

ผลกระทบของนโยบาย 30 บาท ต่อระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช :

ภาพรวมระดับประเทศและกรณีศึกษา

สถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในภาคเหนือของประเทศไทย

The Effect of 30 Baht Policy in Relation to The Psychiatric Service System: Thailand' Overall

View and Case Study

of Psychiatric Hospitals in The Northern Region of Thailand

โดย

บุปผวรรณ	พัชพันธ์ประเสริฐ
ศุภสิทธิ์	พรรณารุโณทัย

รายงานฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สิงหาคม 2546

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในโครงการพัฒนานักวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ให้ผู้นิพนธ์ชื่อแรกศึกษาในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาระบบและนโยบายสุขภาพ ณ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และคณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิชาการของศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

การศึกษานี้ สำเร็จได้เป็นอย่างดีด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย การศึกษาส่วนที่ 1 ได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจาก ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, ศูนย์สารสนเทศกรมสุขภาพจิต และสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศจำนวน 15 แห่ง การศึกษาส่วนที่ 2 ได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลการเงิน และได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือ ประกอบด้วย โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ เป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยหวังว่าการวิจัยครั้งนี้คงมีประโยชน์ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ทำให้ทราบขอบเขตและสภาพของผลกระทบและการปรับตัว ของการใช้นโยบาย 30 บาท ต่องานบริการจิตเวชของประเทศไทย เห็นภาพพจน์ของปัญหาทางจิตเวช และเป็นการถ่ายทอดให้ผู้เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้บริหาร นักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่สนใจได้เข้าใจ เพื่อประกอบการวางแผนระบบและนโยบายสุขภาพต่อไป

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ประเทศไทยมีการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขใหม่ โดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวในผู้ป่วยนอก และจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยใน อาจมีจุดอ่อน ผู้ให้บริการมี/รับความเสี่ยง เลือกละเลยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ ปฏิเสธไม่ยอมรับผู้ป่วยเรื้อรัง เช่นจิตเวชไว้ในทะเบียน อาจลดความเสี่ยงด้วยการให้บริการต่ำกว่าที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงอาจกระทบต่อคุณภาพบริการ การศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบาย 30 บาท วิเคราะห์แบบแผนการให้และการใช้บริการจิตเวชของผู้ป่วยในของประเทศไทย และผลกระทบตลอดจนการปรับตัวของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544 และ 2545

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ทำการศึกษาย้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2544-2545 ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ สถานพยาบาลภาครัฐทั้งหมดที่มีบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน ระบบฐานข้อมูล 12 แฟ้ม หรือระบบอื่นๆ ที่เหมือนกัน และแบบรายงานการรับและจ่ายเงินเงินงบประมาณ สจ.รง1031, เงินบำรุง สจ.รง. 1032 และ เงิน สปร.ง.102 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/FW, Visual Foxpro, Excel และ Arc View

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1: การศึกษาแบบแผนการให้และการให้บริการทางจิตเวชของไทย ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 พบว่า ประเทศไทยมีสถานพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศที่ให้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชประมาณ 720 และ 985 แห่ง ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยในทางจิตเวชปีละกว่า 70,000 ราย ส่วนใหญ่ใช้บริการของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิสูงถึงร้อยละ 57 รองลงมาใช้บริการของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต, สถานพยาบาลที่ให้บริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ และโรงเรียนแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 36, 6 และ 1 ตามลำดับ จิตแพทย์ของไทยในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนทั้งหมด 387 คน เป็นจิตแพทย์สังกัดภาครัฐประมาณร้อยละ 80 ที่เหลืออยู่ในภาคเอกชน จิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของภาครัฐที่มีการให้บริการผู้ป่วยในมีจำนวน 211 คน คิดเป็นจิตแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 0.34 คน ต่อ 100,000 ประชากร การกระจายตัวของจิตแพทย์ไม่เท่าเทียม เห็นได้จากจำนวนจิตแพทย์มากกว่าครึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร การใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชมีการใช้บริการข้ามเขตระดับจังหวัดสูงร้อยละ 30 ในขณะที่มีการใช้ข้ามเขตระดับเขตสาธารณสุขและเขตมหาดไทยมีค่าใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 14 จังหวัดที่มีการใช้และให้บริการสูงมักเป็นจังหวัดที่

ตั้งของสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการทางจิตเวชได้ และ/หรือ มีจิตแพทย์อยู่ กลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ โรคจิตชนิดจิตเภท (Schizophrenia and Acute psychotic disorders) รองลงมาเป็นความผิดปกติจากการติดยาและสารเสพติดชนิดต่างๆ (Substance-Related disorders), โรคประสาทชนิดวิตกกังวล (Anxiety disorders) และ โรคความผิดปกติของอารมณ์ (Mood disorders) ตามลำดับ โดยสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีแนวโน้มจะมีจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าบริการที่เรียกเก็บต่อรายเพิ่มขึ้น ในขณะที่สถานพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มมีจำนวนผู้ป่วยลดลง และมีการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่อรายลง

ส่วนที่ 2: การศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 พบว่า มีสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชจำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ สถานพยาบาลเหล่านี้มีสัดส่วนการใช้เงินงบประมาณสูงถึงร้อยละ 80-90 มีอัตราคืนทุนที่เกิดจากค่าบริการที่เรียกเก็บได้จากค่าบริการที่เรียกเก็บทั้งหมดตั้งแต่ร้อยละ 14-37 โดยภาพรวมมีเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้น ในช่วงที่ทำการศึกษสถานพยาบาลได้รับเงินงบประมาณไม่แตกต่างกัน สถานพยาบาลมีการปรับตัวตอนโยบาย 30 บาทโดยจัดระบบติดตามเร่งรัดหนี้สินและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลง โดยเฉพาะการลดจำนวนวันนอน

อภิปรายผล

การบริการผู้ป่วยในทางจิตเวชมีการข้ามเขตบริการสูงมาก เนื่องจากการกระจายตัวของจิตแพทย์และสถานพยาบาลเฉพาะทางที่ไม่ทั่วถึง และชื่อเสียงของสถานพยาบาลเฉพาะทางที่มีมานานการใช้นโยบาย 30 บาท มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารักษาและการใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชคือสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยใน, จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าบริการที่เรียกเก็บต่อราย ในขณะที่สถานพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมสุขภาพจิตจะลดจำนวนผู้ป่วย, จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่อรายลง ส่วนกรณีศึกษาสถานพยาบาลเฉพาะทางในเขตภาคเหนือเห็นว่าสถานพยาบาลไม่ได้รับผลกระทบทางด้านการเงินมากนัก เนื่องจากแหล่งเงินทุนใหญ่คือเงินงบประมาณยังคงมีการจัดสรรเช่นเดิม (ปีงบประมาณ 2544-2545) แม้การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโครงการ UC จะมีมูลค่าน้อยกว่าที่สถานพยาบาลเคยได้รับ จากโครงการ สปร. เดิมก็ตาม เนื่องจากเงินส่วนนี้เมื่อเทียบสัดส่วนกับเงินงบประมาณแล้วเป็นสัดส่วนน้อย อนึ่งสถานพยาบาลได้มีการปรับตัวที่สำคัญมาก คือ การลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทำให้สถานพยาบาลสามารถลดต้นทุนบริการลงได้เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามช่วงเวลาที่ทำการศึกษานี้ เป็นระยะเวลาสั้นๆ ของช่วงเปลี่ยนผ่านของการใช้นโยบาย ผลการศึกษาจึงอาจไม่ชัดเจนนัก ประกอบกับลักษณะของโรคไม่ได้ทำให้ถึงแก่ชีวิตในเวลาสั้นหรือเห็นผลรวดเร็ว จึงควรมีการศึกษาดูตามผลต่อไป รวมทั้งควรเน้นการศึกษาในมุมมองของผู้ใช้บริการคือผู้ป่วยด้วย

Abstract

Background

According to Thailand's financial crisis many years ago, Thailand has dramatically developed new budgetary resources allocation system for public health finance through capitation payment for out-patient group and DRG relative weight to purchase inpatient care for in-patient group.

However, this new system was likely to create moral hazards. For example, service providers give low quality medical service to patients, or accept only low-risk patients, and reject chronic patients like psychiatric patients.

This study has a main purpose to analyze 30-Baht service patterns provided by hospitals and taken by psychiatric patients in Thailand. Also, this research shall encompass to its continuing effects and adjustments by hospitals under mental health department of Thailand's Northern Region during budgetary year 2001-2002.

Methodology

This retrospective narrative study collected and collated information from in-patients in all public psychiatric hospitals during budgetary year 2001-2002. Studying tools consist of in-patient data report, 12-file database or other compatible systems, budgetary fund & use report (Sor Jor Ro Ngor 1031), supporting fund (Sor Jor Ro Ngor 1032), and fund from Sor Por Ro Ngor 102. Data have been analyzed by software programs e.g. SPSS/FW, Visual Foxpro, Excel, and Arc View.

Results

This study has been classified into 2 parts as follows:

Part I: According to psychiatric Service Pattern during budgetary year 2001-2002, there were 720 and 985 public psychiatric hospitals which have in-patient services in 2001 and 2002, respectively. In each year, there were over 70,000 psychiatric in-patients which mostly use psychiatric services in primary hospitals approximately 57%, followed by hospitals under mental health department (36%), other hospitals with psychiatric service (6%), and medical school (1%), respectively.

In 2001, there were totally 387 Thai psychiatric doctors who approximately 80% have worked with public sector. Practical psychiatric doctors working with in-patient departments under public sector were only 211 which was accounted for MMM doctor to population ratio of 0.34:100,000 population.

Our finding reveals that psychiatric doctors are imbalance distributed evidencing from over half lived and worked in Bangkok Metropolitan. Additionally, provincial cross services were as high as 30% as public health district cross services were only 14%. Provinces with high psychiatric service record usually the ones that have psychiatric hospitals in the area. Most found diseases are Schizophrenia and Acute Psychotic Disorders, followed by Substance-Related Disorders, Anxiety Disorders, and Mood Disorders, respectively.

Part II: From effect & adjustment study of hospitals under mental health department in Thailand's Northern region during year 2001-2002, there were a total of 3 public psychiatric hospitals: Suan Prung Psychiatric Hospital, Nakornsawan Psychiatric Hospital, and Northern Child Development Center. These hospitals had a proportion of using budgetary fund of 80%-90% as capital return from service charge is approximately 14%-37%. In board perspective, supporting fund is likely to increase. During this study, budgetary fund support was insignificantly different. Hospitals have been adjusting their systems to 30-Baht policy by tight debt-following policy and diminishing length of stay for in-patients.

Discussion

Currently, public health district cross services has been recording high. This might come from the following reasons: an inequilibrium distribution of psychiatric doctors and hospitals, reputation-lead-people to special hospitals. 30-Baht policy's implementation drove changes on behavior of service use & take pattern by patients and by service providers as follows: primary and secondary hospitals increased number of in-patients, length-of-stay, and individual service charges. Contrarily, number of patients, length-of-stay, and individual service charges in hospitals under mental health department was declined.

Evidenced from hospitals in Thailand's Northern Region, financial difficulties have slightly affected due to stable budgetary fund supported in year 2001-2002 even service charges collected

from UC program being less in comparison with previous level. More significantly, dig-to earth practical adjustments have been implemented. Minimizing length-of-stay effect has drastically reduced service costs and expenses. However, due to short-period data collection under this study and disease not lead to death soon or immediate cure, so this research cannot be totally concluded at this stage. Further study should be extended and further study in patient's perspective is worthy for exploration.

๗

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฅ
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตการวิจัย	2
ข้อจำกัดของการวิจัย	2
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ทฤษฎี เอกสาร และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความรู้เกี่ยวกับนโยบาย 30 บาท	5
ความรู้เกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์	13
ความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยา	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
กรอบแนวคิดในการวิจัย	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	27
รูปแบบการวิจัย	27
ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยและแหล่งที่มาของข้อมูล	27
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	28
วิธีดำเนินการวิจัย	28
การวิเคราะห์ข้อมูล	34
สถานที่วิจัยและรวบรวมข้อมูล	34
ระยะเวลาในการวิจัย	34

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	35
ส่วนที่ 1: การศึกษาแบบแผนการใช้และการให้บริการจิตเวชในประเทศ ปีงบประมาณ 2544-2545	35
ส่วนที่ 2: การศึกษาการปรับตัวของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ในเขตภาคเหนือของประเทศไทยตอนโยบาย 30 บาท	80
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	117
สรุปผลการวิจัย	118
อภิปรายผลการวิจัย	124
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้	129
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	131
เอกสารอ้างอิง	133
ภาคผนวก	135
ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน 12 แฟ้มข้อมูล	136
ภาคผนวก ข รายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณของกรมสุขภาพจิต	142
ภาคผนวก ค รายงานการใช้จ่ายเงินบำรุงของกรมสุขภาพจิต	144
ภาคผนวก ง รายงานการใช้จ่ายเงินบำรุงของกรมสุขภาพจิต	150
ภาคผนวก จ ข้อคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ	151

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 เครื่องวัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพ (Health Care Systems Measurement)	26
2 การใช้บริการในเขต การส่งออก หรือการนำเข้า ตามภูมิลำเนาของผู้ป่วยจังหวัด ก.	30
3 การใช้บริการในเขต การส่งออก หรือการนำเข้า ตามภูมิลำเนาของผู้ป่วยจังหวัด ข.	30
4 จำนวนจิตแพทย์ของประเทศไทย ปี 2544 จำแนกตามหน่วยงาน	37
5 จำนวนและร้อยละของสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวช	38
6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน เป็นราย	38
7 จำนวนประชากรไทย และจิตแพทย์ของประเทศไทย ปี 2544-2545	
จำแนกตามเขตสาธารณสุข	42
8 จำนวนประชากร และจิตแพทย์ ของประเทศไทย ปี 2544-2545	
จำแนกตามเขตมหาดไทย	43
9 จำนวนและสัดส่วนจิตแพทย์ของประเทศไทย ปี 2544	45
10 ร้อยละของการส่งออกหรือการนำเข้า ปีงบประมาณ 2544-2545	46
11 การข้ามเขตรับบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545	50
12 กลุ่มโรคทางจิตเวชจัดกลุ่มผู้ป่วยในระบบ DSM-IV	59
13 คำนำน้าหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรค จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล	61
14 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในทางจิตเวช ตามระบบวินิจฉัย DSM-IV	
ปีงบประมาณ 2544-2545	62
15 อัตราป่วยและ อัตราตายต่อ 100,000 ประชากร ปีงบประมาณ 2544-2545	63
16 อัตราป่วยจำเพาะตามอายุและเพศ ของผู้ป่วยในทางจิตเวชของไทย ปี 2544-2545	64
17 อัตราตายจำเพาะตามอายุและเพศ ของผู้ป่วยในทางจิตเวชของไทย ปี 2544-2545	65
18 อัตราป่วย อัตราตายต่อประชากรแสนคน ด้วยสาเหตุทางจิตเวช	
ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 จำแนกตามเขตสาธารณสุข	68
19 อัตราป่วย อัตราตายต่อแสนคน ด้วยสาเหตุทางจิตเวช	
ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 จำแนกตามเขตมหาดไทย	70
20 สัดส่วนการป่วยมาตรฐานและสัดส่วนการตายมาตรฐานทางจิตเวชจำแนกตามจังหวัด	72
21 จำนวนผู้ป่วยในทางจิตเวช จำนวนวันนอน และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์	77
22 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล	78

	หน้า
23 ค่าบริการที่เรียกเก็บต่อ จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล	78
24 ค่ารักษาพยาบาล ของผู้ป่วยจิตเวช ตามประเภทและปีงบประมาณ	79
25 ลักษณะทั่วไปของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือ	81
26 จำนวนและร้อยละของเงินงบประมาณปี 2544 จำแนกตามโครงสร้างระบบบริการ	82
27 จำนวนและร้อยละของเงินงบประมาณปี 2545 จำแนกตามโครงสร้างระบบบริการ	82
28 จำนวนจิตแพทย์และสัดส่วนจิตแพทย์ของสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิต	83
29 การข้ามเขตรับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิตเขตภาคเหนือ	84
30 การข้ามเขตรับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิตเขตภาคเหนือ	84
31 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยในตามที่ตั้งภูมิลำเนาที่ใช้บริการสถานพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2544	85
32 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคในระบบ DSM-IV ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามโรงพยาบาล	89
33 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคในระบบ DSM-IV ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามโรงพยาบาล	90
34 จำนวนผู้ป่วย และวันนอนของผู้ป่วยโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือ	92
35 ประเภทงานบริการอื่น ๆ ที่มี ของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือ	93
36 ร้อยละของผู้ป่วยใน จำแนกตามรหัสการทำหัตถการ ปีงบประมาณ 2545	94
37 รายจ่ายการเงิน เงินงบประมาณเงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามหมวดรายจ่าย	96
38 รายจ่ายการเงิน เงินงบประมาณเงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามหมวดรายจ่าย	97
39 รายจ่ายการเงิน เงินงบประมาณเงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามหมวดรายจ่าย	98
40 รายจ่ายการเงิน เงินงบประมาณเงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามหมวดรายจ่าย	99
41 รายจ่ายการเงิน เงินงบประมาณเงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามหมวดรายจ่าย	100
42 รายจ่ายการเงิน เงินงบประมาณเงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามหมวดรายจ่าย	101

	หน้า
43 แหล่งที่มาของเงินศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2544	
จำแนกตามหมวดรายจ่าย	102
44 แหล่งที่มาของเงินโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ปีงบประมาณ 2544	
จำแนกตามหมวดรายจ่าย	103
45 แหล่งที่มาของเงินโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2544	
จำแนกตามหมวดรายจ่าย	104
46 แหล่งที่มาของเงินศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2545	
จำแนกตามหมวดรายจ่าย	105
47 แหล่งที่มาของเงิน โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ปีงบประมาณ 2545	
จำแนกตามหมวดรายจ่าย	106
48 แหล่งที่มาของเงินโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2545	
จำแนกตามหมวดรายจ่าย	107
49 ต้นทุนงานบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลตัวอย่าง ปีงบประมาณ 2544	
จำแนกตามหมวดรายจ่าย	108
50 ต้นทุนงานบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลตัวอย่าง ปีงบประมาณ 2545	
จำแนกตามหมวดรายจ่าย	109
51 ต้นทุนเฉพาะการรักษาพยาบาลผู้ป่วย	110
52 รายจ่ายดำเนินการ และสัดส่วนค่าแรงและค่าวัสดุของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ	111
53 รายจ่ายดำเนินการ และสัดส่วนค่าแรงและค่าวัสดุของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์	111
54 รายจ่ายดำเนินการ และสัดส่วนค่าแรงและค่าวัสดุของโรงพยาบาลสวนปรุง	112
55 สัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อค่าวัสดุ	112
56 ต้นทุนต่อหน่วย และวันนอนเฉลี่ยจากการศึกษาต้นทุนกรมสุขภาพจิต ปี 2543	113
57 ต้นทุนดำเนินการผู้ป่วยในต่อรายปีงบประมาณ 2544-2545 โดยวิธีตัด	114
58 ต้นทุนดำเนินการผู้ป่วยนอกต่อครั้งปีงบประมาณ 2544-2545 โดยวิธีตัด	114
59 ต้นทุนตามแหล่งที่มาของเงิน	115
60 การเปลี่ยนแปลงเงินบำรุงสุทธิของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต	
ในเขตภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2544-2545	116
61 ร้อยละของค่าบริการที่เก็บได้ต่อต้นทุนงา ปีงบประมาณ 2544-2545	116

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 สัดส่วนความผิดปกติทางจิตเวชของประชากรสหรัฐอเมริกา อายุ 18 ปีขึ้นไป	17
2 สัดส่วนความผิดปกติทางจิตเวชของประชากรสหรัฐอเมริกา อายุ 9-17 ปี	18

สารบัญรูปภาพ

รูปที่	หน้า
1 การแบ่งเขตตามกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย จำนวน 12 เขต	41
2 การแบ่งเขตตามกระทรวงมหาดไทยของประเทศไทย จำนวน 10 เขต	41
3 อัตราส่วนส่งออกผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544	47
4 อัตราส่วนส่งออกผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2545	47
5 อัตราส่วนนำเข้าผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544	48
6 อัตราส่วนนำเข้าผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2545	48
7 อัตราส่วนการส่งออกสุทธิของผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544	49
8 อัตราส่วนการส่งออกสุทธิของผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2545	49
9 อัตราป่วยมาตรฐานของผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544	66
10 อัตราป่วยมาตรฐานของผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2545	66
11 อัตราตายมาตรฐานของผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544	67
12 อัตราตายมาตรฐานของผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2545	67

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยที่ประสบกับวิกฤตทางเศรษฐกิจตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา ส่งผลให้ประเทศต้องเผชิญกับปัญหาด้านต่าง ๆ มากมายหลายด้าน การลดลงของทรัพยากรแทบทุกด้าน ทำให้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขถูกระงับด้วย การตัดลดงบประมาณทางสาธารณสุขในรัฐบาลชุดปัจจุบันได้ดำเนินการตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบาย 30 รักษาทุกโรค) การใช้ระบบจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ตามสถานการณ์นี้ ทำให้สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งจำเป็นต้องปรับตัวทั้งในระดับองค์กรและพนักงานในองค์กรนั้น ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงเรียนแพทย์ และสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งเพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และรักษาระดับการปฏิบัติงานตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ภายใต้ความแตกต่างของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ไม่ว่าจะเป็นด้านการให้บริการสุขภาพจิต การส่งเสริมป้องกันโรค ฯลฯ ปริมาณและคุณภาพบริการเป็นตัวอย่างหนึ่งที่สามารถชี้ให้เห็นผลกระทบและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงระบบและนโยบายได้ โดยสถานพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการเฉพาะทางจิตเวชของประเทศไทยมีหลายลำดับชั้น แต่ละแห่งมีศักยภาพและลักษณะการให้บริการที่แตกต่างกันออกไป การประกาศใช้นโยบาย 30 บาทในครั้งนี้ สถานพยาบาลภาครัฐของไทยที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้จะได้รับผลกระทบจากนโยบายดังกล่าว

อนึ่งสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตที่เป็นหน่วยงานหลัก รับผิดชอบปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้เชี่ยวชาญ องค์กรมีขนาดใหญ่ มีวัฒนธรรมองค์กรเฉพาะตัว อาจได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนระบบและนโยบายสุขภาพครั้งนี้ ที่ส่งผลถึงผู้รับบริการ ญาติ ตลอดจนสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลกระทบของนโยบาย 30 บาท ต่อระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช: ภาพรวมระดับประเทศและกรณีศึกษาโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลขั้นต้น สำหรับพิจารณาประกอบการประเมินผลกระทบของนโยบาย 30 บาท ว่ามีหรือไม่ หากมีผลกระทบนั้นมีมากน้อยเพียงใด สถานพยาบาลมีการ

ตอบสนองต่อนโยบายอย่างไร ตลอดแนวโน้มที่อาจมีในอนาคต เพื่อให้เกิดความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรมทั้งต่อผู้รับและผู้ให้บริการทางจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ

1. เพื่อศึกษาแบบแผนการให้และการใช้บริการจิตเวชแผนกผู้ป่วยในของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544 - 2545
2. เพื่อศึกษาผลกระทบและการปรับตัวต่อนโยบาย 30 บาท ของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตและข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

- ครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยในของสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย ไม่ได้ครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในชุมชน และไม่รวมการบริการภาคเอกชน
- ครอบคลุมสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือของประเทศไทยทั้งหมด จำนวน 3 แห่ง

ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การศึกษาแบบแผนการให้และการใช้บริการจิตเวชในประเทศไทย ใช้ข้อมูลผู้ป่วยในของทั้งประเทศ ในรูปข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 12 แฟ้มข้อมูล จากข้อมูลของศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มีข้อจำกัด คือ
 - เนื่องจากสถานพยาบาลบางแห่งสามารถจัดส่งข้อมูลผู้ป่วยได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น อาจส่งผลข้อมูลอาจมีความคลาดเคลื่อน มีผลต่อความถูกต้องของการวิเคราะห์ผล
 - เนื่องจากฐานข้อมูลดังกล่าว ไม่ได้มีข้อมูลจากสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์ต่อกรมสุขภาพจิตในการรวบรวมข้อมูลบริการผู้ป่วยในเพิ่ม สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตบางแห่งไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลบริการในลักษณะ 12 แฟ้มข้อมูล ทำให้การบันทึกรายการอาจไม่ครบถ้วน เช่น รหัสการทำหัตถการ ฯลฯ ส่งผลต่อความถูกต้องและความครบถ้วนของการวิเคราะห์ผล
2. ศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือ

ของประเทศไทยตอนนโยบาย 30 บาท มีข้อจำกัด คือ ข้อมูลรายรับ-รายจ่ายของสถานพยาบาลที่ใช้ในการประเมินสถานะทางการเงิน เป็นรายงานการเงินตามแบบเกณฑ์เงินสด (case basis) ไม่มีรายงานการเงินแบบเกณฑ์สิทธิ หรือ เกณฑ์รายรับพึงได้ (accrual basis accounting system) อาจส่งผลถึงความถูกต้องแม่นยำของการวิเคราะห์ได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

นโยบาย 30 บาท หมายถึง นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รัฐบาลชุด พ.ต.ท.

ทักษิณ ชินวัตร ประกาศใช้ใน พ.ศ. 2544

สถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช หมายถึง สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ประเมินผลลัพธ์ของการรักษา หมายถึง การดีขึ้นหรือเลวลงของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการรักษาที่ได้รับจากความผิดปกติหรือโรคแรกที่ได้รับการวินิจฉัย

การให้บริการจิตเวช หมายถึง การวิเคราะห์ข้อมูลตามจังหวัดที่ตั้งของสถานบริการที่มีภายในจังหวัดนั้น

การใช้บริการจิตเวช หมายถึง การวิเคราะห์ข้อมูลตามจังหวัดภูมิลำเนาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการ

อัตราส่วนการส่งออก หรือ อัตราส่วนข้ามเขตสุทธิ (Net Flow ratio, NFR) หมายถึง สัดส่วนระหว่างผู้ป่วยออกไปใช้บริการนอกจังหวัด (export) หารด้วยผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในจังหวัด (import) ถ้ามากกว่า 1 เป็นจังหวัดผลิตใช้ และถ้าน้อยกว่า 1 คือจังหวัดดูดใช้

อัตราป่วยจำเพาะตามอายุและเพศ (Age sex specific morbidity rate) หมายถึง อัตราป่วยซึ่งระบุเงื่อนไข หรือ ภาวะจำเพาะเจาะจงลงไป ทำให้มีการเปรียบเทียบกันได้ มักมีความแตกต่างกันระหว่างโรคต่างๆ

อัตราตายจำเพาะตามอายุและเพศ (Age sex specific mortality rate) หมายถึง อัตราตายซึ่งระบุเงื่อนไข หรือ ภาวะจำเพาะเจาะจงลงไป ทำให้มีการเปรียบเทียบกันได้ มักมีความแตกต่างกันระหว่างโรคต่างๆ

อัตราครองเตียง หมายถึง ร้อยละของการใช้เตียงทั้งหมดของงานบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในปีงบประมาณนั้นๆ

อัตราการหมุนเวียนการใช้เตียง หมายถึง จำนวนรายผู้ป่วยในทั้งหมดหารด้วยจำนวนเตียง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น ทราบขอบเขต สภาพของผลกระทบ และการปรับตัวของการใช้นโยบาย 30 บาท ต่องานบริการจิตเวชของไทย
2. ทำให้ทราบปัญหาของระบบและนโยบายทางจิตเวชของไทย และถ่ายทอดให้ผู้เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้บริหาร นักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่สนใจให้เข้าใจ
3. ทำให้ทราบข้อมูลเบื้องต้น ประกอบการวางแผนและประเมินการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท

บทที่ 2

ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยครั้งนี้ แบ่งได้เป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับนโยบาย 30 บาท
2. ความรู้เกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์
3. ความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับนโยบาย 30 บาท

การปฏิรูประบบงบประมาณด้านสาธารณสุข ตามแนวคิดใหม่ในช่วงที่ผ่านมาจากปีงบประมาณ 2541 เริ่มจัดสรรงบประมาณโครงการ สปร. โดยวิธีเหมาจ่ายรายหัวซึ่งเลิกผูกกับขนาดโรงพยาบาล ต่อมาหลังวิกฤติเศรษฐกิจ เมื่อพรรคไทยรักไทย รับเลือกตั้งในปี 2544 โครงการใหญ่โครงการหนึ่งคือ “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” รัฐบาลมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขผลักดันโครงการนี้ออกมาภายใต้ชื่อ “นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค”

ถึงแม้ว่าโครงการนี้ ไม่ใช่โครงการเดียวที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ถือได้ว่าเป็นโครงการที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในด้านการให้หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย และที่ผ่านมาโครงการนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก การบริหารงบประมาณในโครงการนี้มีผลในการเปลี่ยนระบบงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขอย่างขนานใหญ่ โดยในขั้นต้น งบประมาณส่วนใหญ่ ประมาณสามในสี่ ของกระทรวงสาธารณสุข (47,988 ล้านบาท จาก 65,876 ล้านบาท หรือร้อยละ 72.8) ถูกรวมอยู่ในงบโครงการ 30 บาท (UC) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 (1 ตุลาคม 2544) มีการปฏิรูปการเงินการคลัง (health care financing reform) เริ่มใช้งบประมาณแบบใหม่ ซึ่งกำหนดให้รวมเงินเดือนในงบประกันสุขภาพ โดยวิธีเหมาจ่าย เป็นการเปลี่ยนระบบการจัดสรรของกระทรวงสาธารณสุขในระดับที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน โรงพยาบาลชุมชนส่วนมากมีฐานะดีขึ้น การปฏิรูปการเงินการคลังโดยปรับระบบและกลไกการจัดสรรงบประมาณใหม่ด้วยเหตุผลดังนี้คือ

- ระบบงบประมาณเดิมใช้ผู้ให้บริการเป็นตัวตั้ง (supply-driven) และการจัดสรรให้ตามทรัพยากรที่มีอยู่เดิม (เตียง, แพทย์ ฯลฯ)
- ความไม่เท่าเทียมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวนเตียงและแพทย์กระจุกตัวในกรุงเทพมหานคร และในเมืองใหญ่มากขึ้นเรื่อยๆ และในด้านจำนวนแพทย์นั้นโรงพยาบาลระดับอำเภอทั่วประเทศมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่เพียงประมาณ 2,600 คน จากแพทย์ทั้งหมดรวมกันประมาณ 20,000 คน
- แนวความคิดใหม่เน้นที่ความต้องการของผู้รับบริการเป็นตัวตั้ง (demand-driven, community based, people center) จึงกำหนดระบบงบประมาณที่ให้เงินตามไปกับคนหรือ ผู้ป่วย (money follows patient) รวมทั้งให้สิทธิในการเลือกของประชาชนด้วย

การจัดสรรงบประมาณใหม่ ก็ได้เกิดความตึงเครียดในกระทรวงสาธารณสุขไม่น้อย เนื่องจากการจัดสรรงบในลักษณะนี้ได้ทำให้บางที่เคยเป็นของสำนักปลัดกระทรวงและกรมกองต่างๆ ลดลงไปอย่างมาก รวมทั้งส่วนที่เดิมเคยกระจายไปยังสถานพยาบาลต่างๆ ผ่านกองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาค ตามทรัพยากรที่มีอยู่เดิม และมีแรงกดดันที่จะหันกลับไปใช้ระบบงบประมาณแบบเดิม ซึ่งกรณีนี้เป็นที่มาของความขัดแย้งประการหนึ่งที่เกิดขึ้นระหว่างรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงสาธารณสุขในช่วงต้นปี 2543

กลไกในการดำเนินการและผล และปัญหาที่เกิดขึ้น แนวทางการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยงานต่าง ๆ ในภาครัฐ สร้างระบบการซื้อบริการ หรือการจัดสรรงบ ผลของวิธีจ่ายเงิน หรือวิธีการจัดสรรเงินวิธีต่าง ๆ ไปสู่สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ผลของโครงการที่มีต่อสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในระดับต้นและระดับตติยภูมิ รวมไปถึงการปรับตัวของสถานพยาบาล และการประเมินผลกระทบจากการที่สถานพยาบาลระดับต้นจำนวนมากจะมีรายได้ เพิ่มขึ้นจากโครงการนี้ ว่ามีผลทำให้เกิดการปรับปรุงโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนและคุณภาพของบริการหรือไม่ เพียงใด ผลของโครงการที่มีต่อการปรับตัวของระบบและกระบวนการบริหารจัดการของหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรในสายงานต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีข้อดีข้อเสียของการปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณใหม่ ผลกระทบอย่างไร คือ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญด้านงบประมาณเกิดขึ้นหลายประการคือ

- เส้นแบ่งระหว่างงานในโครงการ 30 บาท (UC) กับ งานในโครงการที่ไม่ใช่โครงการ 30 บาท (non UC) ไม่มีความชัดเจน
- งานในโครงการ 30 บาท (UC) รวมเงินเดือนของเจ้าหน้าที่เอาไว้ด้วย แต่เป็นการแยกเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบราชการการจัดสรรวิธีนี้ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง
- งบในโครงการที่ไม่ใช่โครงการ 30 บาท (non UC) ทั้งที่ส่วนกลางและสำนักงานสา

ธารณสุขจังหวัดลดลงอย่างเป็นได้ชัด

- ระบบบังคับให้มีการส่งเงินไปยังจังหวัดเร็วกว่าเดิม ยกเว้นกรณีที่มีปัญหาความล่าช้าที่เกิดจากจังหวัดเอง
- การนำวิธีจัดสรรในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวมาแทนที่ระบบเดิม ซึ่งเคยจัดสรรงบให้ตามขนาดสถานพยาบาล (จำนวนเตียงและจำนวนบุคลากร) ทำให้สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่หลายแห่งในจังหวัดขนาดเล็กหลายจังหวัดจะได้รับงบน้อยลงจากเดิมมาก
- การจัดสรรงบลงทุนมีกลไกที่ต่างไปจากเดิม โดยจะมีงบลงทุนสองส่วน คือ โครงการลงทุนขนาดเล็กที่ต้องการงบเพิ่มเติม ซึ่งสำนักงานสาธารณสุข หรือสถานพยาบาลต้องขอมาที่ส่วนกลาง

ผลการคาดการณ์ผลกระทบด้านการกระจายรายได้ระหว่างโรงพยาบาล การเปลี่ยนระบบประมาณตามนโยบายนี้ จะมีผลกระทบต่อสถานพยาบาลต่าง ๆ ในระดับที่แตกต่างกันและสถานพยาบาลบางแห่งจะได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่าสถานพยาบาลอื่น ๆ ดังนี้

- โรงพยาบาลชุมชนส่วนมากมีฐานะทางการเงินดีขึ้น เนื่องจากมีสัดส่วนประชากรต่อบุคลากรสูง
- โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่กันดาร หรือในจังหวัดขนาดเล็กที่มีโรงพยาบาลอยู่มาก จะมีฐานะทางการเงินแย่ลง
- โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยส่วนใหญ่ มีฐานะทางการเงินแย่ลง เนื่องจาก
 - มีบุคลากรมาก ทำให้สัดส่วนประชากรต่อบุคลากรต่ำ
 - สัดส่วนงบประมาณผู้ป่วยใน ที่จัดสรรค่อนข้างต่ำ คือ ประมาณร้อยละ 30

ปัญหาประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในโครงการ 30 บาท คือสถานพยาบาลระดับต่างๆ มีต้นทุนในการรักษาที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยคนเดียวกัน หรือโรคเดียวกัน (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) เดียวกัน) ที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างนี้มีทั้งที่สะท้อนประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเสี่ยง และในบางกรณีแสดงถึงระดับเทคโนโลยีที่ต่างกัน

โดยทั่วไป สถานพยาบาลขนาดใหญ่จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าสถานพยาบาลขนาดเล็ก ในสถานพยาบาลระดับเดียวกันสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ก็ควรมีความเสี่ยงในระดับต่ำกว่าสถานพยาบาลขนาดเล็ก (เนื่องจากมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และมีเครื่องมือเครื่องมือ ระบบสนับสนุนต่าง ๆ รวมทั้งเครื่องช่วยชีวิตที่ดีกว่า การรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำได้ด้วยต้นทุนที่

ถูกกว่าในโรงพยาบาลชุมชน แต่ผู้ป่วยบางรายอาจเสียชีวิตได้ ถ้าไม่มีโอกาสใช้เทคโนโลยีที่มีใช้เฉพาะในโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์

ผู้ป่วยมักนิยมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ทั้งที่ในหลายกรณีเป็นโรคที่ควรจะรักษาได้ที่สถานีนอมนามัย ศูนย์สาธารณสุขชุมชน หรือโรงพยาบาลชุมชนโดยไม่ยากนักและน่าจะมีความเสี่ยงที่ต่ำกว่า และน่าจะทำให้รัฐไม่ต้องทุ่มเทพทรัพยากรไปขยายโรงพยาบาลใหญ่เพื่อรับรองผู้ป่วยเหล่านี้

มุมมองเรื่องประสิทธิภาพที่เห็นว่าการที่ประชาชนมารับการรักษาในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีต้นทุนสูงกว่า ทำให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลสูงขึ้นโดยไม่จำเป็นนั้น นำมาซึ่งการเสนอระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลในแต่ละระดับในอัตราที่เท่ากันสำหรับการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกัน ในขณะที่ในความเป็นจริงนั้น ต้นทุนของโรงพยาบาลใหญ่มักจะสูงกว่าต้นทุนการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ ผู้ที่เสนอการปฏิรูปการเงินการคลังโดยวิธีปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินดังกล่าวคาดว่า การคิดอัตราค่ารักษาตามจ่ายในอัตราที่สูงกว่าต้นทุนผันแปรของสถานพยาบาลนั้น ๆ น่าจะช่วยจูงใจให้สถานบริการเหล่านั้นมีแรงจูงใจที่จะรักษา หรือสร้างศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยเป็นการลดความสูญเสียทั้งของระบบบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติลงได้ ในขณะเดียวกัน การเสนอแนวทางการคิดค่ารักษาโรคในแต่ละกลุ่มโรคในอัตราเดียวกันโดยไม่คิดตามต้นทุนการรักษาที่ต่างกันนั้น เพื่อชักนำให้มีการรักษาผู้ป่วยในที่มีต้นทุนต่ำ โดยผู้เสนอตั้งเป้าไว้ว่าวิธีนี้จะทำให้เกิดการแบ่งงานกันทำในแบบที่ทำให้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น กล่าวคือ โรคที่ไม่สลับซับซ้อนจะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่โรคที่สลับซับซ้อน ซึ่งมึ้นน้ำหนักตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จะสูง จะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ที่มีศักยภาพสูงกว่า

โดยหลักการแล้ว ถ้าการวางแผนทรัพยากรและบุคลากรสำหรับสถานพยาบาลขนาดใหญ่เป็นไปอย่างสอดคล้องกับแนวทางนี้ และมีการกำหนดน้ำหนักของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของกลุ่มโรคต่างๆ อย่างเหมาะสมแล้ว การปรับมาใช้กลไกการจ่ายเงินตามแนวทางนี้ ก็ไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มแต่อย่างใด แต่ในการดำเนินงานของโครงการ 30 บาทในช่วงที่ผ่านมา นั้น แนวทางการดำเนินงานได้ก่อให้เกิดความกังวลในหมู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ค่อนข้างมากด้วยเหตุผลอย่างน้อยสามประการคือ

1. โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีบุคลากรจำนวนมาก เนื่องจากที่ผ่านมาโรงพยาบาลเหล่านี้มีภาระงานในด้านการรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไปและโรคที่ไม่สลับซับซ้อนค่อนข้างมาก และโรงพยาบาลใหญ่ส่วนใหญ่อยู่ในเมือง มีความพร้อมกว่าโรงพยาบาลชุมชนในแทบทุกด้าน จึงเป็นที่บุคลากรส่วนใหญ่อยากมาอยู่ การที่โรงพยาบาลมีและใช้

บุคลากรจำนวนมากในการรักษาโรคที่ไม่สลับซับซ้อนทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งถ้าจะพึ่งแต่รายได้จากการรักษาโรคที่สลับซับซ้อนอาจจะไม่เพียงพอสำหรับเลี้ยงบุคลากรของสถานพยาบาล

2. การใช้ระบบเหมาจ่ายงบประมาณไปที่อำเภอทำให้โรงพยาบาลใหญ่เกรงว่าโรงพยาบาลชุมชนจะเก็บคนไข้ไว้รักษาเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ใช้ระบบเหมาจ่ายแบบ inclusive capitation
3. ในขณะเดียวกัน การกำหนดสัดส่วนของงบประมาณผู้ป่วยใน ในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ และการให้ค่าตอบแทนต่อหน่วยน้ำหนักตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ที่เท่ากันสำหรับโรงพยาบาลใหญ่และเล็กทำให้โรงพยาบาลใหญ่เกรงว่ารายรับ หรือส่วนแบ่งที่ตนจะได้รับจากการใช้ระบบ exclusive (แยกงบประมาณผู้ป่วยในของจังหวัดออกมาจากรวมกันแล้วเบิกจ่ายให้แต่ละสถานพยาบาลตามค่า DRG) จะอยู่ในระดับที่ต่ำเกินไป

สถานพยาบาลใหญ่จะต้อง “รัดเข็มขัด” แต่ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในช่วงการปรับตัว และพยายามแก้ปัญหาโดยกำหนดให้มีกองทุนฉุกเฉิน (contingency fund) ในระยะแรก (ประมาณสองปี) เพื่อชดเชยบางส่วนให้สถานพยาบาลที่คาดว่าจะได้รับบลดลงมาก นอกจากนี้ ก็พยายามลดปัญหาความตึงเครียดของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิโดยยอมให้ใช้วิธีกันเงินเดือนเอาไว้ที่จังหวัด แต่วิธีนี้ไม่น่าจะเป็นวิธีแก้ปัญหาที่ดีในระยะยาว เพราะทางฝั่งโรงพยาบาลชุมชนเองก็มีความรู้สึกว่าเป็นฝ่ายที่กำลังอุดหนุนสถานพยาบาลใหญ่ ในขณะเดียวกัน เมื่อใช้วิธีรวมเงินเดือนและปรับค่าตอบแทนต่อหน่วย DRG ลงมาก็ทำให้สถานพยาบาลใหญ่มีแรงจูงใจในการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อลดลง ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าโรงพยาบาลใหญ่มีหน้าที่ในการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อเนื่องจากได้รับความช่วยเหลือด้านเงินเดือนไปแล้ว

การแก้ปัญหาบุคลากรของโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นปัญหาที่สะสมมาเป็นเวลานาน ไม่ใช่เป็นเรื่องง่าย และในที่สุดแล้วโรงพยาบาลใหญ่ต่างก็จะต้องยอมรับว่าโรงพยาบาลไม่สามารถเดินตามแนวทางเดิมและเรียกร้องการสนับสนุนของรัฐเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่ปรับตัวเอง แต่การปรับตัวในทางตรงกันข้ามกับในอดีต (ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้มีการขยายตัวมาตลอดนั้น) ไม่ใช่เรื่องง่าย ดังนั้น ถึงแม้ว่าการคิดงบประมาณมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขซึ่งจะต้องกระทบโรงพยาบาลบางแห่งไม่มากนักน้อย แต่ในส่วนที่จัดสรรให้ตามหน้าที่ที่ควรจะเป็นของโรงพยาบาลใหญ่ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนวณให้สมดุลและหลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะหรือข้อมูลที่นำจะคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าหน้าที่จะต่ำกว่าความเป็นจริง เช่น ข้อมูลการสำรวจการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา มาเป็นมาตรวัดในการจัดสรรงบประมาณ เพราะถ้ากติกาการจัดสรรงบประมาณไม่เอื้ออำนวยให้โรงพยาบาลใหญ่ทำหน้าที่

ที่ควรจะเป็นของตนแล้ว แทนที่การปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสถานพยาบาลครั้งนี้จะช่วยให้โรงพยาบาลใหญ่หันมาทำหน้าที่ที่ควรจะเป็นของตนจะกลับจูงใจให้โรงพยาบาลเหล่านี้หันไปขยายบริการที่ไม่ใช้งานของตนแทน

โรงพยาบาลแพทย์มีต้นทุนต่อการรักษาสูงกว่าโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รวมทั้งโรงพยาบาลใหญ่อันได้แก่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ด้วยสาเหตุอย่างน้อยสามประการ คือ

1. กรณีผู้ป่วยที่ถูกส่งมาที่โรงพยาบาลแพทย์ จำนวนมากเป็นผู้ป่วยผ่านการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์มาแล้ว แต่สถานพยาบาลเหล่านั้นไม่สามารถรักษาได้ โรงพยาบาลทบวงจึงเป็นที่รวมของผู้ป่วยที่รักษาสูงกว่า ถึงแม้ในบางกรณีจะอยู่ในกลุ่ม DRG เดียวกันก็ตาม
2. การที่เป็นโรงพยาบาลแพทย์มีแนวโน้มที่จะใช้ยาและเทคโนโลยีที่ใหม่กว่า และมักมีราคาแพงกว่าในการรักษา
3. งานของโรงพยาบาลแพทย์ ครอบคลุมการเรียนการสอน ซึ่งน่าจะมีค่าใช้จ่ายมากกว่า ราคาร่างงานของนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน ที่โรงพยาบาลได้มาชดเชย

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลแพทย์เข้าร่วมโครงการประกันสังคมมาโดยตลอด ในระยะแรกนั้นโรงพยาบาลทบวงมีกำไรจากโครงการประกันสังคมค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลที่มีชื่อเสียงและได้รับความนิยมจากประชาชน อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัยระบุว่าโรงพยาบาลของตนเริ่มประสบกับการขาดทุนในการให้บริการคนไข้ประกันสังคมในระยะประมาณสองปีที่ผ่านมา เนื่องจากมีผู้ป่วยหนักและเรื้อรังมาเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเหล่านี้เป็นจำนวนมาก ซึ่งทางสำนักประกันสังคมได้ตระหนักถึงปัญหานี้และได้รับอัตราเหมาจ่ายตามความเสี่ยงของการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง เห็นว่าการคิดค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลทบวงในอัตราเดียวกับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือแม้แต่โรงพยาบาลในสังกัดอื่นอาจจะเป็นวิธีที่ไม่สอดคล้องกับความซับซ้อนของโรคที่สูงกว่า แม้ว่าโครงการ 30 บาทจะกันเงินกองทุนเอาไว้ที่ส่วนกลางจำนวน 32 บาทต่อบัตร แต่ก็อาจจะไม่เพียงพอสำหรับการชดเชยความแตกต่างที่เกิดจากการที่โรงพยาบาลเหล่านี้ต้องรับผู้ป่วยที่มีความสลับซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปที่เป็นโรคหรืออยู่ในกลุ่มโรคเดียวกัน

การที่โรงพยาบาลทบวงมีภาระหน้าที่ในการสอนนักศึกษาในด้านเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ป้องกัน ทำให้มีเหตุผลที่ควรแบ่งเขตความรับผิดชอบในด้าน primary case ให้โรงพยาบาลกลุ่มนี้โดยพิจารณาจากประโยชน์ในการเรียนการสอนเป็นหลัก สำหรับค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลทบวงมีมากกว่าโรงพยาบาลอื่นเนื่องมาจากการเรียนการสอนนั้น ก็ควรถือว่าเป็นภาระที่หน่วยงานที่

เกี่ยวข้องกับงานด้านการผลิตแพทย์ต้องรับผิดชอบ แต่การคิดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อไปให้กับโรงพยาบาลทบวงนั้น น่าจะเป็นที่ยอมรับกันว่าโดยเฉลี่ยแล้วโรงพยาบาลทบวงต้องรับผู้ป่วยทบวงต้องรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากกว่าและควรจะต้องมีการปรับค่าตอบแทนต่อ DRG ให้สูงกว่าค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้โรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยอาจจะปรับตามกลุ่มโรคร่วม (casemix) (ทั้งนี้เนื่องจากในความเป็นจริงแล้วก็มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยในจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลทบวงที่ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลทบวงไม่ใช่ด้วยเหตุผลว่ามีความซับซ้อนเป็นพิเศษ แต่เป็นเพราะโรงพยาบาลทบวงอยู่ใกล้กว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเพียงเดิม^(1, 2)

พฤติกรรมการส่งต่อคนไข้ในระบบแบบเหมาจ่ายรายหัว (Inclusive Capitation) ปัญหาใหญ่ของการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งปรากฏในหลายประเทศที่ใช้วิธีนี้ก็คือ สถานพยาบาลพยายามในการจำกัดการรักษา หรือพยายามลดการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ต้องตามไปจ่ายค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ

จากสถานการณ์และองค์ความรู้ในปี 2544⁽³⁾ พบว่า วิธีจ่ายเงิน มีผลกระทบอย่างรวดเร็วต่อพฤติกรรมบริการ แต่ผลกระทบนั้นอาจนำไปสู่ผลเสียอย่างมากมายและไม่นำไปสู่คุณภาพที่ต้องการ ดังนั้นบทเรียนระยะทดลองนำร่องรูปแบบการจ่ายเงินที่ให้ผู้สัญญาหลักรับเงินเหมาจ่ายรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน จะเกิดความขัดแย้งของผลประโยชน์ (conflict of interest) และทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงได้

องค์ความรู้และสัญญาณเตือนด้านคุณภาพที่ได้จากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ต้องออกแบบการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในให้รัดกุมยิ่งขึ้น และต้องให้ปลอดจากความขัดแย้งของผลประโยชน์ ที่ไม่ต้องการส่งต่อผู้ป่วย ขณะเดียวกันต้องระมัดระวังมิให้มีการนอนโรงพยาบาลที่มากเกินไป ถ้าต้องแยกบริหารงบประมาณสำหรับผู้ป่วยใน ข้อมูลการกระจายของผู้ป่วยตามคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ และตามกลุ่มระดับโรงพยาบาลต่างๆ อาจช่วยให้การออกแบบระบบการจัดงบประมาณสำหรับผู้ป่วยใน ที่ผูกกับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวอย่างกลมกลืน

ระบบบริการสุขภาพมีการแบ่งลำดับชั้น นั่นคือ มีการดูแลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์และโรงเรียนแพทย์ถือเป็นสถานบริการขั้นตติยภูมิ จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์และโรงเรียนแพทย์จะดึงดูดผู้ป่วยจากจังหวัดรอบข้างเข้ารับบริการมากกว่าจังหวัดที่ไม่มีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขณะที่ประชากรในจังหวัดนั้นเดินทางออกไปรับบริการที่จังหวัดอื่น

จากข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ 6 จังหวัดนำร่อง⁽⁴⁾ พบว่า การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ปัญหาสำคัญคือ การจัดงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว จะรวมงบประมาณการส่งต่อ

ผู้ป่วยไปรักษาต่อที่อื่นหรือไม่ รวมทั้งงบประมาณที่ผู้ป่วยข้ามเขตไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่คู่สัญญาหลักหรือไม่

ถ้างบรายหัว รวมการส่งต่อ และการข้ามเขต ข้อมูลสำคัญคือ มีผู้ป่วยข้ามเขตมากน้อยเพียงใด และรายใดเป็นผู้ป่วยส่งต่อ เมื่องบรายหัว รวมการส่งต่อและการข้ามเขต ผู้ได้งบรายหัวจะมีแนวโน้ม หวงไข่ คือ ไม่ยอมส่งต่อผู้ป่วย กรณีที่เมื่อส่งแล้วหมายถึงเงินจะต้องจ่ายสูงมาก และอาจมีแนวโน้ม ผลักไข่ คือ ส่งผู้ป่วยไปที่อื่น กรณีที่รักษาเองแล้วจะขาดทุน

การข้ามเขตรับบริการ เป็นประเด็นสำคัญมากในการจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรมให้แก่พื้นที่ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน ประเทศอังกฤษให้ความสำคัญกับการคำนวณหาจำนวนประชากรในเขตบริการ (catchment population) เพื่อจัดสรรงบประมาณอย่างเป็นธรรมมาตั้งแต่ปี 2519 เนื่องจากประชากรในเขตบริการเป็นคนละอย่างกับประชากรตามเขตภูมิลำเนา (resident population) การได้รับงบประมาณควรสอดคล้องกับประชากรในเขตบริการ ไม่ใช่ประชาชนตามเขตภูมิลำเนา

การทดลองให้สถานบริการปฐมภูมิเป็นผู้ถืองบประมาณ (fund holder) ที่คิดบนฐานอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามประชากรในเขตภูมิลำเนา พบจุดอ่อนคือ ประชากรในระดับอำเภอข้ามเขตไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด โดยไม่อาศัยระบบส่งระบบส่งต่อ มากกว่ากลุ่มที่ไปตามระบบส่งต่อถึง 4 เท่า ถ้าไม่มีวิธีการวัดขนาดการข้ามเขตที่ดีพบ จะเป็นปัญหาต่อการปฏิรูประบบงบประมาณและระบบการคลังสุขภาพเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะผู้ได้รับการจัดสรรเงินไม่มีแรงจูงใจที่จะลดการข้ามเขตบริการของประชาชน ทางเลือกอีกทางหนึ่ง คือการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวตามประชากรที่เลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักส่งผู้ป่วยไปใช้บริการที่อื่น ก็จะต้องตามจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็วิธีจัดวงประชากรตามภูมิลำเนา หรือ ตามการเลือกของผู้มีสิทธิ ผู้ให้บริการก็มีแนวโน้มที่จะหวงไข่ ปหรือ ผลักไข่ ได้ทั้งคู่

ส่วนการดูไข้ เป็นการมองในมุมของสถานพยาบาลที่มีชื่อเสียง มีความสามารถในการรักษาโรคยากๆ ทำให้ประชาชนในเขตอื่นข้ามเขตมาใช้บริการกันมาก ในระบบที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายเงินได้ครบเมื่อข้ามเขตมารับบริการ สถานพยาบาลที่ดูผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูไข้ต่อไป แต่ถ้าการดูไข้ ไม่ได้รับเงินที่เหมาะสมกับต้นทุนสถานพยาบาลที่ดูไข้ ก็จะเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการผลักไข้กลับ จึงเป็นประเด็นสำคัญในการสร้างหลักประกันถ้วนหน้าว่า การดูไข้สมควรได้รับจัดสรรเงินมากน้อยเพียงใด เพื่อไม่ให้ประชาชนที่เป็นโรคซับซ้อนถูกปฏิเสธการรักษา

ระบบบริการจิตเวชของประเทศไทย

การจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน ไม่แยกการจัดสรรงบประมาณสำหรับโรคทางจิตและโรคทางกายออกจากกัน ซึ่งไม่น่าถูกต้องตามลักษณะและการระบาดของโรค การศึกษาส่วนมากที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่ได้ศึกษาลงลึกถึงกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ไม่แยกกลุ่มผู้ป่วยโรคกึ่งเฉียบพลันและโรคไม่เฉียบพลัน และเนื่องจากข้อด้อยของระบบ DRG สำหรับโรคทางจิต กล่าวคือ เมื่อพิจารณาจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) ของ DRG ก็ไม่แสดงถึงความต้องการการรักษาที่ซับซ้อน ไม่นำมาโรงพยาบาลใหญ่ หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางเลย

การจัดสรรงบประมาณแบบจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว สำหรับโรงพยาบาลปทุมภูมิและทุติยภูมิที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชก็เช่นกัน ได้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ส่วนสถานพยาบาลตติยภูมิในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง ได้งบประมาณกำหนดหมวด ดังเช่นในอดีต จากข้อด้อยของการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว ที่ว่า ความเสี่ยงจะตกอยู่กับผู้ให้บริการ สถานพยาบาลปทุมภูมิและทุติยภูมิ จึงอาจลดความเสี่ยงโดยเลือกแต่กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ มีแนวโน้มให้บริการต่ำกว่าที่ผู้ป่วยต้องการ (under servicing) กระตุ้นให้เกิดการปฏิเสธไม่ยอมรับผู้ป่วยโรคกึ่งเฉียบพลันและโรคไม่เฉียบพลัน รวมถึงโรคจิตเวชไว้ในทะเบียนของตน เพราะกลัวว่าจะทำให้ประสิทธิภาพขาดทุน ขณะเดียวกันข้อด้อยของการจัดสรรแบบกำหนดหมวด ที่ไม่จูงใจให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ สถานพยาบาลจึงมีแนวโน้มให้บริการต่ำกว่าที่ผู้ป่วยต้องการ และไม่สามารถลดความเสียหายที่เกิดจากการจ่ายเงินไม่มีประสิทธิภาพได้ นอกจากนี้การจัดสรรงบดังกล่าว ยังไม่ส่งเสริมให้เกิดการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแทนการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2. ความรู้เกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์

จากการศึกษา การสำรวจทางระบาดวิทยาของความคิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย ของกรมสุขภาพจิต (2542)⁽³⁾ กล่าวถึงพื้นฐานความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ ดังนี้

1. โรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากสาเหตุทางอารมณ์ หรือจิตใจ เป็นโรคที่เรื้อรัง รุนแรง และพบมากที่สุด ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ ขาดความเข้าใจสภาพความเป็นจริง จนทำให้พฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ผิดปกติ

องค์การอนามัยโลก แสดงให้เห็นว่า ในระดับโลกเมื่อเปรียบเทียบกับโรคลมชัก และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเช่นกัน โรคจิตเภทจะมีอัตราป่วยสูงกว่า แต่ใกล้เคียงกับการติดยาเสพติด คือ โรคจิตเภทมีอัตราป่วย 9-10 คน ต่อประชากร 1,000 คน ส่วนการติดยาเสพติด มีอัตรา 11 คน ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งคาดว่า ต่ำกว่าความเป็นจริง ส่วนเบาหวาน มีอัตราป่วย 7 คน ต่อประชากร 1,000 คน นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต (2540) สำรวจความชุกของความผิดปกติทางจิตของประชาชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุ 15-60 ปี จำนวน 2,948 คน พบความชุกของโรคจิตชนิดจิตเภท (Schizophrenia) ร้อยละ 0.2

2. โรคความผิดปกติของอารมณ์ (Mood disorder)

โรคในกลุ่มนี้ จำนวนตามลักษณะอารมณ์ที่ผิดปกติในแต่ละด้านได้ดังนี้ Depressive Disorders เป็นกลุ่มอาการที่มีอารมณ์ผิดปกติเพียงด้านเดียว คือ มีแต่อารมณ์เศร้าแบ่งออกเป็น

- 1.1 Major depressive disorder: อาการสำคัญ คือ อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย อารมณ์หงุดหงิด นอนไม่หลับ เชื่องช้า เฉื่อยชา เบื่อข้าวลง พุดน้อย คิดนาน อาจซึม อยู่เฉยๆ ได้นาน ๆ เป็นต้น
- 1.2 Dysthymic Disorder: อาการต่าง ๆ คล้ายกับใน Major depressive disorder แต่ความรุนแรงน้อยกว่า อาการที่พบบ่อยส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านอารมณ์ และความคิด โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้มองโลกในแง่ลบ มีแนวโน้มที่จะโทษตนเอง
- 1.3 Bipolar disorder เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนที่ผู้ป่วยมีอาการ mania หรือ hypomania สลับกับ Major depressive episode ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีเพียงอาการ mania เท่านั้น ในแต่ละครั้งที่อาการกำเริบโดยที่ไม่มีระยะที่มีอาการซึมเศร้าเลย อาการของผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกมีความสุขมาก อารมณ์ดี พุดจามีอารมณ์ขัน คึกคะนอง ไม่สำรวม เป็นต้น

3. การติดยาและสารเสพติด

การติดยาและสารเสพติด หมายถึง การใช้ยาหรือสารเสพติดอย่างมีพยาธิสภาพ ก่อให้เกิดการบกพร่องต่อบทบาทหน้าที่อันเป็นผลมาจากการใช้ยาหรือสารนั้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา มีการเพิ่มขนาดของการใช้ (tolerance) และมีอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจเมื่อหยุดใช้

มีผู้ศึกษาความชุกของการติดยาและสารเสพติดหลายราย รวบรวมได้ดังต่อไปนี้

รายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2527) แสดงให้เห็นว่า ภาคกลางมีจำนวนผู้ติดยาเสพติดสูงที่สุด คือสูงกว่าภาคใต้ถึง 4 เท่า และสูงกว่าภาคเหนือ 2 เท่า กรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้ติดยาเสพติดมากกว่าภาคใต้ทุกจังหวัดรวมกัน และมากกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกจังหวัดรวมกัน และคิดเป็นร้อยละ 56.5 (มากกว่าครึ่งหนึ่ง) ของจำนวนรวมทั้งประเทศ ยาเสพติดที่นิยมกันมาก ได้แก่ เฮโรอีน ฝิ่น และกัญชาตามลำดับ

- ร้อยละ 10 มีเพื่อนที่ติดยาเสพติด
- ทั้งกลุ่ม “โรงเรียน” และกลุ่ม “โรงงาน” ยอมรับว่าเคยใช้ กัญชาและ barbiturates
- เยาวชนชายที่ทำงานในโรงงานใช้ amphetamine กันมาก ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
- เหตุผลที่ทำให้ใช้ยาเสพติดที่ทราบแน่ชัด (ซึ่งเป็นส่วนน้อยของกลุ่มที่ศึกษา) มีสอง

ประการคือ 1) ลองใช้ดู 2) อิทธิพลจากเพื่อนโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่ทำงานในโรงงาน

4. การติดยา

มีรายงานการศึกษาในต่างประเทศหลายรายงาน ที่พยายามจะหาความชุกของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังให้ได้ ทั้งจากสถานบริการและการสำรวจในชุมชน ตัวอย่างเช่น Bollerup ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปี จำนวน 588 ราย พบว่า มีผู้เสพยาสุราเรื้อรังเป็นชายร้อยละ 1 หญิง ร้อยละ 0.6

Sri และคณะ (1997) ศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคัมแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยที่นอนรักษาอยู่ในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป โดยใช้แบบคัดกรอง CAGE พบว่าเกือบ 1 ใน 4 (23.3%) ของผู้ป่วยจะมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

กรมสุขภาพจิต (2540) สำรวจความชุกของการดื่มสุราในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า 1,118 ราย เคยดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 37.9 เป็น Alcohol abused และ Alcohol dependence ร้อยละ 10.2 และ 8.2 ของประชากรที่ศึกษาตามลำดับ

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่รวบรวมได้ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การสำรวจความชุกของการติดยาและสารเสพติดของประชาชนในภาพรวมของประเทศ ยังมีอยู่น้อย

5. โรคประสาท วิตกกังวล

โรคประสาทเป็นโรคผิดปกติของจิตใจอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่รุนแรงเหมือนโรคจิต

อุบัติการณ์ของโรคนี้นี้สูงที่สุดในจำนวนโรคทางจิตเวช

มีการศึกษาระบาดวิทยาของโรคประสาทมาตลอด โดยใช้เครื่องมือที่แตกต่างกันออกไป พบว่า ตัวเลขที่ได้ แตกต่างกันไปตั้งแต่ร้อยละ 12-28 แต่ด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน จากรายงานการศึกษาสภาวะสุขภาพจิตของคนไทย พบว่า ประชาชนคนไทยมีความเครียด ร้อยละ 43⁽⁸⁵⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ต่อไป

กรมสุขภาพจิต (2540) สำรวจความชุกของความผิดปกติทางจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก DSM-4 และ CIDI กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 2,948 ราย พบความชุกของโรคประสาทวิตกกังวล ร้อยละ 10.82 (319 ราย) ของประชากรที่ศึกษาโดยสามารถวินิจฉัยเป็นความชุกของโรคนิคมต่าง ๆ ได้ดังนี้ Hypochondriasis ร้อยละ 0.921, Somatization ร้อยละ 0.1, Panic disorder ร้อยละ 1.29, Generalized anxiety disorder ร้อยละ 1.53, Agoraphobia ร้อยละ 0.95, Social phobia ร้อยละ 0.37, Simple phobia ร้อยละ 0.54, และ Obsessive-compulsive disorder ร้อยละ 0.41 ของประชากรที่ศึกษา

รายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2001 (World Health Report 2001) ⁽⁴⁾ พบว่า การใช้และการให้บริการทางจิตเวชในทุกระบบบริการมีความไม่เป็นธรรม ไม่เสมอภาคในภาพรวม คนในเมืองและคนรวยเข้าถึงบริการได้มากกว่า ใช้ทรัพยากรมากกว่า ประชากรส่วนใหญ่ การลดอุบัติการณ์เกิดโรคต้องลดอัตราการตายและทุพพลภาพ และเพิ่มหน้าที่การทำงานของผู้ป่วย ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ควรส่งเสริมการให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มทุน (cost-effective) เน้นบริการปฐมภูมิที่เข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็ว ประกอบกับการให้การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น การทำ refresh course ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชมีหลายส่วนไม่ว่าจะเป็น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักสังคมจิตเวช และผู้ที่มีหน้าที่ในการบำบัดต่างๆ ต้องทำงานร่วมกัน

ในประเทศที่มีการพัฒนาแล้ว ก็จากระบบการรวมศูนย์ (centralized system) เป็นแบบกระจายศูนย์ (decentralized system) เพื่อควบคุมต้นทุน (cost-containment) และประสิทธิภาพ (efficiency) ในการทำงาน

การสร้างนโยบายต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ทันสมัย ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการรักษา การส่งเสริมป้องกันโรค ตลอดจนทรัพยากร สิ่งสำคัญ คือ การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องคือ การตั้งครุฑที่ไม่พึงปรารถนา การใช้บุหรี่ สุรา การใช้สารเสพติด พฤติกรรมรุนแรง การพยายามฆ่าตัวตาย การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อต่าง ๆ

แบบแผนการให้บริการในประเทศที่เริ่มพัฒนาระบบบริการจิตเวชควรจะเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- ระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) จะเพิ่มขึ้น
- มีการผสมผสานระหว่างโรคทางกายและโรคทางจิตเพิ่มขึ้น
- ระบบส่งต่อผู้ป่วยต้องดี
- มีการจ่ายค่ารักษาจากสถานพยาบาลตติภูมิไปสู่สถานพยาบาลทุติภูมิและปฐมภูมิ

- มีการบันทึกข้อมูลที่ดี ควรพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และทำการวิจัยในเรื่อง cost-effectiveness ในการป้องกันโรค และทำการวิจัยพื้นฐานถึงสาเหตุการเกิดโรค

- ลดขนาดสถานพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลเฉพาะทาง และพัฒนาคุณภาพบริการ และเพิ่มหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป

สิ่งที่กีดขวางการใช้บริการทางจิตเวช คือ การรังเกียจผู้ป่วยจิตเวช และการให้บริการที่ไม่เพียงพอ

จากการศึกษาของ Healthy People 2010 Understanding and Improving Health Volume I and II ⁽⁵⁾ พบว่า

- ความผิดปกติทางจิตในประเทศสหรัฐอเมริกาพบได้ ร้อยละ 22 ของประชาชนประเทศสหรัฐอเมริกา

- พบในเด็ก 1 ใน 5 คน อายุระหว่าง 9-17 ปี

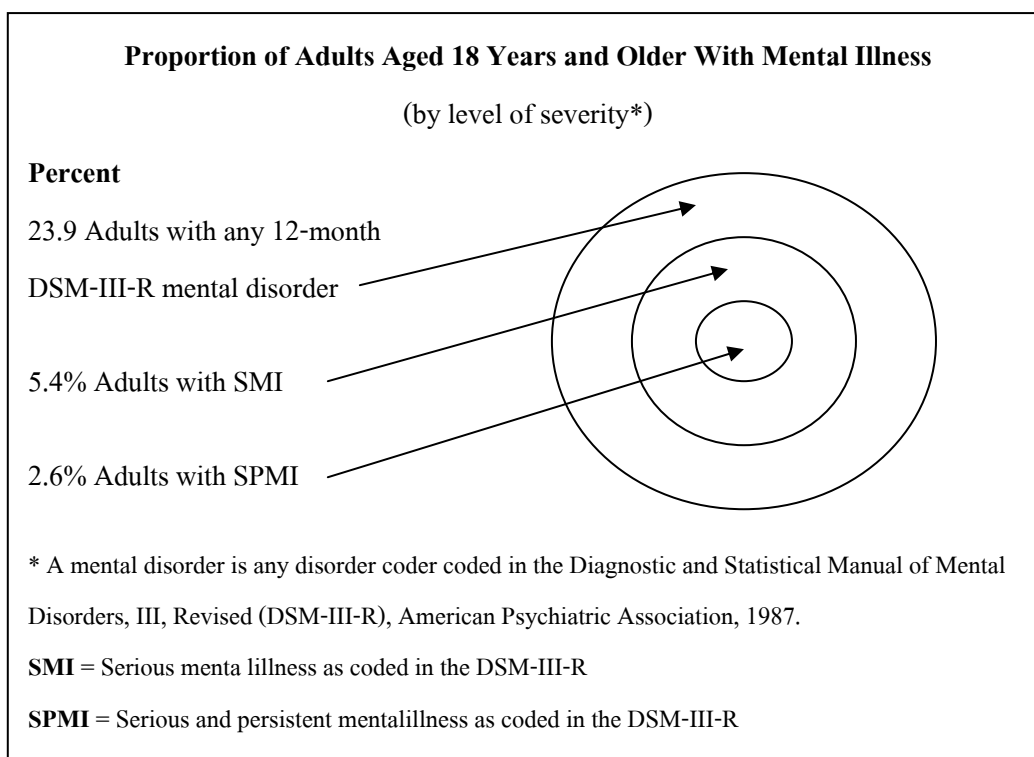
- คนที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 25 เคยมีความผิดปกติทางจิตเวชมาก่อน

- คนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปมีความผิดปกติรุนแรงประมาณร้อยละ 2.6-2.8 โดยประชากรกลุ่มนี้ร้อยละ 25 ได้รับการรักษาในระบบ และมีประชากรกลุ่มนี้ร้อยละ 40 ที่ไม่แสวงหาการรักษา เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 60-80

- คนอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ต้องการความช่วยเหลือ มีร้อยละ 15 ได้มีโอกาสพบผู้เชี่ยวชาญ

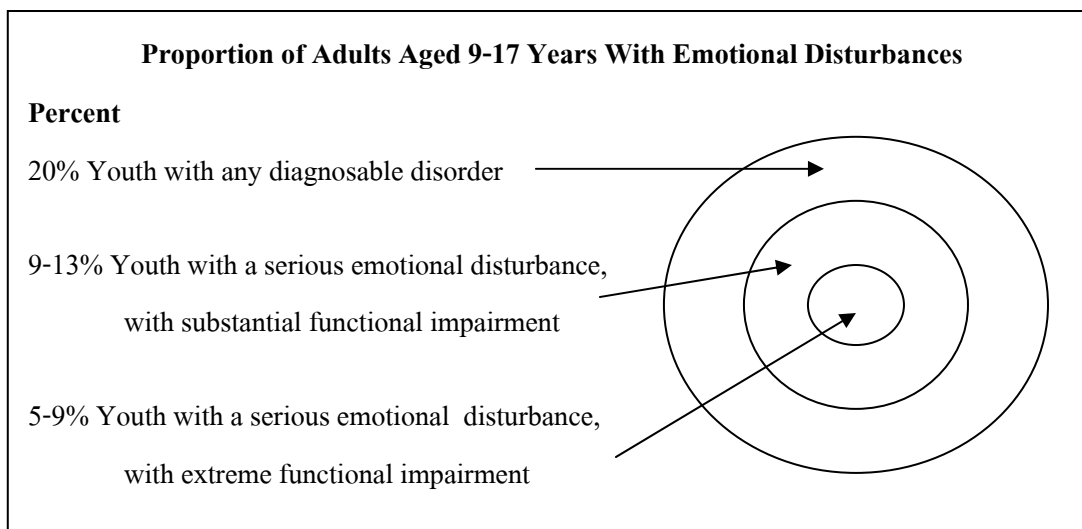
- คนอายุ 9-17 ปี ที่ต้องการความช่วยเหลือ มีร้อยละ 27 ได้รับการรักษาที่โรงเรียน

แผนภูมิที่ 1 สัดส่วนความผิดปกติทางจิตเวชของประชากรสหรัฐอเมริกา อายุ 18 ปีขึ้นไป



ที่มา: U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010 Understanding and Improving Health Volume I and II. Page 18-4.

แผนภูมิที่ 2 สัดส่วนความผิดปกติทางจิตเวชของประชากรสหรัฐอเมริกา อายุ 9-17 ปี



ที่มา: U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010 Understanding and Improving Health Volume I and II. Page 18-6.

3. ความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยา

การศึกษาลักษณะของบุคคล สถานที่ และเวลาของโรคต่าง ๆ โดยสัมพันธ์กับอัตราอุบัติการณ์ของโรค อัตราความชุกของโรค และอัตราตายของโรค ช่วยบ่งชี้ถึงการกระจายของโรคในชุมชน นับเป็นส่วนการศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ทำให้ทราบสภาวะสุขภาพอนามัยของชุมชน ได้ข้อมูลช่วยประกอบในการพิจารณาสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับสาเหตุของโรคเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป การศึกษาลักษณะของบุคคล สถานที่และเวลาของโรคต่าง ๆ นับว่าเป็นหลักสำคัญในการศึกษาระบาดของโรคทั่วไป

การวัดเกี่ยวกับการป่วยและการตายเป็นรากฐานสำคัญในการศึกษาระบาดของโรค ช่วยทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ในชุมชนมีจำนวนมากน้อยเพียงใด ทำให้เห็นการกระจายของโรคในท้องถิ่นต่าง ๆ ได้เห็นแนวโน้ม (Trend) ของโรค เป็นประโยชน์ในด้านการป้องกันและควบคุมโรค การวางแผนด้านการรักษาพยาบาล การค้นหาสาเหตุของโรค ตลอดจนการเปรียบเทียบสภาวะอนามัยระหว่างชุมชนต่าง ๆ เป็นแนวทางในการศึกษาการกระจายของโรคและแนวโน้มการเกิดโรค

ในชุมชน การเปรียบเทียบการเกิดโรคระหว่างชุมชนหรือระหว่างประเทศ จะต้องใช้อัตราต่างๆ มาเปรียบเทียบกัน อัตราอุบัติการณ์และอัตราความชุกของโรคนับเป็นดัชนีที่สำคัญทางระบาดวิทยาที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรรู้

ในการเปรียบเทียบสภาวะอนามัยของชุมชนต่าง ๆ มักไม่นิยมใช้ “จำนวน” มาเปรียบเทียบกัน เนื่องจากความหนาแน่นของประชากรในเขตต่าง ๆ ไม่เท่ากัน แต่จะใช้ “อัตรา” มาเปรียบเทียบกัน **ดัชนีอนามัย** หมายถึง เครื่องชี้บ่งภาวะสุขภาพอนามัยของชุมชน โดยมากเป็นการวัดด้านปริมาณเพื่อแสดงถึงสุขภาพอนามัยของชุมชนในด้านต่างๆ มีลักษณะเป็นได้ทั้งในรูปอัตรา อัตราส่วนและสัดส่วน ในทางระบาดวิทยามักใช้ในรูปอัตราเป็นส่วนใหญ่ ดัชนีอนามัยเป็น เครื่องชี้บ่งความถี่ของการเกิด การเจ็บป่วย ความพิการ การตาย และภาวะสุขภาพอนามัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคต่าง ๆ การให้และการใช้บริการอนามัยของชุมชน เป็นต้น

ประโยชน์ของดัชนีอนามัย

1. ช่วยในการวัดการกระจายของโรคและแสดงแนวโน้มของการโรคในชุมชน
2. ใช้วิเคราะห์สถานการณ์ทางด้านอนามัย และปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน
3. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนงานสาธารณสุข ช่วยกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และการประเมินผลของแผนงาน
4. ใช้ในการประเมินการจัดบริการสาธารณสุข และวัดผลการดำเนินงานตามโครงการต่างๆ ว่าได้ผลมากน้อยเพียงใด
5. ช่วยในงานวิจัยและการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาต่าง ๆ

ลักษณะของดัชนีอนามัยที่ดี

1. การหามาได้ (Availability) ข้อมูลที่จะนำมาสร้างดัชนีอนามัยควรหาได้ง่าย ไม่มีวิธีการยุ่งยาก
2. ความสมบูรณ์ของการครอบคลุม (Completeness of coverage) ควรสร้างขึ้นจากข้อมูลประชากรทั้งประเทศ หรือของประชากรที่ดัชนีอนามัยนั้นจะนำไปอ้างอิงถึง
3. คุณภาพ (Quality) ข้อมูลที่รวบรวมมามีคุณภาพดี ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลตามเวลาและสถานที่มากจนมีผลกระทบต่อดัชนีอนามัย
4. ความมีอยู่เป็นทั่วไป (Universality) ควรมีลักษณะของการแสดงของข้อมูลหรือปัจจัยร่วมต่างๆ ที่มีอยู่ทั่วไป ซึ่งใช้ในการพิจารณาระดับสุขภาพอนามัย หรือมีผลกระทบต่อระดับสุขภาพอนามัย

5. การยอมรับ (Acceptability) ดัชนีควรเป็นที่ยอมรับและใช้ทั่วไป และไม่เป็นอันตรายต่อประชาชน
6. ความง่าย (Simplicity) ควรคำนวณจากข้อมูลได้ง่ายและไม่สิ้นเปลืองทรัพยากรมากนัก (Reasonable cost)
7. การผลิตได้ใหม่ (Reproducibility) สามารถคำนวณค่าได้ใหม่และได้ผลเหมือนกัน ไม่ว่า จะดำเนินการในลักษณะต่างเวลา ต่างสถานที่ หรือต่างบุคคลก็ตาม
8. ความไว (Sensitivity) มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้อง
9. ความถูกต้อง (Validity) สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้ถูกต้อง

ชนิดของดัชนีอนามัย แบ่งออกเป็นชนิดใหญ่ ๆ ได้ 4 ชนิด คือ

1. ดัชนีอนามัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
 - 1.1 อุบัติการณ์ของโรค (Incidence) และอัตราอุบัติการณ์ของโรค (Incidence rate)
 - 1.2 ความชุกของโรค (Prevalence) และอัตราความชุกของโรค (Prevalence rate)
 - 1.3 อัตราป่วยระลอกแรก (Primary attack rate)
 - 1.4 อัตราป่วยระลอกสอง (Secondary attack rate)
 - 1.5 อัตราป่วยจำเพาะ (Specific attack rate)
 - 1.6 สัดส่วนสาเหตุการป่วย (Proportional morbidity rate)
2. ดัชนีอนามัยเกี่ยวกับการตาย
 - 2.1 อัตราตายอย่างหยาบ (Crude death rate)
 - 2.2 อัตราตายจำเพาะ (Specific death rate)
 - 2.3 สัดส่วนสาเหตุการตาย (Proportional mortality rate)
 - 2.4 อัตราป่วยตาย (Case Specific death rate)
 - 2.5 อัตราเด็กเกิดไร้ชีพ (Fetal death rate)
 - 2.6 อัตราส่วนเด็กเกิดไร้ชีพ (Fetal death ratio)
 - 2.7 อัตราตายก่อนและหลังคลอด (Perinatal death rate)
 - 2.8 อัตราตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)
 - 2.9 อัตราของทารกหลังระยะแรกเกิด (Postneonatal mortality rate)
 - 2.10 อัตราตายของทารก (Infant mortality rate)
 - 2.11 อัตราตายของมารดา (Maternal mortality rate)

3. ดัชนีนามั้ยอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขอนามัย เช่น อัตราเกิดอย่างหยาบ (Crude birth rate), อัตราเจริญพันธุ์ (General fertility rate), ดัชนีชีพ (Vital index, birth-death ratio), อัตราคุมกำเนิด (Birth control rate), อายุขัยเฉลี่ย (Life expectancy) ฯลฯ

1. ดัชนีนามั้ยรวม (Combined health indices)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต ความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย⁽³⁾ ทำการศึกษาโดยสำรวจประชาชนทุกภาคของประเทศไทย เพื่อหาความชุกของความผิดปกติทางจิต ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ภาวะปัญญาอ่อน การฆ่าตัวตาย การติดยาและสารเสพติดรวมทั้งสุรา และศึกษา ความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชน โดยเป็นวิจัยเชิงพรรณนา ชนิดตัดขวาง ณ จุดหนึ่งของเวลา สำรวจประชากร อายุ 15-60 ปี โดยใช้ประชากรตัวอย่าง 7,157 ราย จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบบหลายขั้นตอน (Multistage random Sampling technique) กระจายไปทั้ง 4 ภูมิภาค เป็นภาคกลาง 2,182 ราย ภาคเหนือ 1,699 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2,175 ราย ภาคใต้ 1,101 ราย ใช้แบบสอบถามคัดแปลงมาจาก DSM-4 (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-4th edition) และ CIDI (The Composite International Diagnostic Interview) โดยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้ทดสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงแล้วว่ามีความน่าเชื่อถือ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสำรวจทำเป็น 2 ขั้นตอน ในเวลาเดียวกัน โดยการคัดกรองผู้ที่คาดว่าอาจมีปัญหาทางจิตนำมาขึ้นชั้นการวินิจฉัยโรคและสำรวจเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจหาพยาธิสภาพจิตในผู้ที่คาดว่าจะมีปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้สัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบสอบถามแล้ว

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ประชากรตัวอย่าง 7,157 ราย เป็นชาย 2,238 ราย คิดเป็นร้อยละ 31 และหญิง 4,919 ราย คิดเป็นร้อยละ 69 จากแบบสอบถามชุดที่ถามเพื่อคัดกรองโรคซึ่งบางโรควินิจฉัยได้เลย พบว่า การคัดกรองพบปัญหาเพื่อประเมินสมรรถภาพด้านความจำและความคิดโดยใช้ชุดตัด 13 คะแนน พบว่ามีประชากรได้คะแนนต่ำกว่า 13 จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.1 ซึ่งน่าจะเป็นผู้มีความบกพร่องทางสมองหรือสติปัญญาหรืออาจเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตชนิดที่รบกวนเรื่องกระบวนการคิดไม่สามารถตอบคำถามโดยแบบสอบถามที่จะเชื่อถือได้ จึงได้ตัดออกจากแบบสอบถามอื่น ๆ ในประชากรที่ศึกษานี้และมีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ นำมาวิเคราะห์ 7,149 ราย

จากแบบสอบถามคัดกรองชุดนี้ พบภาวะปัญญาอ่อน ร้อยละ 1.3, โรคประสาท ร้อยละ 3.4, โรคจิตชนิดต่าง ๆ ร้อยละ 20, มีอาการของอารมณ์แปรปรวนเคร่งเครียด ร้อยละ 0.6, มีอาการย้ำคิดย้ำทำ ร้อยละ 1.3, มีความคิดและการทำตัวตาย ร้อยละ 3.1, โรคลมชัก ร้อยละ 0.7, ไข้หวัดหรือสารเสพติด ร้อยละ 23.7, คีโมสุรา ร้อยละ 53, โดยดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 91.9, ดื่มเป็นประจำสม่ำเสมอ ร้อยละ 8.1, ในจำนวนผู้ที่ดื่มสุรา พบว่าดื่มบ่อย ๆ ติดต่อกันนานกว่า 1 ปี มีร้อยละ 16.3

จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ใช้วินิจฉัยโรค ถามผู้ที่ถูกคัดกรอง จำนวน 521 ราย ว่าน่าจะมีการผิดปกติทางจิตชนิดใดชนิดหนึ่ง เพื่อวินิจฉัยโรค พบความชุกของความผิดปกติทางจิตที่วินิจฉัยได้ ดังนี้

1. โรคจิตชนิดจิตเวท (Schizophrenia) มีความชุก ร้อยละ 0.7
2. โรคความผิดปกติของอารมณ์ (Mood disorders) มีความชุก ร้อยละ 1.8
 - 2.1 ชนิดอารมณ์คลุ้มคั่ง (Manic episode) มีความชุก ร้อยละ 0.3
 - 2.2 ชนิดซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive episode) มีความชุก ร้อยละ 1.4
 - 2.3 ชนิดซึมเศร้า (Dysthymia) มีความชุก ร้อยละ 0.1
3. โรคประสาทชนิดวิตกกังวล (Anxiety disorders) โดยสามารถวินิจฉัยเป็นชนิดต่าง ๆ และความชุกดังนี้ Hypochondriasis ร้อยละ 0.8, Somatization ร้อยละ 0.2, Panic disorder ร้อยละ 1.0, Generalized anxiety disorder ร้อยละ 0.7, Agoraphobia ร้อยละ 0.8, Social phobia ร้อยละ 0.3, Simple phobia ร้อยละ 0.3, Obsessive-compulsive disorder ร้อยละ 1.3
4. ภาวะปัญญาอ่อน (Mental retardation) มีความชุก ร้อยละ 1.3
5. โรคลมชัก (Epilepsy) มีความชุก ร้อยละ 0.7
6. มีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) มีความชุก ร้อยละ 3.1 และพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempt) มีความชุก ร้อยละ 1.0
7. ดื่มยาและสารเสพติดชนิดต่าง ๆ แบ่งเป็น
 - Substance abused disorder มีความชุกร้อยละ 0.95 พบว่า ยาบ้าและกัญชามากที่สุดคือ ร้อยละ 0.32 และร้อยละ 0.22 ตามลำดับ
 - Substance dependence disorder มีความชุกร้อยละ 4.7 พบว่า มีนิโคตินและหมากมากที่สุด คือ ร้อยละ 3.4 และ ร้อยละ 0.68 ตามลำดับ
8. ดื่มสุรา (Alcohol used disorder) คิดเป็นความชุกร้อยละ 10.2 แบ่งเป็นความชุกของ Alcohol abused ร้อยละ 6.0 และ Alcohol dependence ร้อยละ 4.2

ในส่วนของการรู้เจตคติ และทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิต พบว่า ความรู้ของ

ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต คะแนนเฉลี่ย 14.50 จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน ซึ่งในส่วนของความรู้ยังขาดในเรื่องการเลี้ยงดู สาเหตุของโรคประสาทและความเจ็บป่วยด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ของการฆ่าตัวตายกับโรคซึมเศร้า การรักษาโรคซึมเศร้า ผลต่อสภาพจิตใจของการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวในวัยรุ่น ในส่วนเจตคติ พบว่าประชาชนมี ทักษะคิดทางลบต่อผู้ป่วยโรคจิต มีความรู้สึกแบ่งแยก ไม่เห็นด้วยกับการให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น หรือทำงานตามปกติ ยังไม่ตระหนักถึงการดูแลเลี้ยงดูเด็กอย่างเหมาะสม เป็นวิธีป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ และครูโรงเรียนมีส่วนในการปรับปรุงแก้ไขสภาพจิตใจของเด็กได้ รวมทั้งครอบครัวมีส่วนช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางด้านจิตใจ และในส่วนของทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิต พบว่า มีการปฏิบัติน้อย โดยเฉพาะในเรื่องการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ผลจากการวิเคราะห์แบบสอบถามที่สำรวจเชิงคุณภาพ พบว่า ประชากรที่คาดว่าจะมีปัญหาสุขภาพจิต 431 ราย โดยการสัมภาษณ์พ่อ แม่ของประชากรเหล่านี้ด้วย พบว่า บุคคลในกลุ่มนี้มีพฤติกรรมผิดปกติในวัยเด็กมากถึงร้อยละ 75.8 พฤติกรรมเหล่านี้ได้แก่ ปัสสาวะรดที่นอน นอนละเมอ ฝันร้ายบ่อย ๆ คุณนี้ เป็นต้น ในส่วนของประวัติพัฒนาการด้านอื่น ๆ และประวัติส่วนตัวไม่พบว่ามีสิ่งผิดปกติให้เห็นเด่นชัด

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2543)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาด้านทุนต่อหน่วยของบริการสุขภาพจิตของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 15 แห่ง คือ โรงพยาบาลจิตเวชเลย ศูนย์สุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ โรงพยาบาลยุวประสาท โรงพยาบาลนิติจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลราชานุกูล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา ในทัศนะของผู้ให้บริการ เก็บข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2543 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2542 ถึง 30 กันยายน 2543 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน และการจัดสรรแรงงานแบบเต็มเวลาเทียบเท่า (FTE) และแบ่งหน่วยงานของโรงพยาบาลต่างๆ ออกเป็น 3 หน่วยต้นทุน คือ หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) และหน่วยต้นทุนที่ให้บริการผู้ป่วย (PS) โดยจัดสรรต้นทุนจากหน่วยงานต้นทุนชั่วคราว (NRPCC และ RPCC) ไปยังหน่วยต้นทุนที่ให้บริการผู้ป่วย (PS) โดยวิธีแก้สมการเส้นตรง (Simultaneous equation) ตามเกณฑ์การจัดสรรต้นทุนที่เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน พบว่า ต้นทุนรวมของงานบริการสุขภาพจิตทั้ง 15 แห่งมีจำนวนทั้งสิ้น 1,553,835,569 บาท โดยมีองค์ประกอบของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน ร้อยละ 53, 36 และ 10 ตามลำดับ เป็นต้นทุนดำเนินการ (OC) มีจำนวน

1,393,388,394 บาท คิดเป็นร้อยละ 90 ของต้นทุนรวมทั้งหมด โดยมีองค์ประกอบของต้นทุนค่าแรง และต่อค่าวัสดุ คิดเป็นร้อยละ 60 และ 40 ตามลำดับ หน่วยต้นทุน PS ที่มีต้นทุนของการให้บริการ สูงที่สุดหลังจากการจัดสรรต้นทุนสองลำดับแรกคือ IPD และ OPD โดยมีต้นทุนรวมจำนวน 988,371,895 บาท และ 347,525,484 บาท คิดเป็นร้อยละ 64 และ 22 ตามลำดับ และมีต้นทุน ดำเนินการจำนวน 886,378,980 บาท และ 314,288,972 บาท คิดเป็นร้อยละ 64 และ 23 ตามลำดับ สำหรับงานบริการผู้ป่วยในมีปริมาณบริการรวมทั้งสิ้นจำนวน 50,349 ราย หรือ 1,927,587 วันป่วย มีค่าเฉลี่ยของต้นทุน รวมต่อหน่วยเท่ากับ 19,630 บาท/ราย หรือ 513 บาท/วันนอน ซึ่งคิดเป็นต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุนต่อหน่วยเท่ากับ 185 บาท/ครั้ง, 294 บาท/ครั้ง และ 51 บาท/ครั้ง ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยของต้นทุน OC ต่อหน่วยเท่ากับ 17,605 บาท/ราย หรือ 460 บาท/วันป่วย ส่วนงานบริการผู้ป่วยนอกมีปริมาณบริการรวมทั้งสิ้นจำนวน 656,307 ราย มีค่าเฉลี่ยของต้นทุน รวม และ ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยเท่ากับ 530 และ 479 บาท/ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุนต่อหน่วยเท่ากับ 185 บาท/ครั้ง, 294 บาท/ครั้ง และ 51 บาท/ครั้ง ตามลำดับ ส่วนต้นทุน FC และ OC ต่อหน่วยของงานบริการสุขภาพจิตอื่นๆ สามารถสรุปได้ดังนี้ คือ งานสังคมสงเคราะห์ 164 และ 149 บาท/ครั้ง งานจิตวิทยา 503 และ 418 บาท/ครั้ง งานทันตกรรม 547 และ 481 บาท/ครั้ง งานคลายเครียด 347 และ 259 บาท/ครั้ง งานฟื้นฟูสมรรถภาพ 376 และ 313 บาท/ครั้ง งานยาไปรษณีย์ 351 และ 325 บาท/ราย งาน Hot Line 611 และ 578 บาท/ครั้ง งานพัฒนาการเด็กเล็ก 14,037 และ 12,613 บาท/คน หรือ 463 และ 416 บาท/ครั้ง งานการศึกษา พิเศษ 913 และ 811 บาท/ครั้ง งานนิติจิตเวช 620 และ 534 บาท/ราย งาน Pre-service Counseling 110 และ 103 บาท/ครั้ง

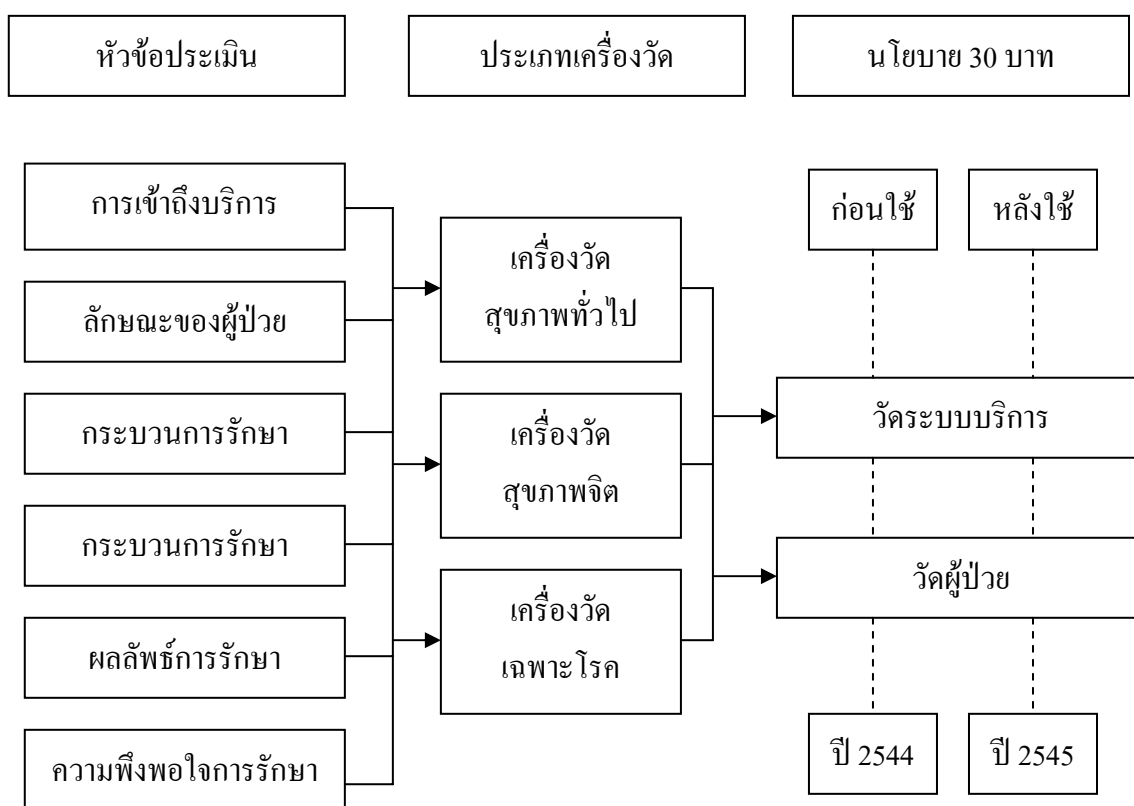
สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2543)⁽⁸⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของโรงพยาบาลจิตเวชกรม สุขภาพจิตจำนวน 15 แห่ง คือ โรงพยาบาลจิตเวชเลย ศูนย์สุขวิทยาจิต โรงพยาบาลจิตเวช นครพนม ศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ โรงพยาบาลยุวประสาท โรงพยาบาลนิติจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลราชานุกูล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2543 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2542 ถึง 30 กันยายน 2543 ในทัศนะของผู้ให้บริการ เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ศึกษาเปรียบเทียบจำนวน บุคลากรทางการแพทย์กับปริมาณภาระงาน ประสิทธิภาพการใช้เตียง และความจำเป็นในการ Admit ผู้ป่วย พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต เท่ากับร้อยละ 97 ค่าเฉลี่ยอัตราการใช้

เตียงของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 9 รายต่อเตียง ผู้ป่วยที่ได้รับการ Admit อยู่ในโรงพยาบาลกรมสุขภาพจิต ในวันที่ 1 มีนาคม 2543 มีผู้ป่วยเพศชายจำนวน 3,439 คน คิดเป็นร้อยละ 65 เพศหญิงจำนวน 1,875 คน คิดเป็นร้อยละ 35 คิดเป็นมีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เป็น 2 ต่อ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 24 รองลงมา มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 24 มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา (Admit) อยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากมีอาการทางคลินิก มีจำนวน 2,709 ราย คิดเป็นร้อยละ 51 และเป็นผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้อง Admit อยู่ในโรงพยาบาล มีจำนวน 2,605 ราย คิดเป็นร้อยละ 49 เหตุผลในการอยู่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มที่มีอาการไม่ดีขึ้น จำนวน 1,645 ราย คิดเป็นร้อยละ 61 รองลงมาเป็นกลุ่มเตรียมความพร้อม จำนวน 538 คิดเป็นร้อยละ 20 และเป็นกลุ่มที่มีเหตุผลอื่นๆ จำนวน 445 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 เหตุผลในการอยู่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มที่รอญาติมารับ จำนวน 1,056 ราย คิดเป็นร้อยละ 41 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีสาเหตุอื่น ๆ จำนวน 857 ราย คิดเป็นร้อยละ 33 และผู้ป่วยญาติทิ้ง จำนวน 618 ราย คิดเป็นร้อยละ 24 ตามลำดับ

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

การประเมินผลกระทบของระบบบริการพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ การเข้าถึงบริการ (access to care), ลักษณะของผู้ป่วย (patient characteristics), กระบวนการรักษา (process of care), ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วย (patient outcomes of care) และโครงสร้างและต้นทุนของงานบริการ ส่วนการประเมินผู้ป่วยพิจารณาจากองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ลักษณะของผู้ป่วย, กระบวนการรักษา, ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วย และความพึงพอใจการรักษา (satisfaction with care) ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 เครื่องวัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพ (Health Care Systems Measurement)⁽¹¹⁾



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้มีรายละเอียดหัวข้อระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยส่วนนี้ เป็นการวิจัย ใช้วิธีผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยและแหล่งที่มาของข้อมูล แบ่งได้เป็น 4 ส่วน คือ

1. ข้อมูลการบริการผู้ป่วยในทางจิตเวชของสถานพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศ ยกเว้นกรมสุขภาพจิต ในรูปแบบแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยใน 12 แฟ้มข้อมูล จากศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งในปีงบประมาณ 2544 ได้จากการรวบรวมของสำนักงานประกันสุขภาพ ส่วนปีงบประมาณ 2545 ได้จากการติดตามข้อมูลของโดยศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

2. ข้อมูลการบริการผู้ป่วยใน ทางจิตเวช ในรูปแบบแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยใน 12 แฟ้มข้อมูล หรือรูปแบบที่เหมือนกัน จากสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งหมด จำนวน 15 แห่ง คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา, โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ, โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, โรงพยาบาลสวนปรง, โรงพยาบาลขอนแก่น, โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, โรงพยาบาลนครราชสีมา, โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์, โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม, โรงพยาบาลนิติจิตเวช, โรงพยาบาลจิตเวชเลย, โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว, โรงพยาบาลราชานุกูล, โรงพยาบาลอุบลราชธานี และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ

3. ข้อมูลจำนวนประชากรไทย จากสำมะโนประชากรกระทรวงมหาดไทย ปี 2544-2545

4. ข้อมูลจำนวนจิตแพทย์ของประเทศไทย ปี 2544 จากศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

5. ข้อมูลการเงินรายรับ-รายจ่ายปีงบประมาณ 2544-2545 ของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวนปรง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ ข้อมูลการเงินดังกล่าวประกอบด้วยข้อมูลจาก 3 ส่วน คือ รายงานรายรับ-รายจ่ายเงินงบประมาณ, รายงานรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง และรายงาน

รายรับ-รายจ่ายเงินรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (เงินกองทุน สปร.)

6. ข้อมูลเชิงคุณภาพในทางลึก โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 ชุด คือ

3.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน 12 แฟ้มข้อมูล ดังภาคผนวก ก

3.2 ข้อมูลรายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณ จากรายงานประจำปี สจ.ร.ง.1031 ดัง

ภาคผนวก ข และ ค

3.3 ข้อมูลรายจ่ายเงินนอกงบประมาณ รวบรวมข้อมูลได้จาก 2 แหล่งคือ

3.3.1 ข้อมูลเงินบำรุงของโรงพยาบาล จาก สจ.ร.ง. 1032 ดังภาคผนวก ง

3.3.2 ข้อมูลเงินอุดหนุน โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (เงินกองทุน สปร.) จาก สปร.ง. 102 ดังภาคผนวก จ

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 8 ขั้นตอน คือ

1. เสนอโครงร่างงานวิจัย
2. ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. เก็บรวบรวมข้อมูลบริการผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย จาก 2 แหล่ง คือ จากศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ และจากสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จากนั้นนำข้อมูลมารวมให้อยู่ในฐานข้อมูลเดียวกัน ในรูปแบบ Visual Foxpro
4. เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนประชากรไทย จากการสำมะโนประชากรกระทรวงมหาดไทย ปี 2544-2545
5. เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนจิตแพทย์ จากศูนย์สนับสนุนส่งเสริมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2544
6. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในทางลึก โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือจำนวน 3 แห่ง
7. วิเคราะห์ข้อมูล
8. นำเสนอผลการศึกษา และเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์

วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1: การศึกษาแบบแผนการบริการจิตเวชในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545

ส่วนที่ 2: การศึกษาการปรับตัวของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ต่อนโยบาย 30 บาท

การวิเคราะห์ประเมินแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การเข้าถึงบริการ (Access to care)

การเข้าถึงบริการประเมินจากการที่ประชาชนสามารถได้รับการบริการจิตเวช แผนกผู้ป่วยในเมื่อมีความต้องการบริการจิตเวช โดยหาอัตราการเข้าถึงบริการจิตเวชจากสูตร

อัตราการเข้าถึงบริการ (Treated prevalence rates/penetration rates)	=	จำนวนคนที่ได้รับการรักษาต่อประชากร (หน่วย: คนต่อปี)
---	---	--

การข้ามเขตการใช้บริการ จึงแสดงภาพของแต่ละจังหวัดเป็นแต่ละตาราง ตารางที่ 2 แสดงการให้บริการของสถานพยาบาลในจังหวัด ก (ตามสมมติ) และการใช้บริการของประชาชนตามภูมิลาเนาจังหวัด (ตามแถว) ก เป็นหลัก ส่วนตาราง 3 แสดงการให้บริการ และการข้ามเขตของจังหวัด ข ตัวเลขในช่องหนึ่งๆ (cell) จะแสดงบทบาทเป็น 2 อย่างแล้วแต่กำลังมองในมิติของจังหวัดใด เช่น กข เมื่อมองโดยใช้จังหวัด ก เป็นหลัก จะเป็นการนำเข้าของการให้บริการ โดยประชากรในจังหวัด ข ข้ามเขตมารับบริการที่สถานพยาบาลในจังหวัด ก แต่เมื่อมองโดยใช้จังหวัด ข เป็นหลัก ช่อง กข จะกลายเป็นการส่งออกของจังหวัด ข โดยไปใช้บริการที่จังหวัด ก

การศึกษานี้ สร้างตาราง 76,876 ช่อง เพื่อแสดงการข้ามเขตบริการผู้ป่วยใน 76 จังหวัดทั่วประเทศ จากนั้นคำนวณค่า การหวงไข่ ผลักไข่ ดูดไข่ และอัตราการส่งออกสุทธิ ตามคำจำกัดความต่อไปนี้

การให้บริการ เป็นการรวบรวมข้อมูลตามจังหวัดที่ตั้งของสถานบริการที่มีภายในจังหวัดนั้น

การใช้บริการ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล ตามภูมิลาเนา (จังหวัด) ของประชาชนที่ไปใช้บริการ

อัตราส่วนการส่งออก (Net Flow ratio, NFR) คือ สัดส่วนระหว่างผู้ป่วยออกไปใช้บริการนอกจังหวัด (export) หาคด้วยผู้ป่วยออกไปใช้บริการนอกจังหวัด (import) ถ้ามากกว่า 1 เป็นจังหวัดผลักไข่ และถ้าน้อยกว่า 1 คือจังหวัดดูดไข่

ตารางที่ 2 การใช้บริการในเขต การส่งออก หรือการนำเข้า ตามภูมิลำเนาของผู้ป่วยจังหวัด ก.

ภูมิลำเนา	จังหวัดที่ตั้งสถานบริการ				รวม
	จังหวัด ก	จังหวัด ข	จังหวัด ค	จังหวัด ง	
จังหวัด ก	ในเขต (กก)	ส่งออก (ขก)	ส่งออก (คก)	ส่งออก (งก)	รวมใช้บริการ
จังหวัด ข	นำเข้า (กข)				
จังหวัด ค	นำเข้า (กค)				
จังหวัด ง	นำเข้า (กง)				
รวม	รวมให้บริการ				รวมทั้งสิ้น

ตารางที่ 3 การใช้บริการในเขต การส่งออก หรือการนำเข้า ตามภูมิลำเนาของผู้ป่วยจังหวัด ข.

ภูมิลำเนา	จังหวัดที่ตั้งสถานบริการ				รวม
	จังหวัด ก	จังหวัด ข	จังหวัด ค	จังหวัด ง	
จังหวัด ก		นำเข้า (ขก)			รวมใช้บริการ
จังหวัด ข	ส่งออก (กข)	ในเขต (ขข)	ส่งออก (คข)	ส่งออก (งข)	
จังหวัด ค		นำเข้า (ขค)			
จังหวัด ง		นำเข้า (ขง)			
รวม	รวมให้บริการ				รวมทั้งสิ้น

ด้านที่ 2 ประเมินลักษณะของผู้ป่วย (patient characteristic)

ลักษณะของผู้ป่วยในการวิจัยส่วนนี้ หมายถึง ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยในที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือทั้ง 3 แห่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความยากของการรักษา รวมทั้งให้ข้อมูลมาตรฐานทางสังคมภูมิศาสตร์ (standard socio-demographic information) พิจารณาใน 3 ส่วน คือ การวินิจฉัยโรค, คำนำนั้หนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และดัชนีอนามัย มีรายละเอียดดังนี้

อัตราตายต่อ 100,000 ประชากร และ อัตราป่วยต่อ 100,000 ประชากร หาได้จากสูตร

$$\text{อัตราป่วย/ตายต่อ 100,000 ประชากร} = \frac{\text{จำนวนคนป่วย/ตายทั้งหมดด้วยโรคใดโรคหนึ่ง} \times 100,000}{\text{ประชากรกลางปี}}$$

อัตราป่วยจำเพาะตามอายุและเพศ (Age sex specific morbidity rate) เป็นอัตราป่วยซึ่งระบุเงื่อนไข หรือ ภาวะจำเพาะเจาะจงลงไป ทำให้มีการเปรียบเทียบกันได้ มักมีความแตกต่างกันระหว่างโรคต่างๆ หาได้จากสูตร

อัตราตายจำเพาะตามอายุและเพศ (Age sex specific morbidity rate) ที่คำนวณจากสูตร

$$\text{อัตราป่วยจำเพาะในกลุ่มอายุ...ปีเพศชาย} = \frac{\text{จำนวนคนป่วยทั้งหมดในกลุ่มอายุ...ปีเพศชาย}}{\text{ประชากรกลางปีในกลุ่มอายุ...ปีเพศชาย}}$$

สัดส่วนการตายมาตรฐาน (Specific Morbidity Ratio %) หาได้จากสูตร

$$\text{สัดส่วนการตายมาตรฐาน (SMR \%)} = \frac{\text{จำนวนป่วยที่เกิดขึ้นจริง (Observed Admission)} \times 100}{\text{จำนวนป่วยที่คาดว่าจะเกิด (Expected Admission)}}$$

อัตราตายจำเพาะตามอายุและเพศ (Age sex specific mortality rate) คำนวณจากสูตร

$$\text{อัตราตายจำเพาะในกลุ่มอายุ...ปีเพศชาย} = \frac{\text{จำนวนคนตายทั้งหมดในกลุ่มอายุ...ปีเพศชาย}}{\text{ประชากรกลางปีในกลุ่มอายุ...ปีเพศชาย}}$$

สัดส่วนการตายมาตรฐาน (Specific Mortality Ratio %) หาได้จากสูตร

$$\text{สัดส่วนการตายมาตรฐาน (SMR \%)} = \frac{\text{จำนวนตายที่เกิดขึ้นจริง (Observed Deaths)} \times 100}{\text{จำนวนตายที่คาดว่าจะเกิด (Expected Deaths)}}$$

ด้านที่ 3 ประเมินกระบวนการรักษา (process of care)

การประเมินกระบวนการรักษาส่วนนี้ หมายถึง ชุดการรักษาที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับจากสถานพยาบาล, การได้รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในและวันนอนโรงพยาบาล, ประเภทของงานบริการ ตลอดจนการบำบัดรักษาและระยะเวลาที่ได้รับ

ด้านที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของการรักษา (patient outcome of care)

การประเมินผลลัพธ์ของการรักษาในส่วนนี้ หมายถึง การดีขึ้นหรือเลวลงของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการรักษาที่ได้รับจากความผิดปกติหรือโรคแรกที่ได้รับการวินิจฉัย

ด้านที่ 5 ประเมินการบริหารจัดการองค์กร และโครงสร้างระบบบริการ (Structure of care)

การประเมินส่วนนี้ หมายถึง การประเมินการบริหารจัดการของสถานพยาบาลและโครงสร้างระบบบริการของโรงพยาบาล

ด้านที่ 6 ประเมินต้นทุนการรักษา (Cost of care)

ต้นทุนการรักษาส่วนนี้ หมายถึง การศึกษาต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย (operating unit cost) โดยวิธีดัด (quick method) จำแนกเป็นต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในและต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก มีขั้นตอนศึกษาดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลรายจ่าย ได้จาก

1. ข้อมูลรายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณ จากรายงานประจำปี สจ.ร.ง.1031 ดังนี้
 - 1.1 รายจ่ายเงินเดือนและค่าจ้างประจำ ได้แก่ รายจ่ายหมวดเงินเดือน (100) หมวดค่าจ้างประจำ (210) และเงินเดือนพนักงานของรัฐ (หมวด 900)
 - 1.2 รายจ่ายหมวด 300 คือ หมวดค่าตอบแทนจะมีรายจ่ายที่เป็นทั้งรายจ่ายบุคลากรและรายจ่ายค่าวัสดุ
 - 1.3 รายจ่ายหมวด 400 คือหมวดค่าใช้สอย จะมีรายจ่ายที่เป็นทั้งรายจ่ายบุคลากรและรายจ่ายค่าวัสดุ
 - 1.4 รายจ่ายหมวด 410 คือ ค่าสาธารณูปโภค
 - 1.5 รายจ่ายหมวด 500 คือ ค่าวัสดุ ไม่รวมรายจ่ายค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและค่าวัสดุการแพทย์และวัสดุวิทยาศาสตร์
 - 1.6 รายจ่ายค่ายา / เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์
 - 1.7 รายจ่ายหมวด 800 คือ หมวดเงินอุดหนุน

- 1.8 รายจ่ายหมวด 900 คือ หมวดรายจ่ายอื่น ๆ
- 1.9 งบกลาง คือ รายจ่ายที่จ่ายจากงบประมาณส่วนกลาง
- 1.10 รายจ่ายค่าครุภัณฑ์ (หมวด 600) และรายจ่ายค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง (หมวด 700)
2. ข้อมูลรายจ่ายเงินนอกงบประมาณ รวบรวมข้อมูลได้จาก 2 แหล่ง คือ
 - 2.1 ข้อมูลเงินบำรุงของโรงพยาบาล จาก สจ.ร.ง. 1032 และ
 - 2.2 ข้อมูลเงินอุดหนุน โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจน (เงินกองทุน สปร.) จาก สปร.ง. 102
 - 2.3 จากนั้นนำข้อมูลรายจ่ายเงินงบประมาณ และข้อมูลรายจ่ายเงินนอกงบประมาณมารวมกัน ตามหมวดรายจ่ายที่เป็นประเภทเดียวกันแล้วจำแนกประเภทรายจ่ายทั้งหมดเป็นรายจ่ายด้านค่าแรงและวัสดุ
 - 2.4 หลังจากนั้น ทำการคำนวณหาสัดส่วนร้อยละของรายจ่ายด้านค่าแรง (labour expense) และรายจ่ายค่าวัสดุ (material expense) จากรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด (total operating expense)

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์รายจ่ายดำเนินการ

การวิเคราะห์รายจ่ายดำเนินการเพื่อให้ทราบสัดส่วนระหว่างรายจ่ายด้านค่าแรงที่ควบคุมได้ยาก รายจ่ายด้านค่าแรงที่ควบคุมได้ไม่ยากกับรายจ่ายด้านเวชภัณฑ์และวัสดุทั่วไป จากภาพรวมของรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด โดยมีวิธีการดังนี้คือ

1. จำแนกรายจ่ายด้านค่าแรง (labour expense หรือ LO) ออกเป็น
 - 1.1 รายจ่ายค่าแรงที่ควบคุมได้ยาก (L1) ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้างประจำ เงินประจำตำแหน่ง ซึ่งเป็นรายจ่ายค่าแรงที่ถูกกำหนดด้วยพระราชบัญญัติเงินเดือนข้าราชการพลเรือน และกฎระเบียบอื่นของทางราชการ
 - 1.2 รายจ่ายค่าแรงที่ควบคุมได้ไม่ยาก (L2) ได้แก่ เงินค่าจ้างชั่วคราว ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ เงินไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินค่าตอบแทนเวร บ่าย-ดึก ซึ่งเป็นรายจ่ายด้านค่าแรงที่ผู้บริหารสถานพยาบาลสามารถใช้มาตรการด้านการบริหารเพื่อควบคุมดูแลค่าใช้จ่ายเหล่านี้ได้
2. จำแนกรายจ่ายค่าวัสดุ (material expense) ออกเป็นรายจ่าย วัสดุประเภทยา และหรือ เวชภัณฑ์ และวัสดุการแพทย์ (M4) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง และรายจ่ายวัสดุใช้สอยอื่น ๆ (M6) ซึ่งจะมีค่าเท่ากับผลรวมของ $M1+M2+M3+M5$

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณหาต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย (operating unit cost)

การคำนวณหาต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย โดยวิธีลัด (quick method) มีวิธีการคือ นำรายจ่ายดำเนินการทั้งหมดเป็นตัวตั้งหารด้วยจำนวนผลงานบริการ ซึ่งในที่นี้คือจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก (OPD visit) และจำนวนรายผู้ป่วยใน (IP case) โดยมีการปรับน้ำหนักผลงานระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยตัวคูณค่าใช้จ่าย (factor) สามารถเขียนสูตรได้ดังนี้

operating unit cost ของ OPD visit	=	$\frac{\text{total operating expense}}{(\text{OPD visit}) + (\text{IPD case} * \text{factor})}$
operating unit cost ของ IP case	=	unit cost ของ OPD visit * factor

ด้านที่ 7 ประเมินสถานะทางการเงิน (Financial status)

การประเมินสถานะทางการเงินในส่วนนี้ เป็นการประเมินระบบการจัดสรรงบประมาณแหล่งที่มาของเงิน การเปลี่ยนแปลงของเงินบำรุง ตลอดจนอัตราคืนทุนของสถานพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลให้และการให้บริการทางจิตเวช และการข้ามเขตบริการ แผนกผู้ป่วยใน ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for Social Science / for Window), โปรแกรม Visual Foxpro, โปรแกรม Excel และโปรแกรม Arc View และวิเคราะห์ข้อมูลการ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพเชิงบรรยาย

สถานที่วิจัยและรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการที่ ศูนย์ติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ-สัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพเหนือ ของการศึกษาส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลเพิ่มเติม ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่

ระยะเวลาในการวิจัย

การวิจัยนี้ มีช่วงดำเนินการตั้งแต่ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2546

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเปรียบเทียบในปีงบประมาณ 2544 ช่วงก่อนใช้นโยบาย กระทั่งประกาศใช้ในช่วงกลางปีงบประมาณ 2544 จนกระทั่ง ปี 2545 ได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง การศึกษานี้ได้ ศึกษาถึงผลกระทบจากนโยบาย การปรับตัวของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระบบและนโยบาย ลักษณะการปรับตัวตลอดจนแนวโน้มของผลกระทบในอนาคตต่อการใช้นโยบายนี้ การประเมินผลกระทบต่อนโยบาย 30 บาท พิจารณาจากหลักเกณฑ์ 7 ประการ ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการ (Access to care)
2. ลักษณะของผู้ป่วย (Patient characteristic)
3. กระบวนการรักษา (Process of care)
4. ผลลัพธ์ของการรักษา (Patient outcome of care)
5. การบริหารจัดการองค์กร และ โครงสร้างระบบบริการ (Management and Structure of care)
6. ต้นทุนการรักษา (Cost of care)
7. สถานะทางการเงิน (Financial status)

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1: การศึกษาแบบแผนการใช้และการให้บริการจิตเวชของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 และ ส่วนที่ 2: การศึกษาผลกระทบและการปรับตัวต่อนโยบาย 30 บาทของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 ดังนี้

ส่วนที่ 1: การศึกษาแบบแผนการใช้และการให้บริการจิตเวชในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545

การศึกษาส่วนนี้ เป็นการศึกษาแบบแผนการใช้และการให้บริการจิตเวชของสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 จากข้อมูลในรูปแบบแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์จาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ข้อมูลจากสถานพยาบาลนอกกรมสุขภาพจิตและศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ และ ข้อมูลการใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ทำการวิเคราะห์ข้อมูลประเมินเปรียบเทียบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ผลการศึกษา ดังนี้

1. ประเมินการเข้าถึงบริการ (Access to care)

การเข้าถึงบริการส่วนนี้ หมายถึง การที่ประชาชนไทยสามารถได้เข้าไปใช้บริการทางจิตเวช

แผนผู้ป่วยในได้ เมื่อมีความต้องการการบริการทางจิตเวช การเข้าถึงบริการในที่นี้ไม่ได้วัดความต้องการในการรักษา แต่วัดการใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวช เป็นการประเมินเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการจิตเวชของประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 ซึ่งการเข้าถึงบริการนี้ถือว่าการเข้าถึงบริการจิตเวชในทุกลำดับขั้นของการบริการ ไม่ว่าจะเป็นบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การเข้าถึงบริการจะศึกษาประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ คือ

1.1 จิตแพทย์

1.2 สถานพยาบาล

1.3 การข้ามเขตบริการ

1.1 จิตแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษานี้ จากข้อมูลจำนวนจิตแพทย์จากศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2544 พบว่า จิตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนเท่ากับ 387 คน จากหน่วยงานต่าง ๆ ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงยุติธรรม ภาคเอกชน ตลอดจนที่เกษียณอายุแล้ว คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์ 0.63 คนต่อ 100,000 ประชากร ส่วนใหญ่เป็นจิตแพทย์สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6 รองลงมาเป็นจิตแพทย์ภาคเอกชน และสังกัดทบวงสาธารณสุข จำนวน 81 และ 76 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 และ 19.6 ตามลำดับ

จิตแพทย์ในการศึกษาเป็นจิตแพทย์ในภาครัฐในสถานพยาบาลที่มีการให้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวช เป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม และกรุงเทพมหานคร มีจำนวนเท่ากับ 211 คน คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์ 0.34 คนต่อ 100,000 ประชากร ส่วนใหญ่เป็นจิตแพทย์จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 สังกัดกรมสุขภาพจิต รองลงมาเป็นจิตแพทย์ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 63 และ 41 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 และ 19.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนจิตแพทย์ของประเทศไทย ปี 2544 จำแนกตามหน่วยงาน

	หน่วยงาน	จิตแพทย์ทั้งหมด		จิตแพทย์ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	กรมสุขภาพจิต	99	25.6	83	39.3
2	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	41	10.6	41	19.4
3	กรมการแพทย์	18	4.7	13	6.2
4	กรมควบคุมโรคติดต่อ	1	0.3	1	0.5
5	ทบวงมหาวิทยาลัย	76	19.6	63	29.9
6	กระทรวงกลาโหม	24	6.2	5	2.4
7	กรุงเทพมหานคร	6	1.6	5	2.4
8	สำนักงานตำรวจ	3	0.8		
9	กองแพทย์สถานพินิจ	1	0.3		
10	การไฟฟ้านครหลวง	1	0.3		
11	เกษม	36	9.3		
12	เอกชน	81	20.9		
	รวม	387	100.0	211	100.0

1.2 สถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชนี้แบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ

1. สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จัดเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง
2. โรงเรียนแพทย์ จัดเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง
3. สถานพยาบาลที่มีการให้บริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ หมายถึง สถานพยาบาลที่มีการทำหัตถการหรือมีชุดการรักษาในหมวดจิตเวชให้กับผู้ป่วย พิจารณาจากการบันทึกการทำหัตถการในระบบ ICD 9 CM รหัส 94XX ซึ่งเป็นรหัสการทำหัตถการทางจิตเวช
4. สถานพยาบาลทุติยภูมิ หมายถึง สถานพยาบาลไม่อยู่ในสังกัดกรมสุขภาพจิต หรือ ทบวงมหาวิทยาลัย และไม่มีการบันทึกรหัสในระบบ ICD 9 CM รหัส 94XX

เมื่อพิจารณาจำนวนตามประเภทสถานพยาบาล พบว่า ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 มีสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชที่สามารถจัดส่งข้อมูลที่สูงขึ้นและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพทั้งหมดจำนวน 720 และ 985 แห่ง ตามลำดับ จำนวนสถานพยาบาลส่วนใหญ่จัดอยู่ใน คือ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ ในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 มีจำนวน 666 และ 927 แห่ง

คิดเป็นร้อยละ 92.5 และ 94.1 ตามลำดับ รองลงมาเป็นสถานพยาบาลที่มีการให้บริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ มีจำนวน 35 และ 37 แห่ง ในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 คิดเป็นร้อยละ 4.9 และ 3.8 ตามลำดับ ส่วนสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต มีจำนวนทั้งหมด 15 แห่ง สามารถจัดส่งข้อมูลได้จำนวน 14 แห่ง ส่วนโรงเรียนแพทย์ส่งข้อมูลมีจำนวน 5 แห่ง ในปีงบประมาณ 2544 และ จำนวน 7 แห่ง ในปีงบประมาณ 2545 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวช

ประเภทสถานพยาบาล		ปีงบประมาณ 2544		ปีงบประมาณ 2545	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	สถานพยาบาลกรมสุขภาพจิต	14	1.9	14	1.4
2	โรงเรียนแพทย์	5	0.7	7	0.7
3	สถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ	35	4.9	37	3.8
4	สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ	666	92.5	927	94.1
รวม		720	100.0	985	100.0

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยในทางจิตเวชเป็นครั้งที่เข้ารับบริการ พบว่า ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 มีจำนวนผู้ป่วยในทางจิตเวชจำนวน 76,278 และ 79,854 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำนวน 41,075 และ 45,472 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.8 และ 56.9 ตามลำดับ รองลงมาเป็นผู้ป่วยในจากสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 27,574 และ 28,571 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36.1 และ 35.8 ตามลำดับ ถัดมาเป็นสถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ มีจำนวน 6,694 และ 5,083 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.8 และ 6.4 ส่วนโรงเรียนแพทย์ มีจำนวนผู้ป่วยในเท่ากับ 935 และ 728 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.2 และ 0.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน เป็นราย

ประเภทสถานพยาบาล		ปีงบประมาณ 2544		ปีงบประมาณ 2545	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	สถานพยาบาลกรมสุขภาพจิต	27,574	36.1	28,571	35.8
2	โรงเรียนแพทย์	935	1.2	728	0.9
3	สถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ	6,694	8.8	5,083	6.4
4	สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ	41,075	53.8	45,472	56.9
รวม		76,278	100.0	79,854	100.0

1.3 การข้ามเขตบริการ

การข้ามเขตบริการในการศึกษานี้ เป็นการประเมินโดยยึดตามจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาล และจังหวัดตามภูมิลำเนาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เขตบริการในที่นี้แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เขตระดับเขต และ ระดับจังหวัด

เขตบริการระดับเขต เขตบริการระดับเขตแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เขตสาธารณสุข: เป็นเขตการบริหารตามกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 12 เขต คือ

เขต 1 ประกอบด้วย 6 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร, สมุทรปราการ, นนทบุรี, ปทุมธานี, พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง

เขต 2 ประกอบด้วย 6 จังหวัด คือ ลพบุรี, สิงห์บุรี, ชัยนาท, สระบุรี, นครนายก และสุพรรณบุรี

เขต 3 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ ชลบุรี, ระยอง, จันทบุรี, ตราด, ฉะเชิงเทรา, ปราจีนบุรี และสระแก้ว

เขต 4 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ ราชบุรี, กาญจนบุรี, นครปฐม, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์

เขต 5 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์, ชัยภูมิ และมหาสารคาม

เขต 6 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ หนองบัวลำภู, ขอนแก่น, อุดรธานี, เลย, หนองคาย, กาฬสินธุ์ และสกลนคร

เขต 7 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ ศรีสะเกษ, อุบลราชธานี, ยโสธร, อำนาจเจริญ, ร้อยเอ็ด, นครพนม และมุกดาหาร

เขต 8 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ นครสวรรค์, อุทัยธานี, กำแพงเพชร, ตาก และสุโขทัย

เขต 9 ประกอบด้วย 6 จังหวัด คือ อุตรดิตถ์, แพร่, น่าน, พิชญ์โลก, พิจิตร และเพชรบูรณ์

เขต 10 ประกอบด้วย 6 จังหวัด คือ เชียงใหม่, ลำพูน, ลำปาง, พะเยา, เชียงราย และแม่ฮ่องสอน

เขต 11 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ นครศรีธรรมราช, กระบี่, พังงา, ภูเก็ต, สุราษฎร์ธานี, ระนอง และชุมพร

เขต 12 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ สงขลา, สตูล, ตรัง, พัทลุง, ปัตตานี, ยะลา และนราธิวาส

2. เขตมณฑลไทย: เป็นเขตการบริหารตามกระทรวงมหาดไทยแบ่งเป็น 10 เขต คือ

เขต 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ สมุทรปราการ, นนทบุรี, ปทุมธานี, พระนครศรีอยุธยา, อ่างทอง, ลพบุรี, สิงห์บุรี และชัยนาท

เขต 2 ประกอบด้วย 9 จังหวัด คือ ชลบุรี, ระยอง, จันทบุรี, ตราด, ฉะเชิงเทรา, ปราจีนบุรี, สระแก้ว, สระบุรี และนครนายก

เขต 3 ประกอบด้วย 10 จังหวัด คือ นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์, ชัยภูมิ, หนองบัวลำพู, ศรีสะเกษ, อุบลราชธานี, ยโสธร, อำนาจเจริญ และมหาสารคาม

เขต 4 ประกอบด้วย 9 จังหวัด คือ ขอนแก่น, อุดรธานี, เลย, หนองคาย, กาฬสินธุ์, สกลนคร, ร้อยเอ็ด, นครพนม และมุกดาหาร

เขต 5 ประกอบด้วย 9 จังหวัด คือ เชียงใหม่, ลำพูน, ลำปาง, พะเยา, เชียงราย, แม่ฮ่องสอน, อุตรดิตถ์,แพร่ และน่าน

เขต 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ นครสวรรค์, อุทัยธานี, กำแพงเพชร, ตาก, สุโขทัย, พิษณุโลก, พิจิตร และเพชรบูรณ์

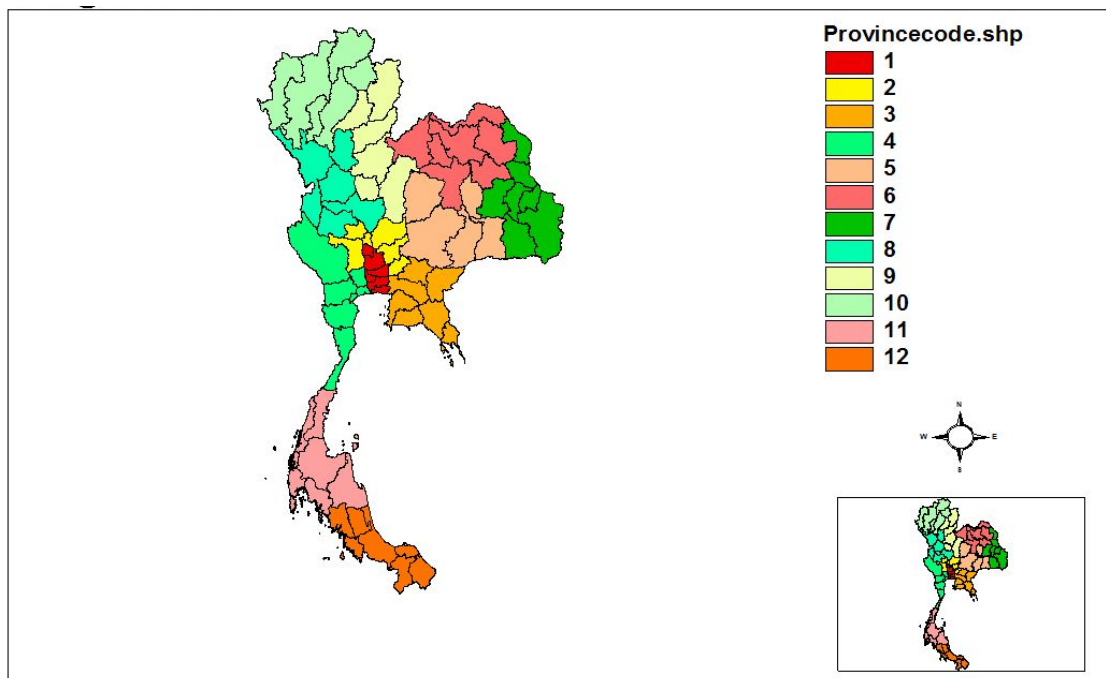
เขต 7 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ ราชบุรี, กาญจนบุรี, นครปฐม, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, เพชรบุรี, ประจวบคีรีขันธ์ และสุพรรณบุรี

เขต 8 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ นครศรีธรรมราช, กระบี่, พังงา, ภูเก็ต, สุราษฎร์ธานี, ระนอง และชุมพร

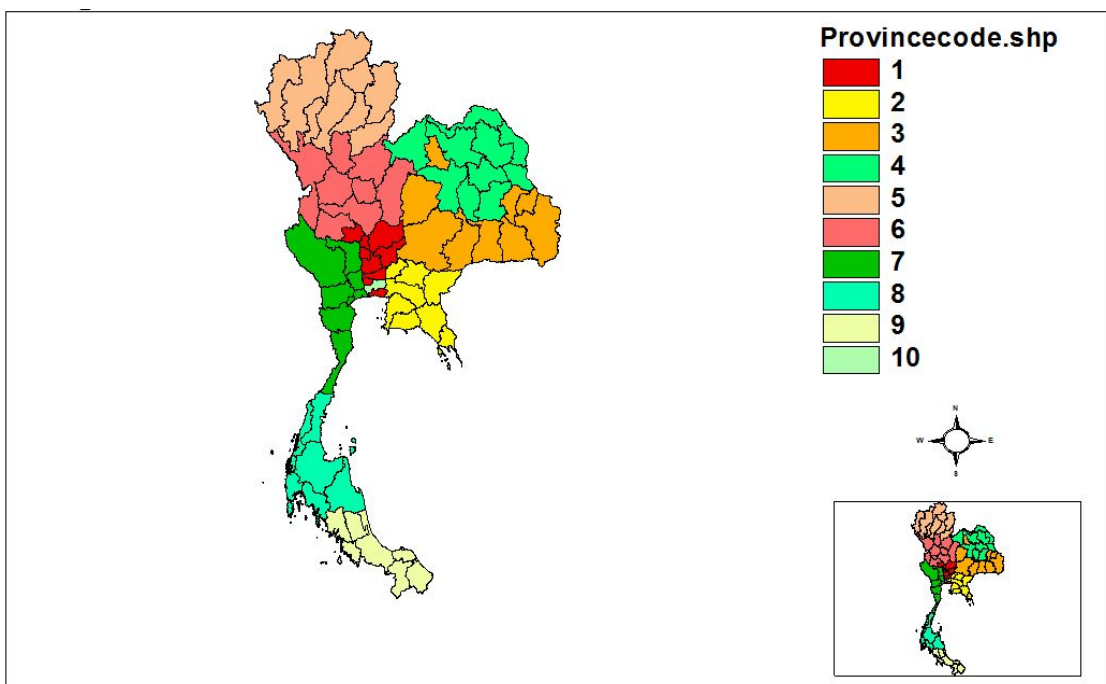
เขต 9 ประกอบด้วย 6 จังหวัด คือ สงขลา, สตูล, ตรัง, พัทลุง, ปัตตานี, ยะลา และนราธิวาส

เขต 10 ประกอบด้วย 1 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร

รูปที่ 1 เขตบริการระดับเขตตามกระทรวงสาธารณสุข



รูปที่ 2 เขตบริการระดับเขตตามกระทรวงมหาดไทย



เมื่อพิจารณาเขตบริการระดับเขตสาธารณสุข พบว่า จำนวนประชากรในแต่ละเขตมีความแตกต่างกันมาก จำนวนจิตแพทย์ทั้งหมดต่อ 100,000 ประชากร คิดเป็นร้อยละ 5.3-15.1 มีจำนวนจิตแพทย์ภาครัฐที่ให้การรักษาผู้ป่วยในต่อประชากรคิดเป็นร้อยละ 0.03-1.23 มีจิตแพทย์ต่อประชากรสูงสุดที่เขต 1 (กรุงเทพมหานคร, สมุทรปราการ, นนทบุรี, ปทุมธานี, พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง) คิดเป็นจิตแพทย์ 1.23 คนต่อ 100,000 ประชากร รองลงมาคือเขต 12 (สงขลา, สตูล, ตรัง, พัทลุง, ปัตตานี, ยะลา และนราธิวาส) คิดเป็นจิตแพทย์ 0.30 คนต่อ 100,000 ประชากร ถัดมาเป็นเขต 10 (เชียงใหม่, ลำพูน, ลำปาง, พะเยา, เชียงราย และแม่ฮ่องสอน) และเขต 3 (ราชบุรี, กาญจนบุรี, นครปฐม, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์) คิดเป็นจิตแพทย์ 0.26, 0.25 คนต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ ส่วนเขตที่มีจำนวนจิตแพทย์น้อยที่สุด คือ เขต 9 (อุตรดิตถ์, แพร่, น่าน, พิจิตร และเพชรบูรณ์) มีจิตแพทย์ 0.03 คน ต่อ 100,000 ต่อประชากร ส่วนเขตที่มีจิตแพทย์น้อยเพิ่มขึ้นจากเขต 9 คือ เขต 7 (หนองบัวลำภู, ขอนแก่น, อุรธานี, เลย, หนองคาย, กาฬสินธุ์ และสกลนคร), คิดเป็นจิตแพทย์ 0.14 ต่อ 100,000 ประชากร เขต 4 (ราชบุรี, กาญจนบุรี, นครปฐม, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์), และเขต 8 (นครสวรรค์, อุทัยธานี, กำแพงเพชร, ตาก และสุโขทัย) และเขต 8 (นครสวรรค์, อุทัยธานี, กำแพงเพชร, ตาก และสุโขทัย) คิดเป็นจิตแพทย์ตั้งแต่ 0.15 คนต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนประชากรไทย และจำนวนจิตแพทย์ จำแนกตามเขตสาธารณสุข

เขต	ประชากรไทย				จิตแพทย์ทั้งหมด		จิตแพทย์ภาครัฐ	
	ปี 2545		ปี 2544		จำนวน	ต่อ 100,000	จำนวน	ต่อ 100,000
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1	9,388,762	15.1	9,256,578	15.0	269	2.91	114	1.23
2	3,058,584	4.9	3,044,230	4.9	5	0.16	5	0.16
3	4,030,040	6.5	3,972,449	6.4	12	0.30	10	0.25
4	3,978,353	6.4	3,939,455	6.4	7	0.18	6	0.15
5	7,602,572	12.2	7,559,147	12.3	13	0.17	13	0.17
6	7,413,210	11.9	7,372,507	11.9	16	0.22	15	0.20
7	6,525,350	10.5	6,493,089	10.5	10	0.15	9	0.14
8	3,305,667	5.3	3,289,125	5.3	6	0.18	5	0.15
9	3,939,457	6.3	3,934,353	6.4	2	0.05	1	0.03
10	4,560,399	7.3	4,548,422	7.4	23	0.51	12	0.26
11	3,969,010	6.4	3,926,020	6.4	10	0.25	8	0.20
12	4,428,318	7.1	4,366,397	7.1	14	0.32	13	0.30
รวม	62,199,722	100.0	61,701,772	100.0	387	0.63	211	0.34

เมื่อพิจารณาตามเขตการบริหารของกระทรวงมหาดไทย พบว่า จำนวนประชากรในแต่ละเขตมีความแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ร้อยละ 6.4-18.3 ของประชากรทั้งประเทศ มีจำนวนจิตแพทย์ต่อประชากรสูงที่สุดที่เขต 10 (กรุงเทพมหานคร) คิดเป็นจิตแพทย์ 1.54 คนต่อ 100,000 ประชากร รองลงมาคือ เขต 1 (สมุทรปราการ, นนทบุรี, ปทุมธานี, พระนครศรีอยุธยา, อ่างทอง, ลพบุรี, สิงห์บุรี และชัยนาท) คิดเป็นจิตแพทย์ 0.56 คนต่อ 100,000 ประชากร ถัดมาเป็นเขต 9 (สงขลา, สตูล, ตรัง, พัทลุง, ปัตตานี, ยะลา และนราธิวาส) คิดเป็นจิตแพทย์ 0.30 คนต่อ 100,000 ประชากร ส่วน เขต 6 (นครสวรรค์, อุทัยธานี, กำแพงเพชร, ตาก, สุโขทัย, พิษณุโลก, พิจิตร และเพชรบูรณ์) มีจำนวนจิตแพทย์น้อยที่สุด คิดเป็นจิตแพทย์น้อยที่สุด คิดเป็นจิตแพทย์ 0.10 คน ต่อ 100,000 ประชากร ตามมาด้วยเขต 7 (ราชบุรี, กาญจนบุรี, นครปฐม, สมุทรสาคร,สมุทรสงคราม, เพชรบุรี, ประจวบคีรีขันธ์ และสุพรรณบุรี), เขต 3 (นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์, ชัยภูมิ, หนองบัวลำพู, ศรีสะเกษ, อุบลราชธานี, ยโสธร, อำนาจเจริญ และมหาสารคาม) คิดเป็นจิตแพทย์ตั้งแต่ 0.15 และ 0.17 คนต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนประชากร และจำนวนจิตแพทย์ จำแนกตามเขตมหาดไทย

เขต	ประชากรไทย				จิตแพทย์ทั้งหมด		จิตแพทย์ภาครัฐ	
	ปี 2544		ปี 2545		จำนวน	ต่อ 100,000	จำนวน	ต่อ 100,000
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1	5,617,105	9.0	5,532,998	9.0	56	1.01	31	0.56
2	4,280,805	6.9	4,222,138	6.8	12	0.28	10	0.24
3	11,329,235	18.2	11,262,956	18.3	20	0.18	19	0.17
4	10,211,897	16.4	10,161,787	16.5	19	0.19	18	0.18
5	6,005,093	9.7	5,992,406	9.7	24	0.40	12	0.20
6	5,800,430	9.3	5,779,494	9.4	7	0.12	6	0.10
7	4,840,043	7.8	4,797,693	7.8	8	0.17	7	0.15
8	3,969,010	6.4	3,926,020	6.4	10	0.25	8	0.20
9	4,428,318	7.1	4,366,397	7.1	14	0.32	13	0.30
10	5,717,786	9.2	5,659,883	9.2	217	3.83	87	1.54
รวม	62,199,722	100.0	61,701,772	100.0	387	0.63	211	0.34

เขตบริการระดับจังหวัด

การกระจายของจิตแพทย์ของประเทศไทยระดับจังหวัด ปี พ.ศ. 2544 พบว่า มีจิตแพทย์กระจายตัวในจังหวัดต่าง ๆ เพียง 37 จังหวัด จาก 76 จังหวัดทั่วประเทศ จิตแพทย์มากกว่าครึ่งกระจายตัวในกรุงเทพมหานคร จังหวัดที่มีการกระจุกตัวของจิตแพทย์ต่อ 100,000 ประชากร สูงที่สุด 3 ลำดับแรก คือนนทบุรี กรุงเทพมหานคร และสงขลา มีจำนวนจิตแพทย์ภาครัฐที่ทำงานในสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยในทางจิตเวช 17, 87 และ 12 คน คิดเป็นจิตแพทย์ 1.93, 1.54 และ 0.96 คน ต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนประชากรและจำนวนจิตแพทย์จำแนกตามจังหวัด

รหัส		จังหวัด	จำนวน ประชากร	จำนวนจิตแพทย์		สัดส่วนต่อ 100000 ประชากร	
				ทั้งหมด	ภาครัฐที่จาก การศึกษา	ทั้งหมด	ภาครัฐที่จาก การศึกษา
1	10	กรุงเทพมหานคร	5,659,883	217	87	3.83	1.54
2	11	สมุทรปราการ	1,007,720	10	6	0.99	0.60
3	12	นนทบุรี	881,253	36	17	4.09	1.93
4	13	ปทุมธานี	677,871	4	2	0.59	0.30
5	14	พระนครศรีอยุธยา	740,772	2	2	0.27	0.27
6	19	สระบุรี	598,172	4	4	0.67	0.67
7	20	ชลบุรี	1,098,775	4	4	0.36	0.36
8	21	ระยอง	535,393	1	1	0.19	0.19
9	22	จันทบุรี	499,263	4	3	0.80	0.60
10	23	ตราด	214,365	1	1	0.47	0.47
11	24	ฉะเชิงเทรา	642,750	1	-	0.16	-
12	27	สระแก้ว	534,157	1	1	0.19	0.19
13	30	นครราชสีมา	2,563,921	11	11	0.43	0.43
14	32	สุรินทร์	1,391,709	1	1	0.07	0.07
15	34	อุบลราชธานี	1,776,063	7	6	0.39	0.34
16	36	ชัยภูมิ	1,130,578	1	1	0.09	0.09
17	40	ขอนแก่น	1,755,330	13	12	0.74	0.68
18	41	อุดรธานี	1,521,586	2	2	0.13	0.13
19	42	เลย	616,334	1	1	0.16	0.16
20	48	นครพนม	694,078	3	3	0.43	0.43
21	50	เชียงใหม่	1,514,964	21	10	1.39	0.66

ตารางที่ 9 จำนวนและสัดส่วนจิตแพทย์ของประเทศไทย ปี 2544
(ต่อ)

รหัส	จังหวัด	จำนวน ประชากร	จำนวนจิตแพทย์		สัดส่วนต่อ 100000 ประชากร	
			ทั้งหมด	ภาครัฐที่จาก การศึกษา	ทั้งหมด	ภาครัฐที่จาก การศึกษา
22	52 ลำปาง	798,564	1	1	0.13	0.13
23	54 แพร่	485,458	1	-	0.21	-
24	57 เชียงราย	1,118,384	1	1	0.09	0.09
25	60 นครสวรรค์	1,127,390	5	5	0.44	0.44
26	62 กำแพงเพชร	760,607	1	-	0.13	-
27	65 พิชณุโลก	865,230	1	1	0.12	0.12
28	70 ราชบุรี	819,292	2	2	0.24	0.24
29	71 กาญจนบุรี	753,467	1	1	0.13	0.13
30	72 สุพรรณบุรี	858,238	1	1	0.12	0.12
31	73 นครปฐม	790,015	2	2	0.25	0.25
32	76 เพชรบุรี	458,010	2	1	0.44	0.22
33	80 นครศรีธรรมราช	1,525,803	1	1	0.07	0.07
34	83 ภูเก็ต	260,718	2	1	0.77	0.38
35	84 สุราษฎร์ธานี	906,382	7	6	0.77	0.66
36	90 สงขลา	1,245,723	13	12	1.04	0.96
37	95 ยะลา	448,718	1	1	0.22	0.22
ทั่วประเทศ		61,701,772	387	211	0.63	0.34

การข้ามเขตบริการทางจิตเวช

การเปรียบเทียบการข้ามเขตบริการของผู้ป่วยตามภูมิลำเนา ระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 แบ่งการข้ามเขตบริการเป็น 2 ระดับ คือ การข้ามเขตระดับเขต และ การข้ามเขตระดับจังหวัด

การข้ามเขตระดับจังหวัด

การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ปีงบประมาณ 2544-2545 มีค่าไม่แตกต่างกันมากนัก มีอัตราสูงการข้ามเขตระดับจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 29-30 ในขณะที่มีการข้ามเขตระดับเขตไม่ว่าจะเป็นเขต สาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 13 ส่วนการข้ามเขตมหาดไทยคิดเป็นร้อยละ 14 ซึ่งการข้ามเขตระดับเขต มีค่าไม่แตกต่างกันในระหว่าง 2 เขต ดังตารางที่ 10

การข้ามเขตระดับจังหวัด

จากข้อมูลการใช้บริการทางจิตเวชจากสถานพยาบาลทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 พบว่า เป็นการให้หรือใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชจำนวน 70,019 และ 70,155 ครั้ง ตามลำดับ ดังตารางที่ 11

เมื่อพิจารณาความแตกต่างที่มากกว่าร้อยละ 5 พบว่า จังหวัดที่ไม่มีความแตกต่างของการส่งออกระหว่างปีงบประมาณ 2544 เทียบกับปีงบประมาณ 2545 จำนวน 21 จังหวัด มีการส่งผู้ป่วยออกรักษาต่างจังหวัดเพิ่มขึ้นจำนวน 27 จังหวัด และมีการส่งผู้ป่วยไปรักษาในจังหวัดอื่น ๆ ลดลงจำนวน 28 จังหวัด ดังรูปที่ 3-4

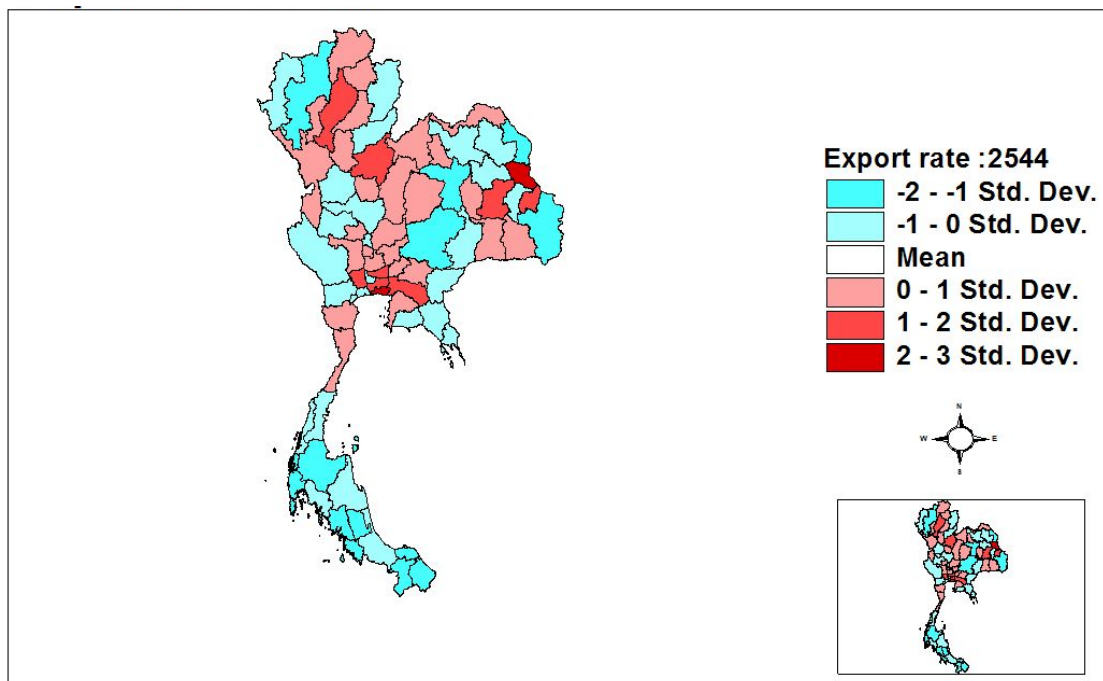
เมื่อพิจารณาความแตกต่างที่มากกว่าร้อยละ 5 พบว่า จังหวัดที่ไม่มีความแตกต่างของการนำเข้าผู้ป่วยระหว่างปีงบประมาณ 2544 เทียบกับปีงบประมาณ 2545 จำนวน 59 จังหวัด มีการนำผู้ป่วยเข้ามารักษาในจังหวัดเพิ่มขึ้นจำนวน 10 จังหวัด และมีการนำผู้ป่วยเข้ามารักษาในจังหวัดลดลงจำนวน 7 จังหวัด ดังรูปที่ 5-6

จังหวัดที่ทำหน้าที่เป็นแม่เหล็กดึงดูดผู้ป่วยจากจังหวัดรอบข้างเข้ามาใช้บริการ (import) จังหวัดนนทบุรี นครราชสีมา อุบลราชธานี ขอนแก่น นครพนม เชียงใหม่ นครสวรรค์ สงขลา ซึ่งเป็นจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ยกเว้นจังหวัดยะลา พิจารณาได้จาก ดัชนี “อัตราส่วนข้ามเขตสุทธิ” (Net flow ratio; NFR) ซึ่งเทียบระหว่างการส่งออกต่อการนำเข้า ($NFR = \text{Export/Import}$) มีค่าน้อยกว่า 1 ซึ่งผู้ป่วยมีการข้ามเขตมาใช้บริการเป็นการรวมการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบและการที่ผู้ป่วยข้ามเขตเองโดยไม่ผ่านระบบส่งต่อเข้าด้วยกัน ดังรูปที่ 7-8

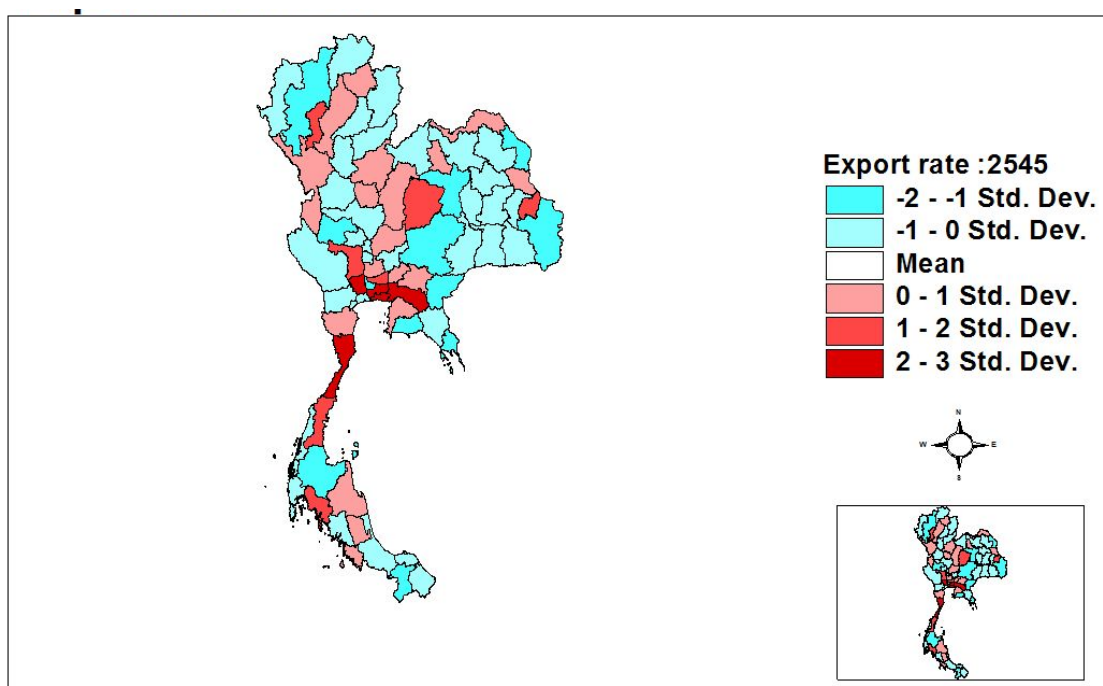
ตารางที่ 10 ร้อยละของการข้ามเขตการใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชจำแนกตามปี

	ปี 2544	ปี 2545
ระดับจังหวัด (76 จังหวัด)	29.97	28.97
ระดับเขตสาธารณสุข (12 เขต)	13.46	13.05
ระดับเขตมหาดไทย (10 เขต)	14.11	14.23

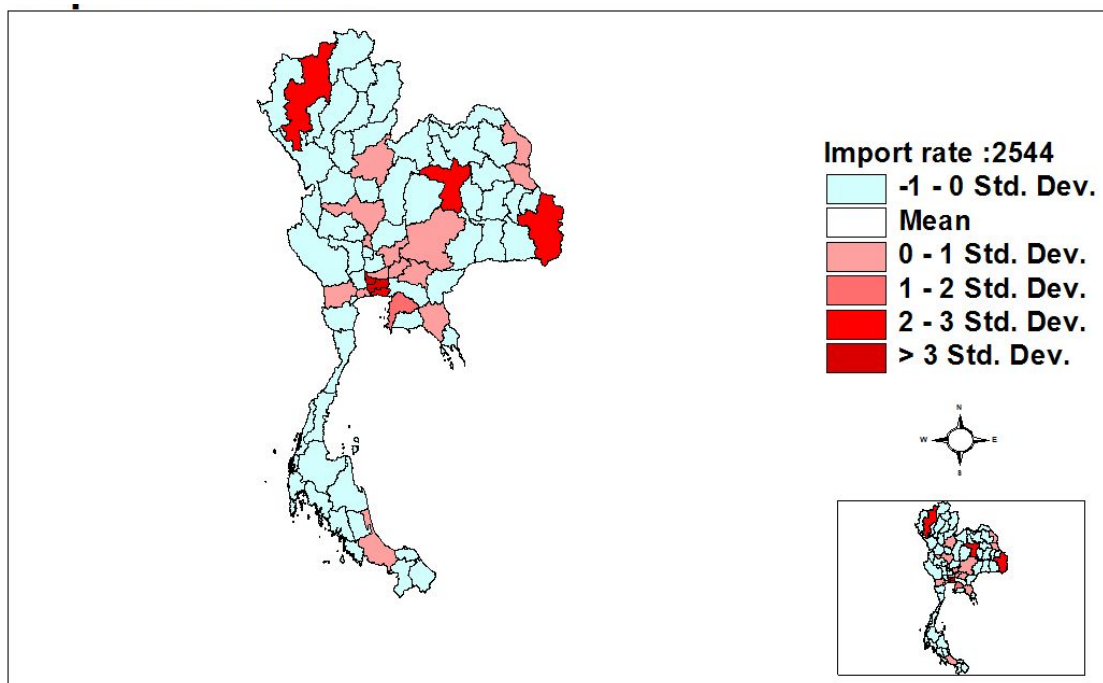
รูปที่ 3 อัตราส่วนส่งออก (Export Rate) ผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศ ปีงบประมาณ 2544



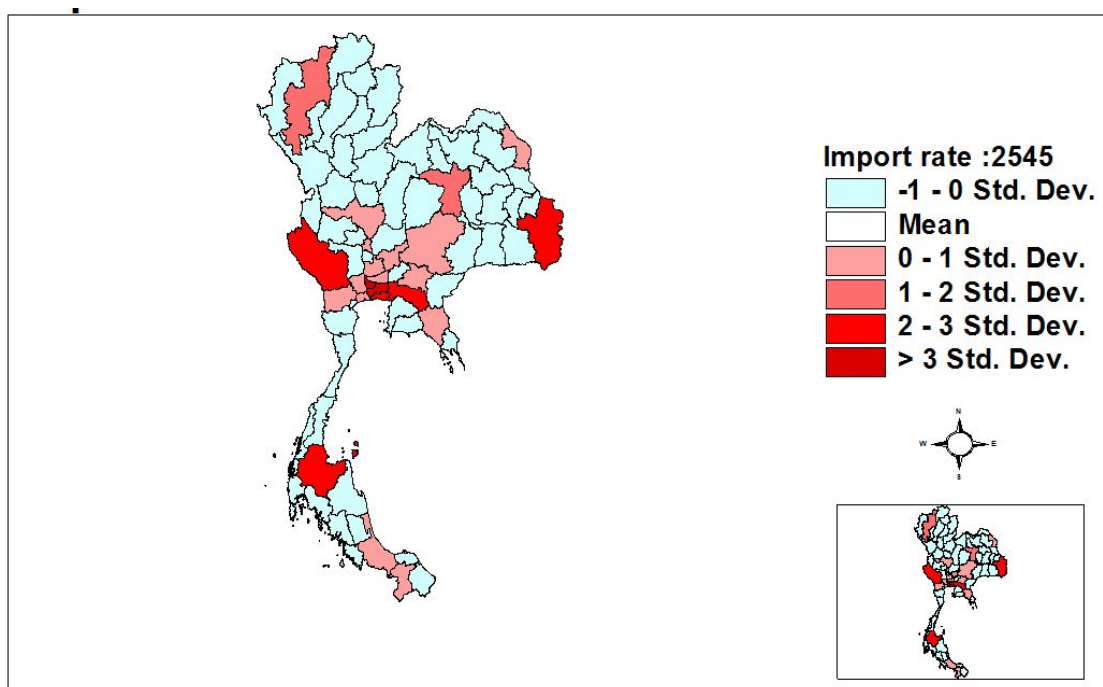
รูปที่ 4 อัตราส่วนส่งออก(Export Rate) ผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศ ปีงบประมาณ 2545



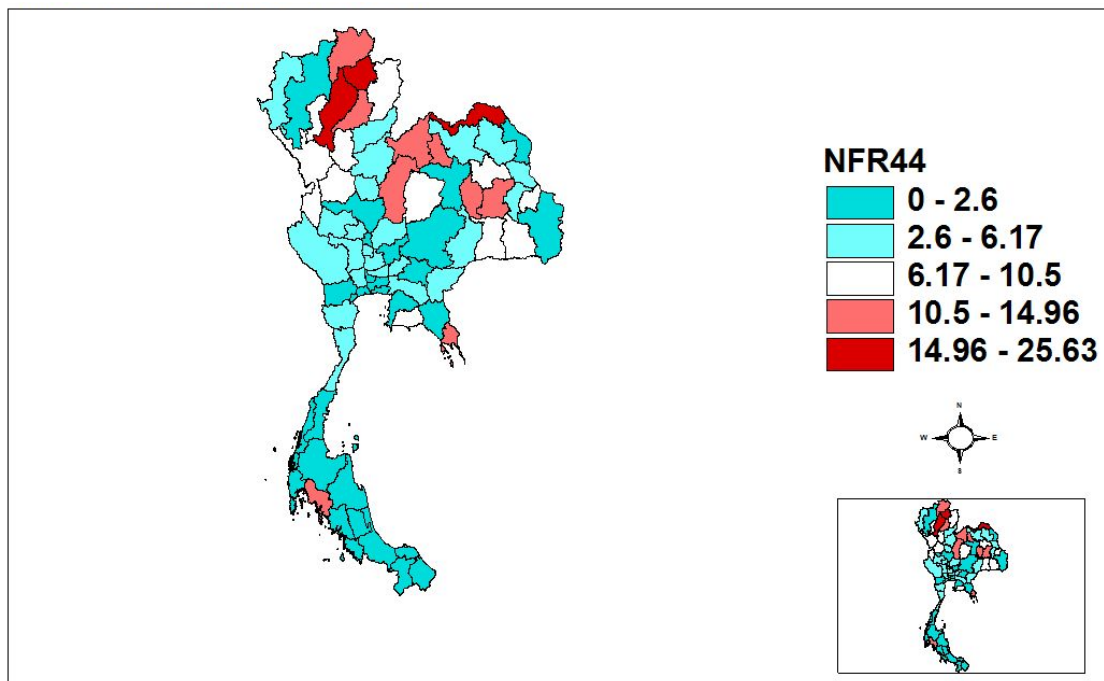
รูปที่ 5 อัตราส่วนนำเข้า (Import Rate) ผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศ ปีงบประมาณ 2544



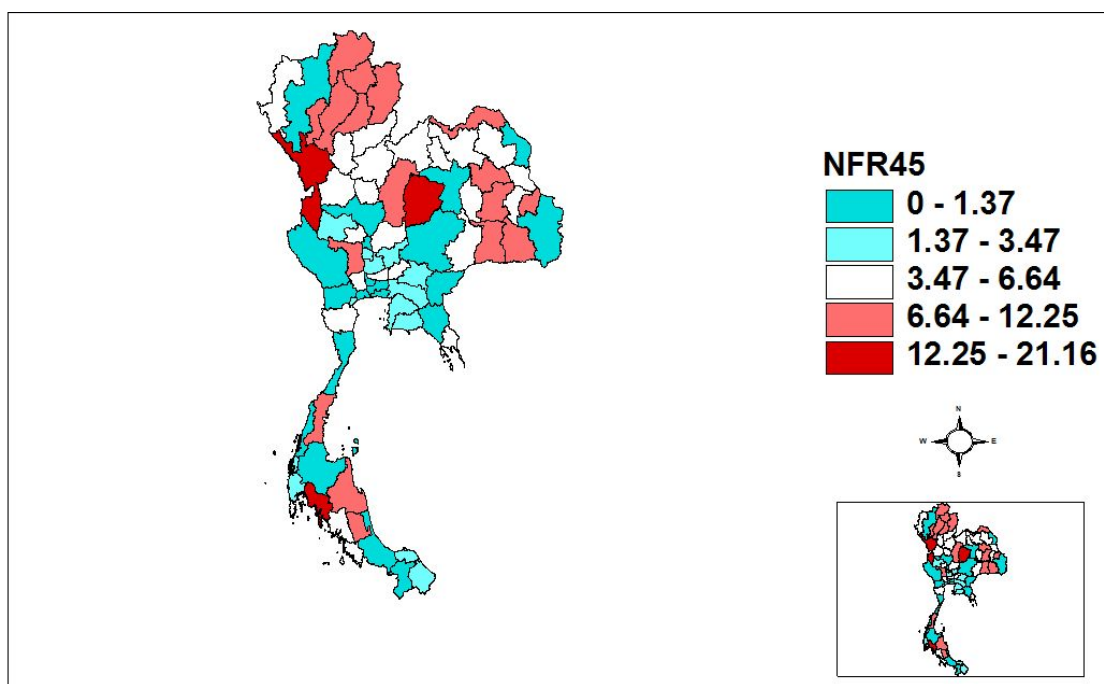
รูปที่ 6 อัตราส่วนนำเข้า (Import Rate) ผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศ ปีงบประมาณ 2545



รูปที่ 7 อัตราส่วนการส่งออกสุทธิ (Net Flow Ratio) ของผู้ป่วยในทางจิตเวช ปีงบประมาณ 2544



รูปที่ 8 อัตราส่วนการส่งออกสุทธิ (Net Flow Ratio) ของผู้ป่วยในทางจิตเวช ปีงบประมาณ 2545



ตารางที่ 11 การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545

รหัส	จังหวัด	ปี	ประชากร	ใช้บริการ		ให้บริการ		ส่งออก		นำเข้า		ส่งออกสุทธิ		
				ราย	ต่อ10000 คน	ราย	ต่อ10000 คน	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
1	10	กรุงเทพมหานคร*	ปี 2544	5,659,883	3,181	5.62	2,638	4.66	2,107	66.24	1,564	59.29	1.35	1.12
			ปี 2545	5,717,786	2,626	4.59	1,371	2.40	2,219	84.50	964	70.31	2.30	1.20
2	11	สมุทรปราการ*	ปี 2544	1,007,720	442	4.39	59	0.59	410	92.76	27	45.76	15.19	2.03
			ปี 2545	1,023,873	413	4.03	151	1.47	360	87.17	98	64.90	3.67	1.34
3	12	นนทบุรี*	ปี 2544	881,253	736	8.35	6,168	69.99	143	19.43	5,575	90.39	0.03	0.21
			ปี 2545	902,392	919	10.18	6,674	73.96	90	9.79	5,845	87.58	0.02	0.11
4	13	ปทุมธานี*	ปี 2544	677,871	643	9.49	278	4.10	401	62.36	36	12.95	11.14	4.82
			ปี 2545	707,377	677	9.57	274	3.87	443	65.44	40	14.60	11.08	4.48
5	14	พระนครศรีอยุธยา*	ปี 2544	740,772	950	12.82	602	8.13	417	43.89	69	11.46	6.04	3.83
			ปี 2545	747,262	955	12.78	682	9.13	372	38.95	99	14.52	3.76	2.68
6	15	อ่างทอง	ปี 2544	289,079	446	15.43	335	11.59	148	33.18	37	11.04	4.00	3.00
			ปี 2545	290,072	454	15.65	353	12.17	141	31.06	40	11.33	3.53	2.74
7	16	ลพบุรี	ปี 2544	764,582	964	12.61	704	9.21	320	33.20	60	8.52	5.33	3.89
			ปี 2545	767,445	771	10.05	487	6.35	324	42.02	40	8.21	8.10	5.12
8	17	สิงห์บุรี	ปี 2544	222,894	376	16.87	377	16.91	95	25.27	96	25.46	0.99	0.99
			ปี 2545	223,098	415	18.60	395	17.71	91	21.93	71	17.97	1.28	1.22
9	18	ชัยนาท	ปี 2544	350,655	475	13.55	336	9.58	161	33.89	22	6.55	7.32	5.18
			ปี 2545	350,282	559	15.96	425	12.13	159	28.44	25	5.88	6.36	4.84

ตารางที่ 11 การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545

(ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	ประชากร	ใช้บริการ		ให้บริการ		ส่งออก		นำเข้า		ส่งออกสุทธิ		
				ราย	ต่อ10000	ราย	ต่อ10000	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
				คน		คน								
10	19	สระบุรี*	ปี 2544	598,172	659	11.02	526	8.79	235	35.66	102	19.39	2.30	1.84
			ปี 2545	605,304	618	10.21	493	8.14	209	33.82	84	17.04	2.49	1.98
11	20	ชลบุรี*	ปี 2544	1,098,775	617	5.62	543	4.94	241	39.06	167	30.76	1.44	1.27
			ปี 2545	1,124,534	599	5.33	418	3.72	235	39.23	54	12.92	4.35	3.04
12	21	ระยอง*	ปี 2544	535,393	599	11.19	486	9.08	127	21.20	14	2.88	9.07	7.36
			ปี 2545	545,645	728	13.34	677	12.41	92	12.64	41	6.06	2.24	2.09
13	22	จันทบุรี*	ปี 2544	499,263	799	16.00	782	15.66	169	21.15	152	19.44	1.11	1.09
			ปี 2545	505,445	197	3.90	186	3.68	52	26.40	41	22.04	1.27	1.20
14	23	ตราด*	ปี 2544	214,365	456	21.27	364	16.98	98	21.49	6	1.65	16.33	13.04
			ปี 2545	215,207	394	18.31	355	16.50	46	11.68	7	1.97	6.57	5.92
15	24	ฉะเชิงเทรา*	ปี 2544	642,750	448	6.97	162	2.52	304	67.86	18	11.11	16.89	6.11
			ปี 2545	648,572	210	3.24	4	0.06	208	99.05	2	50.00	104.00	1.98
16	25	ปราจีนบุรี	ปี 2544	447,746	717	16.01	595	13.29	234	32.64	112	18.82	2.09	1.73
			ปี 2545	452,109	290	6.41	161	3.56	160	55.17	31	19.25	5.16	2.87
17	26	นครนายก	ปี 2544	249,689	237	9.49	141	5.65	115	48.52	19	13.48	6.05	3.60
			ปี 2545	250,765	247	9.85	155	6.18	107	43.32	15	9.68	7.13	4.48
18	27	สระแก้ว*	ปี 2544	534,157	454	8.50	362	6.78	113	24.89	21	5.80	5.38	4.29
			ปี 2545	538,528	712	13.22	752	13.96	55	7.72	95	12.63	0.58	0.61

ตารางที่ 11 การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 (ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	ประชากร	ใช้บริการ		ให้บริการ		ส่งออก		นำเข้า		ส่งออกสุทธิ		
				ราย	ต่อ10000	ราย	ต่อ10000	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
				คน		คน								
19	30	นครราชสีมา *	ปี 2544	2,563,921	4,385	17.10	5,593	21.81	206	4.70	1,414	25.28	0.15	0.19
			ปี 2545	2,579,618	4,285	16.61	5,080	19.69	202	4.71	997	19.63	0.20	0.24
20	31	บุรีรัมย์	ปี 2544	1,533,230	2,392	15.60	1,834	11.96	674	28.18	116	6.32	5.81	4.45
			ปี 2545	1,545,159	2,313	14.97	1,896	12.27	518	22.40	101	5.33	5.13	4.20
21	32	สุรินทร์ *	ปี 2544	1,391,709	2,322	16.68	1,444	10.38	937	40.35	59	4.09	15.88	9.88
			ปี 2545	1,398,900	1,891	13.52	1,357	9.70	578	30.57	44	3.24	13.14	9.43
22	33	ศรีสะเกษ	ปี 2544	1,450,899	2,031	14.00	1,224	8.44	866	42.64	59	4.82	14.68	8.85
			ปี 2545	1,458,463	2,776	19.03	1,998	13.70	854	30.76	76	3.80	11.24	8.09
23	34	อุบลราชธานี *	ปี 2544	1,776,063	2,968	16.71	5,189	29.22	76	2.56	2,297	44.27	0.03	0.06
			ปี 2545	1,789,057	2,137	11.94	4,238	23.69	117	5.47	2,218	52.34	0.05	0.10
24	35	ยโสธร	ปี 2544	552,454	1,371	24.82	1,088	19.69	349	25.46	66	6.07	5.29	4.20
			ปี 2545	553,610	1,379	24.91	1,101	19.89	338	24.51	60	5.45	5.63	4.50
25	36	ชัยภูมิ*	ปี 2544	1,130,578	1,209	10.69	742	6.56	496	41.03	29	3.91	17.10	10.50
			ปี 2545	1,136,185	742	6.53	253	2.23	498	67.12	9	3.56	55.33	18.87
26	37	อำนาจเจริญ	ปี 2544	367,745	315	8.57	94	2.56	228	72.38	7	7.45	32.57	9.72
			ปี 2545	369,885	413	11.17	183	4.95	241	58.35	11	6.01	21.91	9.71
27	39	หนองบัวลำภู	ปี 2544	496,357	324	6.53	195	3.93	135	41.67	6	3.08	22.50	13.54
			ปี 2545	498,358	382	7.67	261	5.24	136	35.60	15	5.75	9.07	6.19

ตารางที่ 11 การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 (ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	ประชากร	ให้บริการ		ให้บริการ		ส่งออก		นำเข้า		ส่งออกสุทธิ		
				ราย	ต่อ10000	ราย	ต่อ10000	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
				คน		คน								
28	40	ขอนแก่น*	ปี 2544	1,755,330	2,152	12.26	4,117	23.45	92	4.28	2,057	49.96	0.04	0.09
			ปี 2545	1,766,044	2,297	13.01	4,173	23.63	107	4.66	1,983	47.52	0.05	0.10
29	41	อุดรธานี *	ปี 2544	1,521,586	1,362	8.95	1,055	6.93	372	27.31	65	6.16	5.72	4.43
			ปี 2545	1,530,650	1,560	10.19	1,243	8.12	396	25.38	79	6.36	5.01	3.99
30	42	เลย *	ปี 2544	616,334	337	5.47	186	3.02	158	46.88	7	3.76	22.57	12.46
			ปี 2545	619,169	305	4.93	225	3.63	90	29.51	10	4.44	9.00	6.64
31	43	หนองคาย	ปี 2544	899,419	619	6.88	308	3.42	318	51.37	7	2.27	45.43	22.60
			ปี 2545	904,342	632	6.99	373	4.12	276	43.67	17	4.56	16.24	9.58
32	44	มหาสารคาม	ปี 2544	939,709	902	9.60	561	5.97	358	39.69	17	3.03	21.06	13.10
			ปี 2545	942,710	1,332	14.13	1,013	10.75	365	27.40	46	4.54	7.93	6.03
33	45	ร้อยเอ็ด	ปี 2544	1,319,256	1,065	8.07	364	2.76	718	67.42	17	4.67	42.24	14.44
			ปี 2545	1,322,550	2,246	16.98	1,655	12.51	656	29.21	65	3.93	10.09	7.44
34	46	กาฬสินธุ์	ปี 2544	985,273	1,341	13.61	1,017	10.32	361	26.92	37	3.64	9.76	7.40
			ปี 2545	990,039	1,455	14.70	1,090	11.01	396	27.22	31	2.84	12.77	9.57
35	47	สกลนคร	ปี 2544	1,098,208	966	8.80	692	6.30	310	32.09	36	5.20	8.61	6.17
			ปี 2545	1,104,608	1,019	9.22	751	6.80	313	30.72	45	5.99	6.96	5.13
36	48	นครพนม *	ปี 2544	694,078	841	12.12	913	13.15	86	10.23	158	17.31	0.54	0.59
			ปี 2545	696,746	673	9.66	700	10.05	85	12.63	112	16.00	0.76	0.79

ตารางที่ 11 การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 (ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	ประชากร	ให้บริการ		ให้บริการ		ส่งออก		นำเข้า		ส่งออกสุทธิ		
				ราย	ต่อ10000 คน	ราย	ต่อ10000 คน	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
37	49	มุกดาหาร	ปี 2544	332,594	164	4.93	35	1.05	134	81.71	5	14.29	26.80	5.72
			ปี 2545	335,039	191	5.70	91	2.72	109	57.07	9	9.89	12.11	5.77
38	50	เชียงใหม่ *	ปี 2544	1,514,964	3,967	26.19	8,738	57.68	87	2.19	4,858	55.60	0.02	0.04
			ปี 2545	1,512,405	3,225	21.32	5,665	37.46	261	8.09	2,701	47.68	0.10	0.17
39	51	ลำพูน	ปี 2544	405,697	1,229	30.29	652	16.07	613	49.88	36	5.52	17.03	9.03
			ปี 2545	406,872	656	16.12	287	7.05	389	59.30	20	6.97	19.45	8.51
40	52	ลำปาง*	ปี 2544	798,564	1,329	16.64	585	7.33	757	56.96	13	2.22	58.23	25.63
			ปี 2545	797,713	1,046	13.11	598	7.50	472	45.12	24	4.01	19.67	11.24
41	53	อุดรดิตถ์	ปี 2544	481,580	1,009	20.95	785	16.30	261	25.87	37	4.71	7.05	5.49
			ปี 2545	482,523	544	11.27	397	8.23	181	33.27	34	8.56	5.32	3.89
42	54	แพร่*	ปี 2544	485,458	1,037	21.36	660	13.60	396	38.19	19	2.88	20.84	13.26
			ปี 2545	484,145	880	18.18	635	13.12	264	30.00	19	2.99	13.89	10.03
43	55	น่าน	ปี 2544	476,946	1,110	23.27	922	19.33	213	19.19	25	2.71	8.52	7.08
			ปี 2545	478,026	994	20.79	830	17.36	176	17.71	12	1.45	14.67	12.25
44	56	พะเยา	ปี 2544	500,809	1,102	22.00	583	11.64	530	48.09	11	1.89	48.18	25.49
			ปี 2545	500,506	928	18.54	595	11.89	361	38.90	28	4.71	12.89	8.27
45	57	เชียงราย *	ปี 2544	1,118,384	2,044	18.28	1,199	10.72	887	43.40	42	3.50	21.12	12.39
			ปี 2545	1,130,301	2,057	18.20	1,478	13.08	629	30.58	50	3.38	12.58	9.04

ตารางที่ 11 การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 (ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	ประชากร	ให้บริการ		ให้บริการ		ส่งออก		นำเข้า		ส่งออกสุทธิ		
				ราย	ต่อ10000 คน	ราย	ต่อ10000 คน	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
46	58	แม่ฮ่องสอน	ปี 2544	210,004	474	22.57	347	16.52	147	31.01	20	5.76	7.35	5.38
			ปี 2545	212,602	427	20.08	354	16.65	91	21.31	18	5.08	5.06	4.19
47	60	นครสวรรค์*	ปี 2544	1,127,390	1,462	12.97	1,508	13.38	222	15.18	268	17.77	0.83	0.85
			ปี 2545	1,129,456	1,404	12.43	1,523	13.48	227	16.17	346	22.72	0.66	0.71
48	61	อุทัยธานี	ปี 2544	333,612	448	13.43	385	11.54	84	18.75	21	5.45	4.00	3.44
			ปี 2545	335,900	859	25.57	819	24.38	87	10.13	47	5.74	1.85	1.76
49	62	กำแพงเพชร*	ปี 2544	760,607	1,092	14.36	778	10.23	352	32.23	38	4.88	9.26	6.60
			ปี 2545	762,600	1,142	14.98	873	11.45	313	27.41	44	5.04	7.11	5.44
50	63	ตาก	ปี 2544	444,113	644	14.50	395	8.89	274	42.55	25	6.33	10.96	6.72
			ปี 2545	453,249	332	7.32	157	3.46	179	53.92	4	2.55	44.75	21.16
51	64	สุโขทัย	ปี 2544	623,403	794	12.74	416	6.67	401	50.50	23	5.53	17.43	9.13
			ปี 2545	624,462	812	13.00	579	9.27	270	33.25	37	6.39	7.30	5.20
52	65	พิษณุโลก*	ปี 2544	865,230	563	6.51	273	3.16	339	60.21	49	17.95	6.92	3.35
			ปี 2545	863,894	596	6.90	390	4.51	248	41.61	42	10.77	5.90	3.86
53	66	พิจิตร	ปี 2544	590,759	531	8.99	376	6.36	200	37.66	45	11.97	4.44	3.15
			ปี 2545	591,334	544	9.20	371	6.27	200	36.76	27	7.28	7.41	5.05
54	67	เพชรบูรณ์	ปี 2544	1,034,380	1,006	9.73	588	5.68	435	43.24	17	2.89	25.59	14.96
			ปี 2545	1,039,535	1,026	9.87	661	6.36	386	37.62	21	3.18	18.38	11.84

ตารางที่ 11 การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545

(ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	ประชากร	ใช้บริการ		ให้บริการ		ส่งออก		นำเข้า		ส่งออกสุทธิ		
				ราย	ต่อ10000	ราย	ต่อ10000	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
				คน		คน								
55	70	ราชบุรี *	ปี 2544	819,292	1,225	14.95	1,270	15.50	191	15.59	236	18.58	0.81	0.84
			ปี 2545	824,322	710	8.61	676	8.20	153	21.55	119	17.60	1.29	1.22
56	71	กาญจนบุรี*	ปี 2544	753,467	705	9.36	541	7.18	188	26.67	24	4.44	7.83	6.01
			ปี 2545	761,177	783	10.29	1,227	16.12	189	24.14	633	51.59	0.30	0.47
57	72	สุพรรณบุรี *	ปี 2544	858,238	715	8.33	437	5.09	317	44.34	39	8.92	8.13	4.97
			ปี 2545	861,690	473	5.49	152	1.76	336	71.04	15	9.87	22.40	7.20
58	73	นครปฐม *	ปี 2544	790,015	577	7.30	210	2.66	392	67.94	25	11.90	15.68	5.71
			ปี 2545	800,084	486	6.07	103	1.29	401	82.51	18	17.48	22.28	4.72
59	74	สมุทรสาคร	ปี 2544	434,326	935	21.53	908	20.91	198	21.18	171	18.83	1.16	1.12
			ปี 2545	441,663	732	16.57	674	15.26	178	24.32	120	17.80	1.48	1.37
60	75	สมุทรสงคราม	ปี 2544	203,935	383	18.78	316	15.50	101	26.37	34	10.76	2.97	2.45
			ปี 2545	204,686	453	22.13	407	19.88	77	17.00	31	7.62	2.48	2.23
61	76	เพชรบุรี*	ปี 2544	458,010	321	7.01	188	4.10	152	47.35	19	10.11	8.00	4.69
			ปี 2545	460,334	313	6.80	199	4.32	129	41.21	15	7.54	8.60	5.47
62	77	ประจวบคีรีขันธ์	ปี 2544	480,410	282	5.87	207	4.31	93	32.98	18	8.70	5.17	3.79
			ปี 2545	486,087	148	3.04	7	0.14	141	95.27	-	-	-	-
63	80	นครศรีธรรมราช*	ปี 2544	1,525,803	588	3.85	536	3.51	80	13.61	28	5.22	2.86	2.60
			ปี 2545	1,532,498	1,487	9.70	827	5.40	697	46.87	37	4.47	18.84	10.48

ตารางที่ 11 การข้ามเขตรับบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545

(ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	ประชากร	ให้บริการ		ให้บริการ		ส่งออก		นำเข้า		ส่งออกสุทธิ		
				ราย	ต่อ10000 คน	ราย	ต่อ10000 คน	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
64	81	กระบี่	ปี 2544	371,641	205	5.52	159	4.28	49	23.90	3	1.89	16.33	12.67
			ปี 2545	377,793	315	8.34	82	2.17	236	74.92	3	3.66	78.67	20.48
65	82	พังงา	ปี 2544	237,357	303	12.77	309	13.02	12	3.96	18	5.83	0.67	0.68
			ปี 2545	239,254	535	22.36	448	18.72	119	22.24	32	7.14	3.72	3.11
66	83	ภูเก็ต *	ปี 2544	260,718	334	12.81	333	12.77	11	3.29	10	3.00	1.10	1.10
			ปี 2545	269,782	646	23.95	568	21.05	93	14.40	15	2.64	6.20	5.45
67	84	สุราษฎร์ธานี*	ปี 2544	906,382	374	4.13	347	3.83	45	12.03	18	5.19	2.50	2.32
			ปี 2545	919,100	1,435	15.61	3,224	35.08	27	1.88	1,816	56.33	0.01	0.03
68	85	ระนอง	ปี 2544	157,133	79	5.03	63	4.01	16	20.25	-	-	-	-
			ปี 2545	158,528	294	18.55	205	12.93	89	30.27	-	-	-	-
69	86	ชุมพร	ปี 2544	466,986	120	2.57	107	2.29	20	16.67	7	6.54	2.86	2.55
			ปี 2545	472,055	401	8.49	157	3.33	258	64.34	14	8.92	18.43	7.22
70	90	สงขลา*	ปี 2544	1,245,723	242	1.94	257	2.06	54	22.31	69	26.85	0.78	0.83
			ปี 2545	1,267,578	900	7.10	1,030	8.13	119	13.22	249	24.17	0.48	0.55
71	91	สตูล	ปี 2544	266,947	200	7.49	197	7.38	14	7.00	11	5.58	1.27	1.25
			ปี 2545	270,655	200	7.39	126	4.66	84	42.00	10	7.94	8.40	5.29
72	92	ตรัง	ปี 2544	595,923	495	8.31	504	8.46	25	5.05	34	6.75	0.74	0.75
			ปี 2545	602,385	557	9.25	424	7.04	161	28.90	28	6.60	5.75	4.38

ตารางที่ 11 การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 (ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	ประชากร	ให้บริการ		ให้บริการ		ส่งออก		นำเข้า		ส่งออกสุทธิ		
				ราย	ต่อ10000 คน	ราย	ต่อ10000 คน	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
73	93	พัทลุง	ปี 2544	502,537	447	8.89	445	8.86	29	6.49	27.00	6.07	1.07	1.07
			ปี 2545	504,154	247	4.90	135	2.68	121	48.99	9.00	6.67	13.44	7.35
74	94	ปัตตานี	ปี 2544	617,847	376	6.09	370	5.99	40	10.64	34.00	9.19	1.18	1.16
			ปี 2545	627,562	517	8.24	404	6.44	160	30.95	47.00	11.63	3.40	2.66
75	95	ยะลา *	ปี 2544	448,718	420	9.36	448	9.98	14	3.33	42.00	9.38	0.33	0.36
			ปี 2545	457,271	492	10.76	515	11.26	63	12.80	86.00	16.70	0.73	0.77
76	96	นราธิวาส	ปี 2544	688,702	587	8.52	568	8.25	32	5.45	13.00	2.29	2.46	2.38
			ปี 2545	698,713	747	10.69	659	9.43	118	15.80	30.00	4.55	3.93	3.47
		ประเทศ	ปี 2544	61,701,772	70,019	11.35	70,019	11.35	20,983	29.97	20,983.00	29.97	1.00	1.00
			ปี 2545	62,199,722	70,155	11.28	70,155	11.28	20,321	28.97	20,321.00	28.97	1.00	1.00

หมายเหตุ: * หมายถึง จังหวัดที่มีจิตแพทย์ในภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ปฏิบัติงานอยู่

2. ประเมินลักษณะของผู้ป่วย (patient characteristic)

การประเมินลักษณะของผู้ป่วยส่วนนี้ หมายถึง ลักษณะของผู้ป่วยในทางจิตเวชที่มารับบริการที่มีความสัมพันธ์กับความยาก-ง่ายของการรักษาและเป็นข้อมูลมาตรฐานทางสังคมศาสตร์ (standard socio-demographic information) ประกอบด้วย

2.1 วินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคที่ใช้ในการศึกษานี้ พิจารณาตามเกณฑ์การจัดกลุ่มตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) โดยใช้รหัส ICD-10 ตามวินิจฉัยโรคที่หนึ่งเป็นหลัก ในการจัดกลุ่มผู้ป่วย ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 กลุ่มโรคทางจิตเวชตามระบบ DSM-IV

DIAGNOSIS
1. DISORDERS USUALLY FIRST DIAGNOSED IN INFANCY, CHILDHOOD, OR ADOLESCENCE
1.1 MENTAL RETARDATION
1.2 LEARNING DISORDERS
1.3 MOTOR SKILLS DISORDER
1.4 COMMUNICATION DISORDERS
1.5 PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS
1.6 ATTENTION-DEFICIT AND DISRUPTIVE BEHAVIOR DISORDERS
1.7 FEEDING AND EATING DISORDERS OF INFANCY OR EARLY CHILDHOOD
1.8 TIC DISORDERS
1.9 ELIMINATION DISORDERS
1.10 OTHER DISORDERS OF INFANCY, CHILDHOOD, OR ADOLESCENCE
2. DELIRIUM, DEMENTIA, AND AMNESTIC AND OTHER COGNITIVE DISORDERS
2.1 DELIRIUM
2.2 DEMENTIA
2.3 AMNESTIC DISORDERS
2.4 OTHER COGNITIVE DISORDERS
3. MENTAL DISORDERS DUE TO A GENERAL MEDICAL CONDITION NOT ELSEWHERE CLASSIFIED
4. SUBSTANCE-RELATED DISORDERS
4.1 ALCOHOL-RELATED DISORDERS
4.2 AMPHETAMINE (OR AMPHETAMINE-LIKE) -RELATED DISORDERS
4.3 CAFFEINE-RELATED DISORDERS
4.4 CANNABIS-RELATED DISORDERS
4.5 COCAINE-RELATED DISORDERS
4.6 HALLUCINOGEN-RELATED DISORDERS
4.7 INHALANT-RELATED DISORDERS

ตารางที่ 12 กลุ่มโรคทางจิตเวชตามระบบ DSM-IV

(ต่อ)

DIAGNOSIS
4. SUBSTANCE-RELATED DISORDERS
4.8 NICOTINE-RELATED DISORDERS
4.9 OPIOID-RELATED DISORDERS
4.10 PHENCYCLIDINE (OR PHENCYCYCLIDINE-LIKE) -RELATED DISORDERS
4.11 SEDATIVE-, HYPNOTIC-, OR ANXIOLYTIC-RELATED DISORDERS
4.12 POLYSUBSTANCE-RELATED DISORDER
4.13 OTHER (OR UNKNOWN) SUBSTANCE-RELATED DISORDERS
5. SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS
6. MOOD DISORDERS
6.1 DEPRESSIVE DISORDERS
6.2 BIPOLAR DISORDERS
7. ANXIETY DISORDERS
8. SOMATOFORM DISORDERS
9. FACTITIOUS
10. DISSOCIATIVE DISORDERS
11. SEXUAL AND GENDER IDENTITY DISORDERS
11.1 SEXUAL DYSFUNCTIONS
11.2 PARAPHILIAS
11.3 GENDER IDENTITY DISORDERS
12. EATING DISORDERS
13. SLEEP DISORDERS
13.1 PRIMARY SLEEP DISORDERS
13.2 SLEEP DISORDERS RELATED TO ANOTHER MENTAL DISORDERS
13.3 OTHER SLEEP DISORDERS
14. IMPULSE-CONTROL DISORDERS NOT ELSEWHERE CLASSIFIED
15. ADJUSTMENT DISORDERS
16. PERSONALITY DISORDERS
17. OTHER CONDITIONS THAT MAY BE A FOCUS OF CLINICAL ATTENTION
17.1 PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING MEDICAL CONDITION
17.2 MEDICATION-INDUCED MOVEMENT DISORDERS
17.3 OTHER MEDICATION-INDUCED DISORDER
17.4 RELATIONAL PROBLEMS
17.5 PROBLEMS RELATED TO ABUSE OR NEGLECT
17.6 ADDITIONAL CONDITIONS THAT MAY BE A FOCUS OF CLINICAL ATTENTION
18. ADDITIONAL CODES

ผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2544-2545 มีลำดับความผิดปกติหรือโรคทางจิตเวชที่เป็นในลำดับที่ไม่แตกต่างกัน โดยโรคหรือความผิดปกติที่พบมากที่สุด คือ โรคจิตชนิดจิตเภท (Schizophrenia and Acute psychotic disorders) คิดเป็นร้อยละ 37.46-35.24 รองลงมาคือความผิดปกติจากการติดยาและสารเสพติดชนิดต่าง ๆ (Substance-Related disorders) คิดเป็นร้อยละ 32.36-31.45, โรคประสาทชนิดวิตกกังวล (Anxiety disorders), โรคความผิดปกติของอารมณ์ (Mood disorders) และ กลุ่มอาการอื่น ๆ ที่ควรให้ความสนใจ (Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention) คิดเป็นร้อยละ 7.70-9.79, 5.02-5.86 และ 4.21-5.31 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า โรคจิตชนิดจิตเภท (Schizophrenia and Acute psychotic disorders), ความผิดปกติจากการติดยาและสารเสพติดชนิดต่าง ๆ (Substance-Related disorders) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนโรคอื่น ๆ พบในเพศหญิงได้มากกว่าเพศชาย ดังตารางที่ 14

2.2 คำนำน้หนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG)

เมื่อพิจารณา ความยาก-ง่ายในการรักษาของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (rw) ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Thai DRG V.3) พบว่า โรงเรียนแพทย์มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยสูงสุด ระหว่าง 0.79-0.87 รองลงมาเป็น สถานพยาบาลกรมสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.66-0.68, ถัดมาเป็นสถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ และสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีค่าเท่ากับ 0.60-0.57 และ 0.53-0.54 ตามลำดับ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 คำนำน้หนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรค จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล

ประเภทที่	ประเภทสถานพยาบาล	มัชฌิมเลขคณิต (mean) ของ RW	
		ปี 2544	ปี 2545
1	สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต	0.66	0.68
2	โรงเรียนแพทย์	0.79	0.87
3	สถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ	0.60	0.57
4	สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ	0.53	0.54

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในทางจิตเวช ตามระบบวินิจฉัย DSM-IV ปีงบประมาณ 2544-2545

กลุ่มโรค		ชาย				หญิง				รวม			
		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2544		ปี 2545	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1	Schizophrenia and Other Psychotic Disorders	15,166	38	16,832	38	11,449	37	11,070	32	26,615	37	27,902	35
2	Substance-Related Disorders	14,696	37	16,021	36	8,297	27	8,882	25	22,993	32	24,903	31
3	Anxiety Disorders	3,052	8	3,040	7	2,421	8	4,712	13	5,473	8	7,752	10
4	Mood Disorders	1,270	3	1,835	4	2,294	7	2,804	8	3,564	5	4,639	6
5	Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention	1,265	3	1,731	4	1,730	6	2,476	7	2,995	4	4,207	5
6	Delirium, Dementia, and Amnestic and Other Cognitive Disorders	1,221	3	1,521	3	1,602	5	1,819	5	2,823	4	3,340	4
7	Somatoform Disorders	1,050	3	1,241	3	940	3	1,383	4	1,990	3	2,624	3
8	Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, childhood, or Adolescence	943	2	874	2	774	2	557	2	1,717	2	1,431	2
9	Sleep Disorders	634	2	454	1	522	2	521	1	1,156	2	975	1
10	Adjustment Disorders	219	1	208	0	467	2	363	1	686	1	571	1
11	Sexual and Gender Identity Disorders	144	0	112	0	279	1	213	1	423	1	325	0
12	Dissociative Disorders	113	0	81	0	152	0	142	0	265	0	223	0
13	Mental Disorders Due to a General Medical Condition Not Elsewhere Classified	103	0	51	0	84	0	63	0	187	0	114	0
14	Additional Codes	35	0	50	0	31	0	47	0	66	0	97	0
15	Personality Disorders	17	0	29	0	28	0	46	0	45	0	75	0
16	Eating Disorders	14	0	5	0	25	0	2	0	39	0	7	0
17	Factitious Disorders	4	0	1	-	6	0	1	-	10	0	2	-
18	Impulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified	6	0	-	-	3	0	-	-	9	0	-	-
รวม		39,952	100	44,086	100	31,104	100	35,101	100	71,056	100	79,187	100

2.3 ดัชนีอนามัย

ดัชนีอนามัยในการศึกษานี้ คำนวณหา อัตราตายต่อ 100,000 ประชากร และ อัตราป่วยต่อ 100,000 ประชากร พบว่า ในปีงบประมาณ 2544 มีอัตราป่วย 130 ต่อ 100,000 ประชากร มีอัตราตาย 0.30 ต่อ 100,000 ประชากร ในปีงบประมาณ 2545 มีอัตราป่วย 125 ต่อ 100,000 ประชากร มีอัตราตาย 0.29 ต่อ 100,000 ประชากร ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 อัตราป่วยและ อัตราตายต่อ 100,000 ประชากร ปีงบประมาณ 2544-2545

อายุ (ปี)	เพศ	อัตราป่วยต่อ 100,000 ประชากร		อัตราตายต่อ 100,000 ประชากร	
		ปี 2544	ปี 2545	ปี 2544	ปี 2545
0-14	หญิง	106	64	0.78	0.79
	ชาย	138	103	0.57	0.54
15-39	หญิง	120	78	0.38	0.70
	ชาย	122	90	0.33	0.36
40-59	หญิง	191	175	0.15	0.17
	ชาย	118	121	0.09	0.11
60-69	หญิง	139	152	0.20	0.16
	ชาย	140	150	0.30	0.18
70-101	หญิง	142	135	0.16	0.13
	ชาย	212	242	0.27	0.33
รวม หญิง		52	129	0.15	0.41
รวม ชาย		64	82	0.25	0.19
รวม ทั้งสิ้น		130	125	0.30	0.29

การคำนวณหา อัตราเข้ารับบริการมาตรฐาน (Adjusted or standardized admission ratio) และ อัตราตายมาตรฐาน (Adjusted or standardized mortality ratio) ที่เป็นอัตราป่วย/ตายที่ได้ปรับผลของความแตกต่างของประชากรหรือองค์ประกอบอื่นๆ ที่จะมีอิทธิพลต่อการเปรียบเทียบ ตัวแปรที่จะต้องทำการปรับส่วนใหญ่นั้น ได้แก่ อายุ เพศ หรือเชื้อชาติ ในการศึกษานี้ปรับความแตกต่างโดยวิธีอ้อม (Adjustment by indirect method)

เมื่อกำหนดหา อัตราเข้ารับบริการจำเพาะตามอายุและเพศ (Age sex specific admission ratio) พบว่า อัตราป่วยจำเพาะตามอายุและเพศ ของผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทยในภาพรวม ปีงบประมาณ 2544 มีค่าอัตราเข้ารับบริการจำเพาะตามอายุและเพศเท่ากับ 0.00118912 ครั้ง และ .000982063 คน มีมากกว่าปีงบประมาณ 2545 ที่มีค่าอัตราเข้ารับบริการจำเพาะตามอายุและเพศเท่ากับ 0.001122626 ครั้ง และ .00108606 คน เพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย และช่วงอายุที่มักเกิดการเกิดโรคมามากที่สุดคือ ช่วงอายุ 15-59 ปี ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราเข้ารับบริการจำเพาะตามอายุและเพศ ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 อัตราป่วยจำเพาะตามอายุและเพศ ของผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปี 2544-2545

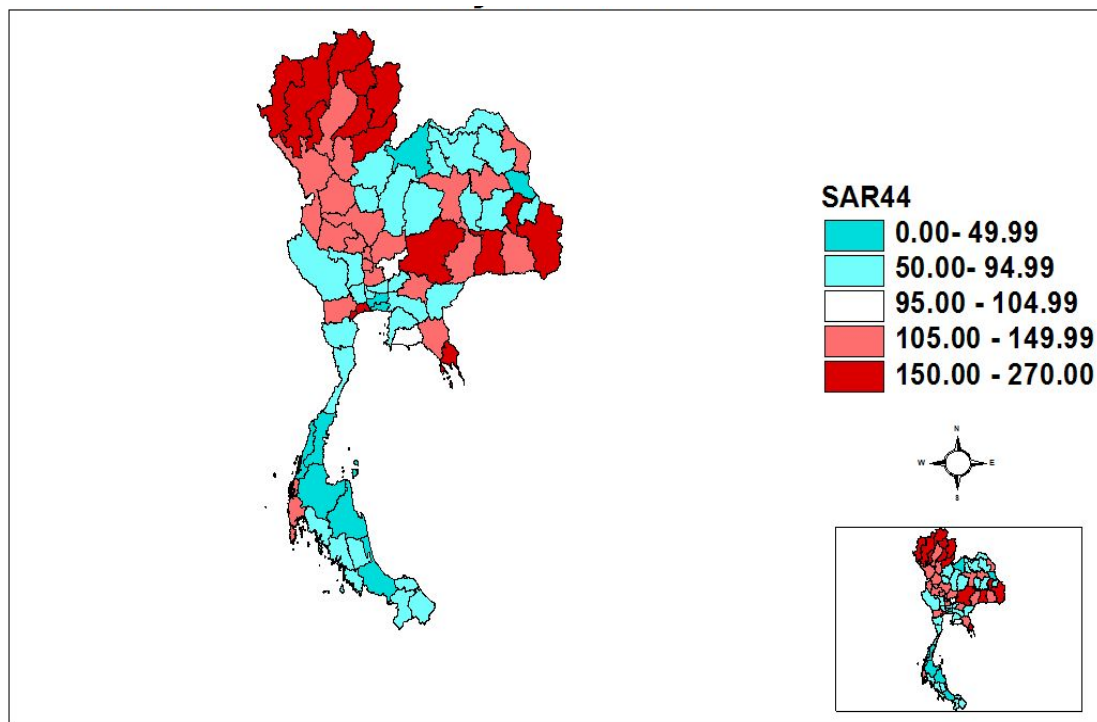
อายุ (ปี)	เพศ	ปีงบประมาณ 2544		ปีงบประมาณ 2545	
		ต่อครั้ง	ต่อคน	ต่อครั้ง	ต่อคน
0-14	หญิง	0.000226846	0.000187290	0.000161851	0.000155006
	ชาย	0.000257918	0.000215205	0.000199045	0.000186417
15-39	หญิง	0.001666545	0.001462790	0.001730596	0.001542358
	ชาย	0.001115647	0.000974833	0.001118215	0.000995293
40-59	หญิง	0.001537330	0.001365764	0.001593186	0.001436875
	ชาย	0.001390342	0.001215342	0.001393764	0.001253111
60-69	หญิง	0.000924306	0.000841073	0.000914841	0.000840750
	ชาย	0.001274175	0.001120814	0.001206136	0.001094007
70-101	หญิง	0.001059486	0.000960794	0.000991783	0.000929926
	ชาย	0.001260394	0.001140272	0.001194473	0.001078172
รวม หญิง		0.001226966	0.001081221	0.001250059	0.001124254
รวม ชาย		0.001011695	0.000884582	0.000997484	0.000895036
รวม ทั้งสิ้น		0.001118412	0.000982063	0.001122626	0.001008606

เมื่อคำนวณหา อัตราตายจำเพาะตามอายุและเพศ (Age sex specific mortality rate) พบว่า อัตราตายในผู้ป่วยทางจิตเวชมีน้อยมาก ในภาพรวมของประเทศ ปีงบประมาณ 2544 มีค่าอัตราตายจำเพาะตามอายุและเพศเท่ากับ .000003 คน ปีงบประมาณ 2545 มีค่าอัตราตายจำเพาะตามอายุและเพศเท่ากับ .000004 คน เมื่อเทียบระหว่างเพศ พบว่า เพศหญิงมีปีงบประมาณ 2544 มีค่าอัตราตายจำเพาะตามอายุและเพศสูงกว่าเพศชาย ดังตารางที่ 17

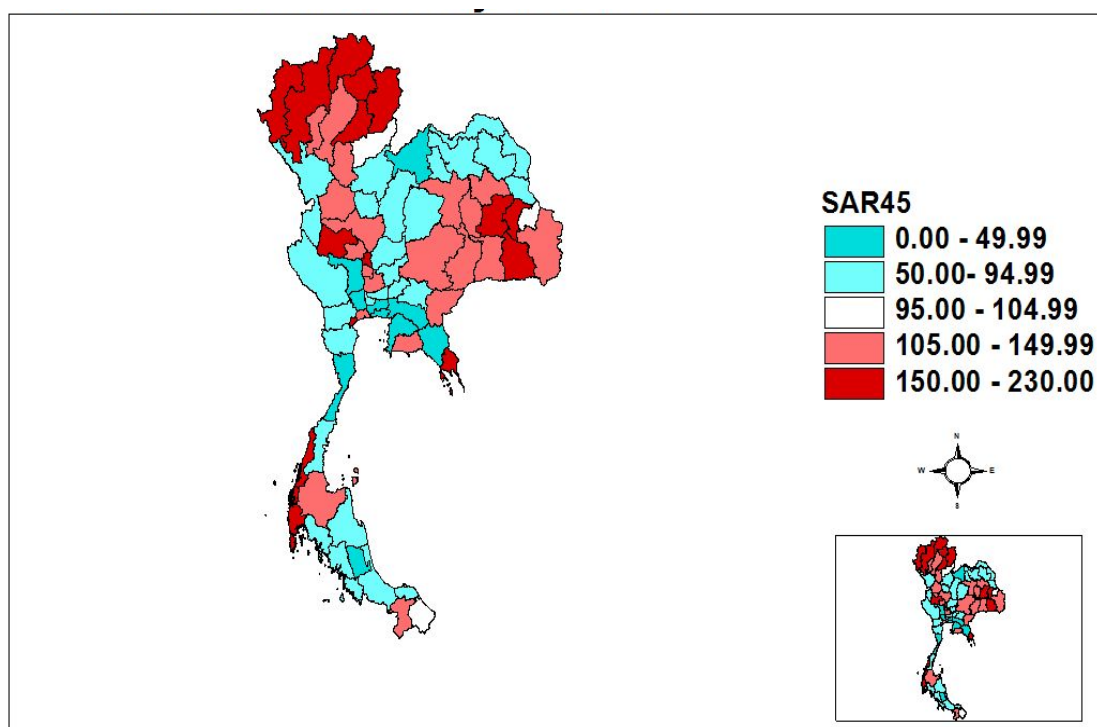
ตารางที่ 17 อัตราตายจำเพาะตามอายุและเพศ ของผู้ป่วยในทางจิตเวชของประเทศไทย ปี 2544-2545

อายุ (ปี)	เพศ	ปี 2444	ปี 2445
0-14	หญิง	-	-
	ชาย	-	-
15-39	หญิง	0.000003	0.000004
	ชาย	0.000001	0.000001
40-59	หญิง	0.000009	0.000010
	ชาย	0.000003	0.000003
60-69	หญิง	0.000008	0.000007
	ชาย	0.000004	0.000005
70-101	หญิง	0.000011	0.000013
	ชาย	0.000011	0.000009
รวม หญิง		0.000004	0.000005
รวม ชาย		0.000002	0.000002
รวม ทั้งสิ้น		0.000003	0.000004

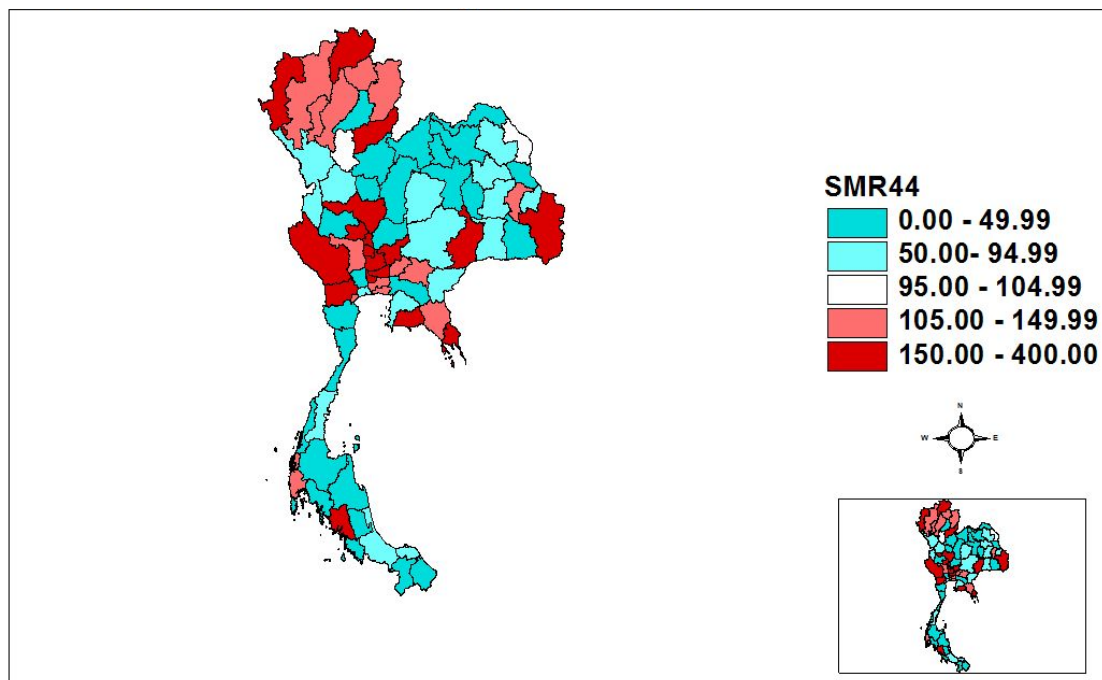
รูปที่ 9 อัตราเข้ารับบริการมาตรฐาน (Standardized Admission Ratio) ของผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2544



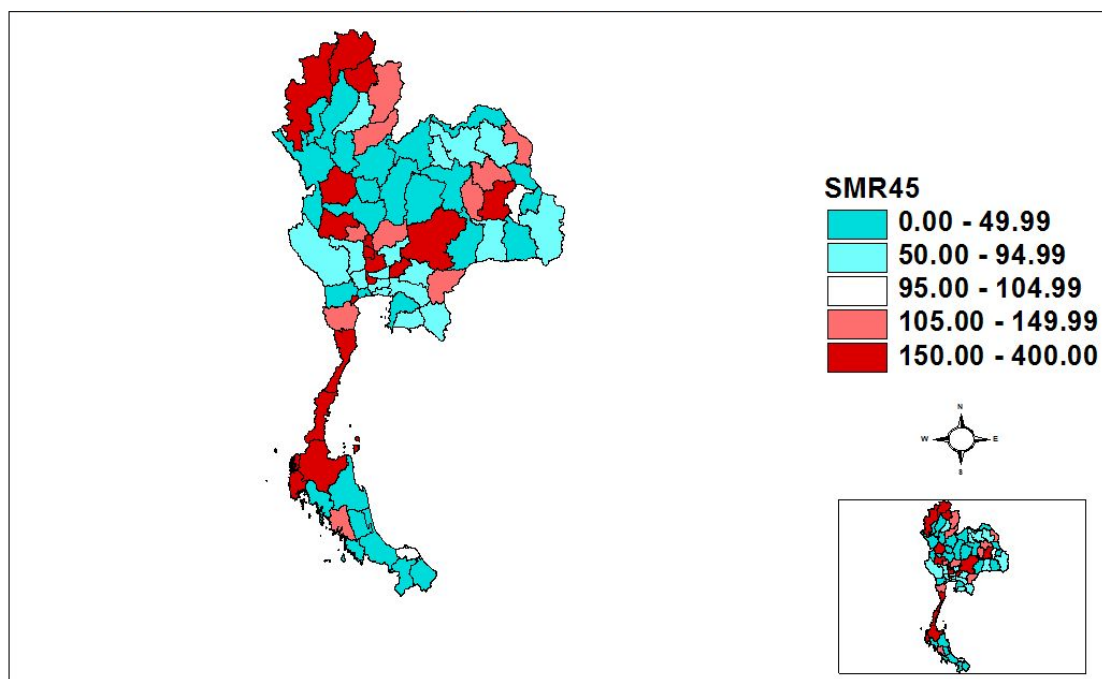
รูปที่ 10 อัตราป่วยมาตรฐาน (Standardized Admission Ratio) ของผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2545



รูปที่ 11 อัตราตายมาตรฐาน (Standardized Mortality Ratio) ของผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2544



รูปที่ 12 อัตราตายมาตรฐาน (Standardized Mortality Ratio) ของผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2545



ตารางที่ 18 อัตราป่วย อัตราตายด้วยสาเหตุทางจิตเวช ต่อแสนประชากรตามเขตสาธารณสุข จำแนกตามปี

	ปี	ประชากร			อัตราป่วย ต่อ 100,000 ประชากร			อัตราตาย ต่อ 100,000 ประชากร			อัตราป่วยตาย (%)		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
1	2544	4,480,136	4,776,442	9,256,578	137	77	106	1.12	0.54	0.82	0.82	0.71	0.78
	2545	4,535,099	4,853,663	9,388,762	81	47	64	0.68	0.33	0.50	0.84	0.70	0.79
2	2544	1,506,229	1,538,001	3,044,230	159	119	138	1.59	-	0.79	1.01	-	0.57
	2545	1,513,532	1,545,052	3,058,584	117	89	103	0.66	0.45	0.56	0.57	0.51	0.54
3	2544	1,986,360	1,986,089	3,972,449	130	109	120	0.76	0.15	0.45	0.58	0.14	0.38
	2545	2,012,814	2,017,226	4,030,040	82	74	78	0.50	0.59	0.55	0.60	0.80	0.70
4	2544	1,944,910	1,994,545	3,939,455	128	116	122	0.57	0.25	0.41	0.44	0.22	0.33
	2545	1,963,602	2,014,751	3,978,353	93	86	90	0.56	0.10	0.33	0.60	0.12	0.36
5	2544	3,764,234	3,794,913	7,559,147	216	167	191	0.37	0.21	0.29	0.17	0.13	0.15
	2545	3,787,326	3,815,246	7,602,572	198	151	175	0.48	0.13	0.30	0.24	0.09	0.17
6	2544	3,696,439	3,676,068	7,372,507	136	101	118	0.08	0.14	0.11	0.06	0.14	0.09
	2545	3,716,295	3,696,915	7,413,210	138	103	121	0.27	-	0.13	0.19	-	0.11
7	2544	3,249,046	3,244,043	6,493,089	156	122	139	0.34	0.22	0.28	0.22	0.18	0.20
	2545	3,266,057	3,259,293	6,525,350	168	135	152	0.18	0.31	0.25	0.11	0.23	0.16
8	2544	1,626,409	1,662,716	3,289,125	142	139	140	0.68	0.18	0.43	0.48	0.13	0.30
	2545	1,635,221	1,670,446	3,305,667	153	148	150	0.43	0.12	0.27	0.28	0.08	0.18

ตารางที่ 18 อัตราป่วย อัตราตายด้วยสาเหตุทางจิตเวช ต่อแสนประชากรตามเขตสาธารณสุข จำแนกตามปี (ต่อ)

	ปี	ประชากร			อัตราป่วย ต่อ 100,000 ประชากร			อัตราตาย ต่อ 100,000 ประชากร			อัตราป่วยตาย (%)		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
9	2544	1,957,127	1,977,226	3,934,353	166	118	142	0.41	0.05	0.23	0.25	0.04	0.16
	2545	1,958,626	1,980,831	3,939,457	163	107	135	0.31	0.05	0.18	0.19	0.05	0.13
10	2544	2,253,781	2,294,641	4,548,422	264	161	212	0.62	0.52	0.57	0.24	0.33	0.27
	2545	2,256,812	2,303,587	4,560,399	314	171	242	1.37	0.22	0.79	0.44	0.13	0.33
11	2544	1,961,631	1,964,389	3,926,020	45	60	52	0.15	-	0.08	0.34	-	0.15
	2545	1,982,241	1,986,769	3,969,010	137	121	129	0.76	0.30	0.53	0.55	0.25	0.41
12	2544	2,161,336	2,205,061	4,366,397	53	75	64	0.14	0.18	0.16	0.26	0.24	0.25
	2545	2,190,132	2,238,186	4,428,318	85	79	82	0.27	0.04	0.16	0.32	0.06	0.19
รวม	2544	30,587,638	31,114,134	61,701,772	148	113	130	0.55	0.24	0.39	0.37	0.21	0.30
	2545	30,817,757	31,381,965	62,199,722	144	107	125	0.52	0.21	0.37	0.36	0.20	0.29

ตารางที่ 19 อัตราป่วย อัตราตายด้วยสาเหตุทางจิตเวช ต่อแสนประชากรตามเขตมหาดไทย จำแนกตามปี (ต่อ)

	ปี	ประชากร			อัตราป่วยต่อ 100,000 ประชากร			อัตราตายต่อ 100,000 ประชากร			อัตราป่วยตาย (%)		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
8	2544	1,961,631	1,964,389	3,926,020	45	60	52	0.15	-	0.08	0.34	-	0.15
	2545	1,982,241	1,986,769	3,969,010	137	121	129	0.76	0.30	0.53	0.55	0.25	0.41
9	2544	2,161,336	2,205,061	4,366,397	53	75	64	0.14	0.18	0.16	0.26	0.24	0.25
	2545	2,190,132	2,238,186	4,428,318	85	79	82	0.27	0.04	0.16	0.32	0.06	0.19
รวม	2544	30,587,638	31,114,134	61,701,772	148	113	130	0.55	0.24	0.39	0.37	0.21	0.30
	2545	30,817,757	31,381,965	62,199,722	144	107	125	0.52	0.21	0.37	0.36	0.20	0.29

ตารางที่ 20 สัดส่วนการป่วยมาตรฐาน ด้วยโรคทางจิตเวช จำแนกตามจังหวัด

รหัส	จังหวัด	ปี	การป่วย			
			จำนวนที่เกิดจริง		สัดส่วนการป่วยมาตรฐาน	
			ครั้ง	คน	ครั้ง	คน
1	กรุงเทพมหานคร*	ปี 2544	3,131	2,687	48.52	47.38
		ปี 2545	2,551	2,266	39.05	38.59
2	สมุทรปราการ*	ปี 2544	440	379	38.83	38.10
		ปี 2545	408	367	35.35	35.40
3	นนทบุรี*	ปี 2544	733	640	72.97	72.56
		ปี 2545	906	799	87.87	86.26
4	ปทุมธานี*	ปี 2544	641	576	83.94	85.94
		ปี 2545	674	621	84.32	86.52
5	พระนครศรีอยุธยา*	ปี 2544	950	851	113.64	115.83
		ปี 2545	955	867	113.06	114.18
6	อ่างทอง	ปี 2544	445	394	134.41	135.34
		ปี 2545	452	412	135.76	137.64
7	ลพบุรี	ปี 2544	962	859	110.14	111.91
		ปี 2545	770	716	87.47	90.51
8	สิงห์บุรี	ปี 2544	376	344	146.38	152.31
		ปี 2545	415	372	160.84	160.35
9	ชัยนาท	ปี 2544	474	441	117.57	124.42
		ปี 2545	559	510	138.39	140.45
10	สระบุรี*	ปี 2544	657	603	97.71	102.00
		ปี 2545	618	568	90.67	92.68
11	ชลบุรี*	ปี 2544	617	540	50.04	49.85
		ปี 2545	597	524	47.25	46.15
12	ระยอง*	ปี 2544	599	539	101.00	103.54
		ปี 2545	727	666	119.94	122.32
13	จันทบุรี*	ปี 2544	799	714	143.68	146.16
		ปี 2545	193	185	34.18	36.45
14	ตราด*	ปี 2544	456	375	190.63	178.49
		ปี 2545	392	346	162.57	159.67
15	ฉะเชิงเทรา	ปี 2544	447	390	62.32	61.90
		ปี 2545	210	202	28.95	30.99
16	ปราจีนบุรี	ปี 2544	713	646	142.82	147.35

ตารางที่ 20 สัดส่วนการป่วยมาตรฐาน ด้วยโรคทางจิตเวช จำแนกตามจังหวัด (ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	การป่วย			
			จำนวนที่เกิดขึ้นจริง		สัดส่วนการป่วยมาตรฐาน	
			ครั้ง	คน	ครั้ง	คน
16	ปราจีนบุรี	ปี 2545	287	258	56.73	56.76
17	นครนายก	ปี 2544	237	215	83.76	86.51
		ปี 2545	247	225	86.47	87.67
18	สระแก้ว*	ปี 2544	453	418	76.89	80.87
		ปี 2545	712	637	119.08	118.66
19	นครราชสีมา*	ปี 2544	4,382	3,887	152.60	154.18
		ปี 2545	4,283	3,897	147.61	149.53
20	บุรีรัมย์	ปี 2544	2,390	2,195	141.69	148.33
		ปี 2545	2,312	2,123	135.49	138.56
21	สุรินทร์*	ปี 2544	2,322	2,109	151.12	156.39
		ปี 2545	1,887	1,703	121.86	122.43
22	ศรีสะเกษ	ปี 2544	2,031	1,848	126.61	131.30
		ปี 2545	2,776	2,510	171.24	172.42
23	อุบลราชธานี*	ปี 2544	2,967	1,996	152.95	117.27
		ปี 2545	2,137	1,877	108.97	106.56
24	ยโสธร	ปี 2544	1,370	1,207	221.21	222.07
		ปี 2545	1,378	1,216	220.67	216.87
25	ชัยภูมิ*	ปี 2544	1,205	1,086	94.74	97.24
		ปี 2545	741	674	57.65	58.37
26	อำนาจเจริญ	ปี 2544	314	269	77.24	75.43
		ปี 2545	412	374	100.24	101.34
27	หนองบัวลำภู	ปี 2544	324	295	58.73	60.97
		ปี 2545	382	321	68.56	64.19
28	ขอนแก่น*	ปี 2544	2,115	1,889	107.06	108.94
		ปี 2545	2,285	2,074	114.31	115.54
29	อุดรธานี*	ปี 2544	1,359	1,266	80.42	85.41
		ปี 2545	1,558	1,449	91.07	94.34
30	เลย*	ปี 2544	337	308	48.50	50.47
		ปี 2545	304	278	43.29	44.06
31	หนองคาย	ปี 2544	614	578	61.51	66.00
		ปี 2545	632	591	62.67	65.27

ตารางที่ 20 สัดส่วนการป่วยมาตรฐาน ด้วยโรคทางจิตเวช จำแนกตามจังหวัด (ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	การป่วย			
			จำนวนที่เกิดขึ้นจริง		สัดส่วนการป่วยมาตรฐาน	
			ครั้ง	คน	ครั้ง	คน
32	มหาสารคาม	ปี 2544	901	847	84.92	90.98
		ปี 2545	1,331	1,243	124.27	129.28
33	ร้อยเอ็ด	ปี 2545	1,063	974	71.97	75.17
		ปี 2544	2,235	2,030	150.00	151.75
34	กาฬสินธุ์	ปี 2545	1,336	1,230	121.00	126.95
		ปี 2544	1,455	1,330	130.26	132.61
35	สกลนคร	ปี 2545	950	876	77.73	81.72
		ปี 2544	1,012	935	81.84	84.25
36	นครพนม*	ปี 2545	820	734	106.55	108.73
		ปี 2544	657	605	84.65	86.83
37	มุกดาหาร	ปี 2545	162	146	43.95	45.15
		ปี 2544	189	175	50.58	52.17
38	เชียงใหม่*	ปี 2545	3,536	2,691	203.48	176.17
		ปี 2544	3,190	2,572	183.30	164.39
39	ลำพูน	ปี 2545	1,203	1,016	255.70	245.59
		ปี 2544	655	561	138.05	131.50
40	ลำปาง*	ปี 2545	1,305	1,117	141.74	137.99
		ปี 2544	1,046	915	112.98	109.93
41	อุดรดิตถ์	ปี 2545	954	816	172.76	168.16
		ปี 2544	544	486	97.93	97.36
42	แพร่	ปี 2545	1,029	931	182.65	188.06
		ปี 2544	880	775	155.53	152.42
43	น่าน	ปี 2545	1,108	984	205.67	207.98
		ปี 2544	992	867	182.24	177.29
44	พะเยา	ปี 2545	1,077	950	186.59	187.32
		ปี 2544	928	828	159.75	158.63
45	เชียงราย*	ปี 2545	2,019	1,768	158.13	157.57
		ปี 2544	2,053	1,836	158.47	157.67
46	แม่ฮ่องสอน	ปี 2545	449	390	201.38	199.31
		ปี 2544	427	386	188.74	189.79
47	นครสวรรค์*	ปี 2545	1,456	1,322	113.67	117.40

ตารางที่ 20 สัดส่วนการป่วยมาตรฐาน ด้วยโรคทางจิตเวช จำแนกตามจังหวัด (ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	การป่วย			
			จำนวนที่เกิดขึ้นจริง		สัดส่วนการป่วยมาตรฐาน	
			ครั้ง	คน	ครั้ง	คน
47	นครสวรรค์*	ปี 2544	1,396	1,265	108.48	109.34
48	อุทัยธานี	ปี 2545	448	376	118.91	113.57
		ปี 2544	859	713	225.66	208.39
49	กำแพงเพชร	ปี 2545	1,085	962	127.09	128.26
		ปี 2544	1,139	1,002	132.50	129.70
50	ตาก	ปี 2545	641	568	132.91	134.20
		ปี 2545	332	282	67.58	63.88
51	สุโขทัย	ปี 2544	767	688	107.43	109.71
		ปี 2545	811	720	112.81	111.48
52	พิษณุโลก*	ปี 2544	557	497	56.63	57.52
		ปี 2545	596	531	60.39	59.88
53	พิจิตร	ปี 2544	528	493	78.73	83.64
		ปี 2545	541	499	80.44	82.53
54	เพชรบูรณ์	ปี 2544	1,002	915	85.57	88.95
		ปี 2545	1,026	960	86.93	90.52
55	ราชบุรี*	ปี 2544	1,214	1,084	131.77	133.94
		ปี 2545	710	644	76.31	77.03
56	กาญจนบุรี*	ปี 2544	701	626	83.67	85.11
		ปี 2545	775	729	91.16	95.45
57	สุพรรณบุรี*	ปี 2544	713	634	73.52	74.40
		ปี 2545	470	430	48.05	48.91
58	นครปฐม*	ปี 2544	468	398	52.71	51.04
		ปี 2545	449	391	49.75	48.22
59	สมุทรสาคร	ปี 2544	917	827	190.02	195.18
		ปี 2545	715	648	145.33	146.58
60	สมุทรสงคราม	ปี 2544	374	333	160.31	162.35
		ปี 2545	447	406	190.19	192.18
61	เพชรบุรี*	ปี 2544	320	287	61.99	63.29
		ปี 2545	310	291	59.51	62.17
62	ประจวบคีรีขันธ์	ปี 2544	280	259	51.92	54.67
		ปี 2545	147	138	26.81	28.01

ตารางที่ 20 สัดส่วนการป่วยมาตรฐาน ด้วยโรคทางจิตเวช จำแนกตามจังหวัด (ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ปี	การป่วย			
			จำนวนที่เกิดขึ้นจริง		สัดส่วนการป่วยมาตรฐาน	
			ครั้ง	คน	ครั้ง	คน
63	นครศรีธรรมราช*	ปี 2544	587	553	34.95	37.50
		ปี 2545	1,485	1,368	87.69	89.90
64	กระบี่	ปี 2544	205	199	52.15	57.74
		ปี 2545	315	279	78.46	77.37
65	พังงา	ปี 2544	303	235	115.93	102.41
		ปี 2545	534	456	201.99	191.94
66	ภูเก็ต*	ปี 2544	333	309	117.81	124.69
		ปี 2545	646	566	220.79	215.47
67	สุราษฎร์ธานี*	ปี 2544	374	342	37.68	39.25
		ปี 2545	1,435	1,271	142.07	140.07
68	ระนอง	ปี 2544	79	73	46.30	48.76
		ปี 2545	294	264	169.99	169.91
69	ชุมพร	ปี 2544	120	112	23.11	24.56
		ปี 2545	400	372	75.96	78.61
70	สงขลา*	ปี 2544	240	227	17.72	19.09
		ปี 2545	887	824	64.09	66.27
71	สตูล	ปี 2544	200	180	70.98	72.84
		ปี 2545	200	187	69.86	72.70
72	ตรัง	ปี 2544	495	452	76.72	79.83
		ปี 2545	557	513	85.09	87.23
73	พัทลุง	ปี 2544	446	404	79.95	82.51
		ปี 2545	245	233	43.57	46.13
74	ปัตตานี	ปี 2544	376	335	59.47	60.39
		ปี 2545	516	473	80.73	82.28
75	ยะลา*	ปี 2544	420	365	91.66	90.79
		ปี 2545	490	428	105.28	102.22
76	นราธิวาส	ปี 2544	587	526	82.56	84.33
		ปี 2545	746	680	103.61	105.03
รวมทั้งประเทศ		ปี 2544	69,008	60,595	100.00	100.00
		ปี 2545	69,827	62,735	100.00	100.00

หมายเหตุ: * หมายถึง จังหวัดที่มีจิตแพทย์ในภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ปฏิบัติงานอยู่

3. ประเมินกระบวนการรักษา (process of care) และ ประเมินผลลัพธ์ของการรักษา (patient outcome of care)

การประเมินกระบวนการรักษาส่วนนี้ ประเมินการได้รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในและวันนอนโรงพยาบาล, ประเภทของงานบริการ ตลอดจนการบำบัดรักษาและระยะเวลาที่ได้รับ ส่วนการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาในส่วนนี้ หมายถึง การดีขึ้นหรือเลวลงของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการรักษาที่ได้รับ จากอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำภายในเวลา 1 ปี พบว่า สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต มีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายในเวลา 1 ปีเป็นครั้ง สูงกว่า สถานพยาบาลนอกกรมสุขภาพจิต และอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำเป็นครั้งมีการลดลง เมื่อเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 และเมื่อพิจารณาเป็น คน พบว่า ปีงบประมาณ 2545 มีการรับกลับมารักษาใหม่สูงกว่าปี งบประมาณ 2544 โดยสถานพยาบาลนอกกรมมีค่าการรับกลับเข้ารักษาใหม่สูงกว่าสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในภาพรวมการกลับเข้ารักษาซ้ำเมื่อนับเป็นต่อครั้งและต่อคนมีค่าลดลง ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนผู้ป่วยในเป็นคน ครั้ง จำนวนวันนอน และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในทางจิตเวช

รายการ	ปี 2544			ปี 2545		
	กรมสุขภาพจิต	นอกกรมสุขภาพจิต	ภาพรวม	กรมสุขภาพจิต	นอกกรมสุขภาพจิต	ภาพรวม
1 จำนวนสถานพยาบาล	14	706	720	14	971	985
2 จำนวนผู้ป่วยใน (คน)	23,146	43,704	66,850	24,972	46,813	71,785
3 จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง)	27,574	48,704	76,278	28,571	51,283	79,854
4 readmit (ครั้ง)	4,428	5,466	9,428	3,599	4,470	8,069
	16.1	11.2	12.4	12.6	8.7	10.1
5 readmit (คน)	1,363	2,377	3,740	1,303	1,815	3,118
	5.9	5.4	5.6	5.2	3.9	4.3
6 admit (มากกว่า 2 ครั้ง)	1.19	1.11	1.14	1.14	1.1	1.11
7 admit เฉลี่ย ต่อปี (ครั้ง/คน)	2.62	2.3	2.42	2.16	2.35	2.27

เมื่อพิจารณา จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนระหว่างปี งบประมาณ 2544-2545 สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงสุด 52-48 วัน รองลงมาคือ โรงเรียนแพทย์เท่ากับ 10-13 วัน สถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 6-5 วัน และ สถานพยาบาลปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 3-4 วัน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 พบว่า สถาน

พยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนวันนอนลดลง ในขณะที่สถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต มีการเพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยขึ้น ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2544-2545 จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล

	ประเภทสถานพยาบาล	มัชฌิมเลขคณิต (mean) ของจำนวนวันนอน	
		ปี 2544	ปี 2545
1	สถานพยาบาลกรมสุขภาพจิต	52	48
2	โรงเรียนแพทย์	10	13
3	สถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ	6	5
4	สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ	3	4

ค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตมีค่าไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 ปี ในขณะที่สถานพยาบาลอื่น ๆ นอกกรมสุขภาพจิตมีค่าบริการเพิ่มขึ้น มีค่าบริการที่เรียกเก็บเฉลี่ยสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ 13,967-13,903 บาทต่อครั้ง ปีงบประมาณ 2544-2545 ค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยในทางจิตเวชเฉลี่ยต่อครั้ง มีค่าแตกต่างกันมากตามประเภทสถานพยาบาล รองลงมาเป็นโรงเรียนแพทย์ มีค่าบริการที่เรียกเก็บเฉลี่ยจาก 7,861-11,682 บาทครั้ง ตามมาด้วยสถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ และสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ มีค่าบริการที่เรียกเก็บเฉลี่ยเท่ากับ 2,398-3,451 และ 995-2,658 บาทต่อครั้งตามลำดับ ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ค่าบริการที่เรียกเก็บต่อราย ปีงบประมาณ 2544-2545 จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล

	ประเภทสถานพยาบาล	มัชฌิมเลขคณิต (mean) ของค่าบริการที่เรียกเก็บ	
		ปี 2544	ปี 2545
1	สถานพยาบาลกรมสุขภาพจิต	13,967	13,903
2	โรงเรียนแพทย์	7,861	11,682
3	สถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ	2,398	3,451
4	สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ	995	2,658

ค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยในทางจิตเวชเฉลี่ยต่อครั้ง พบว่า ค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยมีค่าแตกต่างกันมากตามประเภทสถานพยาบาล โดยโครงสร้างค่าบริการส่วนมากที่เรียกเก็บ คือ ค่าห้อง รองลงมาคือ การรักษาอื่น ๆ และค่าอาหาร ตามลำดับ ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยในทางจิตเวชเฉลี่ยต่อครั้ง ตามประเภทและปีงบประมาณ

รายการ	ปี 2544			ปี 2545		
	นอกกรรม สุขภาพจิต	กรรมสุข ภาพจิต	รวม ทั้งหมด	นอกกรรม สุขภาพจิต	กรรมสุข ภาพจิต	รวม ทั้งหมด
00 ขั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ	71	338	167	76	329	166
01 X-ray	36	36	36	55	38	49
02 ตรวจขั้นสูตรอื่นๆ	43	98	63	55	78	63
03 ผ่าตัด	13	1	9	25	12	20
04 การรักษาอื่นๆ	76	1,764	686	194	2,323	956
05 ยาและเวชภัณฑ์	165	441	265	252	509	344
06 ICU	19	2	13	30	73	45
07 ค่าห้อง	87	3,570	1,346	308	4,258	1,721
08 ค่าอาหาร	23	1,771	656	44	1,791	669
09 อื่นๆ	135	960	433	67	837	342
เฉลี่ย	831	12,242	4,956	1,220	12,272	5,174

ส่วนที่ 2 การศึกษาการปรับตัวของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือของประเทศไทยต่อ นโยบาย 30 บาท

การศึกษาส่วนนี้ เป็นการศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ในเขตภาคเหนือของประเทศไทยต่อใช้นโยบาย 30 บาท ในราวกลางปีถึงปลายปีงบประมาณ 2544 และดำเนินการเรื่อยมาในปีงบประมาณ 2545 ถึงปัจจุบัน ว่าได้รับผลกระทบและมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงระบบและนโยบายนี้หรือไม่ อย่างไร

โดยการศึกษาที่ใช้หลักการประเมินเพื่อประเมินเทียบความเปลี่ยนแปลงในระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 ซึ่งถือว่าปีงบประมาณ 2544 เป็นช่วงก่อนการใช้นโยบายถึงช่วงเวลาเริ่มต้นการใช้นโยบาย 30 บาท ส่วนปีงบประมาณ 2545 ถือว่าเป็นช่วงการเปลี่ยนผ่านของการปรับระบบและนโยบาย การศึกษาอาศัยการประเมินสถานพยาบาลภาพรวม พิจารณาในหลายมุมมอง แบ่งได้เป็น 7 ด้าน ดังนี้

1. การบริหารจัดการองค์กร และ โครงสร้างระบบบริการ (Structure of care)
2. การเข้าถึงบริการ (Access to care)
3. ลักษณะของผู้ป่วย (Patient characteristic)
4. กระบวนการรักษา (Process of care) และ ผลลัพธ์ของการรักษา (Patient outcome of care)
5. ต้นทุนการรักษา (Cost of care)
6. สถานะทางการเงิน (Financial status)

ลักษณะทั่วไปของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชทั้ง 3 แห่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย อยู่ในสังกัดกรมสุขภาพจิตจัดอยู่ในกลุ่มสถานพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิตั้งสูง ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมประชากร 10 จังหวัด จำนวน 3.8 ล้านคน สถานพยาบาลแต่ละแห่งมีลักษณะเฉพาะตัว มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก อันเนื่องมาจากประเภทสถานพยาบาลและภารกิจที่ได้รับมอบหมาย กล่าวคือ โรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์เป็นโรงพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชสำหรับผู้ใหญ่ ซึ่งโรงพยาบาลสวนปรุงจัดอยู่ในประเภทโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ มีขนาด 700 เตียง รับผิชอบผู้ป่วยเขตสาธารณสุขที่ 10 ในขณะที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดกลาง มีขนาด 30 เตียง รับผิชอบผู้ป่วยเขตสาธารณสุขที่ 8 ส่วนศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือเพิ่งก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2542 เป็นสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสำหรับเด็ก มีขนาด 15 เตียง รับผิชอบผู้ป่วยในเขตภาคเหนือ ตั้งอยู่ในเขตสาธารณสุขที่ 10 ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 25 ลักษณะสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือ

รายการ	สถานพยาบาล		
	ศูนย์เด็กภาคเหนือฯ	จิตเวชนครสวรรค์	สวนปรุง
- จังหวัดที่ตั้ง	เชียงใหม่	นครสวรรค์	เชียงใหม่
- ประเภทสถานพยาบาล	จิตเวชสำหรับเด็ก	จิตเวชขนาดกลาง	จิตเวชขนาดใหญ่
- ขนาด	15 เตียง	30 เตียง	700 เตียง
- จำนวนแพทย์	3-5 คน	2-3 คน	9-13 คน
- เขตสาธารณสุข	10	8	10
- เขตมหาดไทย	5	6	5

1. ประเมินการบริหารจัดการองค์กร และโครงสร้างระบบบริการ (Structure of care)

การบริหารจัดการของสถานพยาบาลทั้ง 3 แห่ง มีสายการบังคับบัญชาเหมือนกัน ขึ้นกับการบริหารที่ส่วนกลางคือกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกัน มีการบริหารจัดการองค์กรเป็นอิสระขึ้นกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยตรง

โครงสร้างระบบบริการของสถานพยาบาลทั้ง 3 แห่ง มีการให้บริการด้านสุขภาพจิต นอกจากนั้นยังมีการะกิจในด้านอื่น ๆ เช่น งานพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี, งานป้องกันยาเสพติด, งานแก้ไขปัญหาเอดส์ ฯลฯ เมื่อพิจารณาโครงสร้างระบบบริการ พบว่า สถานพยาบาลทั้ง 3 แห่ง มีความแตกต่างกันบ้างตามศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญมากก็จะได้รับมอบหมายงานด้านอื่น ๆ เช่น งานวิจัย, การสร้างโรงพยาบาลเครือข่าย มากกว่าสถานพยาบาลอื่น ๆ หรือ กรณีศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือก็รับผิดชอบภารกิจที่เกี่ยวข้องเฉพาะด้าน เช่น งานสุขภาพจิตในโรงเรียน เป็นต้น

เมื่อพิจารณาโครงสร้างระบบบริการตามการจัดสรรงบประมาณ พบว่า การจัดสรรงบประมาณมีความแตกต่างกันระหว่างปีงบประมาณ 2544 และ 2545 คือ ในปีงบประมาณ 2544 สถานพยาบาลมีการจัดสรรงบประมาณจากกรมสุขภาพจิตตามงบประมาณแบบเดิม ในแผน 8 แบ่งงานได้เป็น 6 งาน ประกอบด้วย งานบริหารทั่วไป, งานบริการ, งานสุขภาพจิตบุคคลและสถาบัน, งานสุขภาพในภาวะวิกฤติ, งานพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี และงานบริการให้คำปรึกษา การจัดสรรงบประมาณทั้งหมดให้กับสถานพยาบาล ดังตารางที่ 26 ส่วนในปีงบประมาณ 2545 กรมสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนวิธีจัดสรรงบประมาณใหม่ โดยได้ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตาม Performance Base Budgeting System (PBBS) ตามเอกสารขาวคาดแดง โครงสร้างระบบบริหารใหม่แบ่งเป็น 5 งาน คือ งานป้องกันและควบคุมโรค, งานป้องกันยาเสพติด, งานวิจัยและพัฒนา และงานแก้ไขปัญหาเอดส์ ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของเงินงบประมาณปี 2544 จำแนกตามโครงสร้างระบบบริการ

ประเภทงาน	ศูนย์เหนือฯ		จิตเวชนครสวรรค์		สวนปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. งานบริหารทั่วไป	-	-	63,870	0.2	3,112,991	2.0
2. งานบริการ	26,443,229	97.8	36,070,286	97.2	149,758,367	95.0
3. งานสุขภาพจิตบุคคลและสถาบัน	511,400	1.9	29,480	0.1	980,000	0.6
4. งานสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ	-	-	858,671	2.3	1,359,000	0.9
5. งานพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี	80,000	0.3	81,973	0.2	1,703,300	1.1
6. งานบริการงานบริการคำปรึกษา	-	-	-	-	739,000	0.5
รวม	27,034,629	100.0	37,104,280	100.0	157,652,658	100.0

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของเงินงบประมาณปี 2545 จำแนกตามโครงสร้างระบบบริการ

ประเภทงาน	ศูนย์เหนือฯ		จิตเวชนครสวรรค์		สวนปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. งานป้องกันและควบคุมโรค	26,080,329	96.7	375,300,395	96.6	145,110,824	91.5
2. งานป้องกันยาเสพติด	577,500	2.1	13,359,400	3.4	3,230,000	2.0
3. งานวิจัยและพัฒนา	300,000	1.1	-	-	1,411,200	0.9
4. งานแก้ไขปัญหายาเสพติด	-	-	-	-	150,000	0.1
5. โครงการก่อสร้าง	-	-	-	-	8,764,980	5.5
รวม	26,957,829	100.0	388,659,795	100.0	158,667,004	100.0

ในช่วงเวลาที่ผ่านมานี้ ตั้งแต่ราวปี 2542 เป็นต้นมา สถานพยาบาล ได้รับผลกระทบต่อการบริหารจัดการและโครงสร้างระบบบริการหลายด้าน เป็นต้นว่า การปฏิรูประบบราชการ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การประกาศใช้นโยบาย 30 บาท ทำให้สถานพยาบาลดำเนินการในหลายมาตรการ เป็นต้นว่า

- การเกษียณอายุก่อนกำหนด
- การจ้างเหมาบริการส่วนที่ไม่เกี่ยวกับการพยาบาล ในงานต่าง ๆ เป็นต้นว่า งานอาหารผู้ป่วย, งานซักฟอก, งานรักษาความปลอดภัย, งานรักษาความสะอาด, งานสนาม, งานถ่ายเอกสาร ฯลฯ
- การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และขอการรับรองจากสถาบันต่าง ๆ เช่น
 - ระบบ ISO มีโรงพยาบาลสวนปรุงและศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือได้ผ่านการรับรองแล้ว

- ระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Health care Accreditation: HA) โดยโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง อยู่ในระหว่างดำเนินการ
- ระบบรับรองมาตรฐานระบบราชการไทย (PSO1101) มีโรงพยาบาลสวนปรุงที่ผ่านการรับรองแล้ว
- การแต่งตั้งคณะกรรมการเร่งรัดหนี้สิน, จัดระบบทวงหนี้, จัดระบบส่งต่อ, จัดระบบติดตามผู้ป่วยส่งต่อและผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ฯลฯ ซึ่งมาตรการเหล่านี้ ถือได้ว่าเป็นมาตรการเกิดขึ้นเนื่องจากผลกระทบของนโยบาย 30 บาท

นอกจากนั้น ศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือยังมีการปรับโครงสร้างองค์กร เปลี่ยนสถานะจาก “ศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ” เป็น “สถาบันเด็กราชนครินทร์” เมื่อราวต้นปี 2546 เพื่อมุ่งเน้นภารกิจด้านวิชาการ

2. ประเมินการเข้าถึงบริการ (Access to care)

การเข้าถึงบริการส่วนนี้ หมายถึง การที่ประชาชนสามารถได้รับบริการจิตเวช แผนกผู้ป่วยใน เมื่อมีความต้องการบริการจิตเวช การเข้าถึงบริการจิตเวชในที่นี้ไม่ได้วัดความต้องการการรักษา แต่วัดขนาดการใช้บริการจิตเวช

การเข้าถึงบริการจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน ส่วนนี้ จะเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการจิตเวชของประชาชนในจังหวัดที่มีสถานพยาบาลเหล่านี้ตั้งอยู่ คือ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดนครสวรรค์ ในระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 พบว่า ในปีงบประมาณ 2544 มีจำนวนจิตแพทย์ในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด 21 คน เป็นจิตแพทย์ที่สังกัดหน่วยงานที่ให้ข้อมูลในการศึกษานี้จำนวน 17 คน คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์ภาครัฐจากการศึกษานี้เท่ากับ 1.12 คนต่อ 10,000 ประชากร ส่วนจังหวัดนครสวรรค์จิตแพทย์ทั้งหมดและทั้งหมดเกี่ยวข้องกับฐานข้อมูลที่วิจัยนี้มีจำนวนเท่ากับ 5 คน คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์เท่ากับ 0.44 คนต่อ 10,000 ประชากร ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 จำนวนจิตแพทย์และสัดส่วนจิตแพทย์ของสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2544

จังหวัด	ประชากร (คน)	จำนวนจิตแพทย์		สัดส่วนจิตแพทย์ต่อ 100,000 ประชากร	
		รวม*	ในการศึกษา**	รวม*	ในการศึกษา**
1 เชียงใหม่	1,514,964	21	17	1.39	1.12
2 นครสวรรค์	1,127,390	5	5	0.44	0.44
ประเทศไทย	61,701,772	387	250	0.63	0.41

หมายเหตุ:

* หมายถึง จำนวนจิตแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงยุติธรรม เอกชน และเอกชนอายุ

** หมายถึง จำนวนจิตแพทย์จากกรมสุขภาพจิต สำนักปลัดกระทรวง ทบวงมหาวิทยาลัย

การประเมินการเข้าถึงบริการจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน ระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 พบว่า ทั้งการให้บริการของสถานพยาบาลและการใช้บริการของประชาชนของจังหวัดเชียงใหม่ สูงกว่าของจังหวัดนครสวรรค์ โดยในปีงบประมาณ 2544 ประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่มีการใช้บริการ 26.19 ครั้งต่อ 100,000 ประชากร และลดลงเป็น 21.32 คนต่อ 100,000 ประชากร ในปีงบประมาณ 2545 ด้านสถานพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่มีการให้บริการเท่ากับ 57.68 ครั้งต่อ 100,000 ประชากร ในปีงบประมาณ 2544 และลดลงเป็น 37.46 ครั้งต่อ 100,000 ประชากร ในปีงบประมาณ 2545 ในขณะที่จังหวัดนครสวรรค์มีสัดส่วนการให้และการใช้บริการค่อนข้างคงที่ในระหว่าง 2 ปี มีการใช้บริการ 12.43-12.97 ครั้งต่อ 100,000 ประชากร และมีการให้บริการเท่ากับ 13.38-13.48 ครั้งต่อ 100,000 ประชากร ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 การข้ามเขตรับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือของไทย

จังหวัด	ปีงบประมาณ	ประชากร (คน)	ใช้บริการ		ให้บริการ	
			ราย	ต่อ 10,000 คน	ราย	ต่อ 10,000 คน
1 เชียงใหม่	ปี 2544	1,514,964	3,967	26.19	8,738	57.68
	ปี 2545	1,512,405	3,225	21.32	5,665	37.46
2 นครสวรรค์	ปี 2544	1,127,390	1,462	12.97	1,508	13.38
	ปี 2545	1,129,456	1,404	12.43	1,523	13.48

จังหวัดเชียงใหม่มีการส่งออกสุทธิเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2545 เทียบกับปีงบประมาณ 2544 คิดเป็นร้อยละ 0.17 และ 0.04 ตามลำดับ ในขณะที่จังหวัดนครสวรรค์กลับมีการส่งออกสุทธิลดลงในปีงบประมาณ 2545 เทียบกับปีงบประมาณ 2544 คิดเป็นร้อยละ 0.71 และ 0.85 ตามลำดับดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 การข้ามเขตรับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือของไทย

จังหวัด		ส่งออก	% ส่งออก	นำเข้า	% นำเข้า	ส่งออกสุทธิ	%ส่งออกสุทธิ
1	เชียงใหม่	ปี 2544	87	2.19	4,858	55.60	0.02
		ปี 2545	261	8.09	2,701	47.68	0.10
2	นครสวรรค์	ปี 2544	222	15.18	268	17.77	0.83
		ปี 2545	227	16.17	346	22.72	0.66

เมื่อพิจารณาผู้ใช้บริการของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 3 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลสวนปรุงมีผู้ป่วยมาใช้บริการจาก 48-44 จังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีผู้มาใช้บริการจาก 16 จังหวัด ส่วนศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือมีผู้มาใช้บริการจาก 17 จังหวัด เมื่อเทียบกันระหว่างปีงบประมาณพบว่าปี 2545 การบันทึกที่อยู่มีความคลาดเคลื่อนสูงกว่าปี 2544 ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยในตามที่ตั้งภูมิลำเนาที่ใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2544

รหัส	จังหวัด	เด็กเหนือ				สวนปรุง				นครสวรรค์			
		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2544		ปี 2545	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10	กรุงเทพมหานคร					14	0.2	12	0.3	4	1.4	1	0.2
11	สมุทรปราการ					1	0.0		-		-	1	0.2
12	นนทบุรี					2	0.0	3	0.1		-		-
13	ปทุมธานี					4	0.1		-		-		-
14	พระนครศรีอยุธยา					1	0.0	1	0.0		-		-
15	อ่างทอง					1	0.0		-	5	1.7	3	0.7
16	ลพบุรี					1	0.0	3	0.1	3	1.0	6	1.4
17	สิงห์บุรี						-	1	0.0	13	4.5	22	5.0
18	ชัยนาท					3	0.0		-	53	18.5	68	15.6
19	สระบุรี					2	0.0	1	0.0		-	1	0.2
20	ชลบุรี					4	0.1	1	0.0		-	1	0.2
21	ระยอง					3	0.0		-	1	0.3		-
23	ตราด					1	0.0		-		-		-
26	นครนายก						-	1	0.0		-		-
30	นครราชสีมา					1	0.0	3	0.1		-	1	0.2
31	บุรีรัมย์					1	0.0		-		-		-
32	สุรินทร์					3	0.0		-		-	1	0.2
34	อุบลราชธานี					2	0.0	2	0.1		-		-
36	ชัยภูมิ						-	1	0.0		-		-

ตารางที่ 31 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยในตามที่ตั้งภูมิลำเนาที่ใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2544 (ต่อ)

รหัส	จังหวัด	ศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ				โรงพยาบาลสวนปรุง				โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์			
		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2544		ปี 2545	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
37	อำนาจเจริญ						-	1	0.0		-		-
40	ขอนแก่น					3	0.0		-		-		-
41	อุดรธานี					5	0.1	2	0.1		-		-
42	เลย					4	0.1	1	0.0		-		-
43	หนองคาย					1	0.0		-		-	1	0.2
44	มหาสารคาม					1	0.0	1	0.0		-	1	0.2
45	ร้อยเอ็ด					1	0.0	1	0.0	1	0.3	1	0.2
46	กาฬสินธุ์					1	0.0		-		-		-
47	สกลนคร					3	0.0	1	0.0		-		-
48	นครพนม						-	2	0.1		-		-
50	เชียงใหม่	733	66.2	63	68.5	2276	35.0	1368	35.4		-		-
51	ลำพูน	48	4.3	4	4.3	497	7.6	280	7.2		-		-
52	ลำปาง	39	3.5	2	2.2	620	9.5	353	9.1		-		-
53	อุดรดิตถ์		-		-	208	3.2	108	2.8	3	1.0		-
54	แพร่	17	1.5	2	2.2	322	5.0	188	4.9		-		-
55	น่าน	1	0.1		-	189	2.9	122	3.2		-		-
56	พะเยา	35	3.2	2	2.2	434	6.7	264	6.8		-		-
57	เชียงราย	79	7.1	7	7.6	713	11.0	442	11.4	3	1.0		-
58	แม่ฮ่องสอน	46	4.2	4	4.3	88	1.4	58	1.5		-		-

ตารางที่ 31 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยในตามที่ตั้งภูมิลำเนาที่ใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2544 (ต่อ)													
จังหวัด		เด็กเหนือ				สวนปรุง				นครสวรรค์			
		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2544		ปี 2545	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
60	นครสวรรค์	1	0.1	-	-	43	0.7	26	0.7	105	36.6	171	39.2
61	อุทัยธานี	-	-	-	-	5	0.1	-	-	30	10.5	46	10.6
62	กำแพงเพชร	6	0.5	2	2.2	179	2.8	123	3.2	33	11.5	53	12.2
63	ตาก	12	1.1	3	3.3	221	3.4	108	2.8	-	-	10	2.3
64	สุโขทัย	36	3.2	1	1.1	284	4.4	162	4.2	2	0.7	6	1.4
65	พิษณุโลก	14	1.3	-	-	202	3.1	112	2.9	13	4.5	8	1.8
66	พิจิตร	2	0.2	2	2.2	77	1.2	58	1.5	11	3.8	23	5.3
67	เพชรบูรณ์	-	-	-	-	67	1.0	42	1.1	4	1.4	9	2.1
70	ราชบุรี	3	0.3	-	-	1	0.0	1	0.0	-	-	1	0.2
71	กาญจนบุรี	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-
72	สุพรรณบุรี	-	-	-	-	6	0.1	1	0.0	3	1.0	-	-
73	นครปฐม	36	3.2	-	-	1	0.0	2	0.1	-	-	-	-
74	สมุทรสาคร	-	-	-	-	-	-	2	0.1	-	-	-	-
76	เพชรบุรี	-	-	-	-	1	0.0	1	0.0	-	-	1	0.2
83	ภูเก็ต	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-
85	ระนอง	-	-	-	-	1	0.0	1	0.0	-	-	-	-
86	ชุมพร	-	-	-	-	1	0.0	1	0.0	-	-	-	-
90	สงขลา	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-
ประเทศ		1108	100.0	92	100.0	6500	100.0	3863	100.0	287	100.0	436	100.0
ไม่บันทึก		19	6.2	62	12.4	4	0.1	2858	42.6	72	6.1	255	73.5

3. ประเมินลักษณะของผู้ป่วย (patient characteristic)

ลักษณะของผู้ป่วยในการวิจัยส่วนนี้ จะประเมินลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยในที่ได้รับบริการ ณ โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือทั้ง 3 แห่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความยากของการรักษา พบว่า วินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV พบว่า ผู้ป่วยโรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีวินิจฉัยโรคคล้ายคลึงกัน แต่แตกต่างกันที่สัดส่วนของแต่ละโรคในระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 คือ ผู้ป่วยส่วนมากของทั้งโรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีวินิจฉัยโรคเป็น Schizophrenia and Other Psychotic Disorders คิดเป็นร้อยละ 56-54 และ 67-78 ตามลำดับ รองลงมาเป็นกลุ่มโรค Substance-Related Disorders คิดเป็นร้อยละ 33-35 และ 22-15 ตามลำดับ วินิจฉัยโรคในลำดับที่ 3 และ 4 ของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง มีความแตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลสวนปรุงมีวินิจฉัยโรคที่ 3 และ 4 คือ Dementia และ Mood Disorders คิดเป็นร้อยละ 4.8 และ 4.3 ตามลำดับ ในขณะที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ มีวินิจฉัยโรคที่ 3 และ 4 สลับกับโรงพยาบาลสวนปรุง คือ Mood Disorders และ Dementia คิดเป็นร้อยละ 7.2 และ 2.4 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือมีวินิจฉัยโรคแตกต่างจากโรงพยาบาล 2 แห่งข้างต้นอย่างชัดเจน โดยปีงบประมาณ 2544 โรคที่เป็นมากที่สุดคือกลุ่ม Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, childhood, or Adolescence คิดเป็นร้อยละ 47.0 รองลงมาคือ Anxiety Disorders คิดเป็นร้อยละ 43.2 และกลุ่ม Mood Disorders คิดเป็นร้อยละ 8.9 ในขณะที่ปีงบประมาณ 2545 สัดส่วนได้เปลี่ยนไปมาก คือ โรคที่เป็นมากที่สุดกลับเป็นกลุ่ม Anxiety Disorders คิดเป็นร้อยละ 55.2 รองลงมาคือ Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, childhood, or Adolescence คิดเป็นร้อยละ 36.1 และกลุ่ม Mood Disorders คิดเป็นร้อยละ 8.5 ดังตารางที่ 32-33

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคจำแนกตามโรงพยาบาล ปี 2544

วินิจฉัยโรค	สวนปรุง		จิตเวชนครสวรรค์		ศูนย์เด็กเหนือฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, childhood, or Adolescence						
Mental Retardation	80	1.2	1	0.2	43	12.4
Motor Skills Disorder					23	6.6
Pervasive Developmental Disorders	1	-			79	22.8
Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders	2	-			18	5.2
2 Dementia	321	4.8	12	2.4		
3 Substance-Related Disorders	2,230	33.2	108	21.7		
4 Schizophrenia and Other Psychotic Disorders	3,732	55.5	334	67.1	2	0.6
5 Mood Disorders						
Depressive Disorders	101	1.5	26	5.2		
Bipolar Disorders	190	2.8	10	2	31	8.9
6 Anxiety Disorders	38	0.6			150	43.2
7 Somatoform Disorders	4	0.1				
8 Dissociative Disorders			1	0.2		
9 Sexual and Gender Identity Disorders-Paraphilias			1	0.2		
10 Sleep Disorders	7	0.1				
11 Adjustment Disorders	5	0.1	2	0.4		
12 Personality Disorders	1	-	2	0.4	1	0.3
13 Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention-Medication-Induced Movement Disorders	9	0.1	1	0.2		
รวม	6,721	100.0	498	100	347	100.0

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคจำแนกตามโรงพยาบาล ปี 2545

วินิจฉัยโรค	สวนปรุง		จิตเวชนครสวรรค์		ศูนย์เด็กเหนือฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, childhood, or Adolescence						
Mental Retardation	77	1.2			168	14.2
Learning Disorders					1	0.1
Motor Skills Disorder					37	3.1
Pervasive Developmental Disorders	2	0			186	15.8
Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders					34	2.9
Tic Disorders	5	0.1				
2 Dementia	262	4.0	1	0.3	2	0.2
3 Substance-Related Disorders	2,289	35.2	45	14.7		
4 Schizophrenia and Other Psychotic Disorders	3,536	54.4	239	78.1	1	0.1
5 Mood Disorders						
Depressive Disorders	109	1.7	15	4.9		
Bipolar Disorders	164	2.5	6	2.0	100	8.5
6 Anxiety Disorders	28	0.4			651	55.2
7 Somatoform Disorders	2	0				
8 Dissociative Disorders	5	0.1				
10 Sleep Disorders	2	0				
11 Impulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified	1	0				
12 Adjustment Disorders	18	0.3				
13 Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention- Medication-Induced Movement Disorders	3	0				
รวม	6,503	100.0	306	100.0	1,180	100

4. ประเมินกระบวนการรักษา (process of care) และ ประเมินผลลัพธ์ของการรักษา (patient outcome of care)

การประเมินกระบวนการรักษาส่วนนี้ หมายถึง ชุดการรักษาที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับจากสถานพยาบาล, การได้รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในและวันนอนโรงพยาบาล, ประเภทของงานบริการ ตลอดจนการบำบัดรักษาและระยะเวลาที่ได้รับ ส่วนการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาในส่วนนี้ หมายถึง การดีขึ้นหรือเลวลงของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการรักษาที่ได้รับจากความผิดปกติหรือโรคแทรกที่ได้รับการวินิจฉัย

เมื่อพิจารณา ชุดการรักษา พบว่า สถานพยาบาลทั้ง 3 แห่ง มีชุดการรักษาที่ผู้ป่วยทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีปริมาณบริการแตกต่างกันตามลักษณะเฉพาะและขนาดโรงพยาบาล ปริมาณงานบริการผู้ป่วยนอกต่อปีของโรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีค่าใกล้เคียงกัน ประมาณปีละกว่าห้าหมื่นครั้ง ส่วนของงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงมีปริมาณปีละกว่า 7,000 ราย ในขณะที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีปริมาณงานบริการผู้ป่วยในปีละประมาณ 400 ราย แต่มีนโยบายจะเพิ่มจำนวนผู้ป่วยใน ในขณะที่ศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือพบว่า จำนวนปริมาณผู้ป่วยระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 ที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกันมาก เนื่องจากในปีงบประมาณ 2544 มีการทดลองกระบวนการรักษา มีการกำหนดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เช่น 1, 2, 3 สัปดาห์ ส่วนปีงบประมาณ 2545 ได้มีนโยบายให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลได้นานขึ้น จึงทำให้ปริมาณบริการเป็นครั้งมีความแตกต่างกันมาก

เมื่อพิจารณา วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงในระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 โดยปีงบประมาณ 2544 ทั้งโรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 45 และ 46 วัน ตามลำดับ ส่วนในปีงบประมาณ 2545 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงเป็น 34 และ 25 วันตามลำดับ ส่วนศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 23 วัน ลดลงเป็น 18 วัน ในปีงบประมาณ 2545

เมื่อพิจารณา ความยาก-ง่ายของโรคผู้ป่วยจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยใน พบว่า โรงพยาบาลสวนปรุงและจิตเวชนครสวรรค์มีค่า RW ใกล้เคียงกัน เฉลี่ยประมาณ 0.64-0.66 ส่วนศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือมีค่า RW เฉลี่ยประมาณ 0.27-0.45

การประเมินผลลัพธ์ของการรักษาในส่วนนี้ หมายถึง การดีขึ้นหรือเลวลงของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการรักษาที่ได้รับจากความผิดปกติหรือโรคแรกที่ได้รับการวินิจฉัยของโรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์จากอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำภายในเวลา 1 ปี พบว่า โรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 2 แห่ง มีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในอัตราใกล้เคียงกัน คือ ผู้ป่วยที่ได้กลับมารักษาซ้ำมีค่าเฉลี่ยการกลับเข้ามาเป็นผู้ป่วยในประมาณ 2.11-2.25 ครั้งต่อปี แต่ไม่สามารถใช้สัดส่วนการรักษานี้

อธิบายกับศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือได้ เนื่องจากลักษณะบริการที่มีเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพ ฝึกพัฒนาการผู้ป่วยมากกว่าการรักษา ดังตารางที่ 34

ตารางที่ 34 จำนวนผู้ป่วย และวันนอนของผู้ป่วยโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือ

ประเภทบริการ	ศูนย์เด็กภาคเหนือฯ		จิตเวชนครสวรรค์		สวนปรุง	
	ปี 2544	ปี 2545	ปี 2544	ปี 2545	ปี 2544	ปี 2545
งานบริการผู้ป่วยนอก						
จำนวนครั้ง	10,692	11,065	55,766	51,373	59,275	53,311
งานบริการผู้ป่วยใน						
- จากฐานข้อมูลเวชระเบียน						
จำนวนราย	2,153	1,302	361	496	7,489	7,658
จำนวนวันนอนรวม	17,301	17,995	6,940	9,030	234,933	234,718
วันนอนเฉลี่ย	8.0	13.8	19.2	18.2	31.4	30.7
อัตราการครองเตียง	324	337	65	85	120	120
อัตราการหมุนเวียนการใช้เตียง	144	87	12	17	14	14
- จากฐานข้อมูล 12 แฟ้ม						
จำนวนราย	1,180	347	306	499	6,503	6,726
จำนวนคน	342	282	276	462	5,386	5,531
สัดส่วนครั้ง ต่อ คน	3.45	1.23	1.11	1.10	1.21	1.22
วันนอนเฉลี่ย	23.47	17.91	45.81	25.36	44.51	33.54
ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)	.2666	.4527	.6620	.6477	.6538	.6508
ผู้ป่วยใน ที่กลับมารักษาซ้ำใน 1 ปี						
- จากฐานข้อมูล 12 แฟ้ม						
จำนวนราย	951	65	28	27	710	732
จำนวนคน	165	26	13	12	322	328
สัดส่วนครั้ง ต่อ คน	5.76	2.42	2.15	2.25	2.20	2.23
วันนอนเฉลี่ย	12	39	21	19	35	31
ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)	.2617	.3180	.6526	.6561	.6494	.6366

เมื่อพิจารณา ประเภทการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับหรือประเภทบริการที่สถานพยาบาลจัดให้บริการ พบว่า โรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีประเภทบริการคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากเป็น โรงพยาบาลคนละประเภท ดังตารางที่ 35

ตารางที่ 35 ประเภทงานบริการพิเศษของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือ

ประเภทงานบริการพิเศษ	หน่วย	ศูนย์พัฒนาการ เด็กภาคเหนือ	โรงพยาบาล จิตเวชนครสวรรค์	โรงพยาบาล สวนปรุง
งานทันตกรรม	คน/ ครั้ง/ ราย	/	/	/
งานสังคมสงเคราะห์	ครั้ง/ ราย	/	/	/
งานจิตวิทยา	ครั้ง/ ราย	/	/	/
งานฟื้นฟูสมรรถภาพ	ครั้ง/ ราย	/		/
งานคลายเครียด	ครั้ง		/	/
งานยาไปรษณีย์	ราย			/
งานให้คำปรึกษา	ครั้ง			/
งานบริการ Hot-Line	ครั้ง			/
งานนิติจิตเวช	ราย			/
งานส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก	คน/ ครั้ง	/		
งานการศึกษาพิเศษ	ครั้ง/ วัน เรียน	/		

เมื่อพิจารณาการทำหัตถการ จากฐานข้อมูลชุดมาตรฐาน 12 เพิ่มข้อมูล พบว่า การลงรหัสการทำหัตถการยังไม่สมบูรณ์ครบถ้วนนัก พบว่า สถานพยาบาลมีการทำหัตถการไม่มากนัก ดังตารางที่ 36

ตารางที่ 36 ร้อยละของผู้ป่วยใน จำแนกตามรหัสการทำหัตถการ ปีงบประมาณ 2545

รหัส	หัตถการ	ศูนย์พัฒนาการ เด็กภาคเหนือ		ร.พ. จิตเวช นครสวรรค์		ร.พ. สวนปรุง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ไม่มี	336	96.8	498	100.0	6394	95.1
8737	OTHER MAMMOGRAPHY	0	0	0	0	1	0
8831	SKELETAL SERIES	0	0	0	0	1	1
8914	ELECTROENNEPHALOGRRAM	0	0	0	0	7	0.1
8936	MANUAL EXAMMINATION OF BBREAST	4	1.2	0	0	0	0
8952	ELEECTRO CAAARDDIOOGRAM	0	0	0	0	2	0
9375	OTHER SPEED TRAINNING AND THERAPY	1	0.3	0	0	0	0
9401	ADMINIISSTRATION OF INTELLIGENCE TEST	2	0.6	0	0	0	0
9426	SUUB CONVULSIVE ELECTROOSHOCK THERAPY	0	0	0	0	1	1
9427	OTHER ELETROSHOCK THERAPY	0	0	0	0	311	4.6
9429	OTHER PSYCHOTHERRAPY	0	0	0	0	3	3
9992	OTHER ACCUPUNNCTURE	1	0.3	0	0	0	0
	รวม	347	100.0	498	100.0	6721	100.0

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลรายจ่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูลรายจ่ายของโรงพยาบาลสวนปรุงได้จาก

1. ข้อมูลรายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณ จากรายงานประจำปี สจ.ร.ง.1031 ดังนี้
 - 1.1 รายจ่ายเงินเดือนและค่าจ้างประจำ ได้แก่ รายจ่ายหมวดเงินเดือน(100) หมวดค่าจ้างประจำ(210) และเงินเดือนพนักงานของรัฐ(หมวด 900)
 - 1.2 รายจ่ายหมวด 300 คือหมวดค่าตอบแทนจะมีรายจ่ายที่เป็นทั้งรายจ่ายบุคลากรและรายจ่ายค่าวัสดุ
 - 1.3 รายจ่ายหมวด 400 คือหมวดค่าใช้สอย จะมีรายจ่ายที่เป็นทั้งรายจ่ายบุคลากรและรายจ่ายค่าวัสดุ
 - 1.4 รายจ่ายหมวด 410 คือ ค่าสาธารณูปโภค
 - 1.5 รายจ่ายหมวด 500 คือค่าวัสดุ ไม่รวมรายจ่ายค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและค่าวัสดุการแพทย์และวัสดุวิทยาศาสตร์
 - 1.6 รายจ่ายค่ายา / เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์
 - 1.7 รายจ่ายหมวด 800 คือ หมวดเงินอุดหนุน
 - 1.8 รายจ่ายหมวด 900 คือหมวดรายจ่ายอื่นๆ
 - 1.9 งบกลาง คือ รายจ่ายที่จ่ายจากงบประมาณส่วนกลาง
 - 1.10 รายจ่ายค่าครุภัณฑ์ (หมวด 600) และรายจ่ายค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง (หมวด 700)
2. ข้อมูลรายจ่ายเงินนอกงบประมาณ รวบรวมข้อมูลได้จาก 2 แหล่งคือ
 - 2.1 ข้อมูลเงินบำรุงของโรงพยาบาล จาก สจ.ร.ง. 1032
 - 2.2 ข้อมูลเงินอุดหนุน โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (เงินกองทุน สปร.) จาก สปร.ง. 102
3. จากนั้นนำข้อมูลรายจ่ายเงินงบประมาณ และข้อมูลรายจ่ายเงินนอกงบประมาณ มารวมกันตามหมวดรายจ่ายที่เป็นประเภทเดียวกันแล้วจำแนกประเภทรายจ่ายทั้งหมดเป็นรายจ่ายด้านค่าแรงและวัสดุ
4. หลังจากนั้น ทำการคำนวณหาสัดส่วนร้อยละของรายจ่ายค่าแรง (labour expense) และรายจ่ายค่าวัสดุ (material expense) จากรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด (total operating expense) ดังตารางที่ 37-50

ตารางที่ 37 รายจ่ายการเงินงบประมาณ เงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามหมวด (หน่วย:บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	งานบริหาร		งานบริการ		งานสุขภาพจิต	งานสุข	งานพัฒนา	งานบริการ	รวม	ร้อยละ
						บุคคลและ สถาบัน	ภาพจิตใน ภาวะวิกฤต	องค์ความรู้	คำปรึกษา		
		งบประมาณ	งบประมาณ	เงินบำรุง	เงินสปร						
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	-	11,221,205	729,866			-		-	11,951,071	44.21
2	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)		339,580	319,940						659,520	2.44
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงิน ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว)		460,000							460,000	1.70
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่า ตอบแทนเวรบำช-คึก)		422,660							422,660	1.56
5	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและ ค่าซ่อมแซม)		1,521,946	429,820		511,400		80,000		2,543,166	9.41
6	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่า เช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายอบรม)		2,776,503	200,753						2,977,256	11.01
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)		754,776	276,212						1,030,988	3.81
8	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุ ทั่วไป		2,297,322							2,297,322	8.50
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)		283,896	594,820						878,715	3.25
10	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การการแพทย์)		599,385		296,963					896,348	3.32
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงาน ของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรบำช-คึก)			21,094						21,094	0.08
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	-	20,677,273	2,572,505	296,963	511,400	-	80,000	-	24,138,140	89.29
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง		2,267,000	629,488						2,896,488	10.71
	รวม	-	22,944,273	3,201,993	296,963	511,400	-	80,000	-	27,034,628	100.00

ตารางที่ 38 รายจ่ายการเงินงบประมาณ เงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามหมวด (หน่วย:บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	งานบริหาร	งานบริการ	งานสุขภาพ	งานสุขภาพ	งานพัฒนา	งาน	รวม	ร้อยละ
		ทั่วไป		จิตบุคคล&	จิตในภาวะ	องค์ความรู้	บริการค่า		
		งบประมาณ	งบประมาณ	สถาบัน	วิกฤต	ปรีกษา	ปรีกษา		
		งบประมาณ	งบประมาณ	เงินบำรุง	งบประมาณ				
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	-	16,044,734	854,373	-	-	-	16,899,108	45.54
2	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	-	18,000	768,990	-	-	-	786,990	2.12
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว)	-	340,000	290,000	-	-	-	630,000	1.70
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวรป่วย-คึก)	63,870	524,027	-	-	-	-	587,897	1.58
5	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	-	1,263,551	324,003	-	-	-	1,587,554	4.28
6	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พัก และพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม)	-	651,749	285,034	-	358,671	-	1,295,454	3.49
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	-	476,394	296,000	-	-	2,073	774,467	2.09
8	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	-	1,372,510	707,783	-	-	-	2,080,292	5.61
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	-	-	-	-	-	-	-	-
10	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์)	-	8,948,990	1,505,145	-	-	-	10,454,135	28.18
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐ และรายจ่ายตอบแทนเวรป่วย-คึก)	-	49,088	118,194	29,480	-	79,900	276,662	0.75
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	63,870	29,689,043	5,149,522	29,480	358,671	81,973	35,372,560	95.33
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	-	320,000	911,721	-	500,000	-	1,731,721	4.67
	รวม	63,870	30,009,043	6,061,243	29,480	858,671	81,973	37,104,281	100.00

ตารางที่ 39 รายจ่ายการเงินงบประมาณ เงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามหมวด (หน่วย: บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	งานบริหาร		งานบริการ		งานสุขภาพจิตบุคคล&สถาบัน	งานสุขภาพจิตภาวะวิกฤต	งานพัฒนาองค์ความรู้	งานบริการคำปรึกษา	รวม	ร้อยละ
		งบประมาณ	งบประมาณ	เงินบำรุง	เงินสปร						
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	385,560	69,504,508	6,129,895						76,019,963	48.22
2	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)		697,546	2,120,240						2,817,786	1.79
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว)		720,000	193,840						913,840	0.58
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวรบำช-ดึก)		1,837,760							1,837,760	1.17
5	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)		6,650,994	214,028						6,865,022	4.35
6	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายอบรม)		4,124,841	43,555		980,000	1,359,000	1,703,300	739,000	8,949,696	5.68
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)		2,300,800	1,394,474						3,695,274	2.34
8	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป		8,109,173	225,792						8,334,965	5.29
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)		6,147,041	2,528,038						8,675,079	5.50
10	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การการแพทย์)		5,629,404	223,230	6,158,752					12,011,386	7.62
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรบำช-ดึก)	2,727,431	824,905	395,018						3,947,354	2.50
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	3,112,991	106,546,973	13,468,110	6,158,752	980,000	1,359,000	1,703,300	739,000	134,068,125	85.04
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง		8,386,161	15,198,371						23,584,532	14.96
	รวม	3,112,991	114,933,134	28,666,481	6,158,752	980,000	1,359,000	1,703,300	739,000	157,652,658	100.00

ตารางที่ 40 รายจ่ายการเงินงบประมาณ เงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามหมวด (หน่วย:บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	งานป้องกันและควบคุมโรค			งานป้องกัน	งานวิจัยและพัฒนา	โครงการก่อสร้าง	งานแก้ไขปัญหาดัด	รวม	ร้อยละ
		งบประมาณ	บำรุง	สปร.	กันยาเสพติด	พัฒนาระบบสุขภาพ				
						งบประมาณ				
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	11,186,358	832,808						12,019,167	44.59
2	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	499,320	356,680						856,000	3.18
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว)	285,000	81,000						366,000	1.36
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวรป่า-ดึก)	511,210							511,210	1.90
5	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	2,037,393	443,732			300,000			2,781,125	10.32
6	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายอบรม)	1,550,004	256,991						1,806,995	6.70
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	572,485	325,705						898,190	3.33
8	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	2,478,800	45,492						2,524,292	9.36
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)		740,584						740,584	2.75
10	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การการแพทย์)	367,883	21,459	535,466					924,808	3.43
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรป่า-ดึก)	523,300			577,500				1,100,800	4.08
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	20,011,753	3,104,452	535,466	577,500	300,000			24,529,170	90.99
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	968,815	1,459,843						2,428,658	9.01
	รวม	20,980,568	4,564,295	535,466	577,500	300,000	-	-	26,957,828	100.00

ตารางที่ 41 รายจ่ายการเงินงบประมาณ เงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามหมวด (หน่วย:บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	งานป้องกันและควบคุมโรค			งานป้องกันยาเสพติด	งานวิจัย&พัฒนาระบบสุขภาพ	โครงการก่อสร้าง	งานแก้ไขปัญหาดัด	รวม	ร้อยละ
		งบประมาณ	บำรุง	สปร.						
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	16,228,869	954,525	-					17,183,395	44.18
2	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	90,520	1,156,670	-					1,247,190	3.21
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว)	340,000	205,000	-					545,000	1.40
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวร บ่าย-ดึก)	781,820	-	-					781,820	2.01
5	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอย,ค่าซ่อมแซม)	1,847,898	94,067	-					1,941,965	4.99
6	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พัก และพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายอบรม)	884,225	46,859	-					931,084	2.39
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	597,999	361,700	-					959,699	2.47
8	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	2,294,632	110,207	-					2,404,839	6.18
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	332,858							332,858	0.86
10	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การการแพทย์)	5,446,056	3,626,681	-					9,072,736	23.33
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรบ่าย-ดึก)	459,325	6,873	-	1,359,400				1,825,598	4.69
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	29,304,204	6,562,581	-					35,866,784	95.72
12	ค่าอุปกรณ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	-	1,663,610	-					1,663,610	7.77
	รวม	29,304,204	8,226,191	-	1,359,400				38,889,795	100.00

ตารางที่ 42 รายจ่ายการเงินงบประมาณ เงินบำรุง และเงินกองทุนสปร. ของโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามหมวด

(หน่วย:บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	งานป้องกันและควบคุมโรค			งานป้องกันฯ เสพติด	งานวิจัย& พัฒนาระบบ สุขภาพ	โครงการก่อสร้าง	งานแก้ไข ปัญหาเอดส์	รวม	ร้อยละ
		งบประมาณ	บำรุง	สปร.	งบประมาณ					
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	67,286,931	6,241,656	-	-	-	-	-	73,528,587	46.34
2	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	708,762	4,879,000	-	-	17,600	-	-	5,605,362	3.53
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงิน ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว)	900,000	-	-	-	-	-	-	900,000	0.57
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวรป่วย-คึก)	2,000,400	75,160	-	-	-	-	-	2,075,560	1.31
5	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	7,552,181	211,145	-	-	-	-	-	7,763,327	4.89
6	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พัก และพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม)	3,705,539	282,519	-	-	91,060	-	-	4,079,118	2.57
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	3,184,000	973,848	-	-	-	-	-	4,157,848	2.62
8	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	8,860,096	2,545,521	-	-	91,340	-	-	11,496,956	7.25
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	6,362,125	1,507,636	-	-	-	-	-	7,869,761	4.96
10	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์)	711,297	139,010	6,953,179	-	-	-	-	7,803,486	4.92
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรป่วย-คึก)	1,724,400	213,301	-	3,230,000	1,211,200	-	150,000	6,528,901	4.11
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	102,995,731	17,068,796	6,953,179	3,230,000	1,411,200	-	150,000	131,808,906	83.07
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	3,336,000	14,757,118	-	-	-	8,764,980	-	26,858,098	16.93
	รวม	106,331,731	31,825,914	6,953,179	3,230,000	1,411,200	8,764,980	150,000	158,667,004	100.00

ตารางที่ 43 แหล่งที่มาของเงินศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามหมวดรายจ่าย

(หน่วย:บาท)

หมวดรายจ่าย/ รายการ		เงินงบประมาณ		เงินบำรุง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	11,221,205	47.68	729,866	20.86	11,951,071	44.21
2	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	339,580	1.44	319,940	9.14	659,520	2.44
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ)	460,000	1.95	-	-	460,000	1.70
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวร)	422,660	1.80	-	-	422,660	1.56
5	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	2,113,346	8.98	429,820	12.28	2,543,166	9.41
6	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม)	2,776,503	11.80	200,753	5.74	2,977,256	11.01
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	754,776	3.21	276,212	7.89	1,030,988	3.81
8	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	2,297,322	9.76	-	-	2,297,322	8.50
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	283,896	1.21	594,820	17.00	878,715	3.25
10	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ การการแพทย์)	599,385	2.55	296,963	8.49	896,348	3.32
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรป่วย-คึก)	-	-	21,094	0.60	21,094	0.08
รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ		21,268,672	90.37	2,869,468	82.01	24,138,140	89.29
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	2,267,000	9.63	629,488	17.99	2,896,488	10.71
รวม		23,535,672	100.00	3,498,956	100.00	27,034,628	100.00

ตารางที่ 44 แหล่งที่มาของเงิน โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามหมวดรายจ่าย

(หน่วย:บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	เงินงบประมาณ		เงินบำรุง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	16,044,734	51.69	854,373	14.10	16,899,108	45.54
2	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	18,000	0.06	768,990	12.69	786,990	2.12
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ)	340,000	1.10	290,000	4.78	630,000	1.70
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวร)	587,897	1.89	-	-	587,897	1.58
5	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	1,263,551	4.07	324,003	5.35	1,587,554	4.28
6	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม)	1,010,420	3.25	285,034	4.70	1,295,454	3.49
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	478,467	1.54	296,000	4.88	774,467	2.09
8	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	1,372,510	4.42	707,783	11.68	2,080,292	5.61
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	-	-	-	-	-	-
10	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ การการแพทย์)	8,948,990	28.83	1,505,145	24.83	10,454,135	28.18
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรบำช-ศึก)	158,468	0.51	118,194	1.95	276,662	0.75
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	30,223,037	97.36	5,149,522	84.96	35,372,560	95.33
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	820,000	2.64	911,721	15.04	1,731,721	4.67
	รวม	31,043,037	100.00	6,061,243	100.00	37,104,281	100.00

ตารางที่ 45 แหล่งที่มาของเงินโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามหมวดรายจ่าย

(หน่วย:บาท)

หมวดรายจ่าย/ รายการ		เงินงบประมาณ		เงินบำรุง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	69,890,068	56.90	6,129,895	17.60	76,019,963	48.22
2	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	697,546	0.57	2,120,240	6.09	2,817,786	1.79
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ)	720,000	0.59	193,840	0.56	913,840	0.58
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเหมา)	1,837,760	1.50	-	-	1,837,760	1.17
5	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	6,650,994	5.41	214,028	0.61	6,865,022	4.35
6	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม)	8,906,141	7.25	43,555	0.13	8,949,696	5.68
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	2,300,800	1.87	1,394,474	4.00	3,695,274	2.34
8	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	8,109,173	6.60	225,792	0.65	8,334,965	5.29
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	6,147,041	5.00	2,528,038	7.26	8,675,079	5.50
10	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์)	5,629,404	4.58	6,381,982	18.33	12,011,386	7.62
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเหมาจ่าย-คิก)	3,552,336	2.89	395,018	1.13	3,947,354	2.50
รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ		114,441,264	93.17	19,626,862	56.36	134,068,125	85.04
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	8,386,161	6.83	15,198,371	43.64	23,584,532	14.96
รวม		122,827,425	100.00	34,825,233	100.00	157,652,658	100.00

ตารางที่ 46 แหล่งที่มาของเงินศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามหมวดรายจ่าย

(หน่วย:บาท)

หมวดรายจ่าย/ รายการ		เงินงบประมาณ		เงินบำรุง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	11,186,358	51.18	-	-	-	-
2	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	499,320	2.28	-	-	-	-
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ)	285,000	1.30	-	-	-	-
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวร)	511,210	2.34	-	-	511,212	1.90
5	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	2,337,393	10.69	443,732	8.70	2,781,135	10.32
6	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม)	1,550,004	7.09	256,991	5.04	1,807,002	6.70
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	572,485	2.62	325,705	6.39	898,193	3.33
8	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	2,478,800	11.34	45,492	0.89	2,524,303	9.36
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	-	-	740,584	14.52	740,584	2.75
10	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์)	367,883	1.68	556,925	10.92	924,810	3.43
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรบำช-คึก)	1,100,800	5.04	-	-	1,100,805	4.08
รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ		20,889,253	95.57	3,639,918	71.37	24,529,266	90.99
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	968,815	4.43	1,459,843	28.63	2,428,662	9.01
รวม		21,858,068	100.00	5,099,761	100.00	26,957,928	100.00

ตารางที่ 47 แหล่งที่มาของเงิน โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามหมวดรายจ่าย

(หน่วย:บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	เงินงบประมาณ		เงินบำรุง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	16,228,869	55.38	954,525	11.60	17,183,450	45.79
2	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	90,520	0.31	1,156,670	14.06	1,247,190	3.32
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ)	340,000	1.16	205,000	2.49	545,001	1.45
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวร)	781,820	2.67	-	-	781,823	2.08
5	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	1,847,898	6.31	94,067	1.14	1,941,971	5.17
6	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม)	884,225	3.02	46,859	0.57	931,087	2.48
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	597,999	2.04	361,700	4.40	959,701	2.56
8	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	2,294,632	7.83	110,207	1.34	2,404,847	6.41
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	332,858	1.14	-	-	332,859	0.89
10	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ การการแพทย์)	5,446,056	18.58	3,626,681	44.09	9,072,755	24.17
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรป่วย-คึก)	1,818,725	6.21	6,873	0.08	1,825,604	4.86
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	29,304,204	100.00	6,562,581	79.78	35,866,884	95.57
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	-	-	1,663,610	20.22	1,663,610	4.43
	รวม	29,304,204	100.00	8,226,191	100.00	37,530,495	100.00

ตารางที่ 48 แหล่งที่มาของเงินโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามหมวดรายจ่าย

(หน่วย:บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	เงินงบประมาณ		เงินบำรุง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	67,286,931	56.12	6,241,656	16.10	73,528,643	46.34
2	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	726,362	0.61	4,879,000	12.58	5,605,363	3.53
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ)	900,000	0.75	-	-	900,001	0.57
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวร)	2,000,400	1.67	75,160	0.19	2,075,562	1.31
5	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	7,552,181	6.30	211,145	0.54	7,763,333	4.89
6	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม)	3,796,599	3.17	282,519	0.73	4,079,121	2.57
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	3,184,000	2.66	973,848	2.51	4,157,851	2.62
8	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	8,951,436	7.47	2,545,521	6.56	11,496,964	7.25
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	6,362,125	5.31	1,507,636	3.89	7,869,766	4.96
10	หมวดค่าตอบแทน วัสดุ และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ การการแพทย์)	711,297	0.59	7,092,189	18.29	7,803,486	4.92
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรป่วย-คึก)	6,315,600	5.27	213,301	0.55	6,528,906	4.11
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	107,786,931	89.91	24,021,974	61.95	131,808,996	83.07
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	12,100,980	10.09	14,757,118	38.05	26,858,108	16.93
	รวม	119,887,911	100.00	38,779,092	100.00	158,667,104	100.00

ตารางที่ 49 ต้นทุนงานบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามหมวดรายจ่าย

(หน่วย:บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	ศูนย์เหนือฯ		จิตเวชนครสวรรค์		สวนปรุง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	11,951,071	45.20	16,899,108	46.85	75,634,403	50.5
2	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	659,520	2.49	786,990	2.18	2,817,786	1.9
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ)	460,000	1.74	630,000	1.75	913,840	0.6
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวร)	422,660	1.60	524,027	1.45	1,837,760	1.2
5	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	1,951,766	7.38	1,587,554	4.40	6,865,022	4.6
6	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม)	2,977,256	11.26	936,783	2.60	4,168,396	2.8
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	1,030,988	3.90	772,394	2.14	3,695,274	2.5
8	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	2,297,322	8.69	2,080,292	5.77	8,334,965	5.6
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	878,715	3.32	-	-	8,675,079	5.8
10	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การการแพทย์)	896,348	3.39	10,454,135	28.98	12,011,386	8.0
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรบำนาญ-คึก)	21,094	0.08	167,282	0.46	1,219,923	0.8
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	23,546,741	89.05	34,838,566	96.59	126,173,835	84.3
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	2,896,488	10.95	1,231,721	3.41	23,584,532	15.7
	รวม	26,443,229	100.00	36,070,286	100.00	149,758,367	100.0

ตารางที่ 50 ต้นทุนงานบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามหมวดรายจ่าย

(หน่วย:บาท)

	หมวดรายจ่าย/ รายการ	ศูนย์เหนือฯ		จิตเวชนครสวรรค์		สวนปรง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ	12,019,167	46.09	17,183,395	45.79	73,528,587	50.67
2	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (300) (ค่าตอบแทน)	856,000	3.28	1,247,190	3.32	5,587,762	3.85
3	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เงินเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ)	366,000	1.40	545,000	1.45	900,000	0.62
4	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (เงินเดือนพนักงานของรัฐ เงินค่าตอบแทนเวร)	511,210	1.96	781,820	2.08	2,075,560	1.43
5	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (300) (ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม)	2,481,125	9.51	1,941,965	5.17	7,763,327	5.35
6	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (400) (ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าเช่าที่พักและพาหนะเดินทางไปราชการ, ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม)	1,806,995	6.93	931,084	2.48	3,988,058	2.75
7	หมวดค่าสาธารณูปโภค (410)	898,190	3.44	959,699	2.56	4,157,848	2.87
8	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (500) เฉพาะค่าวัสดุทั่วไป	2,524,292	9.68	2,404,839	6.41	11,405,616	7.86
9	หมวดเงินอุดหนุน (800) (เฉพาะอาหารผู้ป่วย)	740,584	2.84	332,858	0.89	7,869,761	5.42
10	หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ (วัสดุยาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การการแพทย์)	924,808	3.55	9,072,736	24.17	7,803,486	5.38
11	หมวดรายจ่ายอื่น (900) (นอกเหนือจากเงินเดือนพนักงานของรัฐและรายจ่ายตอบแทนเวรบำนาญ-ดึก)	523,300	2.01	466,198	1.24	1,937,701	1.34
	รายจ่ายดำเนินการเป็นรายจ่ายค่าแรงและค่าวัสดุ	23,651,670	90.69	35,866,784	95.57	127,017,706	87.53
12	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	2,428,658	9.31	1,663,610	4.43	18,093,118	12.47
	รวม	26,080,328	100.00	37,530,395	100.00	145,110,824	100.00

ตารางที่ 51 ต้นทุนเฉพาะการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (หน่วย:บาท)

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ 2544		ปีงบประมาณ 2545	
	จำนวน (บาท)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ
1 ศูนย์เหนือ	23,546,740	12.6	23,651,671	12.7
2 นครสวรรค์	34,838,566	18.7	35,866,785	19.2
3 สวนปรง	126,173,834	67.7	127,017,706	68.1
รวม	186,294,679	100.0	186,536,162	100.0

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์รายจ่ายดำเนินการ

การวิเคราะห์รายจ่ายดำเนินการเพื่อให้ทราบสัดส่วนระหว่างรายจ่ายด้านค่าแรงที่ควบคุมได้ยาก รายจ่ายด้านค่าแรงที่ควบคุมได้ไม่ยาก กับรายจ่ายด้านเวชภัณฑ์และวัสดุทั่วไป จากภาพรวมของรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด โดยมีวิธีการดังนี้คือ

2.1 จำแนกรายจ่ายด้านค่าแรง (labour expense หรือ LO) ออกเป็น

2.1.1 รายจ่ายค่าแรงที่ควบคุมได้ยาก (L1) ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้างประจำ เงินประจำตำแหน่ง ซึ่งเป็นรายจ่ายค่าแรงที่ถูกกำหนดด้วยพระราชบัญญัติเงินเดือนข้าราชการพลเรือน และกฎระเบียบอื่นของทางราชการ

2.1.2 รายจ่ายค่าแรงที่ควบคุมได้ไม่ยาก (L2) ได้แก่ เงินค่าจ้างชั่วคราว ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ เงินไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินค่าตอบแทนเวร บำย-ดึก ซึ่งเป็นรายจ่ายด้านค่าแรงที่ผู้บริหารสถานพยาบาลสามารถใช้มาตรการด้านการบริหารเพื่อควบคุมดูแลค่าใช้จ่ายเหล่านี้ได้

2.2 จำแนกรายจ่ายค่าวัสดุ (material expense) ออกเป็นรายจ่าย วัสดุประเภทยา / เวชภัณฑ์ และ วัสดุการแพทย์ (M4) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง และรายจ่ายวัสดุใช้สอยอื่นๆ (M6) ซึ่งจะมีค่าเท่ากับผลรวมของ M1+M2+M3+M5

เมื่อวิเคราะห์รายจ่ายดำเนินการเฉพาะส่วนของการรักษา คำนวณหาสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุ พบว่า สัดส่วนต้นทุนค่าแรงมีค่ามากกว่าต้นทุนค่าวัสดุ โดยโรงพยาบาลสวนปรงมีสัดส่วนค่าแรงต่อค่าวัสดุสูงที่สุด เท่ากับ 64-65 : 36-35 รองลงมาเป็นศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือมีสัดส่วนค่าแรงต่อค่าวัสดุสูงที่สุด เท่ากับ 57-58 : 43-42 และ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีสัดส่วนค่าแรงต่อค่าวัสดุสูงที่สุด เท่ากับ 54-55 : 46-45 ดังตารางที่ 52-55

ตารางที่ 52 รายจ่ายดำเนินการ และสัดส่วนของค่าแรงและค่าวัสดุของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ

ประเภทรายจ่าย	ปีงบประมาณ 2544		ปีงบประมาณ 2545	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายจ่ายด้านค่าแรง				
เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนนอกเวลา และเงิน เพิ่มพิเศษอื่นๆ (Lo)	13,493,251	57.30	13,752,377	58.15
รวม รายจ่ายด้านค่าแรง	13,493,251	57.30	13,752,377	58.15
รายจ่ายค่าวัสดุ				
- ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม (M1)	4,929,022	20.93	4,288,119	18.13
- ค่าสาธารณูปโภค (M2)	1,030,988	4.38	898,190	3.80
- ค่าวัสดุทั่วไป (M3)	3,176,037	13.49	3,264,876	13.80
- ค่ายา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา, วัสดุการแพทย์ (M4)	896,348	3.81	924,808	3.91
- รายจ่ายอื่นๆ (M5)	21,094	0.09	523,300	2.21
รวม รายจ่ายค่าวัสดุ	10,053,489	42.70	9,899,294	41.85
รวม รายจ่ายดำเนินการทั้งหมด	23,546,741	100.00	23,651,670	100.00

ตารางที่ 53 รายจ่ายดำเนินการ และสัดส่วนของค่าแรงและค่าวัสดุของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์

ประเภทรายจ่าย	ปีงบประมาณ 2544		ปีงบประมาณ 2545	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายจ่ายด้านค่าแรง				
เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนนอกเวลา และเงิน เพิ่มพิเศษอื่นๆ (Lo)	18,840,125	54.08	19,757,405	55.09
รวม รายจ่ายด้านค่าแรง	18,840,125	54.08	19,757,405	55.09
รายจ่ายค่าวัสดุ				
- ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม (M1)	2,524,338	7.25	2,873,049	8.01
- ค่าสาธารณูปโภค (M2)	772,394	2.22	959,699	2.68
- ค่าวัสดุทั่วไป (M3)	2,080,292	5.97	2,737,697	7.63
- ค่ายา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา, วัสดุการแพทย์ (M4)	10,454,135	30.01	9,072,736	25.30
- รายจ่ายอื่นๆ (M5)	167,282	0.48	466,198	1.30
รวม รายจ่ายค่าวัสดุ	15,998,441	45.92	16,109,380	44.91
รวม รายจ่ายดำเนินการทั้งหมด	34,838,566	100.00	35,866,784	100.00

ตารางที่ 54 รายจ่ายดำเนินการ และสัดส่วนของค่าแรงและค่าวัสดุของโรงพยาบาลสวนปรุง

ประเภทรายจ่าย	ปีงบประมาณ 2544		ปีงบประมาณ 2545	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายจ่ายด้านค่าแรง				
เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนนอกเวลา และเงิน เพิ่มพิเศษอื่นๆ (Lo)	81,589,349	60.86	82,091,909	64.63
รวม รายจ่ายด้านค่าแรง	81,589,349	60.86	82,091,909	64.63
รายจ่ายค่าวัสดุ				
- ค่าใช้สอยและค่าซ่อมแซม (M1)	15,814,718	11.80	11,751,385	9.25
- ค่าสาธารณูปโภค (M2)	3,695,274	2.76	4,157,848	3.27
- ค่าวัสดุทั่วไป (M3)	17,010,045	12.69	19,275,377	15.18
- ค่ายา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา, วัสดุการแพทย์ (M4)	12,011,386	8.96	7,803,486	6.14
- รายจ่ายอื่นๆ (M5)	3,947,354	2.94	1,937,701	1.53
รวม รายจ่ายค่าวัสดุ	52,478,776	39.14	44,925,797	35.37
รวม รายจ่ายดำเนินการทั้งหมด	134,068,125	100.00	127,017,706	100.00

ตารางที่ 55 สัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อค่าวัสดุ

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ 2544		ปีงบประมาณ 2545	
	ค่าแรง	ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าวัสดุ
1 ศูนย์เหนือ	57.30	42.70	58.15	41.85
2 นครสวรรค์	54.08	45.92	55.09	44.91
3 สวนปรุง	60.86	39.14	64.63	35.37

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย (operating unit cost)

การกำหนดต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย โดยวิธีลัด (quick method) มีวิธีการคือ นำรายจ่ายดำเนินการทั้งหมดเป็นตัวตั้งหารด้วยจำนวนผลงานบริการ ซึ่งในที่นี้คือจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก (OPD visit) และจำนวนรายผู้ป่วยใน (IP case) โดยมีการปรับน้ำหนักผลงานระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยตัวคูณค่าใช้จ่าย (factor) สามารถเขียนสูตรได้ดังนี้

$$(1) \text{ operating unit cost ของ OPD visit} = \frac{\text{total operating expense}}{(\text{OPD visit}) + (\text{IPD case} * \text{factor})}$$

$$(2) \text{ operating unit cost ของ IP case} = \text{unit cost ของ OPD visit} * \text{factor}$$

ตัวคูณค่าใช้จ่าย (factor) ซึ่งมาจากต้นทุนงานบริการผู้ป่วยในต่อราย หาค่าด้วยต้นทุนงานบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้ง ที่ใช้ในการปรับน้ำหนักผลงานระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในการศึกษา ใช้ข้อมูลต้นทุนจากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการกรมสุขภาพจิตปี 2543 ของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ โดยนำมาหาตัวคูณค่าใช้จ่าย ได้วิธีการหาต้นทุนต่อหน่วย 3 วิธี คือ

- (1) ตัวคูณค่าใช้จ่ายจากค่าเฉลี่ยของสถานพยาบาลนั้น ๆ หาได้จาก ค่าเฉลี่ยของค่าต้นทุนที่เป็นของสถานพยาบาลนั้น ๆ โดยตรง
- (2) ตัวคูณค่าใช้จ่ายจากค่าเฉลี่ยตามประเภทสถานพยาบาล หาได้จาก ค่าเฉลี่ยของค่าต้นทุนตามประเภทสถานพยาบาลนั้น ๆ
- (3) ตัวคูณค่าใช้จ่ายจากค่าเฉลี่ยของกรมสุขภาพจิต หาได้จาก ค่าเฉลี่ยของค่าต้นทุนที่เป็นค่าเฉลี่ยของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ดังตารางที่ 56

ตารางที่ 56 ต้นทุนต่อหน่วย และวันนอนเฉลี่ยจากการศึกษาต้นทุนกรมสุขภาพจิต ปี 2543

	สถานพยาบาล	ประเภทผู้ป่วย	ต้นทุนงานบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อครั้ง (บาท)		
			ค่าเฉลี่ยของ ร.พ. ปี 2543	ค่าเฉลี่ยของประเภท ร.พ. ปี 2543	ค่าเฉลี่ยของกรมสุขภาพจิต ปี 2543
1	ศูนย์เหนือ ฯ	ผู้ป่วยนอก	549	562	529
		ผู้ป่วยใน	7,071	24,917	19,632
		อัตราส่วนต้นทุนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก	13	44	37
		จำนวนวันนอนเฉลี่ย	10	29	38
2	จิตเวชนครสวรรค์	ผู้ป่วยนอก	401	436	529
		ผู้ป่วยใน	40,413	20,760	19,632
		อัตราส่วนต้นทุนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก	101	48	37
		จำนวนวันนอนเฉลี่ย	19	30	38
3	สวนปรุง	ผู้ป่วยนอก	332	585	529
		ผู้ป่วยใน	14,709	18,866	19,632
		อัตราส่วนต้นทุนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก	44	32	37
		จำนวนวันนอนเฉลี่ย	33	41	38

เมื่อพิจารณาต้นทุนดำเนินการผู้ป่วยใน พบว่า ต้นทุนโรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ มีค่าค่อนข้างคงที่ ใน 2 ปี โดยโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ จะมีต้นทุนสูงกว่าโรงพยาบาลสวนปรุง ในขณะที่ต้นทุนบริการของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือมีความแตกต่างกันมาก เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยใน 2 ปี มีความแตกต่างกันมาก ดังตารางที่ 57

ตารางที่ 57 ต้นทุนดำเนินการผู้ป่วยในต่อรายปีงบประมาณ 2544-2545 โดยวิธีลด

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ	ต้นทุนงานบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อครั้ง (บาท)		
		ตามค่าเฉลี่ยของ ร.พ. ปี 2543	ตามค่าเฉลี่ยของ ประเภท ร.พ. ปี 2543	ตามค่าประมาณการณ จากบัญชีต้นทุนกรม ปี 2543
1 ศูนย์เหนือ ฯ	ปี 2544	9,646	9,835	7,893
	ปี 2545	14,781	15,244	10,944
2 จิตเวชนครสวรรค์	ปี 2544	18,694	22,738	38,102
	ปี 2545	19,075	22,774	35,662
3 สวนปรุง	ปี 2544	14,077	13,714	14,491
	ปี 2545	13,966	13,642	14,334

เมื่อพิจารณาต้นทุนดำเนินการผู้ป่วยนอก พบว่า ต้นทุนโรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ มีค่าค่อนข้างคงที่ ใน 2 ปี โดยโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีต้นทุนสูงกว่าโรงพยาบาลสวนปรุง ในขณะที่ต้นทุนบริการของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือมีค่าต้นทุนดำเนินการผู้ป่วยนอกแตกต่างกันมาก เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยใน 2 ปี มีความแตกต่างกันมาก ดังตารางที่ 58

ตารางที่ 58 ต้นทุนดำเนินการผู้ป่วยนอกต่อครั้งปีงบประมาณ 2544-2545 โดยวิธีลด

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ	ต้นทุนงานบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อครั้ง (บาท)		
		ตามค่าเฉลี่ยของ ร.พ. ปี 2543	ตามค่าเฉลี่ยของ ประเภท ร.พ. ปี 2543	ตามค่าประมาณการณ จากบัญชีต้นทุนกรม ปี 2543
1 ศูนย์เหนือ ฯ	ปี 2544	260	222	613
	ปี 2545	398	344	850
2 จิตเวชนครสวรรค์	ปี 2544	504	478	378
	ปี 2545	514	478	354
3 สวนปรุง	ปี 2544	379	425	327
	ปี 2545	376	423	324

6. ประเมินสถานะทางการเงิน (Financial status)

การประเมินสถานะทางการเงินในส่วนนี้ เป็นการประเมินระบบการจัดสรรงบประมาณ แหล่งที่มาของเงิน การเปลี่ยนแปลงของเงินบำรุง ตลอดจนอัตราคืนทุนของสถานพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การจัดสรรงบประมาณของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 3 แห่ง มีภาวะพึ่งพิงเงินงบประมาณมาก มีอัตราส่วนสูงร้อยละ 80-90 เมื่อเปรียบเทียบการใช้เงินงบประมาณระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 พบว่า การใช้เงินงบประมาณมีอัตราส่วนสูงขึ้นร้อยละ 2 โดยการใช้เงินงบประมาณมีสัดส่วนลดลงที่ศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลสวนปรุง ดังตารางที่ 59

ตารางที่ 59 ต้นทุนตามแหล่งที่มาของเงิน จำแนกตามปี

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ 2544					
	เงินงบประมาณ	ร้อยละ	เงินบำรุง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
1. ศูนย์เหนือ	23,535,672	87.1	3,498,956	12.9	27,034,628	100.0
2. นครสวรรค์	31,043,037	83.7	6,061,243	16.3	37,104,280	100.0
3. สวนปรุง	122,827,425	77.9	34,825,233	22.1	157,652,658	100.0
รวม	177,406,134	80.0	44,385,432	20.0	221,791,566	300.0
สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ 2545					
	เงินงบประมาณ	ร้อยละ	เงินบำรุง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
1. ศูนย์เหนือ	21,858,068	81.1	5,099,761	18.9	26,957,829	100.0
2. นครสวรรค์	30,663,604	78.8	8,226,191	21.2	38,889,795	100.0
3. สวนปรุง	119,887,911	75.6	38,779,092	24.4	158,667,003	100.0
รวม	172,409,583	83.6	33,853,464	16.4	206,263,047	100.0

เมื่อพิจารณา การเปลี่ยนแปลงของเงินบำรุงของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือ พบว่า ระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 มีเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 6.75 โดยเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์และโรงพยาบาลสวนปรุง คิดเป็นร้อยละ 31.20 และ 1.21 ตามลำดับ ส่วนศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือมีเงินบำรุงสุทธิลดลง คิดเป็นร้อยละ 27.37 เมื่อพิจารณารายละเอียดรายจ่ายเงินบำรุงของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ พบว่า สาเหตุที่ยอดเงินบำรุงมีค่าลดลง เนื่องจากการใช้เงินจัดซื้อระบบคอมพิวเตอร์ และพบว่าเงินบำรุง ณ ปี 2546 งบประมาณมีมูลค่าเพิ่มขึ้นรวมกว่า 5 ล้านบาท ดังตารางที่ 60

ตารางที่ 60 จำนวนและร้อยละของเงินบำรุงสุทธิที่เปลี่ยนแปลงจำแนกตามปี

สถานพยาบาล	จำนวนเงินบำรุงสุทธิ (บาท)		ร้อยละของเงินบำรุงที่เปลี่ยนแปลง
	ปี 2544	ปี 2545	
1 ศูนย์เหนือฯ	5,486,323	3,984,785	-27.37
2 นครสวรรค์	17,189,032	22,552,852	31.20
3 สวนปรุง	36,841,269	37,287,810	1.21
รวม	59,516,624	63,825,447	6.75

เมื่อพิจารณา ค่าใช้จ่ายหรือค่าบริการที่เก็บได้ต่อต้นทุนงานบริการ พบว่า ความสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาล ที่คิดเป็นร้อยละของค่าบริการที่เรียกเก็บได้หรืออัตราคืนทุน มีค่าสูงที่สุดที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ คิดเป็นร้อยละ 37 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลสวนปรุง และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 17-18 และ 14-15 ตามลำดับ ดังตารางที่ 61

ตารางที่ 61 ร้อยละของค่าบริการที่เก็บได้ต่อต้นทุนงานบริการจำแนกตามปี

สถานพยาบาล	ร้อยละของค่าบริการที่เรียกเก็บได้	
	ปี 2544	ปี 2545
1 ศูนย์เหนือฯ	14	15
2 นครสวรรค์	37	37
3 สวนปรุง	18	17

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาผลกระทบของนโยบาย 30 บาท ต่อระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช: ภาพรวมระดับประเทศ และกรณีศึกษาสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในภาคเหนือของประเทศไทยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนการให้และการใช้บริการจิตเวชในประเทศไทย และศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือของประเทศไทยต่อนโยบาย 30 บาท ทำการศึกษาย้อนหลังในปีงบประมาณ 2544-2545 มีขอบเขตครอบคลุมการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยในของภาครัฐบาลของประเทศไทย ไม่ได้ครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในชุมชน และผู้ป่วยในภาคเอกชน การศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือ ครอบคลุมสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งหมดในภาคเหนือจำนวน 3 แห่ง เป็นการวิจัยผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยและแหล่งที่มาของข้อมูลมาจากหลายแห่ง คือ ข้อมูลการบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช จากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 12 แฟ้ม จากศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งหมด จำนวน 15 แห่ง, ข้อมูลจำนวนประชากรไทย จากสำมะโนประชากรกระทรวงมหาดไทย, ข้อมูลจำนวนจิตแพทย์ของประเทศไทย จากศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ข้อมูลทางการเงินจากสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย และข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน 12 แฟ้มข้อมูล และแบบบันทึกข้อมูลทางการเงินของเงินงบประมาณ เงินบำรุง และเงินรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนกว่าให้การถือฤๅ (สปร.) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ วิเคราะห์การศึกษาผลกระทบจากนโยบาย การปรับตัวของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระบบและนโยบาย ลักษณะการปรับตัว ตลอดจนแนวโน้มของผลในอนาคตต่อการใช้นโยบายนี้ ประเมินโดยพิจารณาจากจากหลักเกณฑ์ 7 ด้าน คือ ประเมินการเข้าถึงบริการ (Access to care), ประเมินลักษณะของผู้ป่วย (Patient characteristic), ประเมินกระบวนการรักษา (Process of care), ประเมินผลลัพธ์ของการรักษา (Patient outcome of care), ประเมินการบริหารจัดการองค์กร และ โครงสร้างระบบบริการ (Structure of care), ประเมินต้นทุนการรักษา (Cost of care) และ ประเมินสถานะทางการเงิน (Financial status) ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ประเมินการเข้าถึงบริการ วัดการใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวช เป็นการประเมินเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการจิตเวชของประชาชนในจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 ประเมินใน 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1.1 จิตแพทย์

จิตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนเท่ากับ 387 คน คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์ 0.63 คนต่อ 100,000 ประชากร ส่วนใหญ่เป็นจิตแพทย์สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6 รองลงมาเป็นจิตแพทย์ในภาคเอกชน และสังกัดทบวงสาธารณสุข จำนวน 81 และ 76 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 และ 19.6 ตามลำดับ จิตแพทย์มีการกระจายตัวอยู่ในจังหวัดต่างๆ จำนวน 37 จังหวัด

เมื่อพิจารณาจิตแพทย์ภาครัฐที่ยังคงให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยอยู่ มีจำนวน 211 คน คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์ 0.34 คนต่อ 100,000 ประชากร ส่วนใหญ่เป็นจิตแพทย์สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 รองลงมาเป็นจิตแพทย์ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 63 และ 41 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 และ 19.4 ตามลำดับ

จากจำนวนจังหวัดทั้งประเทศจำนวน 76 จังหวัด จิตแพทย์มากกว่าครึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร จังหวัดที่มีการกระจุกตัวของจิตแพทย์สูงสุด 3 ลำดับแรก คือ นนทบุรี กรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่ มีจำนวนจิตแพทย์ 36, 217 และ 21 คน คิดเป็นจิตแพทย์ 4.09, 3.83 และ 1.39 คน ต่อ 100,000 ประชากรตามลำดับ

1.2 สถานพยาบาล

สถานพยาบาลส่วนใหญ่ที่ให้การรักษาผู้ป่วยในทางจิตเวชเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ ในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 มีสถานพยาบาลเหล่านี้จำนวน 666 และ 927 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.5 และ 94.1 ของสถานพยาบาลทั้งหมด รองลงมาเป็นสถานพยาบาลในกลุ่มที่มีการให้บริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ มีจำนวน 35 และ 37 แห่ง ในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 คิดเป็นร้อยละ 4.9 และ 3.8 ตามลำดับ ถัดมาเป็นสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต และโรงเรียนแพทย์

สถานพยาบาลภาครัฐทั้งหมดนี้ ได้ให้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชเป็นครั้ง (ราย) ในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 มีจำนวนปีละ 76,278 และ 79,854 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ จำนวน 41,075 และ 45,472 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.8 และ 56.9 ตามลำดับ รองลงมาเป็นผู้ป่วยในจากสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 27,574 และ 28,571

ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36.1 และ 35.8 ตามลำดับ ถัดมาเป็นสถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ และโรงเรียนแพทย์

1.3 การข้ามเขตบริการทางจิตเวช

โดยแต่ละจังหวัดจะมีสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิอยู่ในแต่ละจังหวัด แต่ส่วนของบริการจิตเวชมีสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 15 แห่ง กระจายอยู่ในไม่กี่จังหวัดเท่านั้น

เขตการบริการพิจารณาโดยยึดหลักตามจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาล และจังหวัดตามภูมิลำเนาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

1.3.1 เขตบริการระดับเขต แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ “เขตสาธารณสุข” และ “เขตมหาดไทย” ในแต่ละเขตมีจำนวนประชากรและจำนวนจิตแพทย์แตกต่างกันมาก ดังนี้

เขตสาธารณสุข มีจิตแพทย์มีทั้งหมดต่อประชากรสูงที่สุดที่เขต 1 (กรุงเทพมหานคร, สมุทรปราการ, นนทบุรี, ปทุมธานี, พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง) คิดเป็นจิตแพทย์ 2.91 คนต่อ 100,000 ประชากร รองลงมาคือเขต 2 (ลพบุรี, สิงห์บุรี, ชัยนาท, สระบุรี, นครนายก และสุพรรณบุรี) คิดเป็นจิตแพทย์ 0.51 คนต่อ 100,000 ประชากร ถัดมาเป็นเขต 3 (ชลบุรี, ระยอง, จันทบุรี, ตราด, ฉะเชิงเทรา, ปราจีนบุรี และสระแก้ว) และเขต 4 (ราชบุรี, กาญจนบุรี, นครปฐม, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์) ตามลำดับ ในขณะที่ เขตที่มีจำนวนจิตแพทย์น้อยที่สุดคือ เขต 9 (อุดรดิษฐ์, แพร่, น่าน, พิจิตร และเพชรบูรณ์) ส่วนเขตที่มีจิตแพทย์น้อยเพิ่มขึ้นจากเขต 9 คือ เขต 2 (ลพบุรี, สิงห์บุรี, ชัยนาท, สระบุรี, นครนายก และสุพรรณบุรี), เขต 5 (นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์, ชัยภูมิ และมหาสารคาม), เขต 4 (ราชบุรี, กาญจนบุรี, นครปฐม, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์) และเขต 8 (นครสวรรค์, อุทัยธานี, กำแพงเพชร, ตาก และสุโขทัย) คิดเป็นจิตแพทย์ตั้งแต่ 0.15-0.18 คนต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ

เขตมหาดไทย มีจำนวนจิตแพทย์ทั้งหมดต่อประชากรสูงที่สุดที่เขต 10 (กรุงเทพมหานคร) คิดเป็นจิตแพทย์ 3.83 คนต่อ 100,000 ประชากร รองลงมาคือเขต 1 (สมุทรปราการ, นนทบุรี, ปทุมธานี, พระนครศรีอยุธยา, อ่างทอง, ลพบุรี, สิงห์บุรี และชัยนาท) คิดเป็นจิตแพทย์ 1.01 คนต่อ 100,000 ประชากร ถัดมาเป็นเขต 5 (เชียงใหม่, ลำพูน, ลำปาง, พะเยา, เชียงราย, แม่ฮ่องสอน, อุดรดิษฐ์, แพร่ และน่าน) ในขณะที่ เขต 6 (นครสวรรค์, อุทัยธานี, กำแพงเพชร, ตาก, สุโขทัย, พิจิตร และเพชรบูรณ์) มีจำนวนจิตแพทย์น้อยที่สุด ตามมาด้วยเขต 7 (ราชบุรี, กาญจนบุรี, นครปฐม, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, เพชรบุรี, ประจวบคีรีขันธ์ และสุพรรณบุรี), เขต 3 (นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์, ชัยภูมิ, หนองบัวลำภู, ศรีสะเกษ, อุบลราชธานี, ยโสธร, อำนาจเจริญ และมหาสารคาม), เขต 4 (ขอนแก่น, อุดรธานี, เลย, หนองคาย, กาฬสินธุ์, สกลนคร, ร้อยเอ็ด, นครพนม และมุกดาหาร) คิดเป็นจิตแพทย์ตั้งแต่ 0.12-0.18 คนต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ

1.3.2 เขตบริการระดับจังหวัด พิจารณาโดยยึดหลักตามจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาล และจังหวัดตามภูมิลำเนาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แบ่งได้ 76 จังหวัด

การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวชมีอัตราสูงมาก การข้ามเขตระดับจังหวัดในปีงบประมาณ 2544-2545 สูงถึงร้อยละ 28.97-29.97 ในขณะที่มีการข้ามเขตระดับเขตไม่ว่าจะเป็นเขตสาธารณสุขหรือเขตมหาดไทยมีค่าใกล้เคียงกัน คือ ตั้งแต่ร้อยละ 13.05-14.23

จากข้อมูลการใช้บริการทางจิตเวชจากสถานพยาบาลทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 พบว่า เป็นการให้หรือใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชจำนวน 70,019 และ 70,155 ครั้ง คิดเป็น 1.135 และ 1.128 ครั้งต่อ 100,000 ประชากร ในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 ตามลำดับ

จังหวัดนนทบุรี นครราชสีมา อุบลราชธานี ขอนแก่น นครพนม เชียงใหม่ นครสวรรค์ สงขลา ซึ่งเป็นจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ยกเว้นจังหวัดยะลา จังหวัดที่ทำหน้าที่เป็นแม่เหล็กดึงดูดผู้ป่วยจากจังหวัดรอบข้างเข้ามาใช้บริการ (import) ในขณะที่ประชากรในจังหวัดทั้งสองก็เดินทางออกไปรับบริการที่จังหวัดอื่น (export) น้อยมาก พิจารณาได้จาก ดัชนี “อัตราส่วนข้ามเขตสุทธิ” (Net flow ratio; NFR) ซึ่งเทียบระหว่างการส่งออกต่อการนำเข้า ($NFR = \text{Export/Import}$) มีค่าน้อยกว่า 1 พบได้ ที่ ซึ่งผู้ป่วยมีการข้ามเขตมาใช้บริการเป็นการรวมการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบและการที่ผู้ป่วยข้ามเขตเองโดยไม่ผ่านระบบส่งต่อเข้าด้วยกัน

2. ประเมินลักษณะของผู้ป่วย (Patient characteristic)

ลักษณะของผู้ป่วยในทางจิตเวช ที่มารับบริการ ณ สถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย มีดังนี้

2.1 วินิจฉัยโรค

ในปีงบประมาณ 2544-2545 ความผิดปกติหรือโรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของสถานพยาบาลภาครัฐมากที่สุด คือ โรคจิตชนิดจิตเภทและโรคจิตแบบเฉียบพลัน (Schizophrenia and Acute psychotic disorders) คิดเป็นร้อยละ 37.46-35.24 รองลงมาเป็นความผิดปกติจากการติดยาและสารเสพติดชนิดต่างๆ (Substance-Related disorders) คิดเป็นร้อยละ 32.36-31.45 ถัดมาเป็นโรคประสาทชนิดวิตกกังวล (Anxiety disorders), โรคความผิดปกติของอารมณ์ (Mood disorders) ตามลำดับ โดยความผิดปกติจากการติดยาและสารเสพติดชนิดต่างๆ (Substance-Related disorders) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่โรคประสาทชนิดวิตกกังวล (Anxiety disorders) และโรคความผิดปกติของอารมณ์ (Mood disorders) พบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

2.2 คำนำนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

ค่านักสัมพัทธ์ (rw) ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Thai DRG V.3) สามารถบอกถึงความยากง่ายในการรักษาของผู้ป่วยได้ โรงเรียนแพทย์มีค่านักสัมพัทธ์เฉลี่ยสูงสุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.79-0.87 รองลงมาเป็น สถานพยาบาลกรมสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.66-0.68 ถัดมาเป็นสถานพยาบาลที่

มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ และ สถานพยาบาลปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.60-0.57 และ 0.53-0.54 ตามลำดับ

ในกลุ่มสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือ โรงพยาบาลสวนปรุงและจิตเวช นครสวรรค์มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ใกล้เคียงกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.64-0.66 ส่วนศูนย์พัฒนาการเด็ก ภาคเหนือมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.27-0.45

2.3 ดัชนีอนามัย

ในการศึกษานี้ อัตราตายต่อ 100,000 ประชากร และ อัตราป่วยต่อ 100,000 ประชากร ผู้ป่วย ในทางจิตเวชของประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2544 ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี มีอัตราป่วยต่อ 100,000 ประชากร หรือ อัตราการเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน สูงกว่าปีงบประมาณ 2545 แต่อัตราตายต่อ 100,000 ประชากร หรืออัตราการเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในแล้วเสียชีวิตในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2545 กลับสูงกว่าปีงบประมาณ 2544

การศึกษาคำนวณหา อัตราป่วย/ตายมาตรฐาน (Adjusted or standardized morbidity/mortality rate) ด้วยวิธีปรับความแตกต่างโดยวิธีอ้อม (Adjustment by indirect method) ได้

อัตราป่วยจำเพาะตามอายุและเพศ (Age sex specific morbidity rate) ของผู้ป่วยในทางจิตเวช ของประเทศไทยในภาพรวม ปีงบประมาณ 2544 มีมากกว่าปีงบประมาณ 2545 เพศหญิงมีมากกว่าเพศ ชาย และช่วงอายุที่มักเกิดการเกิดโรคมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 15-59 ปี ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยจำเพาะตามอายุและเพศ ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

อัตราตายจำเพาะตามอายุและเพศ (Age sex specific mortality rate) อัตราตายในผู้ป่วยทางจิตเวชมีไม่มากนัก อัตราตายพบมากในผู้สูงอายุ โดยอาจมีปัจจัยอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้อง และไม่พบการตายใน อายุต่ำกว่า 14 ปี

3. ประเมินกระบวนการรักษา (process of care) และ ประเมินผลลัพธ์ของการรักษา (patient outcome of care)

สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายในเวลา 1 ปีเป็นครั้ง สูงกว่า สถานพยาบาลนอกกรมสุขภาพจิต และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเป็นครั้งมีการลดลง เมื่อเทียบระหว่าง ในปีงบประมาณ 2544-2545 และเมื่อพิจารณาเป็นคน พบว่า ปีงบประมาณ 2545 มีการรับกลับมารักษา ใหม่สูงกว่าปี งบประมาณ 2544 โดยสถานพยาบาลนอกกรมมีค่าการรับกลับเข้ารับรักษาใหม่สูงกว่า สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในภาพรวมการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเมื่อนับเป็นต่อครั้งและต่อคนมีค่า ลดลง

โรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ภายในเวลา 1 ปี อัตราใกล้เคียงกัน คือ ผู้ป่วยที่ได้กลับมารักษาซ้ำมีค่าเฉลี่ยการกลับเข้ามาเป็นผู้ป่วยใน

ประมาณ 2.11-2.25 ครั้งต่อปี แต่ไม่สามารถใช้สัดส่วนการรักษาซ้ำนี้อธิบายกับศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือได้ เนื่องจากวิธีการนับที่แตกต่างกันของสถานพยาบาลในระหว่างช่วงเวลาที่ศึกษา

สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 52-48 วันต่อครั้ง รองลงมาเป็นโรงเรียนแพทย์ มีวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 10-13 วันต่อครั้ง ถัดมาเป็นสถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ และ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ มีวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 6-5 และ 3-4 วันต่อครั้ง ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 พบว่าสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนวันนอนลดลง ในขณะที่สถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตมีการเพิ่มจำนวนวันนอน

กรณีสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ปีงบประมาณ 2544 โรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 45 และ 46 วันต่อครั้ง ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2545 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงเป็น 34 และ 25 วันต่อครั้ง ตามลำดับ

4. ประเมินการบริหารจัดการองค์กร และโครงสร้างระบบบริการ

โครงสร้างระบบบริการแต่เดิมผู้ป่วยในทางจิตเวช จากเดิมผู้ป่วยส่วนนี้ เป็นกลุ่ม UC สามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเฉพาะทางได้โดยตรง แต่เมื่อประกาศใช้นโยบาย 30 บาท ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เดิมใช้สิทธิผู้มีรายได้น้อยจะต้องได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลหลักก่อน กรณีที่เห็นสมควรส่งต่อ แพทย์จึงดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเฉพาะทางต่อไป โครงสร้างระบบบริการสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนักในช่วงปี 2544-2545 คงมีสายการบังคับบัญชาและการบริหารจัดการองค์กรเหมือนกัน และได้รับการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลาง ทำให้มาตรการที่เกิดขึ้นใหม่เป็นผลกระทบจากนโยบาย 30 บาท ที่เห็นเป็นรูปธรรม คือ การจัดระบบติดตามและเร่งรัดหนี้สิน เพื่อติดตามและเร่งรัดหนี้ที่เกิดจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโครงการ 30 บาท (UC) มีการเรียกเก็บเงินย้อนหลังนี้เกี่ยวข้องกับระบบและเอกสารต่างๆ เช่น การส่งต่อ, ผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ฯลฯ

5. ประเมินต้นทุนการรักษา (Cost of care)

การประเมินต้นทุนการรักษาได้ศึกษาเฉพาะสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือของไทยเท่านั้น ได้คำนวณต้นทุนโดยวิธีลด ใช้ตัวคูณค่าใช้จ่าย (factor) ที่เป็นต้นทุนที่แท้จริงของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตเองจากการศึกษาที่มีก่อน โดยได้ตัวคูณค่าใช้จ่ายทั้งหมด 3 วิธี คำนวณหาต้นทุนผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ทำการเปรียบเทียบต้นทุนระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 และระหว่างสถานพยาบาล

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีต้นทุนรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่ำกว่าโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง โรงพยาบาลสวนปรุงมีต้นทุนลดลง ในขณะที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีต้นทุนสูงขึ้น ส่วนศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือไม่สามารถพิจารณาต้นทุนครั้งนี้ได้ เนื่องจากมีการปรับระบบการนับจำนวนผู้ป่วยในระหว่าง 2 ปีงบประมาณที่ทำการศึกษา ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้

ค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยในทางจิตเวชเฉลี่ยต่อครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าแตกต่างกันมากตามประเภทสถานพยาบาล โดยสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตมีค่าบริการที่เรียกเก็บเฉลี่ยสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ 13,967-13,903 บาทต่อครั้ง ปีงบประมาณ 2544-2545 รองลงมาเป็นโรงเรียนแพทย์ มีค่าบริการที่เรียกเก็บเฉลี่ยจาก 7,861-11,682 บาทครั้ง ตามมาด้วยสถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ และสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ มีค่าบริการที่เรียกเก็บเฉลี่ยเท่ากับ 2,398-3,451 และ 995-2,658 บาทต่อครั้งตามลำดับ โดยค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตมีค่าไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 ปี ในขณะที่ สถานพยาบาลอื่นๆ นอกกรมสุขภาพจิตมีค่าบริการเพิ่มขึ้น

6. ประเมินสถานะทางการเงิน (Financial status)

ระบบการจัดสรรงบประมาณของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นการจัดสรรงบประมาณจากกรมโดยตรง สำหรับสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ แหล่งที่มาของเงินทุนมาจากหลายทาง ส่วนใหญ่ของเงินทุนร้อยละ 80-90 มาจากเงินงบประมาณ ซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนักในระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 เงินทุนที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 10-20 มาจากเงินบำรุง ซึ่งเงินบำรุงก็มาจากหลายทาง เช่น เงินค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง, เงินที่เรียกเก็บย้อนหลังให้การรักษายาบาลในผู้ป่วยที่ไม่ได้ชำระเงินเอง (เดิมผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยในโครงการ สปร. ส่วนในตอนปลายปีงบประมาณ 2544 รวมทั้งตลอดปีงบประมาณ 2545 ผู้ป่วยกลุ่มนี้คือผู้ป่วยโครงการ UC 30 บาท), ดอกเบี้ยเงินฝาก, เงินบริจาค ฯลฯ

เงินบำรุงสุทธิระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 มีจำนวนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 6.75 โดยเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์และโรงพยาบาลสวนปรุง คิดเป็นร้อยละ 31.20 และ 1.21 ตามลำดับ ส่วนศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือมีเงินบำรุงสุทธิลดลง คิดเป็นร้อยละ 27.37 แต่การลดของเงินบำรุงมิได้เกิดจากการนำเงินไปใช้ในการรักษาพยาบาล หากเกิดจากการพัฒนาปรับปรุงระบบของสถานพยาบาล ดังนั้นเงินบำรุงสุทธิจึงไม่มีการลดลงในทั้ง 3 แห่ง

อัตราต้นทุน ที่คิดจากค่าบริการที่เรียกเก็บกับเงินที่เก็บได้จริง พบว่า มีค่าเท่ากับร้อยละ 14-37 โดยโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีค่าสูงที่สุดร้อยละ 37 รองลงมาเป็น โรงพยาบาลสวนปรุง และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 17-18 และ 14-15 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ อภิปรายผลได้ ดังนี้

1. เมื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช พบว่าบริการผู้ป่วยในทางจิตเวชเป็นครั้ง (ราย) ในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 จำนวนปีละ 76,278 และ 79,854 ครั้ง ตามลำดับ จำนวน ทั้งหมด... คิดเป็นร้อยละ 2

2. เมื่อพิจารณาจำนวนจิตแพทย์จากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์ของประเทศไทยมีจำนวน น้อย และมีการกระจายตัวไม่ทั่วถึง จิตแพทย์มีการกระจายตัวอยู่ในจังหวัดต่างๆ เพียงจำนวน 37 จังหวัด ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพ และปริมณฑล คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์ 0.63 คนต่อ 100,000 ประชากร เมื่อพิจารณาจิตแพทย์ภาครัฐที่ยังคงให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยอยู่ มีจำนวน 211 คน คิดเป็น สัดส่วนจิตแพทย์ 0.34 คนต่อ 100,000 ประชากร

3. สถานพยาบาลเฉพาะทางมีการกระจายตัวไม่ทั่วถึง เช่นเดียวกับการกระจายตัวของจิตแพทย์ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขของไทย เนื่องจาก เป็นเจ้าใหญ่ในตลาดบริการนี้ มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยกว่าร้อยละ 54-57 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น ระบบบริการจิตเวชของไทยจะเป็นอย่างไรในอนาคตก็ขึ้นกับระบบหรือกลไกที่จะมีผลต่อโรงพยาบาล เหล่านี้ ในขณะที่สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านนี้โดยตรงมีสัดส่วน การตลาดร้อยละ 36 เท่านั้น และมีแนวโน้มผู้ป่วยในจะลดลง

4. การข้ามเขตบริการทางจิตเวช การข้ามเขตบริการผู้ป่วยในทางจิตเวชมีอัตราสูงมาก การข้ามเขต ระดับจังหวัดสูงถึงร้อยละ 28.97-29.97 ในขณะที่มีการข้ามเขตระดับเขตสูงถึงร้อยละ 13.05-14.23 เนื่องจากการกระจายทั้งแพทย์และสถานพยาบาลเฉพาะทางมีความเลื่อมล้ำ มีการกระจายไม่ทั่วถึง ส่งเสริมให้มีการให้ผู้ป่วยที่ข้ามเขตได้ ข้ามเขตไปรับบริการในที่ๆ คิดว่ามีความพร้อมกว่า ในขณะที่การ ใช้นโยบาย 30 บาท เป็นการผลักดันให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่จังหวัดที่ตั้งของตน ดังนั้นการวางระบบและ นโยบายสุขภาพจึงสำคัญมากว่าจะให้บริการนี้มีลักษณะอย่างไร และต้องการการวางระบบที่ดีใช้ใน เวลาที่เหมาะสมด้วย

ข้อมูลการข้ามเขตบริการทางจิตเวชครั้งนี้ สามารถใช้ประกอบการวางแผน การจัดสรร บประมาณบริการทางจิตเวช เช่น จังหวัดที่มีอัตราการส่งออกสุทธิสูง คือ มีการผลักดันใช้สูง ควร ได้รับการปรับลดงบประมาณมากกว่าจังหวัดอื่น ในขณะที่ จังหวัดที่มีอัตราส่วนส่งออกสุทธิต่ำ มีการ ผลักดันใช้ต่ำ ควรจะได้รับการงบประมาณเพิ่ม เป็นต้น

5. จังหวัดที่มีสถานพยาบาลเฉพาะทาง และ/หรือ มีจำนวนจิตแพทย์ต่อประชากรสูงก็มีการเข้าถึง บริการได้สูงตามไปด้วย มีการดูค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับจังหวัดรอบข้าง มีค่าอัตราส่วนข้ามเขตสุทธิ (NFR) มีค่า NFR น้อยกว่า 1

6. ความผิดปกติหรือโรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของสถานพยาบาลภาครัฐอันดับ 2 คือ ความผิดปกติจากการติดยาและสารเสพติดชนิดต่างๆ (Substance-Related disorders) คิดเป็นร้อยละ 32.36-31.45 ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ต่อความมั่นคง เศรษฐกิจของประเทศ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ เป็นประเด็นที่น่าสนใจ

7. คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) พบว่า ความผิดปกติหรือโรคทางจิตเวช มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยไม่มากเฉลี่ยตั้งแต่ 0.5-0.8 โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือซึ่งเป็นสถานพยาบาลจิตเวชสำหรับเด็กมีค่า RW เท่ากับ 0.27-0.45 ที่ต่ำลงไปอีก ในขณะที่เมื่อเทียบกับโรคฝ่ายกายที่หากเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือต้องใช้ทรัพยากรมาก จะมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตั้งแต่ 2.5 ขึ้นไป เนื่องจากความผิดปกติทางจิตเวชเป็นโรคในกลุ่มกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (sub acute and non acute care) หรือโรคเรื้อรัง (Chronic disease) ซึ่งเป็นโรคที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่ได้ทำให้ถึงแก่ชีวิต ใช้เวลาในการรักษานาน ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นปัจจัยสำคัญที่เข้ามาเกี่ยวข้องคือจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนั่นเอง คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เหมาะสมกับโรคเฉียบพลัน จึงอาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ประกอบการจัดสรรงบประมาณได้

8. การศึกษานี้ ทำการคำนวณหาอัตราป่วย/ตายมาตรฐาน (Adjusted or standardized morbidity/mortality rate) โดยวิธีปรับความแตกต่างโดยวิธีอ้อม (Adjustment by indirect method) เนื่องจากโรคทางจิตเวชมีการตายในโรงพยาบาลต่างๆ เป็นจำนวนไม่มากนัก จึงเลือกทำการปรับโดยวิธีนี้ ซึ่งมีข้อดีคือ ช่วยให้การเปรียบเทียบต่างๆ เป็นไปอย่างถูกต้อง ปราศจากความลำเอียง เพราะได้ปรับผลของความแตกต่างของประชากรที่มีอิทธิพลต่อการเปรียบเทียบ แต่ก็มีข้อด้อยคือ ไม่ใช่อัตราตายที่แท้จริง และ เมื่ออัตราตายจำเพาะของแต่ละประชากรเป็นไปในทางตรงข้ามกัน (Crossing over) ไม่สามารถทำการปรับผลของความแตกต่างของประชากรได้

9. SMR/SAR ของประชากรกลุ่มใดสูงก็แสดงว่าประชากรกลุ่มนั้นมีอัตราป่วย/ตายสูงกว่ากลุ่มอื่นจากการศึกษาพบว่า SMR/SAR มีค่าสูงในเขตภาคเหนือ อันหมายความว่า ประชากรในเขตภาคเหนือมีอัตราการป่วย/ตายสูงกว่าประชาชนในภาคอื่น แต่อาจจะขึ้นกับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การเกิดโรค การระบาดของโรคในภาคเหนือ เช่น โรคเอดส์และการใช้สารเสพติดที่มีมากในเขตภาคเหนือ ความพร้อมหรือศักยภาพของการให้บริการ การสร้างโรงพยาบาลเครือข่าย ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ เกณฑ์ในการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน ฯลฯ

10. สถานพยาบาลแต่ละประเภทมีจำนวนวันโรงพยาบาลเฉลี่ยแตกต่างกันมาก ขึ้นกับการบริการที่ให้ ความหนักเบาของโรคที่เป็น มาตรฐานการพยาบาลของแต่ละแห่งก็มีความแตกต่างกัน

11. การที่สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตได้ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลง จากเดิมก่อนการใช้นโยบาย 30 บาท ในปีงบประมาณ 2545 ที่มีการใช้นโยบายนี้แล้ว การมีระบบการส่งผู้ป่วยจะมีการเรียกเก็บเงิน โดยส่วนมากยึดตามอัตราการเรียกเก็บเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยของมติของ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ กรณีผู้ป่วยในอัตรา 165 บาทต่อวัน จำนวนวันสูงสุดไม่เกิน 15 วัน หรือ ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม อาจจูงใจให้สถานพยาบาลกรมสุขภาพจิต ที่มีการรักษาผู้ป่วยที่มีวันนอนนาน ลดจำนวนวันนอนลง เห็นได้ชัดเจนในสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคเหนือ จากเดิมในปีงบประมาณ 2544 ช่วงก่อนและเริ่มใช้นโยบายนี้ ผู้ป่วยในมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยประมาณ 45 วัน ต่อครั้ง ในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการกำหนดใช้มตินี้แล้ว จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในลดลงเป็น 25 และ 35 วันที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และโรงพยาบาลสวนปรุงทันที ปัญหาใหญ่และเป็นปัญหาที่สำคัญตามมาคือ จำนวนวันนอนที่ลดลงนี้ เป็นจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ไม่มีความจำเป็นหรือเป็นการให้การรักษาน้อยกว่าที่ผู้ป่วยควรได้รับกันแน่

12. สถานพยาบาลจิตเวชสำหรับเด็ก การรักษาที่ให้อาจเป็นลักษณะพิเศษออกไป เป็นการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ การที่ผู้ป่วยสามารถมารับบริการได้เร็วที่สุดที่ค้นพบปัญหา การได้รับบริการอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่ดีที่สุด แต่จากการศึกษาเมื่อเทียบกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าประชาชนเข้าถึงการใช้บริการ พบว่า แม้ผู้ป่วยในสถานพยาบาลเฉพาะทางยังมีโอกาสใช้บริการเหล่านั้นไม่ก็ครั้งใน 1 ปีเท่านั้นเอง ไม่นับผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการอีก เป็นจำนวนเท่าไร

ส่วนการประเมินที่ศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือในการศึกษานี้จะไม่พิจารณาจากอัตราการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากเหตุผลอย่างน้อย 2 ประการคือ วิธีการนับจำนวนผู้ป่วยใน ระหว่างปีที่ทำการศึกษาดังกล่าว มีการปรับวิธีการนับจึงทำให้ฐานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเป็นคนละกลุ่มกันทำให้มีผลต่อความถูกต้องของการวิเคราะห์ได้ และ เหตุผลอีกประการคือ การรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในของศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือเป็นลักษณะของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มีโอกาสมาใช้บริการสถานพยาบาลเฉพาะทางจึงน่าจะเป็นสิ่งที่ควรจะได้เด็กขึ้น เพราะเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า ยังสามารถตรวจพบได้เร็ว ยิ่งให้การสนับสนุนต่างๆ ได้ดีและเหมาะสมแล้ว ย่อมส่งผลในทางบวกต่อผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ ดังนั้นการพิจารณาอัตราการกลับมารักษาซ้ำ น่าจะมีความหมายที่ต่างไป อย่งไรก็ตาม จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยกลุ่มนี้เพียงไม่กี่จังหวัดเท่านั้นที่สามารถเข้าใช้บริการนี้ได้ และในจำนวนผู้ที่สามารถเข้าใช้บริการนั้น แต่ละคนก็สามารถมารับการฟื้นฟูที่สถานพยาบาลจัดให้เพียง 2.8 ครั้งต่อปีเท่านั้น

13. การประเมินผลลัพธ์ของการรักษาจากการดีขึ้นหรือเลวลงของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการรักษาที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถประเมินได้ไม่มากนัก เนื่องจากข้อจำกัดของฐานข้อมูล เกณฑ์ที่พอจะใช้ในการช่วยประเมินจึงเป็น “อัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำภายในเวลา 1 ปี” ซึ่งพบว่า มีอัตราใกล้เคียงกันระหว่างสถานพยาบาลประเภทต่างๆ โรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ คือ ผู้ป่วยโดยเฉลี่ยมาใช้บริการหรือกลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในอีก ภายในเวลา 1 ปี

เท่ากับ 2.11-2.25 ครั้ง กล่าวคือ ผู้ป่วยมารักษาในแผนกผู้ป่วยใน ในทุก 5-6 เดือน ซึ่งสิ่งที่น่าสนใจที่สุดคือ อัตราการกลับมารักษาซ้ำน่าจะน้อยที่สุดเท่าที่เป็นได้ จึงควรมีการศึกษาในทางลึกต่อไป

14. โครงสร้างระบบบริการสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนักในช่วงปี 2544-2545 คงมีสายการบังคับบัญชาและการบริหารจัดการองค์การเหมือนกัน มาตรการที่สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตมีต่อนโยบาย 30 บาท ที่เห็นเป็นรูปธรรม คือ การจัดระบบติดตามและเร่งรัดหนี้สิน เพื่อติดตามและเร่งรัดหนี้ที่เกิดจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโครงการ 30 บาท (UC) มีการเรียกเก็บเงินย้อนหลังนี้เกี่ยวข้องกับระบบและเอกสารต่างๆ เช่น การส่งต่อ, ผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ฯลฯ ซึ่งการปรับตัวด้านคุณภาพบริการเห็นได้ไม่เด่นชัดนัก

15. จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โครงสร้างต้นทุนบริการทางจิตเวชมีความแตกต่างจากฝ่ายกาย พฤติกรรมต้นทุนของการรักษาพยาบาลทางจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนการพยาบาล (routine service cost) ต้นทุนที่เหลือส่วนน้อยเป็นต้นทุนทางการแพทย์ (medical care cost) ดังนั้นจำนวนวันนอนโรงพยาบาลจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับสถานพยาบาลฝ่ายกายที่มีต้นทุนส่วนมากมักเป็นค่ายา ค่าทำหัตถการต่างๆ มีจำนวนวันนอนที่สั้นกว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยทางจิตมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยทางกายค่อนข้างมาก อาจมาจากเหตุผลหลายๆ ประการ เป็นต้นว่า เดิมผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการเกื้อกูลจากภาครัฐ รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ดังนั้นผู้ป่วยสามารถรับการรักษาในสถานพยาบาลได้อย่างไม่มีความกดดันจากที่ใด สามารถอยู่จนอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้ หรือ หากสภาพครอบครัวไม่พร้อมก็สามารถเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาลได้ เป็นต้น

16. การศึกษาต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย โดยวิธีลด ในการศึกษาี้ สามารถหาตัวคูณค่าใช้จ่ายโดยไม่ต้องใช้ ค่าตัวคูณค่าใช้จ่าย หรือ factor เท่ากับ 14 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน 1 ราย ใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลเท่ากับผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน 14 ครั้ง) หรือ ค่าตัวคูณค่าใช้จ่าย หรือ factor เท่ากับ 18 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ (ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ 1 ราย ใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลเท่ากับผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ 18 ครั้ง) เนื่องจากกรมสุขภาพจิตได้เคยทำการศึกษาด้านทุนสถานพยาบาลทั้งกรมแล้วในปี 2543 การศึกษานี้จึงสามารถใช้ค่าตัวคูณค่าใช้จ่ายที่ได้จากการศึกษาด้านทุนงานบริการทางจิตเวชในปี 2543 นั้น มาใช้เป็นฐานในการคำนวณหาต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือ ในปีงบประมาณ 2544-2545 ได้วิธีการหาด้านทุนต่อหน่วย โดยวิธีลด 3 แบบ คือ ตัวคูณค่าใช้จ่ายจากค่าเฉลี่ยของสถานพยาบาลนั้นๆ, ตัวคูณค่าใช้จ่ายจากค่าเฉลี่ยตามประเภทสถานพยาบาล และ ตัวคูณค่าใช้จ่ายจากค่าเฉลี่ยของกรมสุขภาพจิต

จากผลการคำนวณที่ได้ ทำให้ได้ค่าต้นทุนการรักษามีค่าแตกต่างกันมากเมื่อใช้เกณฑ์ในการหาตัวคูณค่าใช้จ่ายทั้ง 3 วิธี ซึ่งตัวคูณค่าใช้จ่ายจากค่าเฉลี่ยของสถานพยาบาลนั้นๆ เอง น่าจะมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ในการคำนวณหาต้นทุนครั้งนี้ เพราะมีความละเอียด และได้มีการสะท้อนถึงความแตกต่างของสถานพยาบาลแต่ละแห่งไว้ในตัวที่ดีที่สุด

17. ความน่าเชื่อถือของต้นทุนการบริการที่ได้ อาจต้องนำมาพิจารณาอย่างระมัดระวัง พิจารณาบริบทต่างๆ ให้ครบด้าน เช่น

- ค่าต้นทุนที่ได้จากการศึกษาวิธีนี้ตั้งอยู่บนข้อตกลงที่ว่า หากใช้เงินทุนทั้งหมดที่ให้ไปในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ค่าต้นทุนควรเป็นเท่าไร
- การศึกษาได้ตัวเลขต้นทุนการรักษาพยาบาลมาจากวิธีการทางสถิติ จากการศึกษาที่ผ่านมาเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา ลักษณะโครงสร้างต้นทุนมีการเปลี่ยนแปลงไปไม่มากนักน้อย ส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูล

18. กลไกที่สำคัญมาก ที่สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการ โดยหวังผลให้สอดคล้องกับระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลย้อนหลัง กรณีผู้ป่วยในเรียกเก็บได้ตามจำนวนวันนอนจริง ในอัตราวันละ 165 บาท รวมกันไม่เกิน 15 วัน ในกรณีผู้ป่วย UC คือ การลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลง โดยเร่งส่งผู้ป่วยกลับบ้าน และพฤติกรรมเช่นนี้เองที่มีผลลดต้นทุนการรักษาผู้ป่วยที่แท้จริงลงไปได้มากที่สุด ทำให้สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือ มีต้นทุนต่อผู้ป่วยในที่ลดต่ำลง ซึ่งค่าต้นทุนที่คำนวณได้โดยวิธีทางสถิติไม่มีความไวพอที่จะอธิบายเหตุนี้ได้

19. เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนรักษาพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ (550 เตียง) มีต้นทุนบริการต่อครั้งต่ำกว่า โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดกลาง (60 เตียง) แม้ว่าผู้ป่วยโรงพยาบาลสวนปรุงจะมีวันนอนที่นานกว่า

20. สถานะทางการเงินของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือ ไม่ได้รับผลกระทบจากนโยบาย 30 บาทมากนัก แม้จะต้องรับผิดชอบผู้ป่วยจำนวนมากกว่าสถานพยาบาลในภาคอื่น เนื่องจากแหล่งที่มาของเงินทุนสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตร้อยละ 80-90 มาจากเงินงบประมาณ ซึ่งในระหว่างปีงบประมาณ 2544-2545 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรเงินส่วนนี้แตกต่างไปจากเดิมมากนัก

ส่วนเงินทุนที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 10-20 มาจากเงินบำรุง ซึ่งเดิมเงินส่วนนี้สถานพยาบาลได้จากการจัดสรรให้จากโครงการ สปร. โดยไม่ต้องไปเรียกเก็บ เมื่อขึ้นนโยบาย 30 บาท สถานพยาบาลจึงมีหน้าที่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลย้อนหลังส่วนนี้เอง ถึงแม้ว่าเม็ดเงินที่เรียกเก็บจากโครงการ UC 30 บาท จะน้อยกว่าที่เคยได้จากโครงการ สปร. แต่เนื่องจากสัดส่วนเงินทุนส่วนนี้มีค่าน้อย มีอัตราต้นทุนที่คำนวณจากค่าบริการที่เรียกเก็บกับเงินที่เก็บได้จริงมีค่าต่ำเพียงร้อยละ 14-37 อีกประการที่สำคัญมากคือสถานพยาบาล ได้มีการปรับตัวลดวันนอนโรงพยาบาลลง อย่างมากในระหว่าง 2 ปีนี้

พิจารณาสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือ ได้จากเงินบำรุงสุทธิ เห็นได้ว่า ในระยะสั้นนี้ การประกาศใช้นโยบาย 30 บาท มีผลกระทบน้อยมาก และผลกระทบเป็นทางบวกต่อสถานพยาบาลเหล่านี้ แม้ที่ศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือเงินบำรุงที่ลดลง แต่เมื่อพิจารณาอย่างละเอียดพบว่า เงินบำรุงที่ลดลงเกิดจากการลงทุนในการพัฒนาระบบสารสนเทศ (คอมพิวเตอร์) ของโรงพยาบาล มิได้ลดลงจากการใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นอภิปรายผลในภาพรวมจึงเห็นว่าเงินบำรุงสุทธิมีค่าเพิ่มขึ้นในทุกแห่ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเรื่องระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย มีดังต่อไปนี้คือ

1. ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวช ส่งเสริมการวิจัยเชิงระบบและนโยบาย ด้านสุขภาพในระดับต่างๆ เพื่อสามารถนำมาใช้ศึกษา วิเคราะห์ เปรียบเทียบประสิทธิภาพ ประสิทธิผลต่างๆ เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการประเมินและวางแผนการทำงานให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงระบบและนโยบายสุขภาพของประเทศที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและรวดเร็วในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ อนึ่ง ข้อมูลส่วนมากที่สถานพยาบาลจัดเก็บในปัจจุบัน อาจจัดเก็บอย่างไม่เป็นระบบและมีปัญหาเรื่องคุณภาพของข้อมูล ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์อย่างที่เราควรจะเป็น โดยเฉพาะข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยของสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ยังมีได้อยู่ในรูปชุดข้อมูลมาตรฐาน 12 แฟ้มข้อมูล หรือแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมดในรูปแบบเดียวกัน ประกอบกับหลักการนับหน่วยบริการในอดีตยังคงมีความแตกต่างกัน เช่นที่ปรากฏในการศึกษานี้

2. การเข้าถึงหรือการเข้าไม่ถึงบริการทางจิตเวชเป็นสิ่งที่ไม่ได้วัดได้ง่ายเช่นผู้ป่วยฝ่ายกาย ที่หากไม่สบายจะเห็นอาการหรือความผิดปกติได้เด่นชัด และหากไม่รักษาอาจถึงแก่ชีวิตได้ ในขณะที่ความผิดปกติหรือโรคทางจิตมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ไม่รุนแรงในทันที ไม่ได้แสดงว่าต้องการการรักษาในเวลานั้นๆ ให้เห็นเด่นชัด จากการศึกษาส่วนที่ 1 ในภาพรวมของประเทศ พบว่า การใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชของแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันมาก ภายในจังหวัดเดียวกันเองก็มีการใช้บริการที่แตกต่างกันระหว่างปีก่อนและหลังจากการใช้นโยบายนี้ ความแตกต่างของอัตราการให้หรือการให้บริการไม่ได้เกิดจากการเพิ่มหรือลดลงของโรคแต่เกิดจากความแตกต่างกันของพฤติกรรมการให้หรือการให้บริการที่ระบบมี

ดังนั้นควร ศึกษาติดตามประเมินผลต่อไปในเรื่องการเข้าถึงบริการทางจิตเวช ที่อาจเข้าไม่ถึงบริการ หรือการเข้าถึงนั้นไม่ได้เข้าถึงการบริการที่ดีควรจะเป็น ซึ่งการประเมิน ณ เวลานี้อาจเร็วไปที่จะเห็นผลได้ชัดเจน รวมทั้งกรณีผู้ป่วยค่อยโอกาสต่างๆ ด้วย เพื่อความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

3. ความแตกต่าง-ความเหลื่อมล้ำของการให้บริการทางจิตเวชของระบบบริการของประเทศไทย เป็นประเด็นปัญหาสำคัญของระบบบริการจิตเวชของประเทศไทย เนื่องจากการเข้าถึงบริการทางจิตเวช

ของเรามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เป็นต้นว่า จำนวนจิตแพทย์ที่มีน้อย การกระจุกตัวของจิตแพทย์เฉพาะตามเมืองใหญ่ไม่ทั่วถึงทั่วทุกภาค สถานพยาบาลเฉพาะทางที่สามารถให้บริการทางจิตเวชที่ดีครบวงจรหรือสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการให้บริการพิเศษนี้หาได้ในพื้นที่ไม่ทั่วถึงทั่วทุกภาคในประเทศไทย พฤติกรรมและทัศนคติของประชาชนต่อการใช้บริการทางจิตเวช ตลอดจนปัญหาด้านเศรษฐกิจ ฯลฯ

ดังนั้นการประเมินปัญหา ประเมินระบบ การวางแผน วางกลยุทธ์ เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลดความความแตกต่าง-ความเหลื่อมล้ำของการให้บริการ เพิ่มความเป็นธรรมให้กับสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญยิ่ง

4. การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชตามนโยบาย 30 บาทในปัจจุบันเป็นนโยบายที่ให้ผู้ให้บริการได้ใช้บริการที่สถานพยาบาลใกล้ตัว ใกล้ใจ ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองจากสถานพยาบาลปฐมภูมิก่อนจะผ่านไปใช้สถานพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นไป ประเด็นที่น่าสนใจต่อระบบบริการทางจิตเวชที่ตามมาคือ ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ใกล้ใจอย่างไรบ้าง การพยาบาลที่ได้อยู่ในระดับที่เพียงพอกับที่ผู้ป่วยควรได้รับแล้วหรือไม่ (เช่น ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิตหรือไม่อย่างไร ได้รับยาที่จำเป็นหรือไม่ เป็นต้น) และระบบการส่งต่อกรณีจำเป็นนั้นเป็นอย่างไร เนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยไปรับการรักษาตัวที่อื่น สถานพยาบาลนั้นๆ มีหน้าที่ที่จะต้องไปตามจ่ายเงินค่ารักษาที่สูง กรณีผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นที่ทราบกันดีว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเนื่องจากจำนวนยาและจำนวนวันที่ยาวนานนั่นเอง

ดังนั้นจึงควรมีการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ ตลอดจนการลงโทษในกรณีร้ายแรง ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปของผู้ให้บริการคือสถานพยาบาลอันอาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้ หนึ่ง กระบวนการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ ตลอดจนการลงโทษที่ว่านี้ ไม่ใช่เรื่องง่าย และการปฏิบัติงานมีมากจะตรวจสอบกันอย่างไรให้ทั่วถึง

5. สถานพยาบาลควรพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เน้นพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายใต้อำนาจหน้าที่ที่มีอย่างจำกัดดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและชาญฉลาดเป็นสิ่งจำเป็น กรมสุขภาพจิตซึ่งมีหน่วยงานที่มีหน้าที่ด้านนี้โดยตรงและสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ อันได้แก่ สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตและโรงเรียนแพทย์ ควรมีบทบาทเป็นแหล่งทางวิชาการให้เด่นชัด เช่น ควรมีการสร้างแนวทางปฏิบัติของแต่ละโรค (CPG) เป็นมาตรฐานเผยแพร่ความรู้ให้กับแพทย์ทั่วไป ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่เป็นแบบอย่างในการรักษาพยาบาล ทำการรักษาเน้นผู้ป่วยหนักและมีอาการรุนแรง เป็นพี่เลี้ยง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดี สำหรับโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิที่ทำหน้าที่เป็นกลจักรสำคัญเสมือนเป็นรากผ่อยที่แผ่กระจายทั่วประเทศ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า การให้การรักษายาบาลผู้ป่วยในทางจิตเวชมีแนวโน้มที่จะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และ

มีแนวโน้มลดลงในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิจากการใช้นโยบาย 30 บาท ซึ่งบทบาทเหล่านี้เป็นสิ่งที่มียู่แล้วในปัจจุบัน ที่อาจจะส่งเสริมให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ต้องการการประสานการทำงาน เพื่อไม่ให้เกิดการพ้องในเรื่องคุณภาพบริการ และวิธีนี้อาจช่วยลดความขัดแย้งในการดูแลใช้หรือผลักใช้ได้

6. สถานพยาบาลควรสามารถประเมินสถานะของตนในด้านต่างๆ ได้ เช่น การประเมินความคุ้มค่า คำนวณในการจ้างเหมาบริการส่วนที่ไม่เกี่ยวกับการพยาบาล ที่ได้จัดจ้างบริษัทเอกชนเข้ามาดำเนินการ โดยการประเมินนั้นต้องครอบคลุมหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความคุ้มค่า การถ่ายทอดเทคโนโลยี ความพึงพอใจใน ฯลฯ, การดำเนินการการบริหารจัดการภายในองค์กร ในการจัดระบบติดตามและเร่งรัดหนี้สิน ประสานงานระหว่างหน่วยงาน เพื่อสามารถเรียกเก็บเงินย้อนหลังสำหรับผู้ป่วยในโครงการ uc ให้มีประสิทธิภาพ และจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการพิจารณากำหนดแผนการ โครงการต่อไปได้ถูกต้อง, การประเมินสถานะขององค์กร เพื่อวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสมต่อไป เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป มีดังต่อไปนี้

1. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลของการใช้นโยบาย 30 บาทต่อไป ซึ่งอาจใช้เวลาการประเมินหลังจากมีการใช้บริการไปได้สักช่วงเวลาหนึ่ง
2. การประเมินนโยบายต่อไปควรเน้นศึกษาในหลายด้านที่การศึกษานี้ไม่ครอบคลุม เป็นต้นว่า
 - พิจารณาในมุมมองของผู้ใช้บริการ คือ ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง
 - พิจารณาในมุมมองของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ
 - พิจารณาในมุมมองของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชน
 - พิจารณาในมุมมองทางสังคม เช่น หากผู้ป่วยทางจิตเวชเข้าถึงบริการได้น้อยส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น ความปลอดภัย คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ฯลฯ อย่างไร
3. ควรมีการประเมินปัญหา ประเมินระบบ การวางแผน วางกลยุทธ์ เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลดความความแตกต่าง-ความเหลื่อมล้ำของการให้บริการ เพิ่มความเป็นธรรมให้กับสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น
3. ควรมีการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ ตลอดจนการลงโทษในกรณีร้ายแรง ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปของผู้ให้บริการคือสถานพยาบาลอันอาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้ อนึ่งกระบวนการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ ตลอดจนการลงโทษที่ว่านี้ มิใช่เรื่องง่าย และยากในการทำให้ทั่วถึง ในปัจจุบันยังคงไม่เห็นการดำเนินการด้านนี้ในทางจิตเวชที่เป็นรูปธรรม

5. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสร้างโรงพยาบาลเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและนโยบายของรัฐบาล
6. ควรมีการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกว้างขวางมากขึ้น ในภาพรวม และของแต่ละสถานพยาบาลเพื่อให้สามารถทราบสถานะของตน เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานภายใต้ภาวะการณ์เช่นปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่ายต่อไป
7. ควรส่งเสริม การศึกษาเรื่องมาตรฐานการพยาบาลในแต่ละโรคทางจิตเวชให้ลึกซึ้ง และทำการเผยแพร่ในวงกว้างต่อผู้เกี่ยวข้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ฅ ระนอง, อัญชา ฅ ระนอง, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ศรัชัย เจริญวรกุล, นิภา ศรีอนันต์. การติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีทีหนึ่ง (2544-2545): รายงานฉบับสมบูรณ์ (เล่มที่ 1). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
2. วิโรจน์ ฅ ระนอง, อัญชา ฅ ระนอง, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ศรัชัย เจริญวรกุล, นิภา ศรีอนันต์. การติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีทีหนึ่ง (2544-2545): รายงานฉบับสมบูรณ์ (เล่มที่ 2). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
3. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2542
4. World Health Organization. The World Health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
5. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010 Understanding and Improving Health Volume I and II. The United States of America: Jones and Bartlett Publishers International; 2000.
6. ไพบุญย์ โล่ห์สุนทร. ระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
7. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, สุรัช สุนันดา, จำรูญศรี หน่อคำ. ประสิทธิภาพการดำเนินงานสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2543. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
8. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ดุสิต ลิขณะพิชิตกุล, มล. สมชาย จักรพันธ์. ต้นทุนต่อหน่วยงานบริการสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
9. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. กลุ่มวินิจัยโรคร่วม: สถานการณ์และองค์ความรู้ในปี 2544. วารสารสาธารณสุข 2545; 11: 569-81.
10. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. หวงไข้ ผลักไข้ คูดไข้ ความหวังไข้ทางข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ 6 จังหวัดนาร่อง. วารสารสาธารณสุข 2544; 10: 205-14.
11. Handbook of Psychiatric Measures. [book on CD-ROM]. The American Psychiatric Association, Washing DC; 2000.
12. ปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, มาโนช หล่อกระกุล. เกณฑ์การวินิจัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์ 2541.

13. คณะทำงานพัฒนาความพร้อมด้านบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินและทรัพยากรสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วน.
นทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2544.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน 12 แฟ้มข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลมาตรฐาน

โครงสร้างของแฟ้มข้อมูลมาตรฐานที่กำหนดเพื่อการประกันคุณภาพ ชุดข้อมูลแต่ละชุดจะแสดงชื่อของแฟ้มข้อมูล (file name) ชื่อของข้อมูล (field name) ประเภทของข้อมูล (Field type) ความกว้างของข้อมูล (Field length) และความหมายของข้อมูลนั้น (data definition)

แฟ้มย่อยของ ชุดข้อมูลมาตรฐาน เพื่อการประกันคุณภาพ ฉบับที่ 1 มีทั้งสิ้น 12 แฟ้ม แต่ละแฟ้มออกแบบให้มีขนาดกระทัดรัดตามหลักการของ normalization² และมีความเกี่ยวข้องกัน ได้แก่

แฟ้มข้อมูลผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาล 1 แฟ้ม ชื่อ INSyymm.dbf

แฟ้มข้อมูลผู้ป่วยกลาง 1 แฟ้ม ชื่อ PATyymm.dbf

แฟ้มข้อมูลผู้ป่วยนอก 4 แฟ้ม ได้แก่ OPDyymm.dbf, ORFyymm.dbf, ODXyymm.dbf และ OOPyymm.dbf

แฟ้มข้อมูลผู้ป่วยใน 4 แฟ้ม ได้แก่ IPDyymm.dbf, IRFyymm.dbf, IDXyymm.dbf และ IOPyymm.dbf

แฟ้มข้อมูลการเงิน 2 แฟ้ม ได้แก่ CHTyymm.dbf, และ CHAyymm.dbf

ข้อกำหนดเบื้องต้น

1. ธาตุของข้อมูล (data element) ให้จัดเรียงลำดับดังนี้
 - 1.1 Type Character (C) ให้เรียงชิดซ้าย (Left justify)
 - 1.2 Type Number (N) ให้เรียงชิดขวา (Right justify)
 - 1.3 Type Date (D) ให้ใช้ตามคุณสมบัติของตารางแฟ้มข้อมูล (data table) แบบ .dbf file
 - 1.4 Type Logic (L) ให้ใช้ตามคุณสมบัติของตารางแฟ้มข้อมูล (data table) แบบ .dbf file
2. ในกรณีที่ไม่ได้กำหนดอย่างชัดเจน ให้ยึดถือข้อกำหนดของ ประเภทธาตุของข้อมูล (data element) ตามคุณสมบัติของตารางแฟ้มข้อมูล (data table) แบบ .dbf file

Normalization² เป็นระบบการออกแบบแฟ้ม ให้ข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลอื่นในลักษณะ 1 ต่อ มากกว่า 1 (one to many relationship) สามารถบันทึกได้มากที่สุดโดยไม่จำกัด และไม่เปลืองที่เก็บ เช่น ผู้ป่วย 1 คน มีการตัดการผ่าตัดได้ตั้งแต่ 0 จนถึงมากกว่า 1 ถ้ารายใดไม่มีการผ่าตัด ก็ไม่มีข้อมูล ส่วนผู้ที่มีการผ่าตัดหลายครั้ง ก็สามารถบันทึกได้ เต็มที่

ตารางที่ 1 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้สิทธิการรักษาพยาบาล ชื่อเพิ่ม INSyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
HN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า 5 ปี (Left justified)
INSCL	C	2	0	สิทธิการรักษาที่ใช้ (ดูเพิ่มรหัสสิทธิการรักษา บทที่ 4)
SUBTYPE	C	2	0	ระดับสิทธิของหลักประกัน
CID	C	16	0	หมายเลขบัตรเพื่อตรวจสอบ (Left justified)
DATEIN	D	8	0	วันเดือนปีที่มีสิทธิ ปีมีค่าเป็น คศ.
DATEEXP	D	8	0	วันเดือนปีที่หมดสิทธิ ปีมีค่าเป็น คศ.
HOSPMAN	C	5	0	รหัสสถานพยาบาลหลัก (Left justified)
HOSPSUB	C	5	0	รหัสสถานพยาบาลรอง (Left justified)

ตารางที่ 2 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยกลาง ชื่อเพิ่ม PATyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
HCODE	C	5	0	รหัสสถานพยาบาล (Left justified)
HN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า 5 ปี (Left justified)
CHANGWAT	C	2	0	ตามรหัสมหาดไทย
AMPHUR	C	2	0	ตามรหัสมหาดไทย
DOB	D	8	0	บันทึกวันเดือนปีเกิด ปีมีค่าเป็น คศ.
SEX	C	1	0	1 หมายถึง เพศชาย 2 หมายถึง เพศหญิง
MARRIAGE	C	1	0	รหัสสภาพภาพสมรส
OCCUPA	C	3	0	อาชีพ
NATION	C	2	0	สัญชาติ
PERSON_ID	C	13	0	รหัสประจำตัวประชาชน ตามสำนักทะเบียนราษฎร์

ตารางที่ 3 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ต้องส่ง ชื่อเพิ่ม OPDyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
HN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า 5 ปี (Left justified)
CLINIC	C	4	0	ชื่อคลินิกที่รับบริการ (File CLINIC)
DATEOPD	D	8	0	วันที่ที่รับบริการ บันทึก ปีในค่าเป็น คศ.

ตารางที่ 4 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยนอก ชื่อเพิ่ม ORFyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
HN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า 5 ปี (Left justified)
DATEOPD	D	8	0	วันที่มารับบริการ บันทึก ปีในค่า คศ.
CLINIC	C	4	0	ชื่อคลินิกที่รับบริการ (File CLINIC)
REFER	C	5	0	สถานพยาบาลหรือคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อตามรหัสสถานพยาบาล
REFERTYPE	C	1	0	ประเภทการส่งต่อ 1 = รับเข้า 2 = ส่งออก

ตารางที่ 5 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยนอก ชื่อเพิ่ม ODXyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
HN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า 5 ปี (Left justified)
DATEDX	D	8	0	วันเดือนปีที่วินิจฉัยโรค บันทึก ปีในค่า คศ.
CLINIC	C	4	0	รหัสคลินิกที่ให้บริการ (File : Clinic)
DIAG	C	5	0	วินิจฉัยโรค ตามรหัส ICD 10
DXTYPE	C	1	0	ชนิดของโรค ระบุ 1 = Primary Diagnosis , 2 =Comorbidity , 3 =Complication, 4 =Others
DRDX	C	6	0	แพทย์ผู้รักษา ตามเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ เวชกรรม

ตารางที่ 6 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยนอก ชื่อเพิ่ม OOPyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
HN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า 5 ปี (Left justified)
DATEOPD	D	8	0	วันที่ที่รับบริการ บันทึก ปีในค่าเป็น คส.
CLINIC	C	4	0	ชื่อคลินิกที่รับบริการ (File CLINIC)
OPER	C	4	0	รหัสหัตถการตาม ICD 9 CM
DROP	C	6	0	แพทย์ผู้รักษา ตามเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ เวชกรรม

ตารางที่ 7 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยใน ชื่อเพิ่ม IPDyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
HN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า 5 ปี (Left justified)
AN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรใช้หมายเลขนี้ซ้ำ (Left justified)
DATEADM	D	8	0	วันรับเข้าในโรงพยาบาล บันทึก ปีในค่า คส.
TIMEADM	C	4	0	เวลารับเข้า บันทึก เป็น ชั่วโมง นาที ตามนาฬิกาในระบบคอมพิวเตอร์
DATEDSC	D	8	0	วันจำหน่าย บันทึก ปีในค่าเป็น คส.
TIMEDSC	C	4	0	เวลาจำหน่าย บันทึก เป็น ชั่วโมง นาที ตามนาฬิกาในระบบคอมพิวเตอร์
DISCHS	C	1	0	สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย (File:DisChS)
DISCHT	C	1	0	วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย (File:DisChT)
WARDISC	C	4	0	เตียงที่จำหน่ายผู้ป่วยใช้รหัสที่โรงพยาบาลตั้งขึ้น (File:Clinic)
DEPT	C	2	0	แผนกที่รักษาผู้ป่วยเป็นหลัก

ตารางที่ 8 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยใน ชื่อเพิ่ม IRFyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
AN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรใช้หมายเลขนี้ซ้ำ (Left justified)
REFER	C	5	0	ตามรหัสสถานพยาบาล
REFERTYPE	C	1	0	1 = IN 2 = OUT

ตารางที่ 9 มาตรฐานแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยใน ชื่อแฟ้ม IDXyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
AN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรรีใช้หมายเลขนี้ ซ้ำ (Left justified)
DIAG	C	5	0	วินิจฉัยโรค ตามรหัส ICD 10
DXTYPE	C	1	0	ชนิดของโรค ระบุ 1 = Principal Diagnosis , 2 =Comorbidity , 3 =Complication ,4 = Others
DRDX	C	6	0	แพทย์ผู้วินิจฉัย ตามเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ เวช กรรม

ตารางที่ 10 มาตรฐานแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยใน ชื่อแฟ้ม IOPyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
AN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรรีใช้หมายเลขนี้ ซ้ำ (Left justified)
OPER	C	4	0	หัตถการที่ทำ ตามรหัส ICD 9 CM
OPTYPE	C	1	0	ชนิดของหัตถการ ระบุ1=Principial procedure, 2 = secondary procedure, 3=Others
DROP	C	6	0	แพทย์ที่ทำหัตถการ ตามเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ เวชกรรม
DATEIN	D	8	0	วันเดือนปีที่เริ่มทำหัตถการ บันทึก ปีในค่า คศ.
TIMEIN	C	4	0	เวลาเริ่ม บันทึกเป็น ชั่วโมง นาที ตามนาฬิกาใน ระบบคอมพิวเตอร์
DATEOUT	D	8	0	วันเดือนปีที่ทำหัตถการสิ้นสุด บันทึก ปีในค่าคศ.
TIMEOUT	C	4	0	เวลาสิ้นสุด บันทึกเป็น ชั่วโมง นาที ตามนาฬิกาใน ระบบคอมพิวเตอร์

ตารางที่ 11 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลการเงิน ชื่อเพิ่ม CHTyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
HN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า 5 ปี (Left justified)
AN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรใช้หมายเลขนี้ซ้ำ (Left justified)
DATE	DATE	8	0	วันที่คิดค่ารักษา วันจำหน่าย หรือวันที่ผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษา บันทึก ปีในค่า คศ.
TOTAL	N	7	0	จำนวนเงินค่ารักษารวม เป็นบาท ที่เรียกเก็บ
PAID	N	7	0	จำนวนเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเอง ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่ได้รับเงินไว้ = 0
PTTYPE	C	2	0	ชนิดการชำระเงิน ถ้าชำระเงินเอง = 10

ตารางที่ 12 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลการเงิน ชื่อเพิ่ม CHAyymm.dbf

FIELD NAME	TYPE	LENGTH	DECIMAL	QUALIFICATION
HN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า 5 ปี (Left justified)
AN	C	9	0	หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรใช้หมายเลขนี้ซ้ำ (Left justified)
DATE	DATE	8	0	วันที่คิดค่ารักษา บันทึก ปีในค่า คศ.
CHRGITEM	C	2	0	ชนิดของบริการที่คิดค่ารักษา ตามรหัสที่กำหนดในเพิ่มชื่อ CHRGITEM.dbf
AMOUNT	N	7	0	จำนวนเงินค่ารักษาของบริการรายการนั้น เป็นบาท

ภาคผนวก ข

รายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณของกรมสุขภาพจิต

รายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณของกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ.....

สจ.รง. 1031

สถานพยาบาล.....

เดือน

หมวดรายจ่าย/รายการ	งานบริหาร ทั่วไป	งานบริการ	งานสุขภาพจิต บุคคล&สถาบัน	งานสุขภาพจิต ในภาวะวิกฤต	งานพัฒนา องค์ความรู้	งานบริหาร คำปรึกษา
1.หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ						
1.1 เงินเดือน						
1.2 ค่าจ้างประจำ						
1.3 เงินประจำเดือน						
รวมหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ						
2.หมวดค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ						
2.1 ค่าตอบแทน						
2.1.1 ค่าอาหารทำการนอกเวลา						
2.1.2 ค่าเช่าบ้าน						
2.1.3 ค่าตอบแทนคณะกรรมการตรวจการ จ้าง						
2.1.4 ค่าตอบแทนพิเศษ 2%,4%						
2.2 ค่าใช้สอย						
2.2.1 ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พักและค่าพาหนะ						
2.2.2 ค่าใช้จ่ายในการสัมมนาและฝึกอบรม						
2.2.3 ค่าใช้จ่ายในการจัดงาน						
2.2.4 ค่าใช้จ่ายในการประชุม						
2.2.5 ค่าซ่อมแซมยานพาหนะและขนส่ง						
2.2.6 ค่าซ่อมแซมเครื่องปรับอากาศ						
2.2.7 ค่าซ่อมแซมเครื่องปรับอากาศ						
2.2.8 ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์อื่น ๆ						
2.2.9 ค่าจ้างเหมาบริการ 5 สัญญา						
2.2.10 ค่าเช่าที่ดิน						
2.2.11 ค่าซ่อมแซมสิ่งก่อสร้าง						
2.2.12 ค่าจ้างเหมาซักอบสีผ้า						
2.2.13 ค่าธรรมเนียมเก็บขยะมูลฝอย (อื่นๆ)						
2.3 ค่าวัสดุ						
2.3.1 ค่าวัสดุสำนักงาน						
2.3.2 ค่าวัสดุเชื้อเพลิงและหล่อลื่น						
2.3.3 ค่าวัสดุก่อสร้าง						
2.3.4 ค่าวัสดุงานบ้านงานครัว						
2.3.5 ค่าวัสดุไฟฟ้าและวิทยุ						
2.3.6 ค่าวัสดุเครื่องแต่งกาย						
2.3.7 ค่าวัสดุอาหาร						
รวมหมวดค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ						

รายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณของกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ..... สจ.รง. 1031

(ต่อ)

หมวดรายจ่าย/รายการ	งานบริหาร ทั่วไป	งาน บริการ	งานสุขภาพจิต บุคคล&สถาบัน	งานสุขภาพจิตใน ภาวะวิกฤต	งานพัฒนา องค์ความรู้	งานบริหาร คำปรึกษา
3.1 ค่าไฟฟ้า 3.2 ค่าน้ำประปา 3.3 ค่าโทรศัพท์						
รวมหมวดค่าสาธารณูปโภค						
4. หมวดเงินอุดหนุน 4.1 เงินอุดหนุนเพื่อเป็นทุนการศึกษาใน โครงการ พัฒนาบุคลากรสุขภาพจิต 4.2 เงินอุดหนุนเพื่อเป็นทุนการศึกษาต่อต่าง ประเทศในระดับปริญญาเอกตามโครงการ พัฒนาบุคลากรด้านการวิจัยระบบบริการสุขภาพ จิต						
รวมหมวดเงินอุดหนุน						
5. หมวดรายจ่ายอื่น 5.1 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการวิจัย 5.1.1 การพัฒนาระบบการดูแลเด็กและเยาวชน สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จ.อุบลราชธานี 5.1.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต แบบครบวงจร ใน จ.ขอนแก่น 5.1.3 การขยายผลโครงการพัฒนารูปแบบดูแล ผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร 5.1.4 การพัฒนาสมุนไพรใช้หลักมาใช้ในทาง จิตเวช 5.2 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการเตรียมความ พร้อมเพื่อเข้าสู่ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้น ผลสัมฤทธิ์ 5.3 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานโครงการพัฒนา ความฉลาดทางอารมณ์ 5.4 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานโครงการจัดทำ โปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจข้อมูลด้าน สุขภาพจิตในพื้นที่ 5.5 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานโครงการส่งเสริม ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน 5.6 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานโครงการสัมมนา เครือข่ายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน ของประเทศในภาคพื้นเอเชียอาคเนย์ (SEARO) และแปซิฟิก (WPRO)						
รวมหมวดรายจ่ายอื่น						
รวมทั้งสิ้น (ทุกหมวด)						

ภาคผนวก ค

รายงานการใช้จ่ายเงินบำรุงของกรมสุขภาพจิต

รายงานการใช้จ่ายเงินบำรุง (สจ.ร. 1034)

สถาน.....

เดือน

หมวดรายจ่าย/รายการ	งานป้องกันและ ควบคุมโรค	งานป้องกันยา เสพติด	งานวิจัย&พัฒนา ระบบสุขภาพ	โครงการก่อสร้าง	งานแก้ไขปัญหาดัด
1.หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ					
1.1 เงินเดือน					
1.2 ค่าจ้างประจำ					
1.3 เงินประจำเดือน					
1.4 ค่าจ้างชั่วคราว					
รวมหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ					
2.หมวดค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ					
2.1 ค่าตอบแทน					
2.1.1 ค่าอาหารทำการนอกเวลา					
2.1.2 ค่าเช่าบ้าน					
2.1.3 ค่าตอบแทนคณะกรรมการตรวจการจ้าง					
2.1.4 ค่าตอบแทนผู้ควบคุมงาน					
2.1.5 ค่าตอบแทนพิเศษ 2%,4%					
2.1.6 ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยายพิเศษ					
2.2 ค่าใช้สอย					
2.2.1 ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พักและค่าพาหนะ					
2.2.2 ค่าใช้จ่ายในการสัมมนาและฝึกอบรม					
2.2.3 ค่าใช้จ่ายในการจัดงาน					
2.2.4 ค่าใช้จ่ายในการประชุม					
2.2.5 ค่าซ่อมแซมยานพาหนะและขนส่ง					
2.2.6 ค่าซ่อมแซมเครื่องปรับอากาศ					
2.2.7 ค่าซ่อมแซมเครื่องปรับอากาศ					
2.2.8 ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์อื่น ๆ					
2.2.9 ค่าจ้างเหมาบริการ 5 สัญญา					
2.2.10 ค่าเช่าที่ดิน					
2.2.11 ค่าซ่อมแซมสิ่งก่อสร้าง					
2.2.12 ค่าจ้างเหมาซักอบสีผ้า					
2.2.13 ค่าธรรมเนียมเก็บขยะมูลฝอย (อื่นๆ)					
2.2.14 ค่าจ้างเหมาบริการ					
2.2.15 ค่าจ้างประชาสัมพันธ์					
2.3 ค่าวัสดุ					
2.3.1 ค่าวัสดุนักงาน					
2.3.2 ค่าวัสดุเชื้อเพลิงและหล่อลื่น					
2.3.3 ค่าวัสดุก่อสร้าง					
2.3.4 ค่าวัสดุงานบ้านงานครัว					

รายงานการใช้จ่ายเงินบำรุง (สจ.ร. 1034)

(ต่อ)

หมวดรายจ่าย/รายการ	งานป้องกันและ ควบคุมโรค	งานป้องกันยา เสพติด	งานวิจัย&พัฒนา ระบบสุขภาพ	โครงการก่อสร้าง	งานแก้ไขปัญหาเอดส์
2.3.5 ค่าวัสดุไฟฟ้าและวิทยุ 2.3.6 ค่าวัสดุเครื่องแต่งกายสำหรับผู้ป่วยใน 2.3.7 ค่าวัสดุอาหา 2.3.8 วัสดุโฆษณาและเผยแพร่ 2.3.9 วัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ 2.3.10 วัสดุคอมพิวเตอร์ 2.3.11 วัสดุยานพาหนะและขนส่ง 2.3.12 วัสดุการเกษตร 2.3.13 วัสดุการกีฬา,ดนตรีและอื่น ๆ 2.3.14 วัสดุบริโภค(ค่าจ้างทำอาหารผู้ป่วยสามัญ)					
รวมหมวดค่าตอบแทน ใช้สอยและวัสดุ					
3. หมวดค่าสาธารณูปโภค 3.1 ค่าไฟฟ้า 3.2 ค่าน้ำประปา 3.3 ค่าไปรษณีย์โทรเลข 3.4 ค่าโทรศัพท์ 3.4.1 ค่าโทรศัพท์มือถือ 3.4.2 ค่าโทรศัพท์สำนักงาน 3.4.3 ค่าโทรศัพท์บ้านพัก 3.5 ค่าบริการด้านโทรคมนาคม 3.5.1 ค่าโทรสาร 3.5.2 ค่าวิทยุติดตามตัว 3.5.3 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอินเทอร์เน็ต					
รวมหมวดค่าสาธารณูปโภค					
4. ค่าครุภัณฑ์ ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง 4.1 ค่าครุภัณฑ์(เฉพาะที่เบิกจ่ายในเดือนนี้) 4.1.1 เครื่องวัดและติดตามการทำงานของหัวใจและวัดความอึดตัวของออกซิเจน 1 ชุด 4.1.2 เครื่องวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย 6 เตียง 4.1.3 เครื่องตรวจวัดและปรับเพิ่มกระแสโลหิต 4.1.4 เครื่องตรวจบันทึกการตรวจรับของกายภาพชีววิทยาและอุปกรณ์คล้ายเกลียว 1 ชุด 4.2 ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง(เฉพาะที่เบิกจ่ายในเดือนนี้)					
รวมหมวดครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง					
5. หมวดเงินอุดหนุน 5.1 เงินอุดหนุนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ไม่ ดำเนินเวชฯ					
รวมหมวดเงินอุดหนุน					

รายงานการใช้จ่ายเงินบำรุง (สจ.ร. 1034)

(ต่อ)

หมวดรายจ่าย/รายการ	งานป้องกันและ ควบคุมโรค	งานป้องกันยา เสพติด	งานวิจัย&พัฒนา ระบบสุขภาพ	โครงการก่อสร้าง	งานแก้ไขปัญหาเอดส์
6. รายจ่ายอื่น 6.1 โครงการช่วยเหลือผู้มีการะซึมเศร้าและเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย 6.2 ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานเวรป่า-ดึก 6.3 ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม 6.4 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการพัฒนาเครือ ข่ายและระบบสุขภาพจิต 6.5 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการพัฒนาสุข ภาพจิตผู้สูงอายุ					
รวมหมวดรายจ่ายอื่น					
รวมทั้งสิ้นทุกหมวด					

รายงานการใช้จ่ายเงินบำรุงกอง/โรงพยาบาล/ศูนย์..โรงพยาบาลสวนปรุง..

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เดือน กันยายน 25.....

หมวดและประเภทรายจ่าย	เงินบำรุงที่ได้รับอนุมัติทั้งปี	จำนวนเงิน	คงเหลือ
1. หมวดค่าจ้างชั่วคราว			
1.1 ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว			
รวมหมวดค่าจ้างชั่วคราว			
2. หมวดค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ			
1. ค่าตอบแทนด้านรักษาพยาบาล			
2. ค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติการให้ทางราชการ			
3. ค่าตอบแทนเสี่ยงภัยโรคเอดส์			
4. ค่าอาหารทำการนอกเวลา			
5. เงินรางวัลผู้ป่วย			
6. กรรมการตรวจการจ้าง			
รวมค่าตอบแทน			
2.2 ค่าใช้สอย			
2.2.1 ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พักและค่าพาหนะ			
2.2.2 ค่าใช้จ่ายในการสัมมนาและฝึกอบรม			
2.2.3 ค่าซ่อมแซมยานพาหนะและขนส่ง			
2.2.4 ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์			
2.2.5 ค่าจ้างเหมาบริการ			
2.2.6 ค่าเช่าทรัพย์สิน			
2.2.7 สมทบจ่ายกองทุนประกันสังคม			
2.2.8 ค่าธรรมเนียมบัตรเครดิต			
รวมค่าใช้จ่าย			
2.3 ค่าวัสดุ			
2.3.1 วัสดุสำนักงาน			
2.3.2 วัสดุเชื้อเพลิงและหล่อลื่น			
2.3.3 วัสดุก่อสร้าง			
2.3.4 วัสดุงานบ้านงานครัว			
2.3.5 วัสดุไฟฟ้าและวิทยุ			
2.3.6 วัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์			
2.3.7 วัสดุหนังสือ วารสารและตำรา			
2.3.8 วัสดุเครื่องแต่งกาย			
2.3.9 วัสดุอาหาร			
2.3.10 วัสดุการศึกษา			

รายงานการใช้จ่ายเงินบำรุงโรงพยาบาล/ศูนย์....

(ต่อ)

หมวดและประเภทรายจ่าย	เงินบำรุงที่ได้รับอนุมัติทั้งปี	จำนวนเงิน	คงเหลือ
2.3 ค่าวัสดุ			
2.3.11 วัสดุเวชภัณฑ์			
2.3.12 วัสดุคอมพิวเตอร์			
2.3.13 อื่น ๆ - วัสดุการเกษตร			
- วัสดุการพิมพ์			
รวมค่าวัสดุ			
รวมหมวดก่อนตอบแทนใช้สอยและวัสดุ			
3. หมวดค่าสาธารณูปโภค			
3.1 ค่าไฟฟ้า			
3.2 ค่าน้ำประปา			
3.3 ค่าไปรษณีย์โทรเลข			
3.4 ค่าโทรศัพท์			
3.5 โทรศัพท์มือถือ			
3.6 วิทยุติดตามตัว			
3.7 ค่าอินเตอร์เน็ต			
3.8 ค่าโทรสาร			
รวมหมวดค่าสาธารณูปโภค			
4. หมวดค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง			
4.1 ค่าครุภัณฑ์			
4.1.1 ค่าครุภัณฑ์การเกษตร			
4.1.2 ครุภัณฑ์สำนักงานหล่อสิ้น			
4.1.3 ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์			
4.1.4 ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว			
4.1.5 ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์			
4.1.6 ครุภัณฑ์ยานพาหนะและขนส่ง			
4.1.7 ครุภัณฑ์การก่อสร้าง			
4.1.8 ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ			
4.1.9 ครุภัณฑ์โฆษณาเผยแพร่			
4.1.10 ครุภัณฑ์โรงแรม			
รวม			
4.2 ค่าที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง			
4.2.1 ค่าติดตั้งราวแอสตันเลส			
4.2.2 ปรับปรุงถนนหน้าอาคารอำนวยการ			
4.2.3 ปรับปรุงห้องทรงงาน			
4.2.4 ปรับปรุงชั้นลอยห้องตรวจแพทย์			
รวม			
รวมหมวดครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง			

รายงานการใช้จ่ายเงินบำรุงโรงพยาบาล/ศูนย์....

(ต่อ)

หมวดและประเภทรายจ่าย	เงินบำรุงที่ได้รับอนุมัติทั้งปี	จำนวนเงิน	คงเหลือ
5. หมวดเงินอุดหนุน			
5.1 ค่าตอบแทนแพทย์ไม่ทำเวชส่วนตัว			
5.2 ค่าลงทะเบียน			
5.3 ค่าตอบแทนนอกเวลาเวรป่วย ดึก			
รวมหมวดเงินอุดหนุน			
6. หมวดสำรองฉุกเฉิน - เงินรางวัลผู้ป่วย			
- จ่ายคืนค่าบริการจิตวิทยา			
รวมหมวดสำรองฉุกเฉิน			
7. หมวดรายจ่ายอื่น ๆ			
8. หนี้สินผูกพัน			
- 7.1 ค่าใช้สอย			
- 7.2 ครุภัณฑ์			
- 7.3 ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง			
รวม			
รวมทั้งสิ้นทุกหมวด			

ภาคผนวก ง

รายงานการรับจ่ายเงินรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล
 รายงานการรับจ่ายเงินรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล แบบสปร.ง. 102
 ประจำเดือน กันยายน พ.ศ. 25.....

รายงาน	เดือนนี้	แต่ต้นปี
การรับเงิน - ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร - เงินโอนจากสำนักงานสาธารณสุข		
รวมรายรับ		
การจ่ายเงิน - ค่าตอบแทน - ค่าใช้สอย - ค่าวัสดุ - รายได้แผ่นดินน้ำส่งคลัง (ดอกเบี้ยเงินฝาก)		
รวมรายจ่าย		
รายรับ (ต่ำกว่า) รายจ่าย บวก ยอดยกมาจากเดือนก่อน		
ยอดยกไป		

(ลงชื่อ).....หัวหน้าหน่วยงาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่การเงิน

ภาคผนวก จ
ข้อคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เชิญร่วมให้ข้อคิดเห็น วิพากษ์งานวิจัย
“ผลกระทบของนโยบาย 30 บาทต่อระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช:
ภาพรวมระดับประเทศและกรณีศึกษาสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในภาคเหนือของประเทศไทย”
วันศุกร์ ที่ 24 เดือนตุลาคม เวลา 9.00-13.00 น.
ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ถนนพหลุ
จำนวน 6 คน ประกอบด้วย

1. นพ. อภิชัย มงคล	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
2. นพ. สมควร หาญพัฒนชัยกุล	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต
3. นพ. วชิระ เพ็งจันทร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
4. นพ. สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
5. นพ. ศิริชัย ดาริกานนท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์
6. นพ. สมัย ศิริทองถาวร	ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการเด็กграชนครินทร์

ประเด็นที่น่าสนใจต่องานวิจัย จากผู้ทรงคุณวุฒิ มีดังนี้

1. การทบทวนในหัวข้อความรู้เกี่ยวกับจิตเวชควรปรับให้ทันสมัยขึ้น
2. การวิจัยใช้ข้อมูลจากสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิตเพียง 3 แห่ง จาก 17 แห่ง ซึ่งไม่น่าใช้ตัวแทนที่ดีของสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิตทั้งหมด
3. การคำนวณค่า Average Length of stays ของสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิตควรจำแนกออกเป็นกลุ่มเฉียบพลัน (Acute) และ กลุ่มเรื้อรัง (Chronic) น่าจะถูกต้องแม่นยำมากขึ้น
4. ผลการวิจัยนี้ เป็นการกระตุ้นให้มีการศึกษาด้านนี้เพิ่มขึ้น
5. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารช่วยในการกำหนดนโยบาย เป็นต้นว่า
 - พิจารณาการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะการกระจายจิตแพทย์ตามภูมิภาค
 - พิจารณาสันับสนุนทุนการศึกษาด้านจิตเวช สำหรับแพทย์