0)	181 (100.0)	
8.4 ค้นหาผู้ป่วยจิตเวช					
เพิ่มขึ้น	122(96.1)	47(94.0)	2(100.0)	171(95.5)	0.452, 2, 0.798
ลดลง	5(3.9)	3(6.0)	-	8(4.5)	
รวม	127 (100.0)	50(100.0)	2(100.0)	179 (100.0)	
9. ทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกับประชาคม					
เพิ่มขึ้น	137(95.8)	33(94.3)	-	170(95.5)	0.151, 2, 0.698
ลดลง	6(4.2)	2(5.7)	-	8(4.5)	
รวม	143 (100.0)	35(100.0)	-	178 (100.0)	
10. สืบรวจลูกน้ำยุงลาย					
เพิ่มขึ้น	154(95.7)	15(93.8)	2(100.0)	171(95.5)	0.218, 2, 0.897
ลดลง	7(4.3)	1(6.2)	-	8(4.5)	
รวม	161(100.0)	16(100.0)	2(100.0)	179(100.0)	

บทที่ 4

บทสรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การสนับสนุนของหน่วยบริการคู่สัญญา (CUP) ที่ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย (PCU)

การกำหนดเงื่อนไขให้โรงพยาบาลในฐานะหน่วยบริการคู่สัญญา(CUP) ต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง เป็นการผลักดันให้โรงพยาบาลต้องประสานงาน และจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ให้สถานื่อนามัยมากขึ้น ทั้งในรูปของยา งบประมาณ ค่าตอบแทน บุคลากร และวิชาการ

CUP แต่ละแห่งมีหลักเกณฑ์ในการจัดสรรทรัพยากร และให้การสนับสนุน PCU เครือข่ายแตกต่างกันไปตามมติของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย (CUP Board) เช่น บางจังหวัด แต่ละ CUP จะกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ แต่บางจังหวัด สสจ.จะเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ และบางจังหวัด ทั้ง CUP และ สสจ. ต่างก็ร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์ให้เป็นเกณฑ์กลางของจังหวัด

รูปแบบในการจัดสรรเงินของ CUP ไปยัง PCU เครือข่ายนั้น มีความหลากหลาย เช่น การสนับสนุนในรูปของยา และเวชภัณฑ์ การสนับสนุนในรูปของเงิน Fix cost / OP และ PP โดย CUP ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.65 (178 แห่ง) จะจัดสรรงบประมาณให้แก่ PCU เครือข่ายโดยแบ่งหมวดเงินชัดเจน ทั้งเงินเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (OP) / เงินสำหรับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารจัดการโดยส่วนกลาง (PP Vertical Program) / เงินสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุกที่จัดในชุมชน (PP Community) และเงินสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในหน่วยบริการ (PP Area-based) ส่วนค่าใช้จ่ายประจำ (Fix cost) ยา เวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ ที่ CUP จัดสรรให้แก่ PCU ในเครือข่าย ส่วนใหญ่แล้วจะใช้งบประมาณทั้งจากเงิน OP และ PP

ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (การทบทวนความรู้เรื่องระบบการเงินและการจัดสรรงบประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทสถานื่อนามัย,2551)ที่ได้ทบทวนบทบาทของจังหวัดในการจ่ายเงินให้แก่สถานื่อนามัย ซึ่งพบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีการวางแผนทางการเงินให้แก่สถานื่อนามัยในรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังนี้

- รูปแบบที่ 1 จังหวัดกันเงิน OPD และ PP Facility ส่วนหนึ่งไว้ แล้วจัดสรรให้กับสถานื่อนามัยโดยตรง ในรูปแบบของงบดำเนินการประจำ (Fixed cost)
- รูปแบบที่ 2 จังหวัดกำหนดอัตราของงบดำเนินการประจำ (Fixed cost) ที่จะจ่ายให้กับสถานื่อนามัย โดยจัดสรรเงิน OPD และ PP Facility ให้ CUP โดยกำหนดให้ CUP จ่าย Fixed cost ที่กำหนดไว้ ให้กับสถานื่อนามัยในแต่ละ CUP
- รูปแบบที่ 3 จังหวัดกำหนดหลักเกณฑ์กว้างๆ แล้วให้แต่ละ CUP จ่ายเงินให้กับสถานื่อนามัย ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่ระบุรายละเอียดที่ตายตัว แต่ให้อิสระกับ CUP ในการตัดสินใจ แล้วใช้วิธีการติดตามสถานะทางการเงินของสถานื่อนามัย

สำหรับหลักเกณฑ์ของ CUP ในการจ่ายเงิน OP / PP / Fix cost / ยา เวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ มีความแตกต่างกัน โดยสรุปหลักเกณฑ์ในแต่ละประเด็น ดังนี้

1. หลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน OP

- เหมาจ่ายรายหัวประชากร โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 10 – 180 บาท ตามขนาดของ สอ.

- กำหนดอัตราจ่ายขั้นต่ำ โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 7,000 – 20,000 บาท / เดือน ตามขนาดของ สอ.
- จ่ายตามจำนวนบริการ (visit) โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 8 – 70 บาท / ครั้ง ตามขนาดของ สอ.
- จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

2. หลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน PP

1) งบ PP Express Demand กำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงินดังนี้

- จ่ายตามผลงาน
- เหมาะจ่าย
 - เหมาะจ่ายรายหัวในอัตราเฉลี่ย 11 – 47.40 บาท / หัวประชากร / ปี
 - จ่ายตามฐานประชากร โดยคำนวณจากยอดเงินที่ได้รับจาก สปสช. หารฐานประชากรในพื้นที่
 - จ่ายตามงบประมาณที่ผ่านการจัดสรรจาก สสจ.
- จ่ายตามสัดส่วน
 - เหมาะจ่ายรายหัวและจ่ายตามผลงาน ในสัดส่วน 60 : 40
 - จ่ายตามสัดส่วนระหว่าง โรงพยาบาล : สอ. : ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ในอัตรา 60 : 30 : 10

2) งบ PP Community กำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้

- จ่ายตามผลงาน
- เหมาะจ่ายรายหัวในอัตรา 37.50 บาท / หัวประชากร / ปี
- เหมาะจ่ายรายหัว และจ่ายตามผลงาน ในสัดส่วน 50 : 50

3) งบ PP Area-based ทั้ง CUP และ PCU ร่วมกันเขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนจาก สสจ.

3. หลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน Fix cost

1) จ่ายตามรายหัวประชากร UC โดยกำหนดจ่ายให้หัวละ 20 - 110 บาท / ปี (สำหรับ สอ.ที่มีบริการทันตกรรม จะได้รับงบประมาณสนับสนุนมากกว่า สอ. ที่ไม่มีบริการทันตกรรม) สำหรับ สอ.ที่คำนวณงบประมาณได้ไม่ถึงปีละ 100,000 บาท ให้ปรับเป็น 100,000 บาท

2) CUP หักงบประมาณ 10% จากเงินที่ได้รับ เพื่อจ่ายเงินให้ สอ. ทุกขนาดเท่าๆ กัน

3) จ่ายเงินตามขนาดของสถานีนอมา้ย โดยกำหนดจ่ายให้ สอ.ขนาดใหญ่ 28,000 บาท / เดือน ส่วน สอ. ขนาดกลาง 27,000 บาท / เดือน และ สอ.ขนาดเล็ก 26,000 บาท / เดือน และอาจจะจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ สอ. ที่อยู่ในถิ่นทุรกันดาร หรือ PCU หลัก ชนิด A เดือนละ 24,200 บาท ส่วน PCU รอง ชนิด A เดือนละ 23,700 บาท PCU หลักชนิด B เดือนละ 23,600 บาท ส่วน PCU รอง ชนิด B เดือนละ 23,100 บาท

4) จ่ายเป็นงวด โดย CUP คำนวณจากค่าใช้จ่ายปีก่อนหน้า และบวกเพิ่มอีก 0.5% เช่น จ่ายเป็นรายเดือน เดือนละ 10,000 – 30,000 บาท และจ่ายเพิ่มอีก 4 บาทต่อหัวประชากร สำหรับ สอ. ที่มีบริการทันตกรรมหรือจ่ายเป็นรายปี ปีละ 110,000 – 350,000 บาท หรือแบ่งจ่ายเป็นงวด (1 งวด = 3 เดือน / 6 เดือน)

5) คำนวณจากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอกมารับบริการ โดยกำหนดให้ สอ.ขนาดใหญ่ 103 บาท / ครั้ง สอ.ขนาดเล็ก 66 บาท/ครั้ง

6) จ่ายตามจริง โดยจ่ายเฉพาะค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว (CUP เป็นผู้พิจารณาเงินเดือน) และค่าสาธารณูปโภค

4. หลักเกณฑ์ในการจ่ายยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์

1) ให้ สอ.เบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ตามที่ใช้จริง

2) ให้ สอ.เบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ โดยการกำหนดวงเงิน ซึ่งมีการกำหนดวงเงินแตกต่างกัน เช่น

- กำหนดให้เบิกได้ในอัตรา 40-50 บาท x จำนวนประชากร UC ของ PCU

- กำหนดวงเงินตามขนาดของ สอ. โดยกำหนดให้ สอ.ขนาดใหญ่เบิกได้ไม่เกิน 250,000 บาท / ปี และ สอ.ขนาดเล็กเบิกได้ไม่เกิน 150,000 บาท / ปี

- กำหนดให้ สอ.ทุกขนาดเบิกได้ไม่เกิน 12,000 บาท / แห่ง / เดือน

นอกจาก CUP จะจัดสรรงบประมาณ และสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์จำนวนหนึ่งให้แก่ PCU เครือข่ายแล้ว CUP ยังสนับสนุนสิ่งที่ไม่ใช่ตัวเงินโดยตรงอีกด้วย เช่น การส่งพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ และนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลไปร่วมให้บริการในสถานีนอามัย การจัดอบรมความรู้ทางวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีนอามัย การให้พยาบาลที่อยู่สถานีนอามัยมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเป็นบางวันเพื่อพัฒนาทักษะในการให้บริการ เป็นต้น

ผลการศึกษาที่พบว่า CUP ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนามูลฐาน และการสนับสนุนด้านบุคลากรทั้งในลักษณะของการส่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไปร่วมปฏิบัติงานที่สถานีนอามัย และการจ้างลูกจ้างเพิ่มเติมสะท้อนให้เห็นว่า PCU ส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีปัญหาด้านจำนวนและคุณภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักตรวจราชการ , 2547 และ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ, 2548 ที่พบว่า ร้อยละ 70 ของ PCU มีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐานประชากร 1,250 คน ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีระบบการเพิ่มเติมส่วนที่ขาดดังกล่าว โดยอาจใช้ทั้งการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการควบคู่กับการใช้ระบบการเงินการคลังเป็นเครื่องมือในการผลักดันเพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU มีศักยภาพ มีความรู้ ความสามารถ และเพียงพอต่อการดำเนินงานในระบบบริการ

สำหรับการจัดให้มีแพทย์ พยาบาล จากโรงพยาบาลเข้าไปร่วมให้บริการใน PCU นั้น บทบาทของเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลควรเน้นในด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ สอ. ให้เข้มแข็ง โดยกำหนดให้แพทย์มีบทบาทสำคัญรองจากเจ้าหน้าที่ สอ. และให้บริการในส่วนที่เจ้าหน้าที่ สอ. ทำไม่ได้ ในประเด็นดังกล่าว สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ , 2548 ได้เสนอเนื้อหาในการพัฒนามูลฐานให้ทำหน้าที่ในการจัดบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพไว้ 2 กลุ่ม ได้แก่

1. เนื้อหาวิชาการที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เหนือกว่า หรือจากบุคคลภายนอก

- แนวคิด และทักษะเรื่องการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว
- ทักษะด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ ด้านสังคม จิตวิทยา
- วิธีการประเมินสภาพชุมชนในด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ สภาพเศรษฐกิจ
- ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ
- ความคิด และวิธีการทำงานกับชุมชนในลักษณะที่เป็น Facilitators มิใช่แบบสั่งงาน รู้จักประยุกต์ใช้

เครื่องมือการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

2. เนื้อหาที่สามารถดำเนินการพัฒนาได้เองโดยบุคลากรในพื้นที่

- ความรู้เรื่องโรค และการรักษา ซึ่งทำภายในพื้นที่ได้เอง

- ความรู้เรื่องสาธารณสุข การควบคุมโรค ป้องกันโรค
- ทักษะการตรวจโรค การบริการพื้นฐานทั้งหมด

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

เนื่องจาก CUP มีรูปแบบและหลักเกณฑ์การสนับสนุน PCU เครือข่ายค่อนข้างหลากหลาย ดังนั้นจึงควรมี การศึกษาสถานการณ์รายรับ ภาระรายจ่าย และเงินคงเหลือของสถานีนอมา้ย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มากำหนดทิศทางการ คำนวณการสนับสนุนงบประมาณสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับประเทศให้มีความเหมาะสมและเป็นธรรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างจริงจัง

ขอบเขตงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

- จำนวนและร้อยละของการจัดบริการภายใน CUP ที่มีการตกลงเกี่ยวกับบริการประเภทต่างๆ สำหรับ PCU จำแนกตามลักษณะบริการ การให้บริการ และปริมาณการให้บริการ (ก่อน/หลังหลักประกันสุขภาพ)

การศึกษาขอบเขตงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย การจัดการบริการภายใน CUP ที่มีการตกลงเกี่ยวกับบริการประเภทต่างๆ สำหรับ PCU จำแนกตามลักษณะบริการ การให้บริการ และปริมาณการให้บริการ (ก่อน-หลังหลักประกันสุขภาพ) พบว่า บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถือว่าเป็นบริการที่ต้องปฏิบัติสูงสุด คือ งานวางแผนครอบครัว และงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คิดเป็นร้อยละ 97.5 และกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่ำสุด คือ บริการกายภาพบำบัด ร้อยละ 9.6

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า งานวางแผนครอบครัวและงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นงานที่มีการดำเนินการมานานซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของ PCU อยู่ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลังจากมีนโยบายและมีแนวทางการดำเนินงาน บทบาท ชัดเจน เจ้าหน้าที่จึงให้ความสำคัญในกิจกรรมดังกล่าว ประกอบกับแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ที่เน้นการพัฒนาคอนออย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีการปรับโครงสร้างและ บทบาทหน้าที่ มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครบวงจรอย่างต่อเนื่อง เน้นหนักในบทบาทของการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก นำยุทธศาสตร์การรณรงค์มาใช้ในการดำเนินงานโครงการใกล้บ้านใกล้ใจที่ใช้กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ (ลำเลียง บึงบางช้าง, 2546 : 3 ; วชิระ บดพิบูลย์, 2546 : 58 ; เกษม วัฒนชัย, 2545 : 8-10 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 42 ; วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2543 : 185) เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและเป็นไปตามขอบเขตที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545 : 30 ; ทศนา บุญทอง, 2543 : 28-29 ; ประเวศ วะสี, 2541 : 13) จึงทำให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับบทบาท ภาระหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานวางแผนครอบครัวและงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ที่จัดขึ้นทั้งในระดับกระทรวงและระดับจังหวัด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานวางแผนครอบครัวและงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สูงขึ้น บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมาก่อน จะทำให้มีความสามารถนำความรู้และเทคนิคใหม่ๆ มาใช้มากขึ้น มีความชำนาญในงานเพิ่มสูงขึ้น ย่อมเป็นผลให้การดำเนินงานวางแผนครอบครัวและงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง (นิลรัตน์า ชาญไวยวิทย์, 2542 : 78) สำหรับกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่ำสุด คือ บริการกายภาพบำบัด อาจเนื่องมาจากงานกายภาพบำบัดยังไม่มีขอบเขตการดำเนินงานที่ชัดเจน ใน PCU รวมถึงบุคลากรด้านกายภาพบำบัดยังไม่มีใน PCU หรือมีน้อยที่ จึงทำให้มีการดำเนินกิจกรรมน้อย

เมื่อศึกษาถึงการจัดการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้มีการปฏิบัติ พบว่า เกือบทุก PCU ได้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ระหว่างร้อยละ 91.0-100.0 คือ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และการให้สุขศึกษา คิดเป็นร้อยละ 99.1 รองลงมาคือ งานอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว ร้อยละ 98.7 การตรวจรักษาโรคทั่วไป ร้อยละ 95.3 และบริการส่งต่อฉุกเฉิน ร้อยละ 91.1 ส่วนบริการที่มีการปฏิบัติต่ำที่สุด คือ บริการกายภาพบำบัด ร้อยละ 28.7

สำหรับปริมาณการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบก่อนและหลังการมีหลักประกันสุขภาพ พบว่า บริการที่เพิ่มขึ้นสูงสุด คือ บริการคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) คิดเป็นร้อยละ 98.4 และบริการที่ลดลงสูงสุด คือ บริการกายภาพบำบัด ร้อยละ 14.9

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการอยู่ก่อนหน้าโครงการหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบายที่ชัดเจนและมีแนวทางรวมถึงมาตรฐานในการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าว ประกอบกับที่ตั้งของ PCU ใกล้กับชุมชนซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับชุมชน จึงทำให้มีการปฏิบัติสูง สอดคล้องกับแนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงานของ อัลบานีส (Albanese, 1981 : 204) ที่ว่าพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรในองค์กรขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับแนวคิดความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของ สเตียร์ (Steers, 1977 : 6-8) ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์กรคือ ลักษณะองค์การ สภาพแวดล้อมลักษณะของบุคลากร นโยบายการบริหารและการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของนุชรพร แสนบล (2536 : 64) อภิญา โพธิ์ศรีทอง (2536 : 78) ที่พบว่าเจตคติต่อการให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข และผลการศึกษาของ นิลรัตนชาญไวยวิทย์ (2542 : 95-102) ภาติษฐา อ่อนดี (2539 : 82) เบญจวรรณ นันทชัย (2534 : 77-78) เจียมจิต จุฑาบุตร (2539 : 89) จินดารัตน์ ทองประไพ (2539 : 99-100) ภคินี ศรีสารคาม (2538 : 88) พบว่า การได้รับการอบรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการมีมนุษยสัมพันธ์มีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และผลการศึกษาของ ไพเราะ ไตรติลลันท์ (2534 : 85) จิตรกร วิเศษ (2542 : 33) หาญพล ศิริชัยประภา (2543 : 88) ที่ทำการศึกษพบว่า ที่ตั้งและขนาดของหน่วยบริการสาธารณสุขมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล ประกอบกับนโยบายการสาธารณสุขของประเทศได้เปลี่ยนแปลงไป เป็นการให้ความสำคัญกับการมองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านกาย ใจ สังคม และปัญญา เน้นให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพด้วยตนเองและดูแลกันเอง เน้น “การสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ” เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้าง “ชุมชนสุขภาพ” ในชุมชนของตน และเน้นการบริการในระดับปฐมภูมิในลักษณะการบริการที่ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” และมีผู้รับบริการและชุมชนร่วมเป็นเจ้าของ จึงทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวมากขึ้น

- **ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ**

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า การให้บริการที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการ จำแนกตามการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีดังนี้ การให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) ($p<0.001$), การให้บริการนอกเวลาราชการ ($p<0.001$), การให้บริการส่งต่อฉุกเฉิน ($p<0.001$), การให้บริการทันตกรรม ($p<0.001$), การให้บริการการแพทย์แผนไทย ($p<0.001$), การให้บริการกายภาพบำบัด ($p<0.001$) และการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ($p<0.001$) ส่วนการให้บริการด้านอื่นๆ กลับไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการ

งานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) เป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 98.6 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) และมีการปฏิบัติ ร้อยละ 76.3 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 28.6 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

งานบริการนอกเวลาราชการ พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการงานบริการนอกเวลาราชการเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 98.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการนอกเวลาราชการและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 78.1 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 45.5 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการนอกเวลาราชการกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานบริการส่งต่อฉุกเฉิน พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการส่งต่อฉุกเฉินเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 99.4 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการส่งต่อฉุกเฉินและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 72.0 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 33.3 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการส่งต่อฉุกเฉินกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานบริการทันตกรรม พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการทันตกรรมเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 95.4 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการทันตกรรมและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 72.7 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 25.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการทันตกรรมกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานบริการแพทย์แผนไทย พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการแพทย์แผนไทยเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 96.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทยและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 73.9 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการแพทย์แผนไทยกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานบริการกายภาพบำบัด พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการกายภาพบำบัดเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 81.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการกายภาพบำบัดและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 32.2 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 8.3 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการกายภาพบำบัดกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานบริการผู้ป่วยจิตเวช พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 92.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยจิตเวชและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 64.0 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 9.8 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการผู้ป่วยจิตเวชกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า การให้บริการที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการ จำแนกตามการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) การให้บริการนอกเวลาราชการ การให้บริการส่งต่อฉุกเฉิน การให้บริการทันตกรรม การให้บริการการแพทย์แผนไทย และการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานที่สัมพันธ์กัน สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมดังกล่าว เป็นงานเดิมที่ของสถานเฝ้าระวัง แต่เมื่อ

เปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ได้มีการเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการโดยจากเดิมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการทุกอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจะเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการ

ซึ่งจากผลการศึกษาที่พบว่างานที่ต้องปฏิบัติ และมีการปฏิบัติงานที่สัมพันธ์กัน อาจเนื่องมาจากการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) การให้บริการนอกเวลาราชการ การให้บริการส่งต่อฉุกเฉิน การให้บริการทันตกรรม การให้บริการการแพทย์แผนไทย และการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช เป็นงานที่บุคลากรต้องปฏิบัติและบุคลากรสาธารณสุขมีประสบการณ์ในระดับหนึ่งจึงทำให้มีประสิทธิภาพการดำเนินงานสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสอดคล้องกับผลการศึกษาผลการวิจัยของ โอเนล (O'Neal, 1987 : 3269-A) ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงานผลิต และความสำเร็จในการปฏิบัติงานของหัวหน้าภาควิชา และผลการศึกษาของ บุปผา ศิริวัศมี และอนงค์ นารณ คงคาน้อย (2538 : 118) ที่พบว่าประสบการณ์ในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และความพร้อมในการให้คำปรึกษาในชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไดเออร์ (Dyer, 1972 : 294) พบว่าประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล การที่มีผู้รับบริการในชุมชน ในชนบทอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร จึงทำให้ PCU ต้องมีบริการนอกเวลาราชการ และมีการบริการส่งต่อฉุกเฉินที่ดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งการบริการส่งต่อฉุกเฉินถือว่าเป็นกิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สำคัญและมีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม

สำหรับงานทันตกรรมและการบริการสุขภาพจิตที่มีการให้บริการสูงขึ้นอันเนื่องมาจากมาตรฐานการดำเนินงาน PCU ของศูนย์สุขภาพชุมชน มีการกำหนดอัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร ซึ่งทุก PCU ต้องจัดบริการให้ได้ตามมาตรฐานถึงได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตามแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นแหล่งให้บริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพด้วย กรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีบริการครบถ้วนตามเกณฑ์ ถ้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์เรียกหน่วยบริการปฐมภูมิรองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิซึ่งไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้ (คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. 2545)

ในปัจจุบันการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น สอดคล้องกับบุคลากรหลักที่ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บางแห่งมีแพทย์หรือเภสัชกรประจำ ทุกวันหรือบางวัน และมีทันตแพทย์มาเป็นบางวันในศูนย์สุขภาพชุมชนนอกเมือง บางแห่งยังมีทันตภิบาล พนักงานสุขภาพจิต ร่วมในทีมด้วยการทำงานมุ่งการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ โดยแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ แพทย์ มีหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยให้การรักษาโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง แก่ประชาชนทุกกลุ่ม ให้การสอนให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ เยี่ยมบ้าน บริหารจัดการหน่วยบริการ, พยาบาล มีหน้าที่ในการตรวจสุขภาพเด็ก ให้ภูมิคุ้มกันโรค ตรวจครรภ์ ให้การสอน ให้คำแนะนำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง ตรวจและให้การรักษาโรคเบื้องต้น บริการเยี่ยมบ้าน สัมภาษณ์ข้อมูลทำแฟ้มประวัติครอบครัว เผื่อระวังโรคระบาดต่างๆ สร้างความร่วมมือกับชุมชนบริหารจัดการหน่วยบริการ (เมื่อไม่มีแพทย์), เภสัชกร บริบาลทางเภสัชกรรมใน PCU บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน บริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ใน PCU การจ่ายยา การให้คำ แนะนำ และคำ ปรึกษาเรื่องการไ้ยา ยา เยี่ยมบ้าน, ทันตแพทย์ ให้การรักษาฟัน ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การให้ยาระงับความเจ็บปวด ส่งเสริมและป้องกันปัญหาของ

สุขภาพช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำทางทันตกรรม การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ การเคลือบหลุมร่องฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ การให้คำแนะนำให้ประชาชนดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

- ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก พบว่า การให้บริการที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการ จำแนกตามการจัดบริการเชิงรุกในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีดังนี้ การให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ($p < 0.001$), การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ($p < 0.001$), การค้นหาผู้พิการในสังคม ($p < 0.001$), การค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล ($p < 0.001$), การค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ($p < 0.001$) และการค้นหาผู้ป่วยจิตเวช ($p = 0.001$)

ลักษณะบริการงานเยี่ยมบ้าน ประเภทการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า PCU ที่คิดว่าการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 96.8 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวชและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 79.1 และไม่พบกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเลย และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานด้านสิ่งแวดล้อม ประเภทการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 96.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 67.6 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม ประเภทค้นหาผู้พิการ พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการค้นหาผู้พิการเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 99.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการค้นหาผู้พิการและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 94.7 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการค้นหาผู้พิการกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม ประเภทค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแลเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 96.2 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแลและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 72.7 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแลกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม ประเภทค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 95.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการ

ค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 79.7 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม ประเภทค้นหาผู้ป่วยจิตเวช พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติงานดังกล่าวร้อยละ 97.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำบริการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชและมีการปฏิบัติ ร้อยละ 88.7 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การบริการเชิงรุกถือได้ว่าเป็นภารกิจสำคัญของการบริการใน PCU จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับการให้บริการ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก พบว่า การให้บริการที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการจำแนกตามการจัดบริการเชิงรุกในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีดังนี้ การให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช, การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม, การค้นหาผู้พิการในสังคม, การค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล, การค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และการค้นหาผู้ป่วยจิตเวช เป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น

สามารถอธิบายได้ว่า จากสภาพปัญหาด้านสุขภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม และความเครียด สุขภาพจิต ประกอบกับความยากจนจึงทำให้มีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล สังคมผู้สูงอายุ และผู้ถูกทอดทิ้งเพิ่มขึ้น จึงทำให้การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเชิงรุกของ PCU เพิ่มขึ้น ประกอบกับนโยบายด้านสุขภาพที่มีการส่งเสริมระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว ประชาชนทุกคนควรได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึง เพื่อให้การดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขเต็มศักยภาพนั้นหมายถึง ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น มีการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยสนับสนุนให้ PCU ซึ่งเป็นสถานบริการระดับต้นมีศักยภาพและคุณภาพเพียงพอในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็นอย่างครบถ้วน และถือได้ว่าเป็น “สถานพยาบาลประจำครอบครัว” ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง โดยให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการดูแลรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการประสานงานกับองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการแก่ประชาชนอย่างครบถ้วน และจะต้องเป็นบริการในเชิงรุก จึงทำให้มีการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช, การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม, การค้นหาผู้พิการในสังคม, การค้นหาคนไข้ที่ไม่มีญาติดูแล, การค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น

ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจึงได้มีการปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ยกระดับสถานอนามัยมาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ กำหนดให้มีแพทย์ออกไปให้บริการ มีระบบการให้บริการหน่วยคู่สัญญาเพื่อการประสานงานและการส่งต่อ มีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีมาตรฐานเสมอภาค เป็นองค์รวม ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง เน้นหนักในบทบาทของการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก นำยุทธศาสตร์การรื้อสร้างนำซ่อมมาใช้ร่วมกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สามปี เปลี่ยนบางช้าง, 2546 : 3 ; วชิระ บกพิบูลย์, 2546 : 58 ; เกษม วัฒนชัย, 2545 : 8-10 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 42 ; วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2543 : 185)

- ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) ที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการจำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีดังนี้ การให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) ($p = 0.010$), การบริการส่งต่อฉุกเฉิน ($p = 0.003$), การบริการทันตกรรม ($p = 0.035$) และการบริการผู้ป่วยจิตเวช ($p = 0.014$)

งานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) เป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 94.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรทำงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) และมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 82.5 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.6 ตามลำดับ และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) กับการมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$)

งานบริการส่งต่อฉุกเฉิน พบว่า PCU ที่คิดว่างานบริการส่งต่อฉุกเฉินเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 92.4 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการส่งต่อฉุกเฉินและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.5 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 50.0 และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการส่งต่อฉุกเฉินกับการมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$)

งานบริการทันตกรรม พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการทันตกรรมเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 95.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการทันตกรรมและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 87.5 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 72.7 ตามลำดับ และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการทันตกรรมกับการมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.035$)

งานบริการผู้ป่วยจิตเวช พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 97.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่คิดว่าควรปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยจิตเวชและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.6 และกลุ่มที่คิดว่าไม่ต้องปฏิบัติและมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 78.9 ตามลำดับ และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการงานบริการผู้ป่วยจิตเวชกับการมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.014$)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) ที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการจำแนกตามลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีดังนี้

งานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการงานคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) เป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 94.7 สามารถอธิบายได้ว่า PCU มีการบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ที่เพิ่มขึ้นก่อนและหลังมีหลักประกันสุขภาพ อันเนื่องมาจาก ข้อกำหนดของ PCU มีการบริการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งมีศักยภาพในการ จัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดัน จึงทำให้โรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการตามพื้นที่ PCU ที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขใน PCU บริการแบบเบ็ดเสร็จ ต่อเนื่อง และดูแลแบบองค์รวม การ บริการคลินิกโรคเรื้อรังใน PCU ตามเป็นลักษณะบริการแนว Extended OPD ในและนอกโรงพยาบาล มีการจัดระบบการ เชื่อมโยงต่อการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จัดระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยพร้อมข้อมูลกับโรงพยาบาล จากผลการศึกษาที่พบว่า งานบริการส่งต่อฉุกเฉิน PCU ที่คิดว่างานบริการส่งต่อฉุกเฉิน เป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าวเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 92.4 อันเนื่องมาจากมีข้อจำกัดของศักยภาพของ บุคลากรสาธารณสุข และเครื่องมือ ระบบการส่งต่อฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งสำคัญและมีการบริการเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่า PCU มีสห วิชาชีพคอยให้บริการ ในส่วนของ งานบริการทันตกรรม ผลการศึกษา พบว่า PCU ที่คิดว่าบริการทันตกรรมเป็นงานที่ต้อง ปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 95.7 อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากมาตรฐานการดำเนินงาน PCU ของศูนย์ สุขภาพชุมชน มีการกำหนดอัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร ซึ่งทุก PCU ต้องจัดบริการให้ได้ตามมาตรฐานถึงได้ขึ้น ทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดให้มีแพทย์ ทันต สาธารณสุขไปให้บริการใน PCU หลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพ ส่วน งานบริการผู้ป่วยจิตเวช พบว่า PCU ที่คิดว่า บริการผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ และมีปริมาณงานดังกล่าวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 97.9 สามารถอธิบายได้ว่า การเข้าถึง บริการสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีการให้บริการเพิ่มขึ้นหลังจากมีหลักประกันสุขภาพอันเนื่องมาจาก งานสุขภาพจิตเป็น ชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ ทำให้บุคลากรสาธารณสุข มีการค้นหา และให้บริการเชิงรุกในชุมชนเพิ่มขึ้น

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพจึงได้มีการปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ยกระดับสถานีนามาเป็นหน่วย บริการปฐมภูมิ กำหนดให้มีแพทย์ออกไปให้บริการ มีระบบการให้บริการหน่วยคู่สัญญาเพื่อการประสานงานและการส่ง ต่อ มีการจัดสรรงบประมาณแบบกระจายรายหัวให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีมาตรฐานเสมอภาค เป็นองค์รวม ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง เน้นหนักในบทบาทของการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก นำยุทธศาสตร์การรื้อรื้อนำซ่อมมาใช้ร่วมกับการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำลี เปลี่ยนบางช้าง, 2546 : 3 ; วชิระ บดพิบูลย์, 2546 : 58 ; เกษม วัฒนชัย, 2545 : 8-10 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544ข : 42 ; วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2543 : 185) มีสัดส่วนของ งานรักษาพยาบาลต่องานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็น 25 : 75 ดำเนินงานโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (Community based management) เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับแบบแผนชีวิตของประชาชน (อรชร ณ ระนอง, 2545 : 93 ; ประพิน วัฒนกิจ, 2543 : 2-3) สร้างศักยภาพ และความเข้มแข็งในสังคม มีลักษณะการจัดการที่เป็นอิสระสามารถ พึ่งตนเองได้มากขึ้น มีการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ สามารถกำหนดวิธีการ ทำงานของตนเองได้โดยยึดปัญหาระดับพื้นที่เป็นหลัก เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่มีความ สลับซับซ้อนมากขึ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545 : 1 ; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2545 : 295-296 ; พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ, 2542 : 19 ; ประพิน วัฒนกิจ, 2543 : 35)

การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิจึงเป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นที่จัดให้กับประชาชนทุกคนในทุก ภาวะของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่อง ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต

โดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคองและการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน และครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชน และร่วมเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในทุกด้าน

- **ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก**

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริการกับปริมาณการให้บริการก่อน/หลังการมีหลักประกันสุขภาพ (รายบริการ) จำแนกตามลักษณะการจัดบริการเชิงรุก พบว่า ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการให้บริการกับลักษณะบริการใดๆ ทั้งสิ้น

เอกสารอ้างอิง 1

- คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ , แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550-2554 ,2549.
- คณะอนุกรรมการการพัฒนาเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า , การจัดเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า , 2544.
- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ , คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ,2552.
- ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า , แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน , 2544.
- พินิจ พ้าอำนวยการผล , การทบทวนความรู้เรื่องระบบการเงินและการจัดสรรงบประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทสถานีอนามัย,2551.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ , การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด, 2548.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ , บริการปฐมภูมิ : บริการสุขภาพ ใกล้เคียง ใกล้บ้าน ,2548.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ , บริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ,2548.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ,พัฒนาการ แนวคิด สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ,2548.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ,2552.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า , คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , 2549.
- สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข , แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ถาม-ตอบ เกี่ยวกับการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า , 2545.

Website

Www.nhso.go.th

เอกสารอ้างอิง 2

เกษม วัฒนชัย. (2545). *ระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์*. ใน *รวมบทความการประชุมวิชาการ 60 ปี การศึกษาวิชาการผดุงครรภ์และการพยาบาลหัตถ์*. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. และคณะ. (2545). *วิธีชุมชน*. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.

จินดารัตน์ ทองประไพ. (2539). *พฤติกรรมแบบเอและแบบบีกับสุขภาพกาย สุขภาพจิต การปฏิบัติงาน และมนุษยสัมพันธ์ของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เจียมจิต จุฑาบุตร. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การ ความทนทาน แรงจูงใจกับ ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิตรกร วิเศษ. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสุขภาพสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ทัศน บุญทอง. (2543). *ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต*. กรุงเทพฯ : ศิริยอด.

นิลรัตนา ชาญไววิทย. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับประสิทธิผลกิจกรรมเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจวรรณ นันทชัย. (2534). *ผลการประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอยและทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวในการปฏิบัติการพยาบาลละความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วชิระ บณินุญ. (2546). *การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2543). *สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.

ไพเราะ ไตรติลลันท์. (2534). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยจังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.