

รายงานผลการศึกษา

การประเมินการบริหารจัดการการคลัง
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) และการพัฒนาระบบข้อมูล
เพื่อการบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ

โดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ได้รับสนับสนุนทุนจาก
แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กุมภาพันธ์ 2553



ทีมวิจัย

หัวหน้านักวิจัย

ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

นักวิจัยร่วม

- ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ (ศธส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
นเรศวร

ศ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย

ภญ.ดร.นิลวรรณ อยู่ภักดี

นางสาวสมพร สุริยพงศ์

นางสาวลัดดาวัลย์ เรียบร้อย

นายศุภกร กล้าโกชน

นางสาวปานทิพย์ ตะบุตร

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

นพ.ภูษิต ประครองสาย

ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี

ดร.วัลย์พร พัทธนฤมล

- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.นุศราพร เกษสมบูรณ์

น.ส.รัตนา เอิบกิ้ง

น.ส.สงบ เสริมนา

น.ส.จินตนา ตลับแก้ว

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี

นางสาวชนิษฐา ภูสีมุงคุณ

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
นพ.นิพนธ์ โตวิวัฒน์
- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
นพ.วัฒน์ชัย จรูญวรรณะ
- คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

นางสาวพัชนี	ธรรมวันนา
นายภาสกร	สวนเรือง
นางสาวสุธีรดา	นิมน้อย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งและมีการกระจายที่ดี จะเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในชนบทห่างไกล ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยง และเน้นการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน สามารถช่วยให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างจริงจังในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4-5 (พ.ศ.2520-2529) มีการขยายสถานีนอมามายังไปยังทุกตำบล และจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ/กิ่งอำเภอ เป็นปัจจัยสำคัญในการเอื้อให้ประชาชน โดยเฉพาะคนจนในชนบทเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดสรรงบประมาณและการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิในรูปแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำหน้าที่เป็นแม่ข่าย โดยมีสถานีนอมามายหรือหน่วยบริการปฐมภูมิหรือคลินิกเอกชนเป็นลูกข่าย ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย มีหน้าที่ในการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งด้านการจัดระบบบริการและการส่งต่อ การจัดสรรงบประมาณหรือทรัพยากรสาธารณสุขอื่นเพื่อสนับสนุนการทำงานของลูกข่าย และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ ก่อให้เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล รวมถึงการถ่ายโอนสถานีนอมามายบางแห่งแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการบริหารจัดการและสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินสถานการณ์การคลังหน่วยบริการปฐมภูมิในภาพ ทั้งในด้าน รายรับ-รายจ่าย ผลผลิตการจัดบริการ ต้นทุนและประสิทธิภาพเชิงการผลิตของการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทต่าง ๆ 2) ประเมินรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3) ประเมินระบบข้อมูลการคลังบริการสุขภาพที่จะใช้ในการบริหารจัดการและติดตามกำกับพัฒนาเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ สำหรับระเบียบวิธีการศึกษาประกอบด้วย 1) การสำรวจและวิเคราะห์เชิงปริมาณในการประเมินสถานการณ์การคลังของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิภาพเชิงการผลิตของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยวิธีเศรษฐกิจมิติ 2) การศึกษาเชิงคุณภาพใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารระดับจังหวัด ประธาน/ รองประธานเครือข่าย และสหภาพกลุ่มกับคณะกรรมการบริหารเครือข่ายซึ่งเป็นตัวแทนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และกลุ่มตัวแทนจากลูกข่ายและสาธารณสุขอำเภอ การสุ่มเลือกตัวอย่าง ทำโดยคัดเลือกจังหวัดที่มีระบบข้อมูลค่อนข้างดีแบบ

เจาะจงกระจายในทุกเขตของสปสข. จำนวน 12 จังหวัด คือ เชียงราย พะเยา ภูเก็ต อุทัยธานี นครนายก สมุทรสงคราม สมุทรปราการ กาฬสินธุ์ หนองบัวลำภู สุรินทร์ ศรีสะเกษ สุราษฎร์ธานี และสงขลา ทั้งนี้ในหนึ่งจังหวัดทำการคัดเลือกเครือข่ายโรงพยาบาลจังหวัด และเครือข่ายโรงพยาบาลอำเภออีกสองแห่งที่มีขนาดต่างกัน (เล็กและใหญ่) และหากมีเครือข่ายโรงพยาบาลรัฐอื่นหรือเอกชนที่มีสถานื่อนามัยเป็นลูกข่ายก็จะรวมเป็นตัวอย่างของการศึกษา และเก็บข้อมูลของลูกข่ายทุกแห่งในเครือข่ายนั้นๆ ทั้งนี้ได้จำนวนตัวอย่างจาก 44 เครือข่าย ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของโรงพยาบาลศูนย์ 100 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 170 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาด 396 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 5 แห่ง

ผลการศึกษา พบว่า ด้านสถานการณ์การคลังของโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นลูกข่ายทุกประเภทส่วนใหญ่มีสถานะเงินบำรุงโดยรวมดีขึ้น เป็นข้อบ่งชี้ว่างบประมาณสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขในภาพรวมเพียงพอ แต่ยังมีจุดอ่อนด้านการกระจายงบประมาณที่ยังขาดประสิทธิภาพ ด้านรูปแบบการบริหารเครือข่ายและสนับสนุนงบประมาณในปัจจุบัน มีผลทำให้โรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิมีการสนับสนุน สื่อสาร และเชื่อมโยงบริการระหว่างกันมากขึ้นแต่ยังมีความหลากหลาย ทั้งนี้ ขึ้นกับวิสัยทัศน์และเจตคติผู้บริหารโรงพยาบาลแม่ข่ายและบริบทของพื้นที่ และพบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ส่วนใหญ่มองว่าระบบการจ่ายเงินตามปริมาณการให้บริการ ทำให้บุคลากรให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลและทำงานในกิจกรรมที่ได้รับค่าตอบแทนมากจนอาจจะเลยการให้บริการด้านอื่นที่ไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน อาจทำลายแนวคิดการให้บริการแบบบูรณาการและเป็นองค์รวม ด้านต้นทุนการจัดบริการ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการมีต้นทุนเฉลี่ย เท่ากับ 2,571,535.86, 1,837,809.64, และ 1,190,663.21 บาท/แห่ง/ปี ตามลำดับ และมีจำนวนผลผลิตเฉลี่ย เท่ากับ 17,032.24, 10,927.80, และ 7,432.85 ครั้ง/แห่ง/ปี ตามลำดับ ด้านประสิทธิภาพเชิงการผลิตของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งวัดจากปัจจัยนำเข้าคือต้นทุนดำเนินการเทียบกับผลผลิตทั้ง 4 ด้าน คือ จำนวนครั้งของการรักษาผู้ป่วยนอก การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคทั้งในและนอกสถานพยาบาล รวมถึงกิจกรรมบริการชุมชน พบว่า คะแนนประสิทธิภาพเชิงผลิตโดยเฉลี่ย เท่ากับ 0.538 – 0.593 ส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ต่ำและอยู่ในสถานะที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพให้สูงขึ้นได้อีก ในขณะที่บุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกว่าการะงานปัจจุบันสูงมาก โดยเฉพาะภาระงานด้านการจัดทำรายงานและบันทึกข้อมูล แต่ภาระงานดังกล่าวไม่ได้ถูกนำมาคิดเป็นผลผลิตของหน่วยบริการ และในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพเชิงการผลิตดังกล่าวยังมีข้อจำกัดเรื่องข้อมูลผลผลิตที่สามารถแจ้งนับได้เฉพาะข้อมูลเชิงปริมาณแต่ไม่สามารถวัดหน่วยของงานในเชิงคุณภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันได้ และพบว่าระบบข้อมูลที่มีอยู่ในพื้นที่สามารถนำมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและติดตามกำกับกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การสนับสนุนและการบริหารจัดการการคลังของเครือข่ายได้ แต่ต้องมีการอบรมเพิ่มเติมในส่วนของการวิเคราะห์ประสิทธิภาพเชิงการผลิตที่ยังอาจมีความยุ่งยากเชิงเทคนิคบ้าง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษา ดังนี้ 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และการติดตามกำกับเพื่อให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระดับจังหวัดและอำเภอเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกลไกสำคัญที่ต้องมีในระบบเนื่องจากมีความใกล้ชิดและเข้าใจบริบทของพื้นที่มากกว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานสาขาเขต 2) นโยบาย/วิธีการจ่ายเงินแบบหลากหลายที่กำหนดมาจากส่วนกลางต้องกระทำด้วยความระมัดระวังถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยไม่เกิดการทำลายแนวคิดการให้บริการแบบองค์รวมและบูรณาการการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบ ต้องมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบให้ดีขึ้นมากกว่าการทำงานเพื่อแลกเงิน 3) การอภิบาลระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีธรรมาภิบาลมากขึ้น ควรแยกงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิออกจากบริการทุติยภูมิและเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นและชุมชนได้เข้ามามีบทบาทร่วมในการกำกับและพัฒนา จะทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการพัฒนาที่เหมาะสมสามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของชุมชนได้ดีขึ้น 4) ต้องมีกลไกกำกับประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณของสถานพยาบาลภาครัฐ และมีการพัฒนามาตรการและกลไกในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพเชิงการผลิต โดยเฉพาะการทำงานเชิงรุกแบบบูรณาการและเป็นองค์รวม 5) ควรปรับปรุงการบริหารจัดการระบบข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันเพิ่มขึ้น เพื่อให้พื้นที่สามารถนำมาใช้การวางแผนและกำกับติดตามการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิได้

Abstract

A health care system with strong and well established primary care will ease access to care, especially for those in remote areas, promote continuity and integration of services, and put emphasis on population and community health. In addition, a strong primary care system also brings about more equitable health and efficiency of the health care system.

The Ministry of Public Health, Thailand has extensively developed the primary care system during the 4th – 5th National Economic and Social Development Plan (1977-1986) by expanding the basic health infrastructure thorough out the country, establishment of a health center in all Sub-districts, and a community hospital in all districts. These clearly enabled access to basic essential care for those residing in rural areas. Major changes in the development of primary care system started again in 2002 following the introduction of Universal Coverage Scheme. The UCS has adopted a contracting model with both public and private hospitals. All MOPH hospitals are automatically included as main contracting unit for primary care (CUP) while other public and private hospitals can enroll as a CUP on a voluntary and approval basis. A CUP comprises of a hospital and a network of health centers locating within the same district. For financial management of a CUP, the UC budgets are directly allocated to CUP and managed by a CUP board comprising of representatives from the hospital and its' network. The CUP board is responsible for management of the network including service development, referral system, budgets and resources allocation to support its' network. The current decentralization policy of the government will inevitably further affect development of primary care system in all aspects, i.e. human resource management, financial management, service development, and financial management, etc.

The objectives of this study are as followed; 1) to assess financial situation of primary care in terms of; income, expenditure, productivity, costs and production efficiency 2) to assess management style of CUP 3) to develop information system for management and monitoring of the development of primary care system.

The study employed both quantitative and qualitative approaches. A self-administrative questionnaire survey on financial status and supports of each CUP and its' network was done. In-depth interviews were conducted with the Chief Medical Officers, hospital directors, and District health officers; in addition, focus group discussions were conducted separately with representatives from the hospital and health center. Twelve provinces locating in 12 NHSO regions were purposively selected according to well-establishment of health information system. These included Chiang Rai, Phitsanulok, Uthai Thani, Nakhon Nayok, Samut Songkhram, Samut Prakan, Kalasin, Nong Bua Lam Phu, Surin, Si Sa ket, Surat Thani, and Songkhla. At least three CUP were purposively selected; one provincial hospital CUP, one big district hospital CUP, and one small district hospital CUP; moreover, additional private hospital or other public hospital CUP was also included if health centers were included as their network. There were totally 44 CUPs in the study including 270 health centers under provincial hospital CUPs, 396 health centers under district hospital CUPs, and 5 health centers under a private hospital CUP.

Results of study show that the financial status of all hospitals and its' networks had been improved during 2006 – 2008, net savings of all categories of hospitals and health centers had been increasing. This indicates that over budgets were sufficient for the system, but allocation of budget was probably problematic. Financial management system as a CUP impose the hospital and its' network, health centers, have to work closely in terms of supports, communication, and referring. However, how well they worked together depends on vision and attitude of the hospital director and local contexts. The itemized payments made by NHSO was criticized as it will deteriorate the integration and holistic concept of primary care; moreover, it lets health workers putting emphasis on these activities and entering data in order to get more budgets and may neglect in providing other services. Average annual total costs of health centers or primary care units (PCU) in 2008 were 2,571,535.86 Baht for those having doctor, 1,837,809.64 Baht for those having registered nurse, and 1,190,663.21 Baht for those providing services by health workers. Average annual numbers of productivity were 17,032.24, 10,927.80, and 7,432.85, visit/unit/year for different type of PCU respectively. The efficiency score calculated by DEA of PCU or health centers was relatively low, 0.538 – 0.593, and there were room for improvement. The result was against with the complaints of health workers that they had high burdens of work and reports. This was probably due to burden from reporting was not accounted as productivity of primary

care unit. Moreover, the current available data include only quantity of services provided, not including quality dimension or non-services activities. Results from the study illustrates that current available data within the CUP and province was able to use for management and monitoring of the development of primary care; however, it needs more efforts in managing the data and require training of staffs.

Policy recommendations are as follows: 1) the provincial health office is crucial actor in the development of primary care and should not be ignore or bypass; 2) the payment models for primary care should be designed with caution ensuring that they will not deteriorate the concept of a holistic and integration of primary care; 3) a good governance of CUP board should be strengthen and separation of budget for primary care from secondary care is needed; 4) a national mechanism to monitor efficiency of budget spending should be established in addition to incentive measures and mechanisms to improve the efficiency of health service production; 5) strengthening management information system for planning, monitoring, and development of primary care.

สารบัญ

บทที่	เรื่อง	หน้า
	รายชื่อนักวิจัย	i
	บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	l
	Abstract	A
	สารบัญ	a
	กิตติกรรมประกาศ	-1-
	อภิธานศัพท์	(1)
1	บทนำ ระเบียบวิธีวิจัย	
	1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
	1.2 กรอบแนวคิด	6
	1.3 วัตถุประสงค์	7
	1.4 ระเบียบวิธีการวิจัย	7
	1.5 ระยะเวลาในการศึกษา	9
	1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
	1.7 โครงสร้างงาน	10
2	ทบทวนวรรณกรรม	
	2.1 ขอบเขตและความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ	12
	2.2 สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิของไทย	15
	2.3 การคลังระบบบริการปฐมภูมิ	16
	2.3.1 งบประมาณสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ	16
	2.3.2 การบริหารงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ	17
	2.3.4 สถานการณ์ด้านการเงินของสถานเอนามัย	19
	2.4 สรุป	21
3	ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดและเครือข่ายบริการปฐมภูมิตัวอย่าง	
	3.1 บริบททั่วไปของจังหวัดตัวอย่าง	23
	3.1.1 เขตการปกครองและประชากร	23
	3.1.2 เศรษฐกิจ	25
	3.2 บริบทด้านสาธารณสุขของจังหวัดตัวอย่าง	26
	3.2.1 ทรัพยากรสาธารณสุข	28
	3.3 บริบทของเครือข่ายบริการปฐมภูมิตัวอย่าง	29
4	การพัฒนาและบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	
	4.1 แนวนโยบายและรูปแบบการพัฒนาและบริหารเครือข่ายปฐมภูมิของพื้นที่	33
	4.1.1 แนวนโยบายการบริหารและพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ	33

บทที่	เรื่อง	หน้า
	4.1.2 การกระจายอำนาจการบริหารงบประมาณเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	35
	4.2 บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	36
	4.3 การอภิบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)	40
	4.4 แนวคิดการสนับสนุนและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย	41
	4.5 รูปแบบการสนับสนุนที่แม่ข่ายมีต่อลูกข่าย	43
	4.5.1 การสนับสนุนงบประมาณ	43
	4.5.2 การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์และวัสดุ	46
	4.5.3 การสนับสนุนด้านบุคลากร	46
	4.5.4 การสนับสนุนด้านวิชาการ พัฒนา และบริหารจัดการ	46
	4.6 ความคิดเห็นต่อการทำงานเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	47
	4.7 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	49
	4.8. ประเด็นท้าทายสำหรับข้อเสนอการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	50
5	สถานการณ์การบริหารการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	
	5.1 ข้อมูลทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ	52
	5.2 การสนับสนุนของแม่ข่ายต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย	58
	5.3 ศักยภาพในการระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่น	62
	5.4 สถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการปฐมภูมิ	65
	5.4.1 รายรับ เงินบำรุงหน่วยบริการปฐมภูมิ	65
	5.4.2 รายจ่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	67
	5.4.3 เงินบำรุงคงเหลือของหน่วยบริการปฐมภูมิ	68
	5.5 สรุป	71
6	ประสิทธิภาพและปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ	
	6.1 ระเบียบวิธีวิจัย	76
	6.1.1 นิยาม	76
	6.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล	78
	6.1.3 สมมุติฐาน	78
	6.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	78
	6.2.1 ผลผลิตและต้นทุนการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ	78
	6.2.1.1 ผลผลิตและต้นทุนจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ	79
	6.2.1.2 ผลผลิตและต้นทุนจำแนกตามจำนวนประชากรรับผิดชอบ	80
	6.2.1.3 ผลผลิตและต้นทุนจำแนกตามประเภทพื้นที่ทุรกันดาร	80
	6.2.1.4 ผลผลิตและต้นทุนจำแนกตามประเภทเครือข่ายคู่สัญญา	81

บทที่	เรื่อง	หน้า
	6.2.2 ประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ	81
	6.2.2.1 ค่าประสิทธิภาพทางเทคนิคของหน่วยบริการปฐมภูมิใน ภาพรวม	81
	6.2.2.2 ค่าประสิทธิภาพจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ	83
	6.2.2.3 ประสิทธิภาพจำแนกตามขนาดจำนวนประชากรในเขต รับผิดชอบ	84
	6.2.2.4 ประสิทธิภาพจำแนกตามประเภทพื้นที่กั้นดาร	85
	6.2.2.5 ประสิทธิภาพจำแนกเครือข่ายคู่สัญญาหลัก	86
	6.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ	87
	6.4 สรุปผล	93
7	อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	
	7.1 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	96
	7.2 บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	98
	7.3 การอภิบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	99
	7.4 การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ	99
	7.5 ประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ	101
	7.6 ระบบข้อมูลในการติดตามกำกับ	103
	7.7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	105
	เอกสารอ้างอิง	107
	ภาคผนวก	110

สารบัญตาราง

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
1	ตาราง 1.1 พื้นที่และเครือข่ายบริการที่ทำการศึกษ	8
2	ตาราง 2.1 สถานะการเงินบำรุงของหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพ หน่วย: ร้อยละ	21
3	ตาราง 3.1 การแบ่งเขตปกครองจังหวัดตัวอย่าง	23
4	ตาราง 3.2 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในจังหวัดของจังหวัดตัวอย่าง ปี พ.ศ. 2550 (ราคาปี ปัจจุบัน)	25
5	ตาราง 3.3 ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขจำแนกรายจังหวัดและภาพรวมของประเทศ	29
6	ตาราง 3.4 ข้อมูลพื้นฐานเครือข่ายสถานพยาบาลตัวอย่าง	30
7	ตาราง 3.5 ข้อมูลทรัพยากรเครือข่ายสถานพยาบาลตัวอย่าง	31
8	ตาราง 4.1 บทบาทสำนักงานสาธารณสุขในการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	39
9	ตาราง 4.2 รูปแบบการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย	45
10	ตาราง 4.3 ความเห็นต่อการทำงานเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงจากนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	48
11	ตาราง 5.1 จำนวนตัวอย่างหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิจำแนกตามประเภทเครือข่าย และจังหวัด	52
12	ตาราง 6.1 แสดงข้อมูลค่าประสิทธิภาพประเภทต่างๆ ในภาพรวม	82
13	ตาราง 6.2 แสดงค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามประเภทผู้ ให้บริการ	84
14	ตาราง 6.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้ผลตอบแทนคงที่	88
15	ตาราง 6.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อค่าประสิทธิภาพด้านขนาดของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ	89
16	ตาราง 6.5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน	89
17	ตาราง 6.6 แสดงค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามประเภทผู้ ให้บริการในพื้นที่ปกติและประชากรน้อยกว่า 2,000 คน	91
18	ตาราง 6.7 แสดงค่าประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามผู้ให้บริการในพื้นที่ ปกติและประชากร 2,000 – 4,000 คน	91
19	ตาราง 6.8 แสดงค่าประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามผู้ให้บริการในพื้นที่ ปกติและประชากร 4,000 – 6,000 คน	92

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	เรื่อง	หน้า
1	แผนภาพที่ 1.1 จำนวนสถานื่อนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสัดส่วนประชากรต่อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2522 – พ.ศ. 2549	1
2	แผนภาพที่ 1.2 งบประมาณรายหัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2546 – 2551	3
3	แผนภาพที่ 2.1 ขอบเขตการทำงานของระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะเครือข่าย	13
4	แผนภาพที่ 2.2 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อแห่งของสถานื่อนามัยในปีงบประมาณ 2548	19
5	แผนภาพที่ 2.3 รายจ่ายและเงินบำรุงคงเหลือของสถานื่อนามัย ปีงบประมาณ 2548 และ 2550	20
6	แผนภาพที่ 4.1 แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาและบริหารระบบบริการปฐมภูมิ	34
7	แผนภาพที่ 4.2 รูปแบบการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา	41
8	แผนภาพที่ 5.1 ประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามแม่ข่าย	53
9	แผนภาพที่ 5.2 สัดส่วนของหน่วยบริการประเภทต่างๆ จำแนกตามเครือข่าย	54
10	แผนภาพที่ 5.3 จำนวนบุคลากรเฉลี่ยจำแนกตามประเภทหน่วยบริการ	55
11	แผนภาพที่ 5.4 จำนวนเจ้าหน้าที่จำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิและประเภท บุคลากร	55
12	แผนภาพที่ 5.5 จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉลี่ยต่อแห่งจำแนกตามเครือข่าย	56
13	แผนภาพที่ 5.6 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครบตาม เกณฑ์	56
14	แผนภาพที่ 5.7 แสดงจำนวนประชากรจำแนกตามประเภทแม่ข่าย	57
15	แผนภาพที่ 5.8 จำนวนประชากรเฉลี่ยจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ	57
16	แผนภาพที่ 5.9 มูลค่าการสนับสนุนของแม่ข่ายต่อหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตาม ประเภทแม่ข่าย	58
17	แผนภาพที่ 5.10 มูลค่าการสนับสนุนของแม่ข่ายจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐม ภูมิ	59
18	แผนภาพที่ 5.11 มูลค่ารวมที่แม่ข่ายสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย	60
19	แผนภาพที่ 5.12 มูลค่าการสนับสนุนต่อหัวประชากร UC จำแนกรายเครือข่าย	60
20	แผนภาพที่ 5.13 มูลค่าการสนับสนุนของแม่ข่ายต่อหัวประชากร UC จำแนกตาม ประเภทแม่ข่าย	61
21	แผนภาพที่ 5.14 มูลค่าการสนับสนุนของแม่ข่ายต่อหัวประชากรจำแนกตามประเภท หน่วยบริการปฐมภูมิ	62
22	แผนภาพที่ 5.15 สัดส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ระดมทุนจากแหล่งอื่นได้จำแนกตาม ประเภทแม่ข่าย	63
23	แผนภาพที่ 5.16 สัดส่วนที่มีกองทุนตำบลและที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนตำบล	63

แผนภาพ	เรื่อง	หน้า
24	แผนภาพที่ 5.17 สัดส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่นได้จำแนกตามแม่ข่าย	64
25	แผนภาพที่ 5.18 มูลค่าเฉลี่ยที่ระดมได้จากแหล่งอื่นของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามแม่ข่าย	65
26	แผนภาพที่ 5.19 รายรับเงินบำรุงเฉลี่ยหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามประเภทแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ	66
27	แผนภาพที่ 5.20 รายรับเงินบำรุงเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามแม่ข่าย	66
28	แผนภาพที่ 5.21 รายจ่ายเฉลี่ยหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามประเภทแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ	67
29	แผนภาพที่ 5.22 รายจ่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกรายแม่ข่าย	68
30	แผนภาพที่ 5.23 เงินบำรุงคงเหลือหน่วยบริการ จำแนกตามประเภทแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ	69
31	แผนภาพที่ 5.24 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้น จำแนกตามประเภทแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ	69
32	แผนภาพที่ 5.25 เงินบำรุงคงเหลือของโรงพยาบาลแม่ข่าย จำแนกตามขนาด	70
33	แผนภาพที่ 5.26 จำนวนโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้น จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล	71
34	แผนภาพที่ 6.1 การกระจายของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามค่าประสิทธิภาพ	82
35	แผนภาพที่ 7.1 แสดงงบประมาณต่อหัวและค่าคะแนนประสิทธิภาพเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกรายเครือข่าย	103

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลงไปได้ด้วยดี เนื่องด้วยได้รับความร่วมมือในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนของบุคคล รวมทั้งหน่วยงานหลายฝ่าย ขอขอบคุณ นพ.ภูษิต ประครองสาย ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี ดร.วลัยพร พัทธนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย ภาญ.ดร.นิลวรรณ อยู่ภักดี มหาวิทยาลัยนเรศวร และผศ.ดร.นุศราพร เกษสมบุรณ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปฏิบัติหน้าที่เป็นนักวิจัยของโครงการวิจัย ตั้งแต่เริ่มวางแผน ร่วมหารือถึง แผนการปฏิบัติงาน การสละเวลาในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำเสนอผล การศึกษาต่อที่ประชุมและสุดท้ายนำเสนอเป็นผลการศึกษาของแต่ละจังหวัด ขอขอบคุณ ผู้บริหาร บุคลากร และเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขของ ทั้ง 12 จังหวัด ในการให้การช่วยเหลือ การประสานงาน การสนับสนุน ในเรื่องของข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งข้อมูลในส่วนที่เป็นเอกสาร และ ข้อมูลการสัมภาษณ์ การจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนร่วมกัน รวมทั้งการต้อนรับอย่างเป็นมิตรของ สำนักงานสาธารณสุขแต่ละจังหวัด

ท้ายสุดนี้ ขอขอบคุณ แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Link) ผู้ไว้วางใจในการมอบให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ทำการศึกษาวิจัย และการสนับสนุนเงินทุน ในการดำเนินการทำวิจัยตลอดทั้งโครงการจนแล้วเสร็จ ขอขอบคุณ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ที่สนับสนุนให้มีเวทีสำหรับนักวิจัยได้นำเสนอผลการศึกษา ร่วมแลกเปลี่ยนกับผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากสำนักงานสาธารณสุข ทั้ง 12 จังหวัด เพื่อนักวิจัยนำข้อเสนอแนะปรับแก้ให้ผลการศึกษาสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และท้ายนี้ขอขอบคุณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านทั้งที่เอ่ยนามและไม่ได้เอ่ยนามที่ให้การสนับสนุน โดยตลอด มา ณ ที่นี้

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

อภิธานศัพท์

คำศัพท์	คำเกี่ยวข้อง (คำเต็ม/คำย่อ)	ความหมาย
Add OP	Add Out Patient	งบบุป่วยนอกเพิ่มเติม
Add PP	Add Prevention Promotion	งบส่งเสริมป้องกันเพิ่มเติม
Allowance _GO	Allowance Government	ค่าตอบแทนงบประมาณ
Allowance _NGO	Allowance Non Government	ค่าตอบแทนนอกงบประมาณ
ANC	Ante Natal Care	บริการรับฝากครรภ์
Capital R. exp	Capital Replacement Expenditure	การลงทุนเพื่อการทดแทน คำนวณจากค่าเสื่อม ราคา
Capitation		วิธีจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว
Capitation budget		งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว
CF	Contingency Fund	งบงบประมาณที่กันไว้เพื่อเหลือเผื่อขาด
CMU	Community Medical Unit	ศูนย์บริการการแพทย์ชุมชน
Community Fund		กองทุนสวัสดิการชุมชน
Constant Return to scale status	CRS	สถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่คงที่
Constant return to scale Technical Efficiency	CTE	ค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนที่คงที่
CSMBS	Civil Servant Medical Benefit Scheme	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
CUP	Contracting Unit for Primary Care	สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาเพื่อจัดบริการปฐม ภูมิ (Primary Care) ซึ่งทำสัญญากับผู้ซื้อ บริการ(Purchaser) เพื่อจัดบริการภายใต้ระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เนื่องจากหน่วย บริการปฐมภูมิบางแห่ง เช่น สถานีอนามัยยังไม่ มีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะทำสัญญา ได้ผู้ซื้อ บริการจึงต้องไปทำสัญญากับจุดที่ทำสัญญา แทนได้ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล ศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้น จึง เรียกโรงพยาบาลดังกล่าวว่าเป็นแม่ข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ส่วนสถานีอนามัย หรือหน่วย บริการปฐมภูมิที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่นว่าเป็นลูก ข่ายของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
CUP Board		คณะกรรมการบริหารเครือข่ายหน่วยบริการ ถือ เป็นผู้ให้บริการที่รวมตัวกันเป็นเครือข่ายบริการ มีบริการระดับปฐมภูมิ มีหน่วยบริการหลัก มี

คำศัพท์	คำเกี่ยวข้อง (คำเต็ม/คำย่อ)	ความหมาย
		หน่วยบริการรอง อย่างครบถ้วนภายในเครือข่าย เป็นหน่วยที่เล็กที่สุดที่สามารถทำสัญญาในการให้บริการแก่ประชาชน กับผู้ซื้อบริการได้ CUP Board จึงทำหน้าที่เป็นองค์กรบริหารเครือข่ายหน่วยบริการนี้
DEA	Data Envelopment Analysis	เครื่องมือและกรอบวิเคราะห์ที่ใช้แบบจำลองเศรษฐศาสตร์ในการวัดประสิทธิภาพการผลิต ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยนำเข้าและผลผลิต ซึ่งเทคนิค DEA สามารถวัดประสิทธิภาพการผลิตที่มีหลายปัจจัยการผลิต และหลายผลผลิตได้ (multiple inputs & multiple outputs) พัฒนาโดย Charnes, Cooper และ Rhodes (1978)
DM/HT	Diabetes Mellitus/Hypertension	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน
DRS	Decreasing Return to Scale	สถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราลดลง คือ หมายถึง หากหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เพิ่มปัจจัยนำเข้า ผลตอบแทนที่ได้ต่อหน่วยปัจจัยนำเข้าที่เพิ่มขึ้น (marginal product) มีค่าเป็นบวก แต่จำนวนลดลง
EMS	Emergency Medical Service system	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล โดยการจัดให้มีบุคลากร เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ยานพาหนะ ระบบการประสานงาน สถานพยาบาล ระบบลำเลียงผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลในเครือข่ายที่มีความพร้อมในการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ หรือผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที
EPI	Expanded Program on Immunization	แผนการจัดบริการวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในประเทศไทย ถือเป็นบริการพื้นฐานที่รัฐ จัดให้แก่กลุ่มเป้าหมายโดยไม่คิดมูลค่า มีวัคซีนที่ให้บริการได้แก่ วัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี, BCG) วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก (ดีทีพี, DTP) วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB) วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) วัคซีนป้องกันโรคหัด (M) วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (เอ็มเอ็มอาร์, MMR)

คำศัพท์	คำเกี่ยวข้อง (คำเต็ม/คำย่อ)	ความหมาย
		วัคซีนป้องกันไข้มองอักเสบเจอี (JE) และวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (ดีที, dT) ด้ ช นี ก าร ช้ วั ด ก าร ต ำ เ นื น ก าร ต ำ น สื่ ง แว ด ล้ อ ม
fixed cost		ต้นทุนคงที่
FP	Family Planning	บริการวางแผนครอบครัว เช่น วิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ
GPP Per capitaion	Gross Provincial Product per capitaion	ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดคือมูลค่าเพิ่มหรือผลตอบแทนปัจจัยการผลิตสินค้าและบริการทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการผลิต 16 สาขา (เกษตรกรรมฯ ประมง เหมืองแร่ฯ อุตสาหกรรมไฟฟ้า-ประปาฯ ก่อสร้าง การค้าฯ โรงแรม-ภัตตาคาร ขนส่ง-คมนาคมฯ ตัวกลางทางการเงิน บริการอสังหาริมทรัพย์-บริการธุรกิจ บริหารราชการแผ่นดินฯ การศึกษา บริการด้านสุขภาพฯ บริการชุมชนฯ และลูกจ้างในครัวเรือน) ในจังหวัด ในรอบระยะเวลา 1 ปี ปฏิทิน โดยในกระบวนการจัดทำประกอบด้วย การศึกษาแนวคิด นิยาม การรวบรวมและจัดแบ่งประเภทกิจกรรมการผลิตตามมาตรฐานอุตสาหกรรม (ประเทศไทย) ปี 2544 การสำรวจการจัดเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูล คำนวณตรวจสอบและวิเคราะห์ผลการจัดทำ
HC without nurse	Home Care without nurse	การให้บริการสุขภาพที่บ้านโดยบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่พยาบาล
Increasing Return to Scale status	IRS	สถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราเพิ่มขึ้นหมายถึง หากหน่วยบริการปฐมภูมินั้นเพิ่มปัจจัยนำเข้า ผลตอบแทนที่ได้ต่อหน่วยปัจจัยนำเข้าที่เพิ่มขึ้น (marginal product) มีจำนวนเพิ่มขึ้น
IP	In Patient	ผู้ป่วยใน
KM	Knowledge Management	การจัดการความรู้คือ การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในส่วนราชการซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้

คำศัพท์	คำเกี่ยวข้อง (คำเต็ม/คำย่อ)	ความหมาย
		และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในการแข่งขันสูงสุด โดยที่ความรู้มี 2 ประเภท คือ 1. ความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ หรือการคิดเชิงวิเคราะห์ บางครั้ง จึงเรียกว่าเป็นความรู้แบบนามธรรม 2. ความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่าง ๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือต่าง ๆ และบางครั้งเรียกว่าเป็นความรู้แบบรูปธรรม
KPI	Key Performance Index	เครื่องมือที่ช่วยในการวัด ประเมิน และพัฒนากระบวนการ และผลลัพธ์ของการดำเนินการทั้งหลายภายในองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดำเนินการอันเกี่ยวเนื่องและส่งผลกระทบต่อกลยุทธ์และบรรลุนโยบาย วิสัยทัศน์ขององค์กร
marginal product		ผลตอบแทนที่ได้ต่อหน่วยจากปัจจัยนำเข้าที่เพิ่มขึ้น
Material exp	Material expenditure	รายจ่ายด้านวัสดุ
Material support		มูลค่าการสนับสนุนด้านวัสดุ/เวชภัณฑ์
NHS	National Health Service	การบริการด้านสุขภาพของรัฐในสหราชอาณาจักร ซึ่งให้บริการด้านดูแลสุขภาพมากมาย สำหรับผู้ที่อาศัยอยู่ในสหราชอาณาจักร
OOP	Out of Pocket	จ่ายเงินเองเมื่อไปใช้บริการ
OP	Out Patient	ผู้ป่วยนอก
Other budget		งบอื่นๆ
Other exp		รายจ่ายอื่น
Other Ins		ประกันสุขภาพอื่น
PAO	Provincial Authority	องค์การบริหารส่วนจังหวัด

คำศัพท์	คำเกี่ยวข้อง (คำเต็ม/คำย่อ)	ความหมาย
	Organization	
PCU	Primary Care Unit	หน่วยบริการสุขภาพที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน หมายถึง สถานีอนามัย ศูนย์บริการการแพทย์ชุมชน หรือที่เรียกเป็นอย่างอื่น และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบทำงานเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วน และองค์ประกอบเพื่อจัดบริการที่ชัดเจน ถูกต้องตามความหมายของบริการปฐมภูมิ
PCU with doctor		หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลที่มีแพทย์ให้บริการทุกวัน
PCU with full time nurse		หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ไปให้บริการ แต่มีพยาบาลวิชาชีพให้บริการทุกวัน
PCU with rotated doctor		หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลที่มีแพทย์หมุนเวียนให้บริการบางวัน
PCU with rotated nurse		หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลที่มีพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนไปให้บริการบางวัน
Personal support		มูลค่าการสนับสนุนด้านบุคลากร
Pharma. exp	Pharmacy expenditure	ค่ายาและเวชภัณฑ์
PHC	Primary Health Care	การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการให้บริการ สาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก
PP	Promotion and Prevention	งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
PP area-based		งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่
PP community		งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

คำศัพท์	คำเกี่ยวข้อง (คำเต็ม/คำย่อ)	ความหมาย
PP express demand	PP Expressed demand service	งบประมาณเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ บริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด
remote/island		กลุ่มในเขตพื้นที่ห่างไกลและพื้นที่เกาะ
return to scale		ค่าสถานะของผลตอบแทนต่อขนาด
Routine Budget		งบประมาณรายจ่ายประจำชั้นพื้นฐาน
Salary_GO	salary_Government	เงินเดือนที่ได้จากเงินประมาณ
Salary_NGO	Salary_Non Government	เงินเดือนที่ใช้จากเงินนอกงบประมาณ
SSS	Social Security Scheme	ประกันสังคม
TAO	Tambon Authority Organization	องค์การบริหารส่วนตำบล
technical efficiency		ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค
THF	Tambon Health Fund	กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
Uninsured		กลุ่มที่ไม่มีหลักประกันใดๆ
urban/semi-urban		กลุ่มในเขตเมืองและกึ่งเขตเมือง
Utility exp	Utility expenditure	ค่าสาธารณูปโภค
VTE	Variable return to scale technical efficiency	ค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน

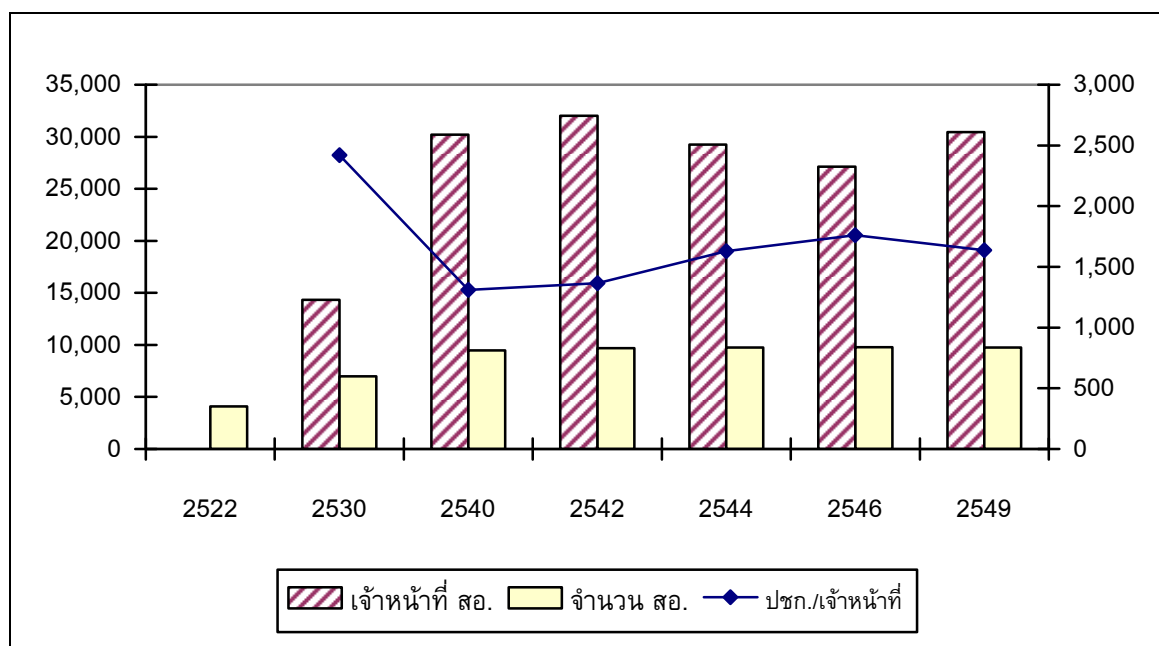
บทที่ 1

บทนำและระเบียบวิธี

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด้านแรกที่มีความสำคัญในการจัดบริการแก่ประชาชน และเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นของประชาชน องค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้นานาประเทศส่งเสริมการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าแก่ประชาชนโดยอาศัยยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care Strategies) พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นได้อย่างถ้วนหน้า (WHO, 1978; WHO, 1985) ทั้งนี้โอบายดังกล่าวยังคงมีความสำคัญและมีประสิทธิผลในการส่งเสริมความเป็นธรรมในระบบ บริการสุขภาพแม้จะก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 (WHO, 1998) ข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเทศที่ พัฒนาแล้วอย่างกลุ่มประเทศ OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) ชี้ชัดว่า ระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งและลักษณะการให้บริการที่มีการกระจาย ที่ดี มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงและเน้นชุมชน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของประชาชนในประเทศ พร้อมกันนั้น ยังพบว่าระบบบริการปฐมภูมิยังช่วยให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ ประชาชนอีกด้วย (Macinko et al., 2003; Starfield et al., 2005)

แผนภาพที่ 1.1 จำนวนสถานอนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสัดส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2522 – พ.ศ. 2549



ที่มา: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544 – 2547 และ 2548 - 2550

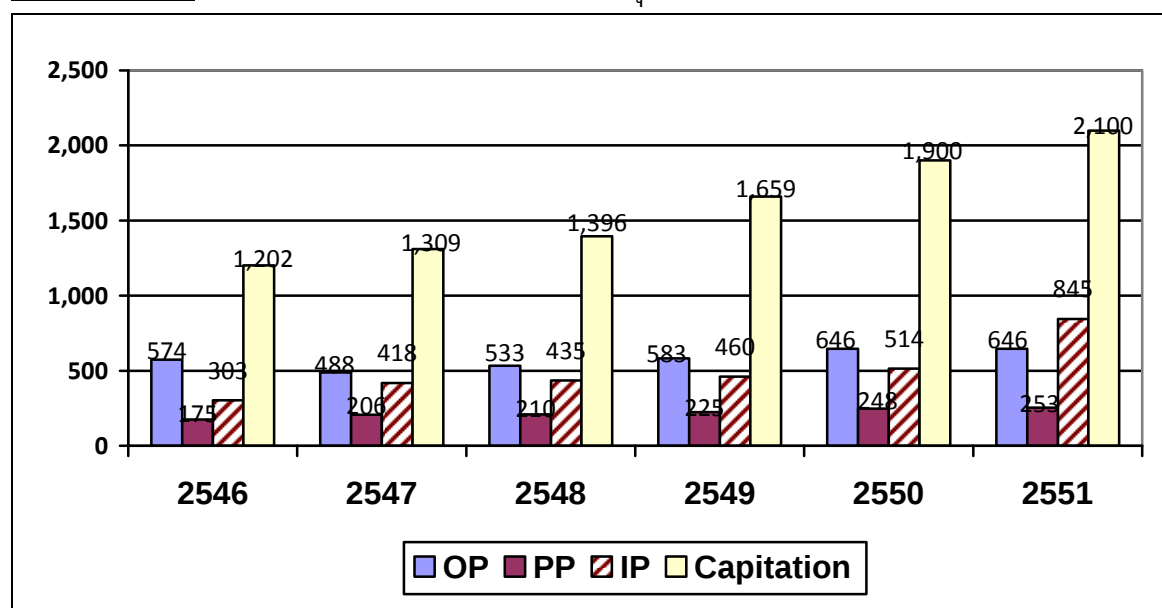
การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยเริ่มจริงตั้งแต่ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 - 5 (พ.ศ. 2520-2529) โดยมีการขยายโครงสร้างพื้นฐานบริการให้กระจายไปอย่างทั่วถึง คือขยายสถานีอนามัยไปยังทุกตำบล พร้อมจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ/กิ่งอำเภอ โดยเมื่อสิ้นแผน 5 ความครอบคลุมตำบลและอำเภอที่มีสถานพยาบาลพื้นฐานมีกว่าร้อยละ 90 ต่อเนื่องในช่วงแผนฯ 6 - 7 (พ.ศ. 2530 - 2539) มีการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเพิ่มมากขึ้นมีผลให้สัดส่วนจำนวนประชากรที่รับผิดชอบต่อจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีแนวโน้มลดลงเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามตั้งแต่แผนฯ 8 (พ.ศ. 2540) เป็นต้นมา พบว่า จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีแนวโน้มคงที่หรือลดลงจากนโยบายรัฐบาลในการจำกัดจำนวนข้าราชการ มีผลทำให้สัดส่วนจำนวนประชากรที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องดูแลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก (แผนภาพที่ 1.1) ทั้งนี้ ปัญหาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะในชนบท คือจำนวนและศักยภาพของบุคลากรจำกัด และคุณภาพของบริการที่จัดให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

ข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าโครงสร้างพื้นฐานบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการเอื้อให้ประชาชนโดยเฉพาะคนจนในชนบทเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (Srithamrongsawat, 2006; Prakongsai et al., 2007) ทั้งนี้โครงสร้างบริการปฐมภูมิที่กระจายอย่างทั่วถึงอาจมีบทบาทสำคัญกว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการสร้างความเป็นธรรมดังกล่าว เนื่องจากต้นทุนการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของประชาชนในชนบทนั้นค่อนข้างสูงและหลายกรณีสูงกว่าค่ารักษาพยาบาลเสียอีก ทั้งนี้สถานีอนามัยมีบทบาทสำคัญในการให้บริการผู้ป่วยนอกสำหรับประชาชนที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพในการไปใช้บริการในสถานพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนจนในชนบท ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่า การใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิ UC ระหว่างปี 2546 - 2550 ร้อยละ 45 - 50 เกิดขึ้นที่สถานีอนามัย

การคลังระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปัจจุบันแหล่งเงินสำหรับการจัดบริการสุขภาพมาจากระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ เป็นหลัก เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ ประกันสุขภาพเอกชน รวมถึงที่ประชาชนชนจ่ายเองเมื่อไปใช้บริการ เป็นต้น จากข้อมูลการศึกษาในอดีต พบว่างบประมาณภาครัฐเป็นแหล่งการคลังสำคัญของสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนในขณะที่มีบทบาทลดลงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยเฉพาะที่ตั้งในพื้นที่ที่มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูงและมีศักยภาพในการระดมทุนจากแหล่งอื่น (Srithamrongsawat et al., 1999) ซึ่งเมื่อประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นแหล่งการคลังสุขภาพหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิในชนบท

งบประมาณรายหัวสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจาก 1,202 บาทในปี 2546 เป็น 1,396 1,659 1,900 และ 2,100 บาทในปี 2548, 2549, 2550 และ 2551 ตามลำดับ (แผนภาพที่ 1.2) คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปีในช่วงเวลาดังกล่าว ทั้งนี้รายการของงบเหมาจ่ายรายหัวที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบบริการปฐมภูมิ คือ งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและงบผู้ป่วยนอก โดยงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น เป็นภารกิจโดยตรงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่งบบริการผู้ป่วยนอกมีส่วนหนึ่งไปสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิและอีกส่วนหนึ่งไปสนับสนุนบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ซึ่งเมื่อพิจารณางบเหมาจ่ายรายหัวแยกรายประเภทบริการจะพบว่า งบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยในมีอัตราการเพิ่มสูงสุด เฉลี่ยประมาณร้อยละ 25 ต่อปีระหว่างปี 2546 – 2551 ในขณะที่อัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ 3 ต่อปีและร้อยละ 8 สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่วงเวลาเดียวกัน

แผนภาพที่ 1.2 งบประมาณรายหัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2546 – 2551



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แหล่งเงินจากท้องถิ่นจะมีบทบาทสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณของตนเองในการพัฒนาท้องถิ่น จึงเป็นแหล่งเงินที่หน่วยบริการและประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนได้สะดวกขึ้น อปท. หลายแห่งสนับสนุนเงินแก่ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนในการจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2550) ¹ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะหากความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไป

¹ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2550) รูปแบบทางเลือกการคลังงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เอกสารอัดสำเนา

ด้วยดี สอดคล้องกับข้อมูลรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติที่พบว่า การคลังจากองค์การปกครองท้องถิ่น มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นแม้ว่าจะยังคงมีขนาดเล็กก็ตาม

การจัดสรรงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุขพยายามสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยขยายโครงสร้างพื้นฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัย) ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4-5 (พ.ศ.2520 – 2529) และต่อมาได้มีการปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ จากจัดสรรตามประสบการณ์อดีตและกระจายตามสถานพยาบาล (historical supply-based allocation) มาเป็นจัดสรรงบประมาณตามความจำเป็นด้านสุขภาพของพื้นที่ (need-based allocation) โดยใช้จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหลัก เกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอกและบริการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค ทั้งนี้ การจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรและเป็น community-oriented เริ่มดำเนินการในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และโครงการบัตรประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ (Srithamrongsawat, 1998; Srithamrongsawat, 2002) โดยโครงการ สปร. เริ่มนำตัวแปรจำนวนผู้มีสิทธิเข้ามาในสมการการจัดสรรงบประมาณในระยะต้น และปรับเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากรที่ปรับด้วยความจำเป็นด้านสุขภาพทั้งหมดในช่วงท้าย ส่วนโครงการบัตรประกันสุขภาพนั้นจัดสรรงบประมาณตามจำนวนบัตรที่จำหน่ายให้แก่จังหวัด ขณะเดียวกันกำหนดจำนวนงบต่อหัว (50 บาท) สำหรับสนับสนุนการทำงานเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ และเมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้และรวมเงินเดือนของบุคลากรเข้าไปด้วย ทำให้มีผลกระทบและแรงต้านมากในระยะแรกจากโรงพยาบาลใหญ่และพื้นที่ที่มีหน่วยบริการและบุคลากรหนาแน่นในเชิงสัมพัทธ์เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร (Pitayarangsarit et al., 2004; Srithamrongsawat and Torwatanakitkul, 2007) ทำให้ต่อมาต้องตัดเงินเดือนของบุคลากรที่ส่วนกลางและจัดสรรเพียงงบดำเนินการแก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ในแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของจังหวัดแก่ทุกเครือข่าย และปรับเพิ่มแก่เครือข่ายที่อยู่ในเขตทุรกันดาร

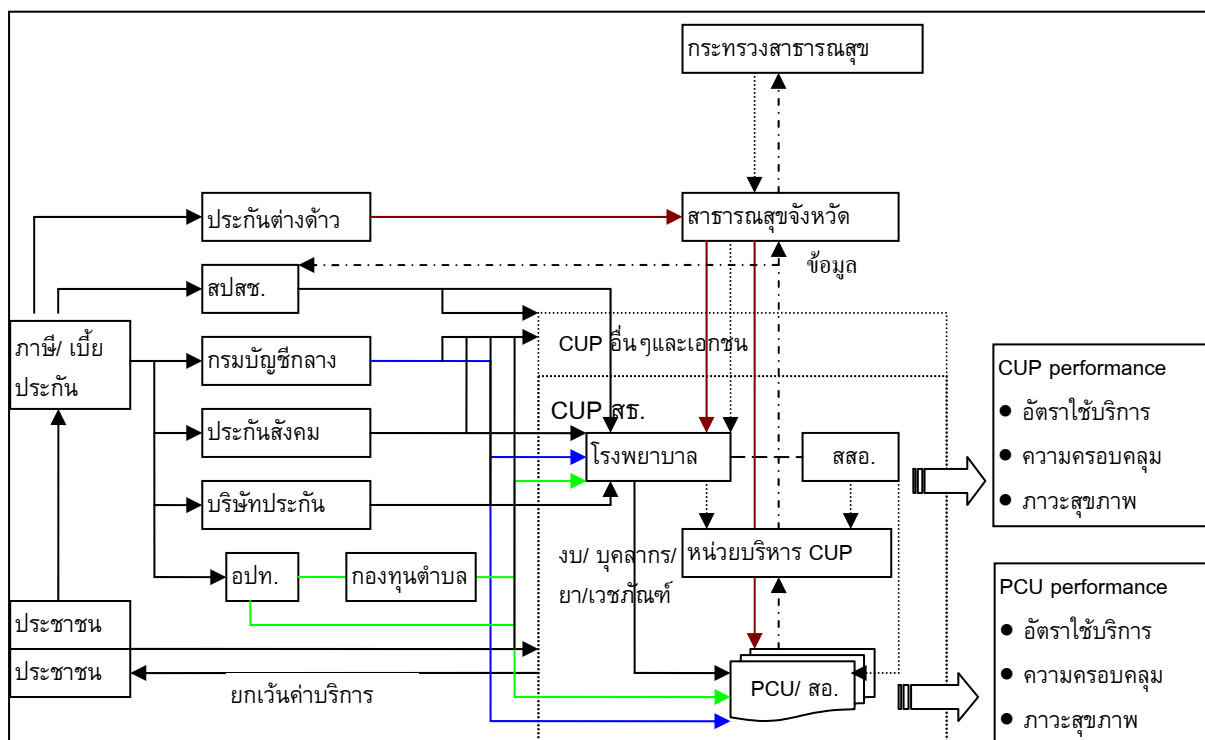
การบริหารจัดการในเครือข่าย กระจายอำนาจแก่ CUP ในการจัดสรรทรัพยากร สนับสนุนหน่วยบริการในเครือข่าย ทั้งนี้หลักเกณฑ์การจัดสรรภายในเครือข่ายแตกต่างกันไปตามคณะผู้บริหารของ CUP ซึ่งโดยหลักการต้องดำเนินการภายใต้คณะกรรมการบริหารเครือข่าย (CUP board) ซึ่งเป็นกรรมการร่วมระหว่างโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของการจัดการขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างสองหน่วยงาน ขณะเดียวกันในบางจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่ CUP ต้องจัดให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเป็นลักษณะ fixed cost จำนวนหนึ่งเพื่อ

ป้องกันปัญหาความขัดแย้งระหว่างสองหน่วยงานดังกล่าว นอกเหนือจากงบประมาณที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักจัดสรรให้แก่สถานื่อนามัยแล้ว ยังมีการสนับสนุนที่มีใช้ตัวเงินโดยตรง เช่น ให้พยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานเต็มเวลาในสถานื่อนามัย สนับสนุนยา เวชภัณฑ์ และวัสดุในการจัดบริการ เป็นต้น บางแห่งก็มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้กับสถานื่อนามัยในเครือข่ายตามปริมาณงานและอัตราที่กำหนดหลังหักลบค่าเวชภัณฑ์ที่ได้รับการสนับสนุนไปก่อน และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามแผนงานโครงการที่เสนอ เป็นต้น

ข้อมูลจากการศึกษาของ พญ. สุพัทธาและคณะ (2547) พบว่าระหว่างปี 2545 - 47 ภายหลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานื่อนามัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีรายได้และเงินบำรุงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ PCU ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีรายได้เพิ่มและลดลงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน แต่ที่เหมือนกันคือสัดส่วนที่รายงานว่ามีเงินบำรุง/รายได้ลดลงของทั้งคู่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้คาดว่าน่าเป็นผลจากการตัดเงินเดือนที่ส่วนกลาง รายงานสถานการณ์การเงินของสถานื่อนามัยพบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานื่อนามัยในปีงบประมาณ 2548 เท่ากับ 1.15 ล้านบาท หากไม่รวมเงินเดือนและค่าจ้างประจำ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจะเหลือประมาณ 6 แสนบาทต่อแห่ง และเหลือประมาณ 4 แสนบาทหากไม่รวมเงินเดือนค่าจ้างประจำและค่าเวชภัณฑ์ (พินิจ ฟ้าอำนวยผล; 2550)

การจัดสรรงบประมาณแก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิตามจำนวนหัวประชากรมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นแก่ประชาชน และเป็นหลักประกันแก่ระบบบริการปฐมภูมิว่าจะมีงบประมาณสนับสนุนจำนวนหนึ่งค่อนข้างแน่นอนและไม่ถูกเบียดบังงบประมาณจากบริการทุติยภูมิและตติยภูมิในโรงพยาบาล ขณะเดียวกันหากการบริหารจัดการภายในเครือข่ายมีประสิทธิภาพน่าจะทำให้งบประมาณไหลไปสู่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ปลายทางเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถพัฒนาศักยภาพการให้บริการระดับปฐมภูมิได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการเข้าถึงและคุณภาพบริการที่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มคนจนในชนบทได้รับ อย่างไรก็ตามก็จำเป็นต้องมีระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามกำกับรวมถึงการวางแผนสำหรับการพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาประเมินผลของการปฏิรูประบบการคลังที่ผ่านมาต่อการคลังระบบบริการปฐมภูมิรวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ของหน่วยบริหารในพื้นที่และส่วนกลางต่อไป

1.2 กรอบแนวคิด



ปัจจุบันแหล่งเงินหลักสำหรับการจัดบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (ทั้งของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยราชการอื่น และภาคเอกชน) มาจากหลายแหล่งด้วยกัน ตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม รวมถึงระบบประกันสุขภาพย่อยอื่นๆ เช่น ประกันสุขภาพเอกชน พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และที่ประชาชนจ่ายเองเมื่อไปใช้บริการสุขภาพ ทั้งนี้บทบาทของแหล่งเงินแต่ละประเภทสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิแตกต่างกันไปตามขนาดของประชากรที่รับผิดชอบ ทำเล และภาวะเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่

ความแตกต่างของการบริหารจัดการและหลักเกณฑ์ของผู้บริหารเครือข่ายแต่ละแห่งย่อมมีผลต่อการกระจายของงบภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตลอดจนแรงจูงใจในการให้บริการและผลผลิตการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่าย

กระบวนการติดตามกำกับกับการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิเป็นสิ่งจำเป็น โดยจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลที่ดีแก่ผู้บริหารใน CUP ระดับจังหวัดและส่วนกลางในการวางแผนการพัฒนาและติดตามกำกับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.3 วัตถุประสงค์

โครงการมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินสถานการณ์และพัฒนาระบบข้อมูลการคลังระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1.3.1 เพื่อประเมินสถานการณ์การคลังระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิของทั้งตัวแม่ข่ายและลูกข่ายในด้าน

- ก) รายรับของแม่ข่ายและลูกข่ายทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินจากแหล่งต่างๆ
- ข) รายจ่ายของแม่ข่ายและลูกข่ายและโครงสร้างรายจ่าย
- ค) ผลผลิตของการจัดบริการด้านต่างๆ ของแม่ข่ายและลูกข่าย (อัตราการให้บริการ ความครอบคลุมของบริการส่งเสริมป้องกัน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ)
- ง) ประสิทธิภาพและต้นทุนการจัดบริการประเภทต่างๆ ของทั้งเครือข่าย แม่ข่าย และลูกข่าย

1.3.2 เพื่อประเมินรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.3.3 เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลการคลังด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการบริหารจัดการและติดตามกำกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ

1.4 ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลด้านการคลังสุขภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยความร่วมมือของทีมนักวิจัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มประกันสุขภาพ / สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1.4.1 การสำรวจเชิงปริมาณ

ก) สำรวจสถานการณ์การคลังสถานพยาบาลในเครือข่ายบริการปฐมภูมิตัวอย่าง (โรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งในเครือข่าย) ในประเด็นต่อไปนี้

- o จำนวนบุคลากรประเภทต่างๆ
- o รายได้ที่เป็นตัวเงินของสถานพยาบาลที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ (หักลบการสนับสนุนภายในเครือข่ายระหว่างกัน)
- o รายได้มิใช่ตัวเงิน (มูลค่าการสนับสนุนบุคลากร/ วัสดุ/ เวชภัณฑ์/ ครุภัณฑ์) ที่โรงพยาบาล/สจ. สนับสนุนแก่อนุบริการปฐมภูมิภายในเครือข่าย

- o โครงสร้างรายจ่ายของสถานพยาบาล
- o ผลผลิตของสถานพยาบาลด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
- o ต้นทุนของหน่วยของการบริการ

ข) ศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโดยวิธีเศรษฐมิติ โดยอาศัยข้อมูลต้นทุนและผลผลิตของบริการที่จัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่างการศึกษา คือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายและมีสถานอนามัยหรือคลินิกเป็นลูกข่าย โดยทำการคัดเลือกแบบเจาะจงจากจังหวัดที่มีระบบข้อมูลที่ดีค่อนข้างดี จากเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 เครือข่ายต่อจังหวัดตามขนาดของเครือข่าย และเครือข่ายในสังกัดอื่น (หากมี) คือเครือข่ายของหน่วยราชการอื่นและท้องถิ่นจำนวน 1 เครือข่าย และเครือข่ายเอกชนจำนวน 1 เครือข่าย สำหรับพื้นที่จังหวัดที่เป็นตัวอย่างประกอบด้วย จังหวัด 12 จังหวัดกระจายครอบคลุมทุกภูมิภาคในประเทศไทย (ตารางที่ 1.1)

ตาราง 1.1 พื้นที่และเครือข่ายบริการที่ทำการศึกษา

เขต	สปสข. เขต	จังหวัดตัวอย่าง	ประเภทของเครือข่าย				
			รพจ.	รพช.ใหญ่	รพช.เล็ก	รัฐอื่น	เอกชน
1	เชียงใหม่	เชียงราย	✓	✓	✓	-	-
2	พิษณุโลก	พิษณุโลก	✓	✓	✓	✓	-
3	นครสวรรค์	อุทัยธานี	✓	✓	✓	-	-
4	สระบุรี	นครนายก	✓	✓	✓	-	-
5	ราชบุรี	สมุทรสงคราม	✓	✓	✓	-	-
6	ระยอง	สมุทรปราการ	✓	✓	-	-	✓
7	ขอนแก่น	กาฬสินธุ์	✓	✓	✓	-	-
8	สกลนคร	หนองบัวลำภู	✓	✓	✓	-	-
9	นครราชสีมา	สุรินทร์	✓	✓	✓	-	-
10	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	✓	✓	✓	-	-
11	สุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี	✓	✓	✓	-	-
12	สงขลา	สงขลา	✓	✓	✓	-	-

1.4.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์
ดังนี้

- ศึกษารูปแบบการสนับสนุนลูกข่ายและหลักเกณฑ์การจัดสรรของเครือข่าย
- ศึกษาธรรมชาติของกระบวนการบริหารจัดการเครือข่าย
- ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการเครือข่าย

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา ประกอบด้วยผู้บริหารเครือข่ายและหน่วยบริการใน
เครือข่าย โดยทำการศึกษาเชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างจังหวัดที่ทำการสำรวจเชิงปริมาณ ทั้งนี้
หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกจังหวัดประกอบด้วย (1) กระจายในสี่ภาค (2) มีรูปแบบเครือข่าย
บริการปฐมภูมิที่หลากหลาย (3) มีรูปแบบการบริหารจัดการและสนับสนุนเครือข่ายที่ต่างกัน (4)
เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะปัญหาการเข้าถึงบริการที่ต่างกัน ทั้งนี้ในเบื้องต้นกำหนดพื้นที่การศึกษาคือ
จังหวัด พิษณุโลก ศรีสะเกษ สมุทรสงคราม และ สงขลา (หมายเหตุ อาจเปลี่ยนแปลงเพื่อความ
เหมาะสมได้)

วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับจังหวัด (4
คน) ผู้บริหารเครือข่ายรพ. (20 คน) และสสอ. (12 คน) และสนทนากลุ่มกับผู้บริหารลูกข่ายของ
แต่ละคู่สัญญา (20 เครือข่าย x 5 คนมาจาก สสอ. 1 คน และ สอ. 4 คน)

1.4.3 พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนและบริหารจัดการในเครือข่าย

ศึกษาและพัฒนาศักยภาพของจังหวัดและผู้บริหารเครือข่ายในการใช้ข้อมูลการคลัง
สุขภาพในการพัฒนาและติดตามกำกับกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในจังหวัดตัวอย่าง โดย

- พัฒนาตัวชี้วัดด้านต่างๆในการติดตามกำกับ
- ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้บริหารจังหวัดและเครือข่ายในการใช้ข้อมูล
เพื่อบริหารจัดการและติดตามกำกับกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ
จำนวน 3 ครั้ง

1.5 ระยะเวลาในการศึกษา

12 เดือน ระหว่าง ธันวาคม 2551 – พฤศจิกายน 2552

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ทราบข้อมูลการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและการสนับสนุนใน
เครือข่ายรวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

2) ทราบสถานการณ์ด้านการคลังสาธารณสุขของระบบบริการปฐมภูมิ

3) มีตัวชี้วัดในการติดตามประเมินการคลังสาธารณสุขของระบบบริการปฐมภูมิ

1.7 คำโครงรายงาน

บทที่ 1 บทนำ ระเบียบวิธี ประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการวิจัย ระยะเวลาในการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และคำโครงรายงาน

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ขอบเขตและความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิของไทย การคลังระบบบริการปฐมภูมิ งบประมาณสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ การบริหารงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ สถานการณ์ด้านการเงินของสถานอนามัย และสรุป

บทที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดและโรงพยาบาลตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 บริบท คือ

- 1) บริบททั่วไปของจังหวัดตัวอย่าง ได้แก่ เขตการปกครองและประชากร และเศรษฐกิจ
- 2) บริบทด้านสาธารณสุขของจังหวัดตัวอย่าง ได้แก่ ทรัพยากรสาธารณสุข 3) บริบทของเครือข่ายบริการปฐมภูมิตัวอย่าง

บทที่ 4 การพัฒนาและบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย

- 1) แนวนโยบายและรูปแบบการพัฒนาและบริหารเครือข่ายปฐมภูมิของพื้นที่ ได้แก่ แนวนโยบายการบริหารและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการกระจายอำนาจการบริหารงบประมาณเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 2) บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3) การอภิบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) 4) แนวคิดการสนับสนุนและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย 5) รูปแบบการสนับสนุนที่แม่ข่ายมีต่อลูกข่าย ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์และวัสดุ การสนับสนุนด้านบุคลากร การสนับสนุนด้านวิชาการ พัฒนาและบริหารจัดการ 6) ความคิดเห็นต่อการทำงานเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 7) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน 8) ประเด็นท้าทายสำหรับข้อเสนอการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

บทที่ 5 สถานการณ์การบริหารการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ 2) การสนับสนุนของแม่ข่ายต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย 3) ศักยภาพในการระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่น 4) สถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ รายรับ เงินบำรุงหน่วยบริการปฐมภูมิ รายจ่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เงินบำรุงคงเหลือของหน่วยบริการปฐมภูมิ 5 สรุป

บทที่ 6 ประสิทธิภาพและปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เทคนิค DEA (Data Envelopment Analysis) ซึ่งเป็นเทคนิคที่สามารถวัดประสิทธิภาพการผลิตที่มีหลายปัจจัยการผลิตและหลายผลผลิตได้ สำหรับบทที่ 6 นี้ประกอบด้วย ระเบียบวิธีวิจัย นิยาม การวิเคราะห์ข้อมูล สมมุติฐานประสิทธิภาพและปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการวิเคราะห์ด้านผลผลิตและต้นทุนการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิและจำนวนประชากรรับผิดชอบ ผลผลิตและต้นทุนจำแนกตามประเภทพื้นที่ทุรกันดารและประเภทเครือข่ายคู่สัญญาหลัก ค่าประสิทธิภาพทางเทคนิคของหน่วยบริการปฐมภูมิในภาพรวม จำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ ขนาดจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ ประเภทพื้นที่ทุรกันดารและเครือข่ายคู่สัญญาหลัก รวมทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและการอภิปรายและสรุปผล

บทที่ 7 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประกอบด้วย การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การอภิบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ ประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบข้อมูลในการติดตามกำกับ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

2.1 ขอบเขตและความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ

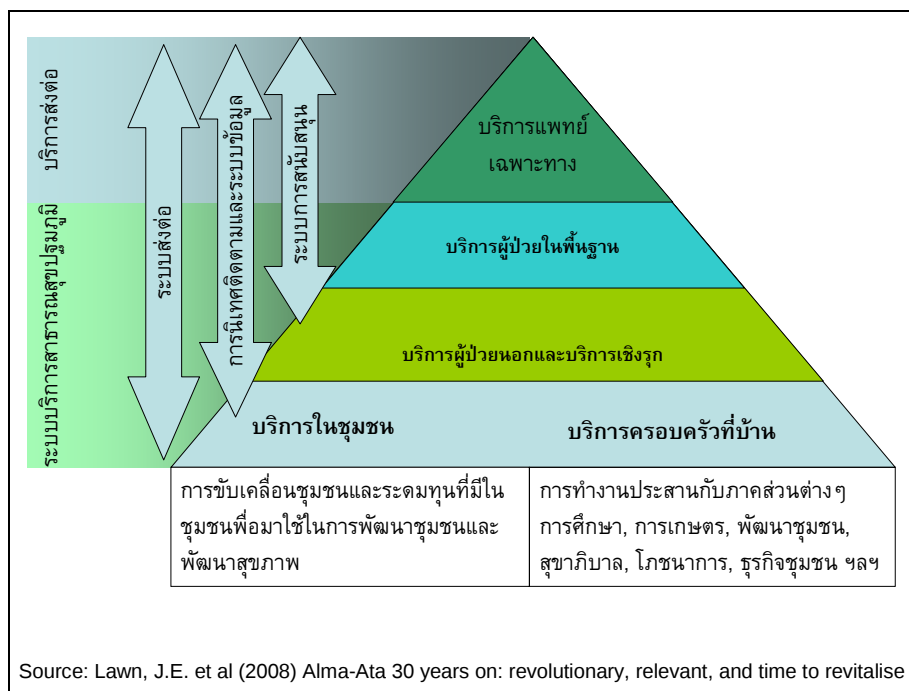
องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) ได้ให้นิยามของคำว่า Primary Health Care (PHC) หมายถึง “บริการสุขภาพที่จำเป็นที่จัดให้กับบุคคลและครอบครัวในชุมชนอย่างถ้วนหน้า โดยอาศัยองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับ และมีราคาที่ชุมชนและประเทศชาติสามารถจ่ายสนับสนุนการพัฒนาได้ในทุกระยะ โดยเน้นการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก ทั้งนี้ PHC จะเป็นจุดเชื่อมของระบบบริการสุขภาพของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน เป็นบริการขั้นแรกของกระบวนการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก” ซึ่งจากนิยามดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้ รณรงค์ให้ประเทศต่างๆ เร่งพัฒนาระบบสาธารณสุขของตนให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) โดยอาศัยยุทธศาสตร์ PHC ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างถ้วนหน้า และเป็นกลไกหลักในการเชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน (WHO, 2003; WHO, 2008)

ประเทศต่างๆ นำแนวคิดองค์การอนามัยโลกไปปฏิบัติแตกต่างกัน ตามบริบท ความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ ความเข้าใจ และการตีความที่แตกต่างกัน กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว มอง PHC เป็นเพียงหน่วยบริการด้านหน้าในการให้บริการสุขภาพแก่ปัจเจกชนและครอบครัวโดยแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป/ครอบครัว เช่น ระบบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในอังกฤษ ซึ่งในที่นี้จะขอเรียกว่า ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) สำหรับประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศยากจนซึ่งยังมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอีกมาก นำแนวคิดนี้มาใช้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขในมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ (WHO, 2003) มีการทำงานเชิงรุกและร่วมกับภาคส่วนต่างๆ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส

ทั้งนี้ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศกำลังพัฒนามักมิใช่แพทย์ แต่เป็นพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งหากหน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการอย่างโดดเดี่ยว โดยขาดการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยบริการในระดับอื่นๆ พบว่ามักเติบโตเข้มแข็งได้ยาก (WHO Harare Declaration, 1987) จึงเสนอให้พัฒนาเป็นลักษณะเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care Network or District Health System) โดยมีโรงพยาบาลอำเภอเป็นแม่ข่ายในการสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิใน

ด้านต่าง ๆ เช่น การส่งต่อ การนิเทศติดตาม ระบบข้อมูล การสนับสนุนด้านวัตถุและเทคนิคต่าง โดยมีขอบเขตการทำงานดังแผนภาพที่ 2.1 ซึ่งเป็นการทำงานผสมผสานทั้งในด้านการจัดบริการ การขับเคลื่อนชุมชน และทำงานผสมผสานกับภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน (Lawn et al., 2008)

แผนภาพที่ 2.1 ขอบเขตการทำงานของระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะเครือข่าย



ระบบบริการปฐมภูมิเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน (Macinko et al., 2003; Starfield et al., 2005; McDonald and Hare, 2004) เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ประชาชน ให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ ในชุมชน การมีทีมสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ให้บริการที่มีคุณภาพ และทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นๆ ในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน นำมาซึ่งความสามัคคี ความใกล้ชิด และสัมพันธภาพที่ดีในการสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนและประชาชน เพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชน

การศึกษาของ Starfield และคณะ (Macinko et al., 2003; Starfield et al., 2005) พบว่าระบบบริการปฐมภูมิส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และทำให้คุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับดีขึ้น โดยเฉพาะความต่อเนื่องและบูรณาการของบริการ ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดูแลปัญหาสุขภาพตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น จึงสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการลุกลามของโรคได้ดี นอกจากนี้ ระบบบริการปฐมภูมิยังทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในการแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชนอันนำมาซึ่งสุขภาวะและการพัฒนาที่ยั่งยืน

ขณะเดียวกันก็มีต้นทุนการจัดบริการค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

รายงานสุขภาพโลกปี ค.ศ. 2008 (WHO, 2008) เสนอว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งในระบบบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องปฏิรูปในสี่ด้านหลัก คือ (1) เพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพควรมุ่งไปสู่ระบบบริการสาธารณสุขแบบถ้วนหน้า (2) ปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิให้ตอบสนองต่อความคาดหวังสังคมและได้รับการยอมรับมากขึ้น (3) ปฏิรูปนโยบายสาธารณะให้เอื้อต่อสุขภาพของบุคคลและชุมชน และ (4) ปฏิรูประบบการจัดการที่เน้นการมีส่วนร่วมและกระจายการรับผิดชอบไปยังส่วนปลาย ทั้งนี้การสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ควรผลักดันให้ระบบบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพโดย (ก) สนับสนุนให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิเป็นด่านหน้าการให้บริการ (ข) ให้ระบบบริการปฐมภูมิมีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน และ (ค) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิในการแสดงบทบาทการประสานบริการกับสถานพยาบาลระดับอื่น และมีอำนาจในการจัดการและซื้อบริการ

สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่า หน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหลักในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน (Srithamrongsawat, 2006; Prakongsai et al., 2007) ขณะเดียวกันรายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องก็แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ประชาชนที่เข้าถึงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) มากที่สุดคือประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยและผู้ที่อาศัยในเขตชนบท

ระบบบริการปฐมภูมิในบริบทสังคมไทย

ข้อจำกัดหลักของระบบสาธารณสุขไทยคือ ปัญหาเรื่องกำลังคน ทั้งนี้ ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิคือ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ข้อมูลการลงทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิปี 2548 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ(เต็มเวลาหรือเป็นช่วงเวลา) เพียงร้อยละ 0.34 เท่านั้น โดยเป็นหน่วยบริการของโรงพยาบาลใหญ่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) หรือภาคเอกชน ด้วยเหตุดังกล่าวบริการด้านการรักษาพยาบาลจึงเป็นจุดอ่อนของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะที่สถานีอนามัย นอกจากนี้บริการที่จำเป็นบางอย่างขาดหายไปจากระบบเช่น บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพา เป็นต้น นอกจากนั้นภาระงานของบุคลากรก็เพิ่มสูงขึ้นมากทั้งจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและภาระโรคที่เปลี่ยนแปลงไปจากการติดเชื้อเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะเครือข่ายบริการ โดยมีโรงพยาบาล

แม่ข่ายให้การสนับสนุน โดยเฉพาะการสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร องค์ความรู้ และการสนับสนุนต่างๆ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ

เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในที่นี้ จึงกำหนดให้ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง “เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วย สถานพยาบาลที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำในการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กหรือศูนย์แพทย์ชุมชน และมีสถานอนามัยหรือหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวนหนึ่งที่มีได้มีแพทย์ประจำเป็นลูกข่ายในการให้บริการ โดยมีพื้นที่และจำนวนประชากรที่ต้องดูแลชัดเจนกลุ่มหนึ่ง เช่น 10,000 – 15,000 คน และมีการสนับสนุนเชื่อมโยงกันโดยอาศัยระบบข้อมูล การส่งต่อ และการสนับสนุนด้านความรู้และทรัพยากร” โดยครอบคลุมบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน รวมถึงการร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน

2.2 สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิของไทย

ระบบบริการปฐมภูมิของไทย ได้รับการพัฒนาอย่างจริงจังในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 - 5 (พ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2529) เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายโรงพยาบาลอำเภอและสถานอนามัยครอบคลุมทุกอำเภอและตำบลตามลำดับ โดยในช่วงท้ายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 มีสถานอนามัยครอบคลุมตำบลเพียงร้อยละ 51 และขยายเป็นร้อยละ 82 และ ร้อยละ 100 ในช่วงท้ายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 และ 5 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลอำเภอนั้นครอบคลุมเพียงร้อยละ 39 ของอำเภอในช่วงท้ายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 และขยายเป็นร้อยละ 51 และ 92 ของอำเภอในปี พ.ศ. 2525 และ 2530 ตามลำดับ ข้อมูลจำนวนสถานอนามัยและเจ้าหน้าที่สถานอนามัยเพิ่มแบบก้าวกระโดดจากปี 2530 ถึง 2540 แต่หลังจากนั้นแทบไม่มีการเพิ่มของจำนวนเจ้าหน้าที่แต่กลับมีแนวโน้มลดลงจากนโยบายการจำกัดจำนวนข้าราชการของรัฐบาล เป็นผลให้อัตราส่วนจำนวนประชากรที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากจำนวนประชากรและความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (แผนภาพที่ 1.1 ในบทที่ 1)

เมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกำหนดให้มีหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบใหม่เพิ่มมากขึ้นโดยใช้ชื่อที่หลากหลาย เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit: PCU) ที่เกิดจากการตั้งใหม่ของโรงพยาบาลในตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล หรือยกระดับสถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีอยู่ให้ได้มาตรฐาน ตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) ใหม่หรือยกระดับจากสถานี

อนามัยที่มีอยู่ คลินิกชุมชนอบอุ่นของภาคเอกชน เป็นต้น ขณะเดียวกันแทบทุกจังหวัดมีการส่งพยาบาลวิชาชีพไปทำงานในสถานอนามัยอันเป็นการเพิ่มคุณภาพบริการของสถานอนามัย และมีการส่งแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการในสถานอนามัยบางแห่งที่ถูกระดับเป็น PCU

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกือบทั้งหมดเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 98) ปัญหาสำคัญของการพัฒนา คือ ปัญหาด้านกำลังคน ซึ่งพบว่าในปี 2547 ประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Srivanichakorn, 2008) คือ ประชากร 1,250 คนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน ปัญหาด้านคุณภาพของการจัดบริการรักษาพยาบาลของสถานอนามัยเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อโครงสร้างศรัทธาของประชาชน รวมทั้งคุณภาพบริการที่จัดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะสำหรับประชาชนในชนบท อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลว่าภายหลังการพัฒนาบริการเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในการจัดบริการผู้ป่วยเรื้อรัง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น (Srivanichakorn, 2008)

บริบทสำคัญที่จะมีผลกระทบต่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอีกประการคือ ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งในขณะนี้ที่มีการดำเนินอย่างเป็นรูปธรรม คือ กรณี กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ซึ่งสปสช.ได้จัดสรรงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน (PP community) จำนวน 37.5 บาท/หัวประชากร ให้กับอปท. จากเดิมที่จัดสรรให้กับ CUP โดย อปท. ต้องจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในสัดส่วนที่กำหนดตามขนาดของอปท. ซึ่งในปีงบประมาณ 2552 พบว่ามีอปท.จำนวน 3,933 จาก 7,851 แห่งที่เข้าร่วมดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลหรือคิดเป็นร้อยละ 50.1 ของอปท. ทั้งหมด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553) การกระจายอำนาจอีกประการที่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมอีกประการคือ การโอนสถานอนามัยจำนวน 22 แห่งไปอยู่ในสังกัดของ อปท. ซึ่งปฏิเสธไม่ได้เลยว่าการกระจายอำนาจทั้งสองรูปแบบจะมีผลกระทบต่อทั้งด้านโครงสร้าง การอภิบาลระบบ และการคลังของสถานบริการระดับปฐมภูมิ และจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินอย่างเป็นระบบ (ซึ่งอยู่นอกเหนือการศึกษานี้)

2.3 การคลังระบบบริการปฐมภูมิ

2.3.1 งบประมาณสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ

เมื่อประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แหล่งเงินสำหรับการจัดบริการสุขภาพจึงมาจากระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ เป็นหลัก เช่น ระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ ประกันสุขภาพเอกชน รวมถึงที่ประชาชนจ่ายเองเมื่อไปใช้บริการ

อย่างไรก็ตาม สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในชนบท (สถานีอนามัย) นั้น แหล่งเงินหลักที่ใช้จัดบริการส่วนใหญ่มาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ในที่นี้จะขอกล่าวถึงงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก

งบประมาณรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับระหว่างปี 2546 - 2551 มีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปี ทั้งนี้งบประมาณที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบบริการปฐมภูมิคือ งบส่งเสริมป้องกัน (PP) และงบผู้ป่วยนอก (OP) บางส่วน ทั้งนี้เมื่อพิจารณางบประมาณรายหัวแยกรายประเภทบริการจะพบว่า งบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยในมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 25 ต่อปีในช่วงที่ผ่านมา ในขณะที่อัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ 3 ต่อปีและร้อยละ 8 สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (แผนภาพที่ 1.2 ในบทที่ 1)

นโยบายอื่นที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ คือ นโยบายด้านการกระจายอำนาจ และการสนับสนุนให้มีกองทุนสุขภาพตำบล การมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีผลบวกต่อหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน เนื่องจากมีงบประมาณของตนเองที่สามารถเข้าถึงและใช้ในการแก้ปัญหาของชุมชนได้สะดวกขึ้น อปท. หลายแห่งสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแม้ว่าจะยังคงมีขนาดเล็กก็ตาม (Tangcharoensathien and et al., 2007)

ในขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยการสมทบระหว่าง สปสช. และ อปท. ที่พร้อมและสมัครร่วมโครงการ ก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 – 50 จำนวน 869 กองทุน และเพิ่มเป็น 2,677 และ 3,933 แห่งในปี 2551 และ 2552 ตามลำดับ ซึ่งคาดว่าจะทำให้มีงบประมาณเพิ่มขึ้นสำหรับการจัดการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ท้องถิ่น และชุมชนตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชนเพิ่มขึ้น และร่วมมือกันมากขึ้นในการจัดการปัญหาดังกล่าว

2.3.2 การบริหารงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์หลักของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ มุ่งสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน โดยใช้การจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนแก่หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (Contracting Unit for Primary Care; CUP) ทั้งนี้บังคับกล่าวใช้สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นทั้งที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักและสถานพยาบาลปฐมภูมิในเครือข่าย โดยหลักเกณฑ์การจัดสรรในเครือข่ายเป็นไปตามที่คณะกรรมการบริหารเครือข่ายตกลงกัน

ในการบริหารงบ OP และ PP นั้น สปสช.จ่ายตรงไปยัง CUP ตามจำนวนประชากรขึ้นทะเบียน ภายใต้ความเห็นชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โดยจังหวัดส่วนใหญ่กันเงินส่วนหนึ่งไว้เพื่อใช้จัดสรรแก่หน่วยบริการประจำคู่สัญญาที่มีประชาชนขึ้นทะเบียนน้อย การตามจ่ายกรณีส่งต่อ และกันไว้สำหรับกิจกรรมที่จังหวัดเห็นว่ามีความสำคัญ เช่น เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัด

สำหรับการบริหารงบประมาณในเครือข่ายนั้น โรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) มีบทบาทในการบริหารจัดการผ่านคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ในรูปแบบการจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนทรัพยากรแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและสถานอนามัยในเครือข่าย ส่วนใหญ่มิได้แยกแยะว่าเป็นงบ OP หรือ PP และจัดสรรไปยังหน่วยบริการในเครือข่ายในลักษณะต่างๆ ดังนี้ (Phaamnuaypol, 2008)

- (1) จัดสรรให้กับสถานอนามัยในลักษณะอัตราคงที่ flat rate จำนวนหนึ่งสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายประจำของสถานอนามัย เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าสาธารณูปโภค ค่าอยู่เวร ค่าจ้างลูกจ้าง ฯลฯ ทั้งนี้แต่ละจังหวัดมีการกำหนดอัตราการจ่ายแตกต่างกัน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอาจกันเงินไว้และจ่ายตรงไปให้สถานอนามัย หรือกำหนดอัตราให้แต่ละ CUP จัดสรรให้สถานอนามัยตามที่กำหนด
- (2) สนับสนุนเป็นเวชภัณฑ์ และวัสดุแก่สถานอนามัย
- (3) จัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอกให้กับลูกข่ายตามปริมาณบริการ และอัตราที่กำหนด ภายหลังหักลบมูลค่าเวชภัณฑ์และวัสดุที่เบิกไป
- (4) สนับสนุนกำลังคนในการไปปฏิบัติงานในสถานอนามัย ทั้งในลักษณะการจ้างลูกจ้างเพิ่มเติม ส่งพยาบาลจากโรงพยาบาลมาประจำที่สถานอนามัย หรือมาเป็นบางเวลา หรือมีการส่งแพทย์หมุนเวียนมาตรวจและให้บริการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย
- (5) สนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำงานในชุมชน/บริการเชิงรุก (outreach) หรือทำโครงการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

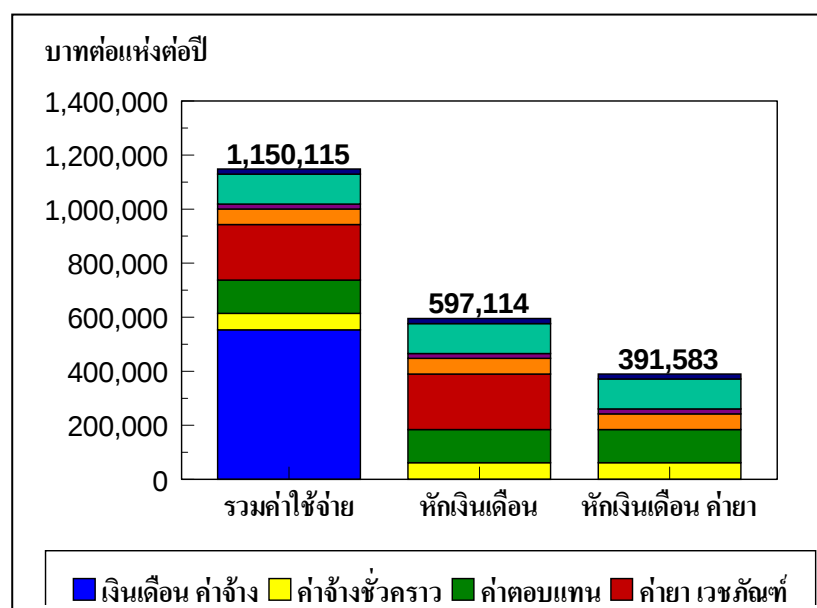
ทั้งนี้พบว่ามีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในหลักเกณฑ์การจัดสรร และสนับสนุนภายในเครือข่ายคู่สัญญาหลักระหว่างจังหวัด หรือแม้แต่ว่าระหว่างเครือข่ายภายในจังหวัดเดียวกัน ทั้งนี้สถานะการเงินของโรงพยาบาลแม่ข่าย และความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ/สถานอนามัยเป็นปัจจัยกำหนดการสนับสนุนภายในเครือข่ายประการหนึ่ง

2.3.4 สถานการณ์ด้านการเงินของสถานอนามัย

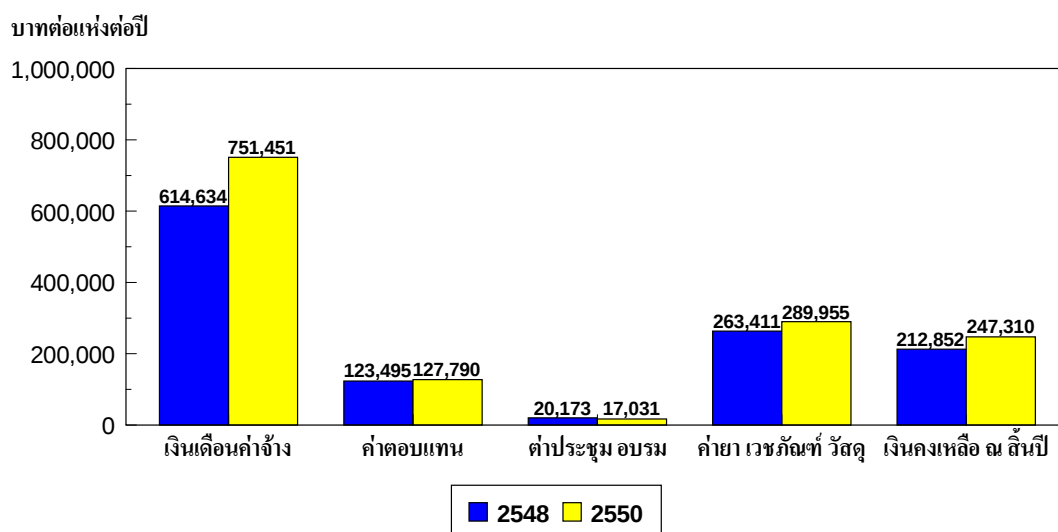
สถานอนามัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อแห่งในปีงบประมาณ 2548 (Phaamnuaypol, 2008) 1.15 ล้านบาท/ ปี โดยเป็นค่าแรง (เงินเดือนและค่าจ้างทั้งประจำและชั่วคราว) ร้อยละ 53.4 เป็นค่าใช้จ่ายที่หักเงินเดือนและค่าจ้างประจำเฉลี่ยที่ 6 แสนบาท และ 4 แสนบาทหากไม่รวมค่ายาและเวชภัณฑ์ (ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่าย) ดังรายละเอียดในแผนภาพที่ 2.2 ทั้งนี้ในปี 2548 ร้อยละ 80 ของ CUP มีรายจ่ายหมวดเงินเดือนเฉลี่ยต่อสถานอนามัยระหว่าง 4-8 แสนบาท ค่าตอบแทนใช้สอย 50,000 – 200,000 บาท ค่าวัสดุ ยา และเวชภัณฑ์ 100,000 – 400,000 บาท

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานอนามัยระหว่างปีงบประมาณ 2548 และ 2550 พบว่ารายจ่ายหมวดเงินเดือนค่าจ้างเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 22 ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.4 ค่ายา เวชภัณฑ์ และวัสดุ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นร้อยละ 16 (แผนภาพที่ 2.3)

แผนภาพที่ 2.2 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อแห่งของสถานอนามัยในปีงบประมาณ 2548



ที่มา: ตารางสรุปข้อมูล 0110รง5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2548

แผนภาพที่ 2.3 รายจ่ายและเงินบำรุงคงเหลือของสถานอนามัย ปีงบประมาณ 2548 และ 2550

ที่มา: ตารางสรุปข้อมูล 0110ร5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2548 และ 2550

ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี 2545 – 2547 (Srivanichakorn, 2008) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นสถานอนามัย ส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 75) มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ร้อยละ 15 – 20 มีรายรับและเงินบำรุงลดลง (ตาราง 2.1) เจ้าหน้าที่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น แต่หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งที่เงินบำรุงเพิ่มขึ้นและลดลงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มของสถานการณ์รายรับและเงินบำรุงลดลงเพิ่มมากขึ้นในปี 2547 เมื่อเทียบกับปี 45 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้น ทั้งนี้เห็นว่าอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการตัดเงินเดือนรวมในระดับประเทศ

ตาราง 2.1 สถานะการเงินบำรุงของหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพ หน่วย:
ร้อยละ

สถานการณ์	สถานื่อนามัย			PCU รพช.		
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
จำนวนตัวอย่าง (แห่ง)	(379)	(406)	(432)	(67)	(66)	(73)
รายรับ + เงินบำรุงเพิ่ม	30.3	29.3	27.8	17.9	16.7	15.1
เงินเพิ่มจนจ้างบุคลากรได้	46.7	47.8	47.9	34.3	24.2	24.7
รายรับ+เงินบำรุงไม่เพิ่ม	7.9	3.9	3.5	10.4	9.1	6.8
เงินลดลงแต่ไม่กระทบ	4.5	7.6	5.3	14.9	15.2	16.4
เงินลดลงจนมีผลกระทบ	10.6	11.3	15.5	22.4	34.8	37.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา: สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2547) รายงานการศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วย
บริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ 36 จังหวัด

ข้อมูลจากการวิเคราะห์รายงานการเงินของลูกข่ายหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิแยกตามราย CUP ระหว่างปี 2548 และ 2550 (Srivanichakorn, 2008) พบว่า ร้อยละ 25 ของ CUP มีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยน้อยกว่า 100,000 บาทต่อสถานื่อนามัย (ร้อยละ 10 ของ CUP มีเงินบำรุงเฉลี่ยคงเหลือต่อสถานื่อนามัยต่ำกว่า 50,000 บาท) และร้อยละ 10 มีเงินบำรุงคงเหลือเกิน 400,000 บาท ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี 2548 และ 2550 พบว่าร้อยละ 35 ของ CUP มีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยต่อแห่งของสถานื่อนามัยลดลง ขณะเดียวกันพบว่า เงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยของสถานื่อนามัยของแต่ละ CUP มีได้มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับปริมาณงานผู้ป่วยนอกของสถานื่อนามัย และมีได้มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับเงินบำรุงคงเหลือของโรงพยาบาลแม่ข่าย บ่งชี้ว่าการจัดสรรเงินแก่สถานื่อนามัยอาจไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขณะเดียวกันสถานะการเงินของโรงพยาบาลที่ดีมิได้มีอานิสงค์ต่อสถานะการเงินของสถานื่อนามัย แม้ว่าเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยต่อสถานื่อนามัยในภาพรวมจะเพิ่มขึ้นก็ตาม

2.4 สรุป

ระบบบริการปฐมภูมิ ถือเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนทางนโยบายจากองค์การอนามัยโลกมารวม 30 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาประเทศและในประเทศไทยเองสนับสนุนว่าระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ มิใช่บริการที่จัดโดยเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือเพื่อคนยากจน

ยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ ยังเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปของโลกและนานาประเทศ ในการนำสังคมไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมมากขึ้น สภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเฉียบพลัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจมีหรือไม่มีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง มีบูรณาการ และระยะยาว ยิ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นและบทบาทของระบบบริการปฐมภูมิ เนื่องจากสามารถให้บริการที่ต่อเนื่องและบูรณาการได้ดีกว่าบริการของโรงพยาบาล รวมถึงการให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการขึ้นมากจนเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะรองรับได้

จำนวนกำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิในระยะสิบปีที่ผ่านมาไม่เพิ่มขึ้น แต่กลับมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนประชากรและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สู่ระดับสถานอนามัยและสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อ มีผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันนโยบายให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นมาก ยิ่งเพิ่มภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจมีผลกระทบด้านลบต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและบริการเชิงรุกของหน่วยบริการ ทั้งนี้มีหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิครึ่งหนึ่งมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เจ้าหน้าที่ 1 คน: ประชากร 1,250 คน) ขณะเดียวกันศักยภาพของบุคลากรในการทำงานตามขอบเขตบริการปฐมภูมิได้ตามมาตรฐานยังมีจำกัด

รูปแบบการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายแต่ละแห่งแตกต่างกันมาก ขึ้นกับสัมพันธภาพของโรงพยาบาลและลูกข่าย และวิสัยทัศน์ของผู้บริหารแม่ข่าย รูปแบบการสนับสนุนครอบคลุมทั้งเรื่องงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่างๆ รวมทั้งมีการสนับสนุนด้านบุคลากรด้วย อย่างไรก็ตามพบว่าภาระงานไม่สัมพันธ์กับสถานะการเงินของลูกข่าย ขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายที่มิได้สัมพันธ์กับของลูกข่าย บ่งชี้ว่าการจัดสรรเงินในการสนับสนุนลูกข่ายไม่สอดคล้องกับภาระงาน สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดีมิได้มีอานิสงค์ไปถึงลูกข่ายด้วย แม้โรงพยาบาลแม่ข่ายจะมีการสนับสนุนงบประมาณแก่ลูกข่ายก็ตาม แต่พบว่าเป็นไปเพื่อให้ลูกข่ายสามารถจัดบริการได้ แต่อาจไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานแก่ประชาชน นัยยะคือการบริหารจัดการการคลังหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบปัจจุบันยังไม่มีหลักประกันว่า จะตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

บทที่ 3

ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดและเครือข่ายบริการปฐมภูมิตัวอย่าง

3.1 บริบททั่วไปของจังหวัดตัวอย่าง

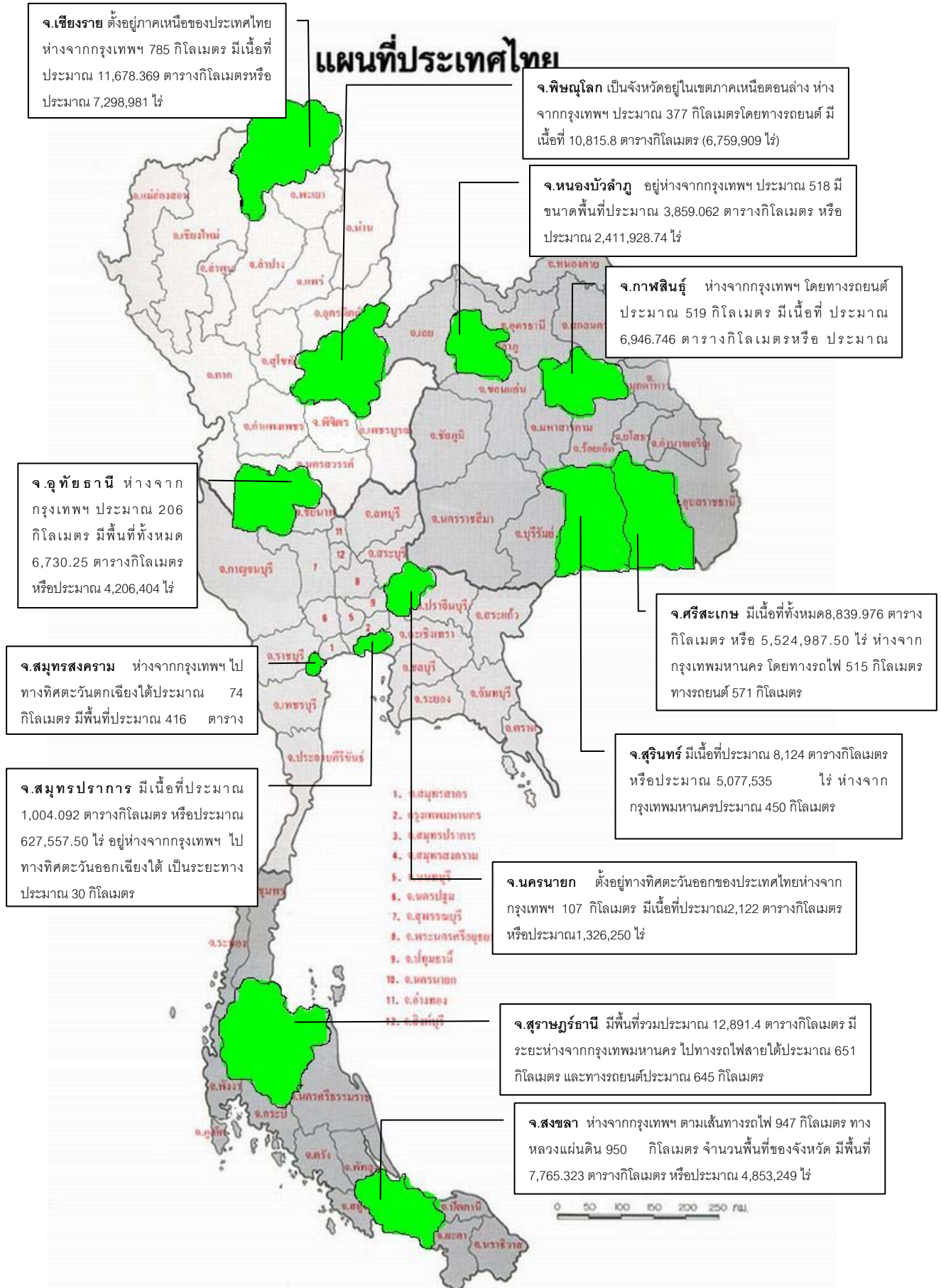
3.1.1 เขตการปกครองและประชากร

การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่ 12 จังหวัด กระจายครบในทุกเขตบริการสาธารณสุขของ สปสช. และกระจายในสี่ภาค ดังแสดงในแผนภาพที่ 3.1 คือ ภาคกลาง จังหวัด นครนายก สมุทรปราการ สมุทรสงคราม และอุทัยธานี ภาคเหนือ จังหวัด เชียงราย และพิษณุโลก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัด กาฬสินธุ์ ศรีสะเกษ หนองบัวลำภู และสุรินทร์ และภาคใต้ จังหวัด สุราษฎร์ธานี และสงขลา โดยการแบ่งเขตการปกครองส่วนภูมิภาค การปกครองส่วนท้องถิ่นของแต่ละจังหวัด มีรายละเอียดดังตารางที่ 3.1 ในภาพรวมจังหวัดตัวอย่างในภาคกลางส่วนใหญ่เป็นจังหวัดขนาดเล็ก มีประชากรและพื้นที่การปกครองไม่มากนักยกเว้นจังหวัดสมุทรปราการ ส่วนจังหวัดตัวอย่างในภาคอื่นๆ ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ประชากรมาก ยกเว้นจังหวัดหนองบัวลำภู

ตาราง 3.1 การแบ่งเขตปกครองจังหวัดตัวอย่าง

	จำนวนปชก.	อำเภอ	ตำบล	เทศบาล เมือง	เทศบาล นคร	เทศบาล ตำบล	อบต.	หมู่บ้าน
• นครนายก	217,229	4	41	2	-	8	82	408
• สมุทรปราการ	1,160,156	6	51	4	3	10	32	510
• สมุทรสงคราม	195,957	3	36	1	-	4	30	292
• อุทัยธานี	286,849	8	70	1	-	15	49	642
• เชียงราย	1,237,339	18	124	-	1	26	117	1,751
• พิษณุโลก	842,997	9	93	-	1	12	89	1,048
• กาฬสินธุ์	965,889	18	135	1	-	23	111	1,556
• ศรีสะเกษ	1,424,075	22	206	2	-	12	202	2,602
• สุรินทร์	1,333,444	17	159	1	-	13	158	2,121
• หนองบัวลำภู	505,471	6	59	1	-	23	54	701
• สงขลา	1,333,284	16	124	7	2	19	112	1,022
• สุราษฎร์ธานี	1,089,608	19	131	3	1	27	119	1,100

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจใน 12 จังหวัด ณ มกราคม 2552



ที่มา : http://www.99bayresort.com/images/1118207372/ThailandMap_02.jpg

3.1.2 เศรษฐกิจ

สำหรับภาวะเศรษฐกิจของจังหวัดตัวอย่างนั้น จังหวัดตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับภาวะเศรษฐกิจต่ำกว่าพื้นที่ภาคอื่นๆ เมื่อพิจารณาจากผลิตภัณฑ์มวลรวมในจังหวัด (ประมาณ 3-4 หมื่นบาท/หัว/ปี) ตามมาด้วยจังหวัดตัวอย่างในภาคเหนือ (4.5 – 6.5 หมื่นบาท/หัว/ปี) ส่วนจังหวัดตัวอย่างในภาคกลางและภาคใต้มีระดับเศรษฐกิจที่ค่อนข้างสูง (เกินกว่า 6 หมื่นบาท/หัว/ปี) โดยจังหวัดสงขลา สุราษฎร์ธานี และสมุทรปราการ มีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดเกินกว่าแสนบาท (สมุทรปราการสูงถึงเกือบห้าแสนบาท) ทั้งนี้ ภาวะเศรษฐกิจของจังหวัดสมุทรปราการ และสมุทรสงครามเกือบทั้งหมด (มากกว่าร้อยละ 90) มาจากนอกภาคเกษตรกรรม ในขณะที่ของจังหวัดอื่นๆ มาจากภาคเกษตรกรรมร้อยละ 65 - 80

ตาราง 3.2 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในจังหวัดของจังหวัดตัวอย่าง ปี พ.ศ. 2550 (ราคาปีปัจจุบัน)

จังหวัด	จำนวน ประชากร (คน) ปี 2007	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในจังหวัด ปี 2007 Gross Provincial product at current market prices			มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด/หัว GPP Per capita (Baht)
		มูลค่ารวม (millions of baht)	%ภาคเกษตร	%นอกภาคเกษตร	
ภาคกลาง					
จังหวัดนครนายก	257,879	16,946	18	82	65,714
จังหวัดสมุทรปราการ	1,270,142	614,125	1	99	483,509
จังหวัดสมุทรสงคราม	209,985	15,398	9	91	73,330
จังหวัดอุทัยธานี	317,289	19,237	35	65	60,630
ภาคเหนือ					
จังหวัดเชียงราย	1,194,409	54,306	28	72	45,467
จังหวัดพิษณุโลก	838,119	54,769	25	75	65,347
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ					
จังหวัดกาฬสินธุ์	995,003	38,368	25	75	38,560
จังหวัดศรีสะเกษ	1,514,723	44,191	23	76	29,174
จังหวัดสุรินทร์	1,422,754	45,185	20	80	31,759
จังหวัดหนองบัวลำภู	526,047	15,373	30	70	29,224
ภาคใต้					
จังหวัดสงขลา	1,409,549	162,072	28	72	114,981
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	974,115	120,749	36	64	123,958

ที่มา : สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

http://www.nesdb.go.th/Portals/0/eco_datas/account/gpp/2007/TABLE%20IN%20GPP%20BOOK%202007.zip

3.2 บริบทด้านสาธารณสุขของจังหวัดตัวอย่าง

จังหวัดนครนายก (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลเมือง บ้านนา องค์รักษ์ ปากพลี) เป็นจังหวัดขนาดเล็กในภาคกลาง มีประชากรน้อย 2.5 แสนคน การคมนาคมในจังหวัดสะดวกเข้าถึงสถานพยาบาลได้ โดยมีสถานพยาบาลทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย และกลาโหม เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณทำให้ในอดีต จังหวัดนครนายกเคยรวมทั้งจังหวัดบริหารจัดการเป็นหนึ่งเครือข่าย นอกจากนี้ ลักษณะพิเศษอีกประการหนึ่งของจังหวัดนครนายกคือ ผู้บริหารมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย

จังหวัดสมุทรปราการ (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลเมืองสมุทรปราการ โรงพยาบาลชัยปราการ โรงพยาบาลบางจาก) จำนวนประชากรจังหวัดมากเป็นอันดับ 15 และมีความหนาแน่นประชากรเป็นอันดับ 3 ของประเทศ (1,142.54 คน/ ตร.กม.) ณ ธันวาคม 2551 และคาดว่าจะมีประชากรแฝงมากกว่าเท่าตัวของประชากรตามทะเบียนราษฎร สถานพยาบาลภาคเอกชนมีบทบาทสูงในการให้บริการทั้งในส่วน of โรงพยาบาลและคลินิก จังหวัดมีการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขโดยคาดหวังที่จะพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้เต็มพื้นที่และให้ประชาชนรวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม

จังหวัดสมุทรสงคราม (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลพุทธเลิศหล้า บางคนที อัมพวา) เป็นจังหวัดขนาดเล็ก มีพื้นที่ 416.7 ตารางกิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานคร 65 กิโลเมตร ประกอบด้วย 3 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อัมพวา และบางคนที มีประชากรรวมทั้งสิ้น 195,957 คน โดยประชากรประมาณร้อยละ 70 เป็นผู้ที่มีสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สวัสดิการประกันสังคม (SSS) ร้อยละ 18.5 และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) ร้อยละ 9.3 โดยมีประชากรอีกร้อยละ 1.2 ที่ยังคงไม่มีสิทธิหรือสิทธิว่างอยู่ (ไม่มีส่วนที่เป็นประกันแรงงานต่างด้าว) เนื่องจากมีประชากรน้อย ใช้งบประมาณน้อยไม่พอสำหรับการดำเนินงาน จังหวัดจึงจัดให้บริหารในลักษณะ CUP เดียว โดยระบบรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง CUP ไม่มีการเรียกเก็บระหว่างกัน

จังหวัดอุทัยธานี (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลเมือง ลานสัก สว่างอารมณ์) เป็นจังหวัดขนาดเล็กของภาคกลางตอนบน มี 8 อำเภอ เป็นจังหวัดที่ได้รับงบน้อย ต้องขอรับ CF ทำให้แต่ละ CUP ต้องเอาตัวรอด การช่วยเหลือระหว่างกันมีน้อย การจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเป็นอำนาจแต่ละเครือข่าย อุทัยธานีเป็นจังหวัดที่มีการเปลี่ยนผู้บริหารบ่อย ทั้งผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ แต่ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่มานาน

จังหวัดเชียงราย (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลเมือง เวียงป่าเป้า ป่าแดด) มีภูมิประเทศเป็นภูเขาและที่ราบสูง ทำให้มีความยากลำบากในการคมนาคมและการส่งต่อผู้ป่วย ในบางพื้นที่

มีประชากรเบาบาง ทำให้การจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวอาจจะไม่เพียงพอในการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ หากไม่มีการจัดสรรงบประมาณ CF ช่วยเหลือเพิ่มเติม ภาพรวมของจังหวัดมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรและขาดความต่อเนื่องในการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร ไม่สามารถจัดพยาบาลชุมชนขึ้นไปทำงานได้ครบตามหลักเกณฑ์ของ สปสช.

จังหวัดพิษณุโลก (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โรงพยาบาลพุทธชินราช นครไทย วัดโบสถ์) เป็นจังหวัดในภาคเหนือตอนล่าง มีสถานพยาบาลหลายสังกัดทั้งของกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม เนื่องจากเป็นที่ตั้งของโรงเรียนแพทย์ทำให้ทรัพยากรสาธารณสุขในภาพรวมของจังหวัดอยู่ในระดับดี ในเขตอำเภอเมืองมีจำนวนประชากรมาก จึงมีเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 5 แห่ง โดยกำหนดให้ให้บริการที่ไหนก็ได้และมีการเคลียร์เงินกัน โดยโรงพยาบาลศูนย์ร่วมโครงการโรงพยาบาลลดความแออัดของ สปสช.

จังหวัดกาฬสินธุ์ (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลเมือง กุฉินารายณ์ สหัสขันธ์) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (นโยบายผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข) และการทำงานร่วมกับท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยมีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพจังหวัดโดยการสนับสนุนงบประมาณจาก อบจ. ตั้งแต่ปี 2547 ในการส่งเด็กนักเรียนไปเรียนพยาบาล ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบ EMS โดยร่วมกับเทศบาล และ อบต.ทุกแห่ง ให้มีบริการ EMS ครอบคลุมทั้งจังหวัด มีการอบรมนักจัดการด้านสุขภาพหมู่บ้านละ 10 คน (อสม. อบต. กรรมการหมู่บ้าน เดือนกย.51) และอบรมวิทยากรกระบวนการทั้งจังหวัด นอกจากนั้นโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เข้าร่วมโครงการลดความแออัดของ สปสช.

จังหวัดศรีสะเกษ (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลเมือง อุทุมพรพิสัย กันทรลักษณ์ ภูสิงห์) เป็นจังหวัดหนึ่งในโครงการวิจัยการวางแผนสุขภาพระดับจังหวัดและอำเภอ (Provincial and district health plan) โดยโครงการดังกล่าวใช้ข้อมูลการใช้บริการจากฐานข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม และ 12 แฟ้ม มาเพื่อใช้ในการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอก และเพื่อการวางแผนสุขภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และโรงพยาบาลศรีสะเกษเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลลดความแออัดของ สปสช.

จังหวัดหนองบัวลำภู (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลเมือง โนนสัง ศรีบุญเรือง) ประชาชนมีสิทธิประกันสุขภาพมากกว่าร้อยละ 99 ของพื้นที่ มีแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตามนโยบายผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข คือ นโยบาย 5 เสือปฐมภูมิ เน้นให้ผู้ให้บริการมีความรู้/ความชำนาญในด้านต่างๆ คือ 1) นักเวชปฏิบัติคุณภาพ คือ อบรมพยาบาล

เวชปฏิบัติ, ดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น, หัวหน้าทีมดูแลโรคเรื้อรังที่บ้าน, ประสานการส่งต่อ, ดูแลยาจำเป็น, ไกล้มือ 2) ที่ปรึกษารอบรู้รอบอุ้น คือ อบรมการให้คำปรึกษา, ดูแลผู้มีปัญหาทางจิตเบื้องต้นที่บ้าน, เปิดใจรับฟังปัญหาด้วยความอดทน, ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาสเข้มแข็ง 3) นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ อบรมทักษะเปลี่ยนพฤติกรรม, กระตุ้นออกกำลังกายต่อเนื่อง, ดูแลการกินอาหารสะอาด ครบถ้วน, ดูแลสารเสพติด เหล้า บุหรี่ 4) นักจัดการยุทธศาสตร์ คือ อบรมแผนที่ยุทธศาสตร์, ประสาน อปท.ใกล้เคียง, ดูแลแผนที่ชุมชนของหมู่บ้าน ตำบล, ดูแล อสม. ดุจญาติ, จัดการกองทุนสุขภาพ 5) นักเฝ้าระวังสอบสวนโรค คือ อบรมระบาดวิทยา, เฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน, สอบสวนและควบคุมโรค, ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และในส่วน ของ CUP เมืองเพิ่มอีก 1 เสือ คือ เสือคอมพิวเตอร์ และเป้าหมายความสำเร็จของการดำเนินงานปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน คือ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมและสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง

จังหวัดสุรินทร์ (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลเมือง ท่าตูม จอมพระ) เป็นจังหวัดในภาคอีสานตอนใต้ ประชาชนค่อนข้างยากจน มีจำนวนประชากรมาก แต่ที่ผ่านมาก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการดูแลด้านงบประมาณค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ ส่งผลให้มีทรัพยากรสาธารณสุข ทั้งจำนวนเตียง จำนวนบุคลากรค่อนข้างต่ำ (ด้านอุปทาน) เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร (ด้านอุปสงค์)

จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลเมือง คีรีรัฐนิคม กาญจนดิษฐ์) เป็นจังหวัดขนาดกลาง มีพื้นที่โรงพยาบาลเขตเขตทุรกันดารระดับหนึ่ง 5 แห่ง และมีพื้นที่บางส่วนเป็นเกาะ มีปัญหาสาธารณสุขทางทะเล มีแรงงานอพยพทั้งไทยและต่างด้าว ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าว ผู้บริหารเป็นคนในพื้นที่เคยเป็นผู้บริหารในระดับโรงพยาบาลชุมชนและจังหวัดมาก่อนจึงคุ้นเคยกับพื้นที่และผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆค่อนข้างดี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเข้าร่วมโครงการลดความแออัดระยะที่สอง

จังหวัดสงขลา (ศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลเมืองสงขลา จะนะ นาหม่อม บ้านพรุ) จังหวัดสงขลาประกอบด้วย 16 อำเภอ 127 ตำบล มีประชากร ณ มีนาคม 2552 จำนวน 1,338,026 คน เป็นปชก. สิทธิ UC ร้อยละ 75 ผู้บริหารจังหวัดเคยอยู่ในพื้นที่มานานคุ้นเคยกับบริบทดี เป็นที่ตั้งของโรงเรียนแพทย์ ขณะเดียวกันก็มีทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และมีโรงพยาบาลกลาโหม จึงมีทรัพยากรสาธารณสุขในภาพรวมค่อนข้างดี พื้นที่บางอำเภอเป็นเขตเสี่ยงภัย โรงพยาบาลจังหวัดเป็นโรงพยาบาลในโครงการลดความแออัดของ สปสช.

3.2.1 ทรัพยากรสาธารณสุข

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขของแต่ละจังหวัดและภาพรวมของประเทศแสดงในตารางที่ 3.3 จะเห็นได้ว่า นครนายกเป็นจังหวัดเดียวที่มีทรัพยากรมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศมาก ไม่
ว่าจะพิจารณาในเรื่องจำนวนประชากรต่อเตียง หรือสัดส่วนประชากรต่อบุคลากรประเภทต่างๆ

ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีทรัพยากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร

สำหรับบทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการ พบว่า จังหวัดสมุทรปราการพึ่งพิงทรัพยากรภาคเอกชนจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นจำนวนเตียงหรือคลินิก จากปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ดีและการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาทำงานในพื้นที่ ในขณะที่ภาครัฐ คือกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ขยายระบบบริการสุขภาพรองรับได้ทัน น่าจะเป็นปัจจัยอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว บทบาทภาคเอกชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นพิจารณาจากจำนวนเตียงหรือจำนวนคลินิก ปัจจัยด้านอำนาจซื้อของประชาชนที่ต่ำกว่าภาคอื่น น่าจะเป็นตัวอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว

ตาราง 3.3 ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขจำแนกรายจังหวัดและภาพรวมของประเทศ

จังหวัด	จำนวนเตียง			หน่วยบริการปฐมภูมิ		จำนวนบุคลากรต่อประชากร					
	เตียง/ รวม	% ปชก.	% เอกชน	จำนวน	คลินิก	เภสัช	พยาบาล	พยาบาล	วิชาชีพ	เทคนิค	จนท.สธ.
นครนายก	927	278	0%	106	47%	762	8,595	6,231	336	2,444	1,210
สมุทรปราการ	2,614	486	57%	438	86%	2,858	19,601	7,705	832	6,007	5,975
สมุทรสงคราม	478	439	10%	90	44%	5,260	12,973	6,710	418	3,475	1,063
อุทัยธานี	660	481	0%	150	40%	4,605	16,349	8,384	639	3,442	1,507
เชียงราย	1,964	608	16%	668	69%	5,127	19,450	10,384	814	6,884	2,630
พิษณุโลก	1,930	434	25%	360	60%	2,316	12,774	6,154	574	4,034	2,248
กาฬสินธุ์	1,185	840	3%	231	32%	7,570	26,393	13,377	1,098	7,288	2,563
ศรีสะเกษ	1,402	1,080	2%	387	34%	8,756	35,238	16,233	1,344	10,394	2,202
สุรินทร์	1,796	792	15%	289	28%	6,870	26,422	15,099	1,378	8,429	2,930
หนองบัวลำภู	446	1,179	7%	128	35%	7,533	31,072	19,121	1,377	12,126	2,717
สงขลา	4,779	295	10%	533	67%	1,517	13,482	10,403	462	3,711	2,606
สุราษฎร์ธานี	2,764	352	17%	413	60%	3,330	15,829	6,437	510	3,330	2,321
ทั้งประเทศ	140,007	449	22%			2,778	13,525	8,902	597	4,787	

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุขปี 2550

3.3 บริบทของเครือข่ายบริการปฐมภูมิตัวอย่าง

ในบรรดา 12 จังหวัด หากประเมินว่าการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลน่าจะสะท้อนถึงความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและให้ความสนใจกับการดำเนินงานด้านสุขภาพของท้องถิ่น จะพบว่า จังหวัดนครนายกและจังหวัดสมุทรสงคราม เป็นสองจังหวัดที่อปท.เกือบทั้งหมดเข้าร่วมโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล รองลงมาเป็นจังหวัดกาฬสินธุ์ (81%) หนองบัวลำภู (68%) เชียงราย (63%) พิษณุโลก (54%) สมุทรปราการ (53%) จังหวัดที่เหลืออยู่ที่ประมาณร้อยละ 30 – 45 (ตารางที่ 3.4) อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวแสดง

เฉพาะตำบลของ CUP ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง อาจไม่สะท้อนภาพรวมการมีกองทุนสุขภาพ
ตำบลของทั้งจังหวัดนั้นๆ โดยทั้งหมด ยกเว้นจังหวัดที่มีขนาดเล็ก

สำหรับข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขของเครือข่ายตัวอย่างใน 12 จังหวัดแสดงในตารางที่
3.5 ในภาพรวม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสมุทรปราการ มีขนาดใหญ่แม้จะเป็น
เครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนเมื่อเทียบกับที่อื่น ทั้งนี้จังหวัดเชียงรายมีจำนวนเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขต่อแห่งของสถานอนามัยน้อยที่สุด (เฉลี่ย 1.85 คนต่อแห่ง) รองลงมาคือ จังหวัด
สุรินทร์ (เฉลี่ย 1.89 คนต่อแห่ง) ส่วนจังหวัดที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อแห่งของสถาน
อนามัยสูงสุดในกลุ่มตัวอย่างคือ จังหวัดสมุทรปราการ (เฉลี่ย 4.54 คนต่อแห่ง)

ตาราง 3.4 ข้อมูลพื้นฐานเครือข่ายสถานพยาบาลตัวอย่าง

จังหวัด	เครือข่าย CUP			%มีกองทุน	จำนวนแห่ง อปท.			
	ชื่อ	ประเภท	จำนวน ตำบล		เทศบาล นคร	เทศบาล เมือง	เทศบาล ตำบล	อบต.
นครนายก	รพ.นครนายก	รพท.	13	92%	-	1	1	12
	รพ.บ้านนา	รพช.	10	100%	-	-	1	10
	รพ.ปากพลี	รพช.	7	100%	-	-	1	7
	รพ.องครักษ์	รพช.	11	100%	-	-	1	11
สมุทรปราการ	รพ.สมุทรปราการ	รพท.	13	50%	1	1	5	5
	รพ.ชัยปราการ	เอกชน	5	0%	-	-	5	-
	รพ.บางจาก	รพช.	9	13%	-	3	-	6
สมุทรสงคราม	รพ.สมเด็จฯ	รพท.	11	100%	-	1	-	10
	รพ.นวลาลัย	รพช.	13	100%	-	-	4	7
อุทัยธานี	รพ.อัมพวา	รพช.	12	92%	-	1	1	11
	รพ.อุทัยธานี	รพท.	17	35%	-	1	3	6
	รพ.ทัพทัน	รพช.	11	36%	-	-	3	4
	รพ.สว่างอารมณ์	รพช.	5	60%	-	-	3	3
	รพ.หนองฉาง	รพช.	13	31%	-	-	2	8
	รพ.หนองขาหย่าง	รพช.	5	20%	-	-	1	5
	รพ.บ้านไร่	รพช.	10	20%	-	-	2	12
	รพ.ลานสัก	รพช.	6	67%	-	-	1	6
เชียงราย	รพ.ห้วยคต	รพช.	3	67%	-	-	-	3
	รพ.เชียงรายฯ	รพศ.	16	50%	1	-	4	11
	รพ.เวียงป่าเป้า	รพช.	7	71%	-	-	2	7
	รพ.ป่าแดด	รพช.	5	100%	-	-	3	2
	รพ.พุทธชินราช	รพศ.	14	50%	1	-	4	10
	รพม.นเรศวร	รัฐอื่น	6	100%	-	-	-	6
	รพ.วัดโบสถ์	รพช.	6	50%	-	-	1	6
	รพ.นครไทย	รพช.	11	36%	-	-	2	7
กาฬสินธุ์	รพ.กาฬสินธุ์	รพท.	16	75%	-	1	18	2
	รพ.ร.กุนินรายณ์	รพช.	14	93%	-	-	12	2
	รพ.สหัสขันธ์	รพช.	8	100%	-	-	6	2
ศรีสะเกษ	รพ.ศรีสะเกษ	รพท.	23	48%	-	1	2	14
	รพ.กันทรลักษณ์	รพช.	20	30%	-	1	2	18
	รพ.ภูสิงห์	รพช.	7	14%	-	-	1	6

จังหวัด	เครือข่าย CUP			%มีกองทุน ตำบล	จำนวนแห่ง อปท.			
	ชื่อ	ประเภท	จำนวน ตำบล		เทศบาล นคร	เทศบาล เมือง	เทศบาล ตำบล	อบต.
สุรินทร์	รพ.อุทุมพรพิสัย	รพช.	24	46%	-	-	4	16
	รพ.สุรินทร์	รพศ.	21	24%	-	1	1	20
	รพ.ท่าตูม	รพช.	10	20%	-	-	2	9
หนองบัวลำภู	รพ.จอมพระ	รพช.	9	44%	-	-	2	8
	รพ.หนองบัวลำภู	รพท.	15	80%	-	1	3	13
	รพ.ศรีบุญเรือง	รพช.	12	50%	-	-	5	9
	รพ.โนนสัง	รพช.	10	50%	-	-	4	7
สงขลา	รพ.สงขลา	รพท.	6	100%	1	-	3	2
	รพ.จะนะ	รพช.	14	29%	-	-	1	14
	รพ.นาหม่อม	รพช.	4	50%	-	-	-	4
สุราษฎร์ธานี	รพ.สุราษฎร์ธานี	รพศ.	11	45%	1	-	2	7
	รพ.กาญจนาดิษฐ์	รพช.	13	31%	-	-	3	11
	รพ.คีรีรัฐนิคม	รพช.	8	25%	-	-	1	8

ตาราง 3.5 ข้อมูลทรัพยากรเครือข่ายสถานพยาบาลตัวอย่าง

จังหวัด	เครือข่าย CUP			จำนวนบุคลากร					ข้อมูลลูกข่าย		
	ชื่อ	ประเภท	ปชก.	เตียง	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัช	พยาบาล	จนท.สร.	แห่ง	จนท.สร.
นครนายก	รพ.นครนายก	รพท.	99,219	360	24	6	14	368	58	19	58
	รพ.บ้านนา	รพช.	68,120	10	2	2	2	37	56	9	35
	รพ.ปากพลี	รพช.	24,685	90	7	5	5	84	21	14	21
	รพ.องครักษ์	รพช.	58,729	60	4	2	3	62	54	14	39
สมุทรปราการ	รพ.สมุทรปราการ	รพท.	701,441	385	58	16	31	413	160	21	114
	รพ.ชัยปราการ	เอกชน	111,729	101	9	1	2	25	26	5	26
	รพ.บางจาก	รพช.	144,984	60	10	4	6	51	50	11	33
สมุทรสงคราม	รพ.สมเด็จพระ	รพท.	103,553	299	20	7	15	329	103	23	49
	รพ.นากัลย	รพช.	33,334	90	6	4	3	103	38	14	31
	รพ.อัมพวา	รพช.	57,161	30	3	2	3	38	81	17	45
อุทัยธานี	รพ.อุทัยธานี	รพท.	52,216	360	31	6	13	309	121	16	34
	รพ.ทัพทัน	รพช.	42,644	90	7	3	4	71	126	15	40
	รพ.สว่างอารมณ์	รพช.	31,384	30	3	2	2	34	24	8	15
	รพ.หนองฉาง	รพช.	57,832	60	6	2	4	54	107	17	40
	รพ.หนองขาหย่าง	รพช.	14,768	10	2	1	1	16	18	4	10
	รพ.บ้านไร่	รพช.	52,041	60	4	2	2	44	50	16	33
	รพ.ลานสัก	รพช.	55,343	60	6	3	4	48	25	10	25
	รพ.ห้วยคต	รพช.	21,358	30	3	2	2	40	26	4	12
เชียงราย	รพ.เชียงราย	รพศ.	227,118	756	89	12	29	633	182	29	46
	รพ.เวียงป่าเป้า	รพช.	68,209	60	3	2	4	43	144	10	18
	รพ.ป่าแดด	รพช.	26,325	30	3	2	2	32	23	6	13
พิษณุโลก	รพ.พุทธชินราช	รพศ.	236,917	911	169	15	41	730	199	19	41
	รพม. นเรศวร	รัฐอื่น	53,768	130	190	0	9	191	173	10	15
	รพ.วัดโบสถ์	รพช.	37,126	30	3	2	3	44	32	21	29
	รพ.นครไทย	รพช.	86,737	60	5	2	5	60	70	7	46
กาฬสินธุ์	รพ.กาฬสินธุ์	รพท.	149,766	505	43	7	24	371	68	25	60

จังหวัด	เครือข่าย CUP		จำนวนบุคลากร					ข้อมูลลูกข่าย			
	ชื่อ	ประเภท	ปชก.	เตียง	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัช	พยาบาล	จนท.สร.	แท่ง	จนท.สร.
ศรีสะเกษ	รพ.ร.กฤษณารายณ์	รพช.	100,234	90	11	4	10	89	68	18	34
	รพ.สหสิทธิ์	รพช.	41,165	30	4	1	2	31	61	9	16
	รพ.ศรีสะเกษ	รพท.	172,612	500	44	7	23	462	50	27	48
	รพ.กันทรลักษณ์	รพช.	201,108	120	14	4	7	115	153	35	122
	รพ.ภูสิงห์	รพช.	45,684	30	3	1	3	39	23	10	20
สุรินทร์	รพ.อุทุมพรพิสัย	รพช.	123,923	90	9	4	8	84	72	30	70
	รพ.สุรินทร์	รพศ.	257,850	697	75	13	30	591	196	29	67
	รพ.ท่าตูม	รพช.	70,376	90	6	6	6	67	36	18	28
	รพ.จอมพระ	รพช.	62,120	30	4	3	3	40	72	11	20
หนองบัวลำภู	รพ.หนองบัวลำภู	รพท.	117,669	252	28	6	16	201	84	21	51
	รพ.ศรีบุญเรือง	รพช.	93,999	60	6	2	3	57	67	15	41
	รพ.โนนสัง	รพช.	53,584	30	3	2	3	32	49	18	34
สงขลา	รพ.สงขลา	รพท.	168,109	480	64	10	27	515	381	21	61
	รพ.จะนะ	รพช.	98,301	60	8	3	6	65	79	20	68
	รพ.นาหม่อม	รพช.	21,471	30	5	2	4	40	18	4	8
สุราษฎร์ธานี	รพ.สุราษฎร์ธานี	รพศ.	182,227	780	89	11	36	699	168	17	31
	รพ.กาญจนดิษฐ์	รพช.	103,041	60	5	3	7	74	119	18	48
	รพ.คีรีรัฐนิคม	รพช.	39,552	30	3	1	4	30	36	9	24

บทที่ 4

การพัฒนาและบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ในบทนี้นำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษาจากพื้นที่ทั้ง 12 จังหวัด ในด้านการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยพิจารณาตั้งแต่บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รูปแบบการสนับสนุนลูกข่ายและหลักเกณฑ์การจัดสรรของเครือข่าย รวมไปถึงธรรมชาติของกระบวนการบริหารจัดการเครือข่าย และปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการเครือข่าย โดยอาศัยกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับจังหวัด (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/รอง) ระดับเครือข่าย (ผู้บริหารโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ในฐานะประธานและรองประธานเครือข่าย จำนวน 3-5 เครือข่าย) และสนทนากลุ่มคณะกรรมการบริหารเครือข่าย โดยแยกเป็น คณะกรรมการที่เป็นตัวแทนฝ่ายโรงพยาบาล (หัวหน้าฝ่าย/นักวิชาการ) และคณะกรรมการตัวแทนฝ่ายสาธารณสุข (นักวิชาการ สสอ. หัวหน้าสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือจนท.ใน สอ.)

4.1 แนวนโยบายและรูปแบบการพัฒนาและบริหารเครือข่ายปฐมภูมิของพื้นที่

แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาและบริหารระบบบริการปฐมภูมิในจังหวัดตัวอย่างรวมถึงปัจจัยกำหนด จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถสรุปได้ดังในแผนภาพที่ 4.1

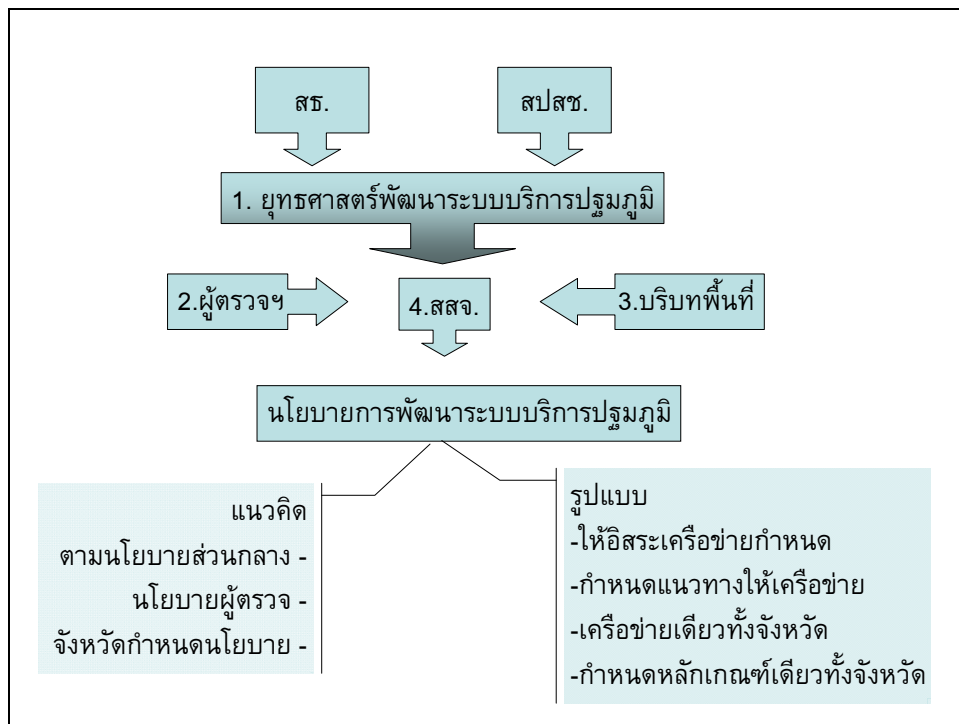
4.1.1 แนวนโยบายการบริหารและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แนวนโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมาจากหลายภาคส่วนด้วยกัน และมีน้ำหนักแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ กล่าวคือ

1) มีแนวนโยบายเป็นไปตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิซึ่งกำหนดจากส่วนกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ดังกล่าวถูกถ่ายทอดไปยังผู้บริหารในส่วนภูมิภาคตั้งแต่ระดับเขตไปจนถึงระดับจังหวัด รวมถึงมีการจัดงบประมาณลงทุนเพื่อการทดแทนไปสนับสนุนการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ ดังนั้นจึงไม่แปลกที่พื้นที่ต่างๆ จะถอดแบบนโยบายมาจากยุทธศาสตร์ดังกล่าว และทุกจังหวัดก็จะมีนโยบายหรือแผนรวมๆ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์จากส่วนกลาง

2) นโยบายของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ในบางเขตผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ สนับสนุนและผลักดันนโยบายเรื่องระบบบริการปฐมภูมิ และมีอิทธิพลเด่นชัดต่อแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของจังหวัด เช่น กรณีจังหวัดหนองบัวลำภูซึ่งอยู่ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 10 มีแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสอดคล้องกับนโยบายจากผู้ตรวจคือ นโยบาย 5 เสือปฐมภูมิ เน้นให้ผู้ให้บริการมีความรู้/ความชำนาญในด้าน

ต่างๆ คือ 1) นักเวชปฏิบัติคุณภาพ คือ อบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ, ดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น, หัวหน้าทีมดูแลโรคเรื้อรังที่บ้าน, ประสานการส่งต่อ, ดูแลยาจำเป็น, ไกล้มือ 2) ที่ปรึกษาอบรม
อบรม คือ อบรมการให้คำปรึกษา, ดูแลผู้มีปัญหาทางจิตเบื้องต้นที่บ้าน, เปิดใจรับฟังปัญหา
ด้วยความอดทน, ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาสเข้มแข็ง 3) นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ อบรม
ทักษะเปลี่ยนพฤติกรรม, กระตุ้นออกกำลังกายต่อเนื่อง, ดูแลการกินอาหารสะอาด ครบถ้วน,
ดูแลสารเสพติด เหล้า บุหรี่ 4) นักจัดการยุทธศาสตร์ คือ อบรมแผนที่ยุทธศาสตร์, ประสาน
อปท.ใกล้ชิด, ดูแลแผนที่ชุมชนของหมู่บ้าน ตำบล, ดูแล อสม. ดุจญาติ, จัดการกองทุนสุขภาพ
5) นักเฝ้าระวังสอบสวนโรค คือ อบรมระบาดวิทยา, เฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน, สอบสวนและ
ควบคุมโรค, ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และในส่วนของ CUP เมืองเพิ่มอีก 1 เสือ คือ เสือ
คอมพิวเตอร์ และเป้าหมายความสำเร็จของการดำเนินงานปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน คือ
การให้ชุมชนมีส่วนร่วมและสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง

แผนภาพที่ 4.1 แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาและบริหารระบบบริการปฐมภูมิ



3) จังหวัดพัฒนานโยบายของจังหวัดเพิ่มเติมจากทั้งแนวคิดของผู้บริหารจังหวัด
เองรวมถึงเป็นผลจากบริบทเฉพาะของจังหวัดนั้นๆ ในหลายพื้นที่ เช่น

จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นเขตเมืองแบบอุตสาหกรรม มีแรงงานอพยพมาก รวมถึงมี
ทรัพยากรสาธารณสุขภาครัฐจำกัด ในขณะที่มีทรัพยากรสาธารณสุขเอกชนในพื้นที่
ค่อนข้างมาก ต้องมีนโยบายและปรับตัวเพื่อทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ภาคเอกชน
รวมถึงท้องถิ่นในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และพัฒนาให้มีหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดย

ใช้กลไกการบริหารจัดการด้านการคลังผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นคนกลางคอยตกลงประนีประนอม

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพจังหวัดสนับสนุนโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการส่งนักเรียนไปเรียน ร่วมกับอบต.ทุกแห่งในการพัฒนาระบบ EMS มีโครงการนำร่องรูปแบบการจัดการของ PCU ครบวงจรโดยจังหวัดจัดสรรงบประมาณไปยัง PCU โดยตรง และ PCU ตามจ่ายเมื่อมีการส่งต่อ ฯลฯ

จังหวัดพิษณุโลก มียุทธศาสตร์ (โดยกลุ่มงานประกัน) รวมงานพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการ งานพัฒนาวิชาการและวิจัย KM รวมถึงดูแลลงทุน สนับสนุนทุกแห่งใช้โปรแกรม hosXP รวมทั้งการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานจังหวัด กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของจังหวัด 36 ตัวมาพิจารณาความดีความชอบ

จังหวัดสงขลา มีการจัดทำยุทธศาสตร์ “สงขลาพัฒนา ประชาสุข” ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ หลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและสุขภาวะของประชาชน คือ 1) พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน 2) พัฒนาการบริหารจัดการ 3) สร้างกระแสสังคมด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือของเครือข่ายพันธมิตรสุขภาพ 4) พัฒนาระบบแผนบูรณาการ โดยใช้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทันสมัยในการติดตามกำกับและประเมินผล และ 5) พัฒนาบุคลากรให้มีจริยธรรม คุณธรรม สมรรถนะ มีความสุขและขวัญกำลังใจในการทำงานและสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้

จังหวัดศรีสะเกษ เน้นให้ภาคประชาชนและท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการจัดบริการมากขึ้น สามารถคิดเองในกรอบงบประมาณที่กำหนดให้ และเน้นความยั่งยืนในการดำเนินการ นอกจากนี้จังหวัดยังมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานจังหวัดในการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อประกอบการพิจารณาความดีความชอบ

นอกจากนั้นจังหวัดขนาดเล็กในภาคกลางที่มีประชากรน้อย ในขณะที่มีทรัพยากรสาธารณสุขค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับที่อื่นๆ ทำให้งบประมาณที่ได้มีจำกัด เช่น จังหวัดสมุทรสงคราม นครนายก และอุทัยธานี ทำให้จำเป็นต้องเน้นการอยู่รอดด้านการเงินของหน่วยบริการสาธารณสุขในการบริหารโครงการ ทำให้ดูเหมือนให้ความสำคัญด้าน supply side financing มากกว่า demand side อย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก

4.1.2 การกระจายอำนาจการบริหารงบประมาณเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

รูปแบบการตัดสินใจในการบริหารจัดการงบประมาณของเครือข่ายบริการปฐมภูมิของจังหวัดตัวอย่าง สามารถจำแนกเป็นสี่รูปแบบหลักๆ ตามระดับความเป็นอิสระของเครือข่ายในการบริหารจัดการงบประมาณที่เครือข่ายได้รับ ดังนี้

1) เครือข่ายมีอิสระในการบริหารจัดการ กล่าวคือเครือข่ายสามารถกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณภายในเครือข่ายได้เองอย่างอิสระ ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวเกิดจากแนวคิดการกระจายอำนาจ หรือด้วยบริบทแวดล้อมกำหนด เช่น จังหวัดขนาดเล็กในภาคกลาง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ ผู้บริหารระดับจังหวัดมักเปลี่ยนบ่อย ในขณะที่ผู้บริหารโรงพยาบาลอยู่นานและอาวุโส จึงอาจทำให้ศักยภาพในการเข้าไปจัดการ (manipulate) งบประมาณของจังหวัดมีจำกัด เช่น อุทัยธานี ให้อิสระแก่แต่ละเครือข่ายไปกำหนดหลักเกณฑ์กันเองแต่ตนพ.สสจ.ขอให้ทุกเครือข่ายดูแลสถานื่อนามัย จังหวัดสมุทรปราการ มีเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนด้วย ดังนั้นหลักเกณฑ์การจัดสรรระหว่างเครือข่ายรัฐและเอกชนจะต่างกัน

2) เครือข่ายมีอิสระในการบริหารจัดการภายใต้แนวทางที่จังหวัดกำหนด รูปแบบนี้จังหวัดมีการกำหนดแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้ แต่เครือข่ายสามารถปรับรายละเอียดเองได้ตามความเหมาะสมและตกลงกันเองภายในเครือข่าย เช่น มีการแบ่งก้อนเงินสำหรับบริการแต่ละชนิดและกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรสำหรับแต่ละประเภทบริการ ส่วนอัตราอาจให้แต่ละเครือข่ายไปตกลงกันเอง เป็นต้น จังหวัดส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบดังกล่าว

3) บริหารเป็นเครือข่ายเดียวทั้งจังหวัด รูปแบบดังกล่าวใช้ที่จังหวัดสมุทรสงคราม เนื่องจากทั้งจังหวัดมีเพียงสามเครือข่ายและประชากรจำนวนไม่มาก จึงบริหารจัดการในลักษณะเครือข่ายเดียวกันและให้ประชาชนสามารถไปใช้บริการที่ใดก็ได้ โดยไม่มีการเรียกเก็บเงินกัน การบริหารงบประมาณในรูปแบบนี้จึงเป็นการจัดสรรเงินเพื่อชดเชยภาระบริการและความอยู่รอดของแต่ละหน่วยเป็นสำคัญ

4) ทุกเครือข่ายใช้หลักเกณฑ์การบริหารงบประมาณเดียวกันทั้งจังหวัด รูปแบบนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทนำในการตั้งคณะทำงานและกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจัดสรรภายในเครือข่ายเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดให้ทุกเครือข่ายถือปฏิบัติ จังหวัดที่อาศัยรูปแบบนี้คือ จังหวัดพิษณุโลก หรือกรณีจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดมีการกันเงินเพื่อบริหารจัดการ (manipulate) ค่อนข้างมากและมีการกำหนดรายละเอียดการจัดสรรเงินแต่ละก้อนค่อนข้างละเอียด

4.2 บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขมีบทบาทในการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลากหลายลักษณะดังนี้

1) กำหนดหลักเกณฑ์และจัดสรรงบประมาณแก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิต่างๆ ในจังหวัด กำหนดนโยบายการจัดสรรเงินระดับจังหวัดสู่แต่ละเครือข่ายบริการ ผ่านการประชุมร่วมกัน และจัดสรรไปตามเกณฑ์ทั้งของ สปสช.และจังหวัด โดยการบริหารงบประมาณมีแนวทางมาจาก สปสช.ว่าต้องจัดสรรอย่างไร และสสจ. มีเกณฑ์การแบ่งที่ชัดเจน มีการทำงาน

ในรูปคณะอนุกรรมการ/ คณะทำงานฝ่ายต่างๆ และสร้างเกณฑ์ที่ได้รับความเห็นชอบร่วมกัน เพื่อการจัดสรรเงินแต่ละหมวด

2) กันงบประมาณบางส่วนสำหรับบริหารจัดการที่ระดับจังหวัด เช่น การกันเงินสำหรับจัดสรรให้เป็นค่าใช้จ่ายพื้นฐานของสถานอนามัย เพื่อชดเชยพื้นฐานแก่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ที่มีการใช้ร่วมกัน ค่าตามจ่ายนอกจังหวัด ค่าจ้างลูกจ้าง นักเรียนทุน ฯลฯ ทั้งนี้บทบาทของจังหวัดในการเข้าไปจัดการ (manipulate) งบประมาณนี้มากน้อยต่างกันในแต่ละจังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 4.1

การกันเงินเป็นงบประมาณของลูกข่าย ส่วนใหญ่มีการกันเงินเพื่อการนี้ ทั้งในรูปแบบที่กันที่จังหวัดหรือบางจังหวัดใช้วิธีการกำหนดหลักเกณฑ์และนโยบายให้เครือข่ายต้องสนับสนุนงบประมาณแก่ลูกข่ายในอัตราที่กำหนด ทั้งนี้อัตราการสนับสนุนงบประมาณของสถานอนามัยแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด ตั้งแต่ 1 – 2.4 แสนบาทต่อแห่งต่อปี มีสองจังหวัดที่ไม่ได้มีการกันเงินส่วนนี้หรือไม่ได้มีข้อกำหนดชัดเจนจากจังหวัดว่าต้องมีการจัดสรรงบประมาณให้กับลูกข่าย คือจังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดสงขลา อย่างไรก็ตามการสนับสนุนงบดังกล่าวอาจเกิดขึ้นในเครือข่ายบางแห่งเอง เช่น เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลามีการจัดสรรเงิน fixed cost ให้ สอ. หนึ่งแสนสามหมื่นบาท/แห่ง/ปี ส่วนเครือข่ายอื่นที่ไม่ได้เจาะจงว่าเป็นงบประมาณก็อาจมีการจัดสรรเงิน PP ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรให้กับลูกข่ายเป็นต้น

การกันเงินเพื่อจัดการที่ระดับจังหวัดสำหรับวัตถุประสงค์อื่นๆ เช่น การตามจ่ายค่าบริการข้ามจังหวัด เป็นอีกรายการที่มีการดำเนินการกันในหลายพื้นที่, การกันเงินสำหรับเพื่อจัดสรรเพิ่มเติมให้แก่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก, การจัดซื้อเวชภัณฑ์รวม เช่น วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เวชภัณฑ์ส่งเสริมป้องกัน, นอกจากนั้นยังมีการกันเงินสำหรับการจ้างลูกจ้าง สอ. หรือลูกจ้างนักเรียนทุน หรือเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย/ค่าไม่ทำเวชปฏิบัติ เป็นต้น ทั้งนี้บางจังหวัดอาจกำหนดเป็นแนวทางให้เครือข่ายเป็นผู้ดำเนินการเอง (สุราษฎร์ธานี) นอกเหนือจากนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ยังมีการกันเงินสำหรับการพัฒนางานตามยุทธศาสตร์ พัฒนา PCU และสำหรับเป็นค่าบริหารจัดการที่จังหวัดและอำเภอ

3) กำหนดมาตรการจูงใจและสนับสนุนต่างๆ เช่น จัดระดับสถานอนามัย (หรือที่เรียกว่า ranking ในจังหวัดศรีสะเกษ) การพัฒนาคุณภาพสถานอนามัยหรือสถานอนามัยติดดาว การพัฒนาระบบการเงินและบัญชี (สุรินทร์) การให้โบนัสตามผลการปฏิบัติงาน (อุทัยธานี) จังหวัดกาฬสินธุ์ กำหนดว่าเจ้าหน้าที่สถานอนามัย 1 คนรับผิดชอบประชากรประมาณ 300-400 หลังคาเรือนในการเยี่ยมบ้านและจังหวัดใช้เงินเชิงรุกจัดสรรให้ในอัตรา 9 บาท/หลัง/เดือน/คน หากดำเนินการได้ตามกำหนด

4) บทบาทการกำกับติดตาม ส่วนใหญ่อ้างอิงตามเกณฑ์ชี้วัดของ สปสช.และของจังหวัด โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการทำงาน และมีทีมผู้บริหารออกตรวจ หรือใช้วิธีการติดตาม

ในการประชุมประจำเดือนแทน อย่างไรก็ตาม อาจมีการออกสุ่มตรวจสอบสถานบริการบ้างถ้าได้รับการร้องเรียนจากประชาชน

โดยภาพรวมจะเห็นว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินบทบาทในการปกป้องสถานีนอนามัยในเครือข่ายบริการปฐมภูมิค่อนข้างมากเพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอในการจัดบริการและดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนทั้งในด้านบริการและการสาธารณสุข

ตารางที่ 4.1 บทบาทสำนักงานสาธารณสุขในการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	นครนายก	สมุทรปราการ	สมุทรสงคราม	อุทัยธานี	เชียงราย	พิษณุโลก	กาฬสินธุ์	ศรีสะเกษ	สุรินทร์	หนองบัวลำภู	สงขลา	สุราษฎร์ธานี
1. กั้นเงินสำหรับ							27%		15%			
Fixed cost สอ. (แสนบาท/ แห่ง/ ปี)	✓ CUP (1.56)	✓ CUP	✓ CUP (1.2) ใช้ PPA+OP ปี 52	✓ (1.15)	✓	✓ CUP (2.0)	✓ (2.4)	✓ (2 0)	✓	✓ (2.4)		✓ (0.96/1.5)
วัคซีนพิษสุนัขบ้า				✓		✓		✓	✓		✓	
Fixed cost รพช						✓			✓	✓ CF รพช.		✓ 10%
ตามจ่ายนอกจังหวัด		✓ (10 %)	✓	✓	✓			✓		✓ 13 ล	✓	
PP		✓ performance					✓ 45 ล	✓ เวชภัณฑ์				
เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย/ไม่ทำเวช								✓	✓	✓		✓ CUP
ค่าจ้างลูกจ้าง สอ./สสอ.								✓	✓	✓ 1.13 ล		✓ CUP
ค่าจ้างลูกจ้างนร.ทุน					✓		✓ 17 ล	✓ IP		✓ 15 ล		
ค่าบริหารจัดการสสจ./สสอ.							✓ 20 ล					
พัฒนาPCU &บุคลากร							✓ 10 ล					
พัฒนางานตามยุทธศาสตร์							✓ 35 ล					
กำหนดหลักเกณฑ์ ตามจ่ายระหว่างเครือข่าย การจัดสรรเงินในเครือข่าย	✓		✓ ทั้งจังหวัด			✓ ทั้ง จังหวัด				✓ สัดส่วน	✓ ✓	✓ ✓ กว้างๆ
งบลงทุน	70:30							10% ปชก. น้อย 50:50		50:50		

หมายเหตุ เครื่องหมาย ✓ หมายถึงมีการดำเนินการในเรื่องดังกล่าวระดับจังหวัด, ✓ CUP หมายถึงดำเนินการในระดับเครือข่ายทุกแห่ง, ✓ ทั้งจังหวัด หมายถึงกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเดียวกันทั้งจังหวัด,

4.3 การอภิบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)

รูปแบบการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ทุกแห่งมีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้รูปแบบกรรมการที่เคยเป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ทำหน้าที่เป็นกรรมการเครือข่าย (CUP board) มีสมาชิกซึ่งเป็นตัวแทนฝ่ายโรงพยาบาลและฝ่ายสาธารณสุขในสัดส่วนฝ่ายละประมาณเท่าๆกัน รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหนึ่ง โดยทั่วไปมีการจัดประชุม 1 - 2 เดือนครั้ง โดยประธานและรองประธานปกติจะสลับกันเป็นระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ทั้งนี้การสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการมาจากทีมงานโรงพยาบาลเป็นหลัก เนื่องจากมีทรัพยากรมากกว่า

ธรรมาภิบาลในการอภิบาลเครือข่าย ส่วนใหญ่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และกรรมการเครือข่ายที่มาจากโรงพยาบาลมีบทบาทนำในการตัดสินใจในการบริหารงบประมาณของเครือข่าย ขณะที่กรรมการจากส่วน สสอ. และ สอ. มีบทบาทได้จำกัด ด้วยเหตุผลหลายประการคือ 1) งบประมาณที่เครือข่ายได้รับจัดสรร ถูกโอนเข้าบัญชีเงินบำรุงโรงพยาบาล ทำให้แยกลำบากกว่าเงินส่วนไหนเป็นของ CUP และของโรงพยาบาล 2) ข้อมูลที่ใช้ในการจัดสรรส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลด้านการเงินและบริการ 3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขาดแคลนงบประมาณในการบริหารจัดการ หลายแห่งต้องพึ่งพิงงบประมาณสนับสนุนจากโรงพยาบาลหรือ CUP ทำให้สถานภาพและอำนาจต่อรองหรือเจรจา ต้อยลง ทั้งนี้การสนับสนุนดังกล่าวเกิดขึ้นจากวิสัยทัศน์ของผู้บริหารโรงพยาบาลแต่ละแห่ง รวมไปถึงถึงลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลและสาธารณสุข กล่าวคือหากโรงพยาบาลมองเห็นบทบาทและความจำเป็นของการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงมีความสัมพันธ์ระหว่างกันที่ดีก็จะมีการสนับสนุนเกื้อกูลการดำเนินงานร่วมกัน ในบางพื้นที่ก็พบว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องขอใช้เงินจากสถานีอนามัยเพื่อเป็นค่าบริหารจัดการของสำนักงาน

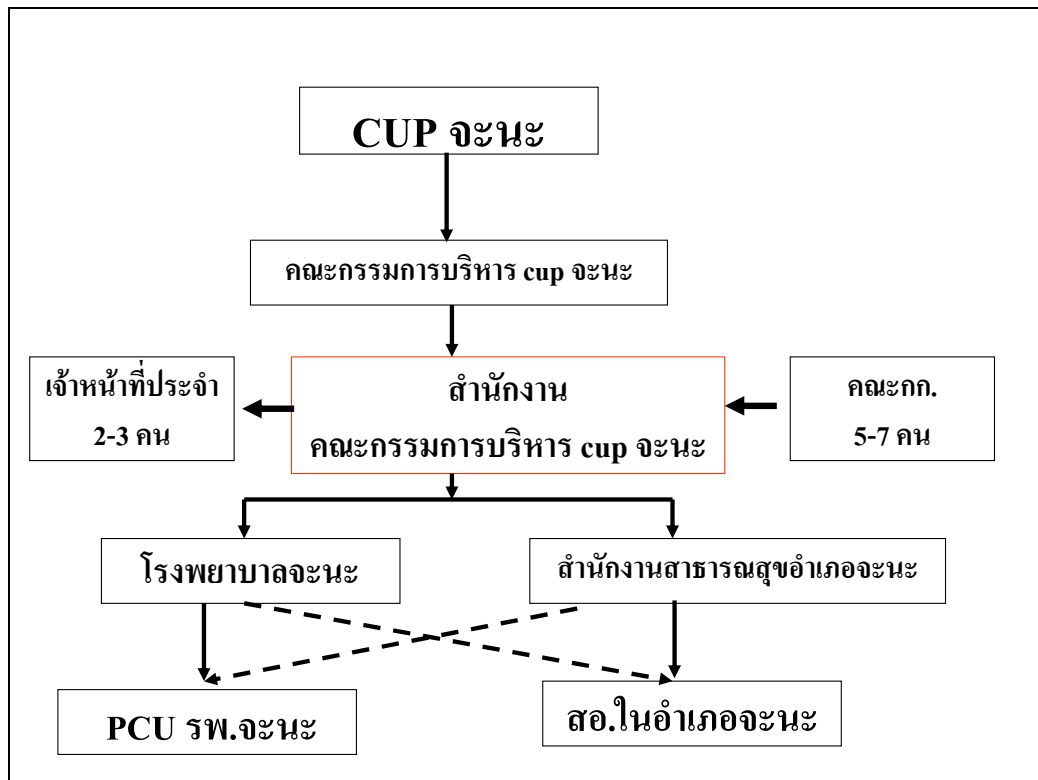
ข้อจำกัดด้านการอภิบาลเครือข่ายที่พบในบางเครือข่าย โดยเฉพาะเครือข่ายโรงพยาบาลใหญ่ คือ มติของคณะกรรมการบริหาร CUP ต้องรอการได้รับการอนุมัติจากกรรมการบริหารโรงพยาบาลอีกครั้ง ทั้งๆที่โรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการหนึ่งในเครือข่ายแต่มีอำนาจในการตัดสินใจมากกว่าคณะกรรมการบริหารเครือข่าย

คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิก็มีบทบาทจำกัด เนื่องจากเรื่องที่ประชุมส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับงบประมาณ รวมถึงมีการใช้ศัพท์ที่คนนอกวงการยากในการเข้าใจ ดังนั้นกรรมการส่วนนี้ส่วนใหญ่อาจไม่ค่อยได้มาร่วมประชุม

อย่างไรก็ดีพบว่ามโนทัศน์ในการอภิบาลเครือข่ายในบางพื้นที่ กล่าวคือ เครือข่ายจะ
นะ **จังหวัดสงขลา** ได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการบริหาร CUP โดยอยู่ภายใต้การดูแลของ

คณะกรรมการบริหาร CUP และแยงบประมาณที่ CUP ได้รับจากระบบบัญชีเงินบำรุงโรงพยาบาลอย่างชัดเจน และอาศัยคณะกรรมการบริหารพิจารณาจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดบริการแต่ละส่วน รวมถึงมีการจัดกำลังคนประจำในการทำงานของสำนักงานเครือข่าย รวมถึงกันเงินบางส่วนของงบ OP & PP ของเครือข่ายเพื่อใช้สำหรับการบริหารจัดการ (แผนภาพที่ 4.2)

แผนภาพที่ 4.2 รูปแบบการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา



4.4 แนวคิดการสนับสนุนและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

“การทำงานในลักษณะเครือข่าย” แม้เจตจำนงของการทำสัญญากับหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ในลักษณะเครือข่ายบริการมีเป้าประสงค์เพื่อให้มีการจัดการระบบบริการอย่างองค์รวมในพื้นที่ อย่างไรก็ตามจากการที่โครงสร้างเชิงการบริหารยังคงแยกส่วนกันระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัย จึงไม่แปลกที่ยังคงพบความหลากหลายในน้ำหนักรของแนวคิดการพัฒนาดังกล่าว แม้ผู้บริหารเครือข่ายส่วนใหญ่ตระหนักและเห็นความสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการทำงานเป็นเครือข่าย

พื้นที่ที่ทำงานในลักษณะเครือข่ายได้เข้มแข็งมองว่า การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องทำงานเป็นเครือข่าย เชื่อมโยง และบูรณาการการจัดบริการในลักษณะองค์รวม มีการสนับสนุนช่วยเหลือกันในการทำงานของเครือข่าย ทั้งในด้านกำลังคน

งบประมาณ เทคโนโลยี (เวชภัณฑ์ วัสดุ ข้อมูล องค์ความรู้) และการเชื่อมต่อบริการและการ
สื่อสารข้อมูล **ทั้งนี้บางแห่งมองไปถึงขั้นว่าควรต้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน**

ในเครือข่ายบางแห่ง เช่น เครือข่ายอำเภอขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัด หรือเครือข่าย
โรงพยาบาลใหญ่บางแห่ง อาจด้วยข้อจำกัดของทรัพยากร หรือบริบทของโรงพยาบาลใหญ่ซึ่ง
ห่างไกลจากชุมชนค่อนข้างมาก ผู้บริหารบางท่านจึงมีเจตคติที่ไม่ค่อยดีนักต่อหน่วยบริการปฐม
ภูมิ แม้ว่าจะเห็นวาระบบบริการปฐมภูมิมีความสำคัญ เช่น มองว่าสถานอนามัยเป็นที่ถ่วงดุล
ผู้ป่วยเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถลดภาระการมาใช้บริการที่
โรงพยาบาลได้ เป็นภาระด้านการเงินของโรงพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรสิ้นเปลือง จำเป็นต้อง
มีการเข้มงวดการใช้ทรัพยากร และเน้นการอยู่รอดของสถานพยาบาลทั้งโรงพยาบาลและสถาน
อนามัยในการพัฒนา เป็นต้น

โดยรวม ความร่วมมือและสนับสนุนกันในการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายมีมากขึ้น
จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บางเครือข่าย เช่น เวียงป่าเป้า (เชียงราย) มีการ
จัดทำแผนร่วมกันในลักษณะ Result-based management ระหว่างโรงพยาบาลกับสถาน
อนามัย แม้จะความร่วมมือในการพัฒนาอาจมีข้อจำกัดบ้างในบางเครือข่ายดังได้กล่าวไปแล้ว
ข้างต้น

**“เป็นบริการด้านหน้า เห็นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ ดูแลแบบองค์รวม ครบทั้งสี่ด้าน
และให้บริการแบบบูรณาการ”** แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนา
เครือข่ายหลายแห่ง ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งสี่
ด้าน คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ทั้งสุขภาพทางกายและจิต และสภาพครอบครัว
รวมถึงเน้นการให้บริการอย่างบูรณาการทั้งบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขและบริการ
ด้านสังคม เช่น ในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพหรือภาวะพึ่งพิงที่ต้องการ
ทั้งบริการสาธารณสุขและบริการช่วยเหลือด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน รวมถึง
ต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตามมีข้อคิดเห็นจากผู้บริหารเครือข่ายในกลุ่มนี้ว่า การ
จ่ายตามรายการที่มีมากขึ้นของ สปสช. ทำให้เกิดการคิดแบบแยกส่วน เป็นข้อจำกัดของการ
พัฒนาการให้บริการแบบองค์รวม

**“เห็นสร้างนำซ่อม การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ลดการพึ่งพาสถาน
บริการและยา”** แนวคิดในกลุ่มนี้เน้นการดำเนินงานในลักษณะการสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการ
เสริมพลังความเข้มแข็งของชุมชนและประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ลดการพึ่งพา
สถานพยาบาลและการใช้ยา เน้นการเข้าถึงปัญหาของประชาชน และทำงานบูรณาการกับ
หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวได้รับอิทธิพลมาสำนักพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน เช่น
การสร้างนักจัดการสุขภาพประจำหมู่บ้าน การอบรมเจ้าหน้าที่เป็นวิทยากรกระบวนการในการ
สนับสนุนภาคประชาชนและชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน เป็นต้น

ทั้งนี้แนวคิดแบบเวชศาสตร์ครอบครัวและการสาธารณสุขมูลฐานได้ถูกผสมผสานเข้าด้วยกันในบางพื้นที่สำหรับการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เช่น ในกรณีจังหวัดหนองบัวลำภู ดังได้กล่าวข้างต้น รวมไปถึงแนวคิดการพัฒนาเครือข่ายของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่เน้น 1) การพัฒนาที่มดูแลสุขภาพใน PCU โดยนำแนวคิดแบบเวชศาสตร์ครอบครัวมาพัฒนา 2) การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและ PCU และ 3) การสร้างเสริมพลังชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น ทั้งนี้ส่วนใหญ่แล้วแนวคิดในการพัฒนาเครือข่ายนั้นจะผสมผสานกันไป เพียงแต่อาจมีจุดเน้นที่ต่างกันในแต่ละเครือข่าย ขณะเดียวกันก็ยังคงมีบางเครือข่ายที่หน่วยบริการปฐมภูมิอาจไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ด้วยเหตุผลที่กล่าวไปข้างต้น

4.5 รูปแบบการสนับสนุนที่แม่ข่ายมีต่อลูกข่าย

การสนับสนุนที่แม่ข่ายมีต่อลูกข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นมีด้วยกันหลายลักษณะ ตั้งแต่การสนับสนุนงบประมาณ การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุ การสนับสนุนด้านบุคลากร รวมไปถึงการสนับสนุนด้านวิชาการ

4.5.1 การสนับสนุนงบประมาณ การสนับสนุนงบประมาณสามารถจำแนกเป็นสองลักษณะใหญ่ๆดังนี้

1) การสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ (fixed cost) ทั้งนี้อาจสนับสนุนโดยตรงจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (อุทัยธานีเฉพาะปี 51 เชียงราย จังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสุราษฎร์ธานี) หรือถูกกำหนดมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ทุกเครือข่ายถือปฏิบัติ (พิษณุโลก นครนายก สมุทรสงคราม) หรืออาจเป็นการจัดสรรให้จากการกำหนดในเครือข่ายตนเอง (เครือข่ายอำเภอเมือง จ.สงขลา) โดยงบประมาณที่นำมาจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายพื้นฐานส่วนใหญ่มาจากงบบริการผู้ป่วยนอกและงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ซึ่งในบางจังหวัดมีการรวมเงินสองก้อนนี้เข้าด้วยกันและไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นงบอะไร ทั้งนี้จำนวนงบประมาณที่จัดให้ในแต่ละแห่งอยู่ระหว่าง 1- 2.4 แสนบาท/แห่ง/ปี เป็นที่สังเกตว่าจังหวัดที่มีวงเงินงบประมาณต่ำหรือไม่มีจะมีการจัดสรรงบประมาณในลักษณะรายหัวหรือตามปริมาณบริการของงบ OP และ PP รวมด้วย

2) สนับสนุนงบประมาณในลักษณะตามน้ำหนักปริมาณบริการที่จัด เช่น การจัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอกภายในเครือข่ายของจังหวัด สุราษฎร์ธานี หรืองบบริการส่งเสริมสุขภาพในสถานพยาบาล (PP expressed demand) ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี สงขลา พิษณุโลก หรือบางเครือข่ายในจังหวัดอุทัยธานี (ลานสัก) ทั้งนี้ในการจัดสรรตามปริมาณและน้ำหนักบริการนี้ต้องมีการตกลงน้ำหนักของบริการแต่ละประเภทและระดับเพื่อใช้ในการจัดสรร และมักต้องมีการหักมูลค่าเวชภัณฑ์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเบิกจากแม่ข่ายไปก่อนการจัดสรร ในกรณีที่มูลค่าการเบิกเวชภัณฑ์ต่ำกว่ามูลค่าตามปริมาณและน้ำหนักบริการที่จัดก็จะได้รับการจัดสรรเงินเพิ่มเติม

ให้ แต่ในกรณีที่มีมูลค่าการเบิกเวชภัณฑ์เกินกว่ามูลค่าปริมาณและน้ำหนักบริการที่ให้มักไม่มีการเรียกเงินคืน

3) การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในลักษณะตามรายหัวประชากร มีการใช้บอยในการสนับสนุนงบบริการส่งเสริมป้องกันโดยเฉพาะบริการส่งเสริมป้องกันในชุมชน (ในพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนตำบล) นอกจากนั้นยังพบในการจัดสรรงบบริการส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาล (สงขลา ศรีสะเกษ) และในพื้นที่ (เชียงราย) ทั้งนี้สงขลา มีการแบ่งสัดส่วนของงบส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาลสำหรับการจัดสรรตามปริมาณบริการ (50-70%) ตามจำนวนประชากร (20-30%) และสำหรับบริหารจัดการ (10-20%)

4) จัดสรรให้ในลักษณะแผนงาน/โครงการ พบบอยสำหรับงบส่งเสริมป้องกันในชุมชน และในพื้นที่ โดยให้หน่วยบริการปฐมภูมิ/ เครือข่าย/ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ จัดทำแผนงานโครงการในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตามวงเงินที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละปี

5) จัดสรรให้ในลักษณะแบ่งสัดส่วนกันระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย เช่น การแบ่งงบส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาลและในชุมชนของเครือข่ายเอกชนในจังหวัดสมุทรปราการ มีการแบ่งสัดส่วนระหว่างโรงพยาบาลและสอ. 20 : 80 หรือกรณีการแบ่งงบบริการส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาลของจังหวัดหนองบัวลำภูแบ่งสัดส่วนระหว่างโรงพยาบาลและสอ. 50: 50

6) การจัดสรรงบสำหรับการพัฒนาและบริหารจัดการของเครือข่าย มีการกั้นงบบริการส่งเสริมป้องกันสำหรับการพัฒนาระบบบริการและการติดตามกำกับกับการดำเนินงาน

7) การสนับสนุนเฉพาะกิจ เช่น CUP สนับสนุนเงินงบประมาณ (buffer) ด้วยการเติมเงิน (เงิน buffer) แก่ สอ.ที่เงินคงเหลือน้อยกว่า 100,000 บาท (หนองบัวลำภู อุทัยธานี) นอกจากนี้ยังพบว่า ในบางพื้นที่จะใช้รูปแบบการช่วยเหลือระหว่าง สอ. ด้วยกัน คือ สอ.ที่มีเงินคงเหลือมากจะช่วยเหลือ สอ. ที่มีเงินคงเหลือน้อย (กาฬสินธุ์ อุทัยธานี)

ตารางที่ 4.2 รูปแบบการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

	นครนายก	สมุทรปราการ	สมุทรสงคราม	อุทัยธานี	เชียงราย	พิษณุโลก	กาฬสินธุ์	ศรีสะเกษ	สุรินทร์	หนองบัวลำภู	สงขลา	สุราษฎร์ธานี
OP												
Fixed cost	✓		✓	+/-	✓	✓	✓	✓		✓	+/-	✓
ตามปริมาณน้ำหนักรับบริการ												✓
เวชภัณฑ์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
สัดส่วน รพ.: สอ.								✓				
PP expressed demand												
เวชภัณฑ์						✓		✓			✓	✓
ปริมาณน้ำหนักรับบริการ				+/-		✓					✓	✓
ค่าตรวจวินิจฉัย PP												✓
รายหัวประชากร								✓			✓	
พัฒนาบริหารจัดการ											✓	
สัดส่วน		✓ (เอกชน 20:80)								✓ 50:50		
PP community												
รายหัวประชากร				✓	✓			✓	✓	✓		✓
แผนงานโครงการ	✓		✓	+/-		✓	✓	✓			✓	
สัดส่วน 20:80		✓ (เอกชน)										
PP area-based												
แผนงานโครงการ	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ค่าบริหารจัดการ						✓					✓	✓
รายหัว					✓							

หมายเหตุ ✓ หมายถึงมีรูปแบบดังกล่าวทุกเครือข่ายในจังหวัด +/- หมายถึงมีรูปแบบดังกล่าวในบางเครือข่าย

4.5.2 การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์และวัสดุ แม่ข่ายเกือบทุกแห่งให้การสนับสนุนด้านยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบและสามารถเบิกได้ไม่จำกัดปริมาณ ยกเว้นเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งสนับสนุนเป็นเงินแทน และลูกข่ายในเครือข่ายนี้ไปเบิกยาและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลสมุทรปราการแทนและหักกลับใช้หนี้กันที่หลัง ในการควบคุมกำกับการใช้ยามักใช้ประสบการณ์การใช้ในอดีตและปริมาณผู้ป่วย หรือภาระบริการที่โรงพยาบาลส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ พิจารณาตามความเหมาะสม เช่น สถานีอนามัยขนาดเล็ก สถานีอนามัยขนาดใหญ่ และ สถานีอนามัยที่มีแพทย์ออกตรวจ เป็นต้น สำหรับบางแห่งมีการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกแก่ลูกข่ายด้วยหลังหักกลับด้วยมูลค่าเวชภัณฑ์ที่เบิกไปเพื่อให้ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ

4.5.3 การสนับสนุนด้านบุคลากร ในหลายพื้นที่มีการกันเงินสำหรับการจ้างลูกจ้างเพื่อช่วยเหลือการทำงานของสถานีอนามัย โดยอาจใช้เงินที่กันที่จังหวัดหรือที่กันที่เครือข่ายแล้วแต่จะตกลงกันในแต่ละจังหวัด บางแห่งมีการส่งพยาบาลวิชาชีพออกไปทำงานประจำที่สถานีอนามัยโดยตำแหน่งยังอยู่ที่โรงพยาบาล รวมถึงมีแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสายอื่น เวียนไปให้บริการที่สถานีอนามัยหลักเป็นบางเวลา (ความถี่ต่างกันในแต่ละพื้นที่และขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ) หรือการให้แพทย์เป็นที่ปรึกษาแก่โซนต่างๆ 24 ชั่วโมง (รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก)

4.5.4 การสนับสนุนด้านวิชาการ พัฒนา และบริหารจัดการ มีการสนับสนุนการปฏิบัติงานแก่เครือข่าย พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการ เช่น การให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมาร่วมเรียนรู้และประชุมวิชาการร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นระยะ การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเครือข่ายจ้างโปรแกรมเมอร์เพื่อแก้ปัญหาเรื่องระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (หนองบัวลำภู) การพัฒนาระบบการให้บริการต่างๆ ให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้สะดวก รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ในด้านการบริหารจัดการ เช่น คลังยา/เวชภัณฑ์ รพ.จัดทำบัญชีรายการยาสำหรับใช้ในสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน และดูแลการเบิกยา/เวชภัณฑ์ โดยคณะอนุกรรมการมาจากทุกฝ่ายและประชุมจัดทำแผนทุกปี และสรุปผลการดำเนินงานอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หาแนวทางการพัฒนา ตลอดจนแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกัน หรือการพัฒนาระบบจัดส่งยา/เวชภัณฑ์ให้กับ PCU/สถานีอนามัย (กาฬสินธุ์) เป็นต้น

โดยสรุปจากนโยบายการให้ทำงานเป็นเครือข่ายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ก่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และมีแนวโน้มดีขึ้น แม้ในบางพื้นที่ยังมีข้อจำกัดในการสนับสนุนการพัฒนาอยู่บ้าง เช่น ในเครือข่ายที่ประสบกับปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ หรือในเครือข่ายโรงพยาบาลใหญ่บางแห่ง (ในขณะที่ยังมีโรงพยาบาลใหญ่บางแห่งที่สามารถพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิได้อย่างน่าชื่นชม เช่น กรณี

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ด้วยลักษณะการพัฒนาและการทำงานของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ต่างกันค่อนข้างมาก ทำให้มีข้อแตกต่างในแนวคิดการสนับสนุนและการทำงานในลักษณะเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะหากแนวคิดของบุคลากรในฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลต่อเรื่องดังกล่าวไม่เข้มข้น ก็คงหลีกเลี่ยงมิได้ที่จะมีผลกระทบต่อการพัฒนาและสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

4.6 ความคิดเห็นต่อการทำงานเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ความคิดเห็นต่อการทำงานเครือข่าย การสนับสนุนของแม่ข่าย และการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สรุปได้ดังในตารางที่ 4.3 ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการกล่าวถึงกันในแต่ละเครือข่าย ทั้งนี้สิ่งที่ต้องตระหนักคือ คำถามของทีมีวิจัยเป็นแบบปลายเปิดให้อิสระกับตัวอย่างในพื้นที่ในการแสดงความคิดเห็น ดังนั้นประเด็นความเห็นที่น่าสนใจในตารางคือ ประเด็นที่มีการกล่าวถึงในการสัมภาษณ์และสนทนาในเชิงบวก (+) หรือลบ (-) ซึ่งสะท้อนถึงประเด็นที่ได้รับความสนใจหรือกังวลของผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ โดยเครื่องหมายแต่ละอัน (+/-) แทนความเห็นของแต่ละเครือข่าย ทั้งนี้การที่พื้นที่มิได้กล่าวถึงประเด็นดังกล่าวคงไม่ได้หมายความว่าไม่มีประเด็นเพียงแต่ประเด็นดังกล่าวอาจไม่โดดเด่นมากหรือเป็นที่ทราบกันดีแล้ว

การทำงานเป็นเครือข่ายและการสนับสนุนในเครือข่าย การทำงานเป็นเครือข่ายได้เกิดขึ้นในทุกพื้นที่เพียงแต่บางพื้นที่อาจยังคงมีปัญหาอยู่บ้าง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ทรัพยากรขาดแคลน เช่น จังหวัดขนาดเล็กในภาคกลาง เครือข่ายขนาดเล็ก หรือเครือข่ายโรงพยาบาลใหญ่ เนื่องจากข้อจำกัดและบริบทจำกัดทำให้การทำงานร่วมกันรวมถึงการสนับสนุนยังมีข้อติดขัดอยู่บ้าง โดยรวมแล้วนโยบายการทำสัญญากับเครือข่ายและให้แม่ข่ายต้องดูแลและทำงานร่วมกับลูกข่ายมากขึ้น แม้ในพื้นที่ที่ยังคงมีปัญหาอุปสรรคในการสนับสนุนอยู่ก็ตาม (เครื่องหมาย - ในเครือข่ายที่ให้ข้อมูลเป็นในลักษณะที่ยังไม่ค่อยพึงพอใจกับการสนับสนุนที่ได้รับ)

ตารางที่ 4.3 ความเห็นต่อการทำงานเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงจากนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า

	นครนายก	สมุทรปราการ	สมุทรสงคราม	อุทัยธานี	เชียงใหม่	พิษณุโลก	กาฬสินธุ์	ศรีสะเกษ	สุรินทร์	หนองบัวลำภู	สงขลา	สุราษฎร์ธานี
การทำงานเป็นเครือข่าย	+-	--+	+++	-+	-+	++++	++	+++	+++	+++	+-	+++
การสนับสนุนกัน	+-	+++	+++	+++	+-	+-	++	++++	+++	+++	+-	+++
ความเปลี่ยนแปลง												
การทำงานเชิงรุก	-	+	+	++-	+		++			+	+	+
การเข้าถึงบริการ	++	+++	++	++	+	++	+	+++	++	++	++	++
งานส่งเสริมป้องกัน		+			-	+-		-		++		-
คุณภาพหน่วยบริการ	+	+		+++	+	+++	+	++	+	+++	+	++
การร้องเรียน		--	-		-			-				
การบริหารจัดการ	--	--	+-	++			+	+++	++	+	++-	-+
ข้อมูล/รายงาน/ ตัวชี้วัด	--		--	--		-	--	-+-	+	---		--

หมายเหตุ + หมายถึงมีเหตุการณ์นั้นเพิ่มหรือมีผลเชิงบวก - หมายถึงเหตุการณ์นั้นลดหรือมีผลเชิงลบ
จำนวนเครื่องหมายแทนจำนวนเครือข่ายที่ให้ความเห็นในเรื่องนั้นๆ

สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัดเจนคงเป็นเรื่อง **การเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดีขึ้น** รวมถึง**คุณภาพและศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ** ในทุกพื้นที่เห็นตรงกันว่าประชาชนได้ประโยชน์เข้าถึงบริการได้เพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันหน่วยบริการปฐมภูมิก็ได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งในด้านกำลังคนที่มีพยาบาลวิชาชีพให้บริการในสถานอนามัยหรือแพทย์เวียนไปให้บริการในบางแห่ง การมียาและเวชภัณฑ์ตามกรอบในการให้บริการอย่างเพียงพอ รวมถึงการได้รับการพัฒนาศักยภาพจากทีมโรงพยาบาล และมีการทำงานด้านคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

การทำงานเชิงรุก โดยเฉพาะการทำงานเชิงรุกเข้าไปในชุมชน เพื่อให้บริการแก่กลุ่มด้อยโอกาสและกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้พิการ ผู้มีภาวะทุพพลภาพ ฯลฯ มีการทำงานในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผู้บริหารเครือข่ายมีแนวคิดแบบเวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมีการให้ข้อมูลว่ามีความชัดเจนมากขึ้นว่าครอบคลุมบริการอะไรบ้าง อย่างไรก็ดีในบางพื้นที่รายงานว่าสามารถทำงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคลดลงจากภาระงานบริการที่เพิ่มมากขึ้น

การบริหารจัดการเครือข่าย เช่น เรื่องความชัดเจนของการบริหารงบประมาณ ระบบบัญชี และระบบข้อมูล มีการรายงานว่าดีขึ้นในหลายพื้นที่โดยเฉพาะในจังหวัดที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจากการจัดสรรเงินในลักษณะตามหัวประชากร อย่างไรก็ตามก็ดีขึ้นเหมือนกัน ได้รับการปันจากพื้นที่ที่ได้รับงบประมาณจำกัดจากวิธีการจัดสรรเงิน เช่น ในจังหวัดเขตภาคกลาง ประเด็นที่มีการหยิบยกขึ้นมามีปัญหาอุปสรรคในการทำงานคือเรื่องระบบรายงานที่มีจำนวนมากและซ้ำซ้อนที่ถูกกำหนดจากส่วนกลาง นอกจากนั้นก็มีประเด็นเรื่องการจัดสรรงบประมาณตามรายการของสปสช. ทำให้การทำงานแยกส่วนและแรงจูงใจของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการเป็นไปเพื่อให้ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นแทนที่จะผลลัพธ์สุขภาพในภาพรวมของประชากรในพื้นที่

4.7 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในพื้นที่ตัวอย่าง สะท้อนภาพปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาและสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิดังนี้

- 1.) ปัญหาเรื่องการมีบุคลากรสาธารณสุขจำกัดเป็นปัญหาหลักที่มีการกล่าวถึงมากที่สุด และบางพื้นที่มีความไม่มั่นคงจากการโยกย้าย การขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ รวมทั้งจำนวนและศักยภาพของบุคลากร กล่าวคือ สถานีอนามัยมีบุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับภาระงานโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ นอกจากนี้ยังมีการขาดแคลนในลักษณะของการขาดความต่อเนื่องของบุคลากรที่ทำงานจากการโยกย้าย ทำให้ขาดแคลนบุคลากรที่จะไปทำงานเชิงรุกอย่างยั่งยืน
- 2.) โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิมีแม่ข่ายที่เป็นเอกชน ยังมีจุดอ่อนในด้านการสนับสนุนในเชิงวิชาการ สำหรับงานส่งเสริมป้องกัน และการสนับสนุนลูกข่ายในเชิงวิชาการจะเป็นข้อดกดันเบื้องต้นในการจัดสรรเงินระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม ข้อดกดันดังกล่าวไม่ทราบถึงผู้ปฏิบัติงานทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจว่ารพ.แม่ข่ายไม่ให้การสนับสนุน
- 3.) การทำงานที่ซ้ำซ้อนหลายหน่วยงานขาดการผสมผสาน เช่น การกำหนดดัชนีชี้วัด KPI มาก ใช้เวลาจัดการมาก บางตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ (หนองบัวลำภู พิษณุโลก นครนายก) รวมทั้ง ความหลากหลายของนโยบาย และความไม่พอเพียงของบุคลากรที่จะทำงานตอบสนองนโยบายนั้นๆ บางครั้งพบปัญหาการคีย์ข้อมูลในบางพื้นที่ซึ่งการคีย์ข้อมูลต้องการทำเพียงเพื่อประกอบของงบประมาณโดยขาดความเข้าใจในการคีย์ข้อมูล (กาฬสินธุ์)

- 4.) ความโปร่งใสของเกณฑ์การจัดสรรและขาดการสื่อสารทำความเข้าใจ กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งไม่ค่อยทราบเรื่องเงินสนับสนุนต่างๆ ถ้า CUP ไม่ชี้แจงหรือแจ้งให้ทราบ ระบบการบริหารจัดการงบประมาณบางส่วนไม่กำหนดหลักเกณฑ์การบริหารจัดการที่ชัดเจนและเหมาะสม เช่น โบนัส
- 5.) การบริหารจัดการงบประมาณโดยจังหวัด มีการกั้นเงินงบประมาณไว้ที่ สสจ. มากเกินไปทำให้เงินที่จะนำไปใช้บริหารจัดการในงานปฐมภูมิมีน้อย ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานเนื่องจากงบประมาณที่จำกัด ขณะเดียวกันการช่วยเหลือหน่วยบริการหรือเครือข่ายที่ได้รับงบประมาณจำกัดที่ดำเนินการต่อเนื่องทุกปีโดยไม่มีเป้าหมายปลายทางว่าจะจบอย่างไรทำให้ไม่เกิดแรงจูงใจในการปรับตัวหรือปฏิรูป
- 6.) ในการบริหารเครือข่ายปัจจุบันอิงกับนโยบายของผู้บริหารเครือข่ายฝ่ายโรงพยาบาลค่อนข้างมาก แม้จะมีกรรมการเครือข่าย แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร CUP จะส่งผลให้ ความสัมพันธ์ระหว่าง รพ. และ สสอ. และความเข้าใจในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ (ซึ่งปรับเปลี่ยนตลอดเวลา) นอกจากนั้นโครงสร้างบริหารของหน่วยบริการระดับอำเภอ มีสองสายบังคับบัญชา ไม่เป็นเอกภาพ ทำให้การจัดการและการพัฒนาคุณภาพทำได้ยากลำบาก ปัญหาเรื่องการสื่อสารและการประสานงานซ้ำใน CUP ขนาดใหญ่ ทำให้กระบวนการทำงานเป็นไปไม่ได้ซ้ำ บางครั้งอาจต้องใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัว ซึ่งเป็นรูปแบบที่ไม่ยั่งยืน เนื่องจากถ้าเปลี่ยนคนความสัมพันธ์ก็อาจเปลี่ยนไป
- 7.) “แนวคิดเรื่องงานแลกเงิน” ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการทำงานอย่างไม่ค่อยมีความสุข หรือทำงานแบบแยกส่วนไม่เกิดการบูรณาการ และเจ้าหน้าที่ทำข้อมูลเพื่อให้ได้งบประมาณเพิ่มขึ้นแทนที่จะสนใจให้บริการแบบองค์รวม
- 8.) การปรับเปลี่ยนนโยบายบ่อย ผู้กำหนดนโยบายเป็นลักษณะต่างคนต่างคิด นโยบายจากส่วนกลางเน้นการสั่งการ พื้นที่ไม่มีส่วนในการคิดนโยบายเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของตน ความไม่สอดคล้องของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. สร้างความสับสนแก่ผู้ปฏิบัติงาน

4.8. ประเด็นท้าทายสำหรับข้อเสนอการจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

- 1) ความเป็นไปได้ที่จะจำแนกการดูแลเงิน UC ต่างหาก (เช่น เงินผู้ป่วยนอก) โดยให้โรงพยาบาลเน้นที่การบริการทุติยภูมิและตติยภูมิมากขึ้น หรืออย่างน้อยก็มีข้อเสนอให้แยกเงินของเครือข่ายออกจากเงินบัญชีโรงพยาบาล
- 2) การปรับโครงสร้างหรือผสมผสานสายการบังคับบัญชาและประสานงาน ให้เกิดการบริหารจัดการให้ รพ. สสอ. สอ. ทำงานได้อย่างราบรื่น

- 3) เนื่องจากจำนวนภาระงานรักษาพยาบาลมากขึ้น ทำให้เกิดประเด็นความเหมาะสมของ
ในการจัดสรรเวลาของสถานีนอมนัยเพื่อทำงานรักษาพยาบาลและงานส่งเสริมป้องกัน
เชิงรุก
- 4) การพิจารณาจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับพื้นที่ ปชก.น้อย เพราะโอกาสการ
พัฒนาน้อย หรือไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานที่มีคุณภาพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหาก
รายได้จากสวัสดิการข้าราชการในอนาคตมีข้อจำกัดมากขึ้น ทำให้มีการขาดเงิน
Cross-subsidy

บทที่ 5

สถานการณ์การบริหารการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ในบทนี้จะนำเสนอข้อมูลการสำรวจเชิงปริมาณจากพื้นที่การศึกษาทั้งหมด 12 จังหวัด ในประเด็นด้านลักษณะทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย การระดมทุนจากแหล่งอื่นของสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ และรายรับรายจ่ายและสถานการณ์เงินบำรุงของสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและแม่ข่าย

5.1 ข้อมูลทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิจากพื้นที่ตัวอย่าง 44 เครือข่าย ใน 12 จังหวัด ตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างที่กำหนด โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 671 แห่ง โดยเป็นหน่วยบริการที่มีแม่ข่ายเป็นโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 100 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 170 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 396 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 5 แห่ง (ตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 จำนวนตัวอย่างหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิจำแนกตามประเภทเครือข่ายและจังหวัด

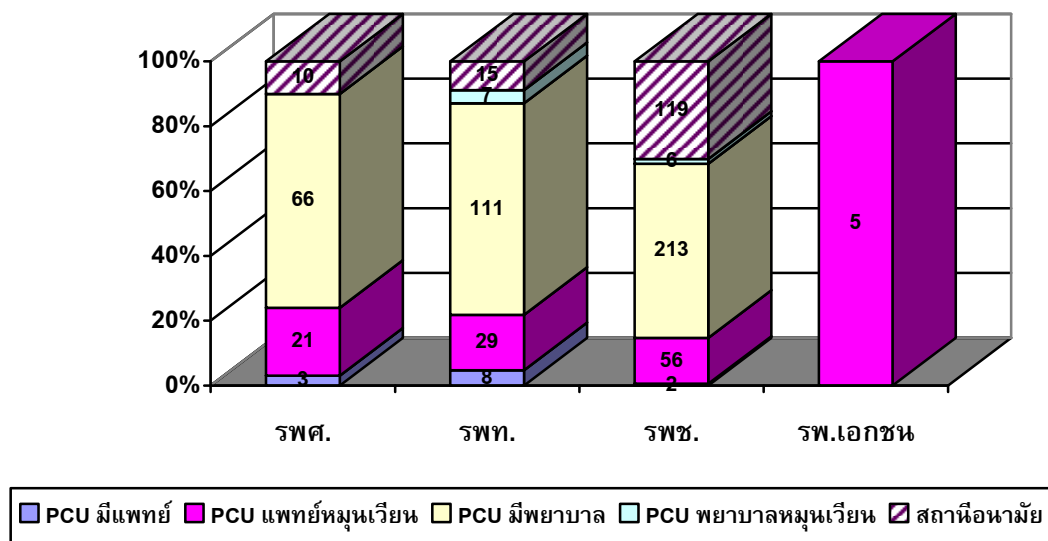
รหัสจังหวัด	จังหวัด	จำนวน เครือข่าย	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิตามประเภทแม่ข่าย				รวม
			รพศ.	รพท.	รพช.	รพ.เอกชน	
1100	สมุทรปราการ	3		19	10	5	34
2600	นครนายก	4		19	37		56
3200	สุรินทร์	3	29		28		57
3300	ศรีสะเกษ	4		23	72		95
3900	หนองบัวลำภู	3		20	31		51
4600	กาฬสินธุ์	3		28	25		53
5700	เชียงราย	3	29		16		45
6100	อุทัยธานี	8		16	74		90
6500	พิษณุโลก	4	25		30		55
7500	สมุทรสงคราม	3		22	30		52
8400	สุราษฎร์ธานี	3	17		25		42
9000	สงขลา	3		23	18		41
		44	100	170	396	5	671

ร้อยละ 90 ของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) เป็นหน่วยบริการที่มีแพทย์และหรือพยาบาลวิชาชีพ

ประจำให้บริการ โดยประมาณร้อยละ 20 มีแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการ ในขณะที่ร้อยละ 70 มีพยาบาลประจำให้บริการ ส่วนเขตอำเภอรอบนอกที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หน่วยบริการปฐมภูมิร้อยละ 70 มีแพทย์หรือพยาบาลให้บริการส่วนอีกร้อยละ 30 ยังคงเป็นสถานีอนามัยที่ไม่มีพยาบาลให้บริการ ส่วนเครือข่ายของโรงพยาบาลเอกชนมีแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการบางเวลาทั้งห้าแห่ง (แผนภาพที่ 5.1)

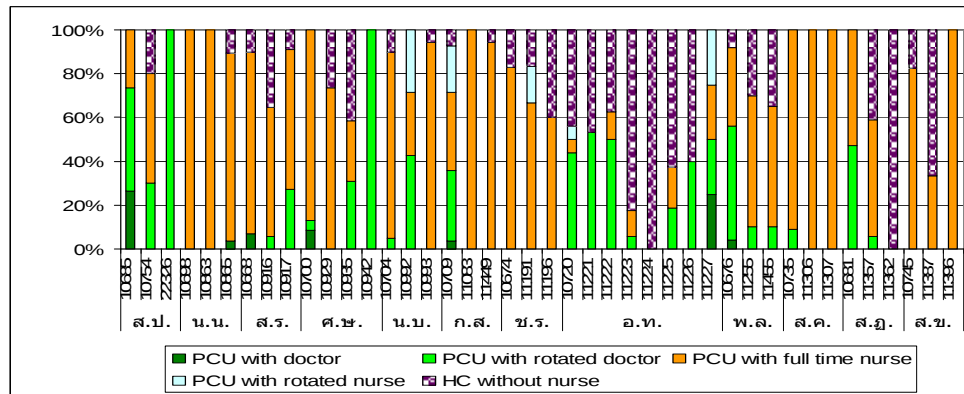
เมื่อพิจารณาประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิรายเครือข่าย (แผนภาพที่ 5.2) พบว่า ร้อยละ 79 ของหน่วยบริการปฐมภูมิใน 44 เครือข่ายมีแพทย์หรือพยาบาลให้บริการ โดยจังหวัดอุทัยธานีมีสัดส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์หรือพยาบาลไปให้บริการต่ำสุด (ร้อยละ 43) ตามมาด้วยจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ร้อยละ 64) และสงขลา (ร้อยละ 66)

แผนภาพที่ 5.1 ประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามแม่ข่าย



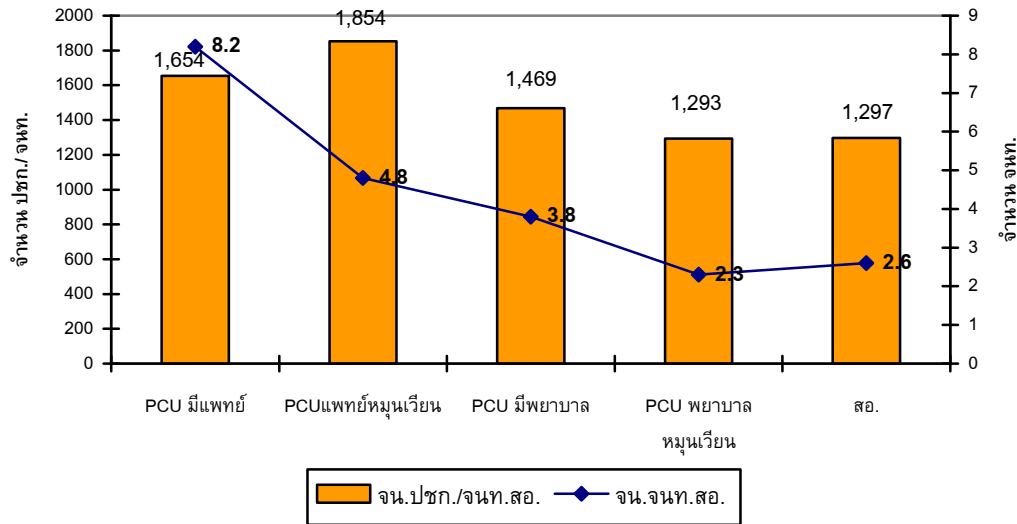
แผนภาพที่ 5.2 สัดส่วนของหน่วยบริการประเภทต่างๆ จำแนกตามเครือข่าย

ประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิรายเครือข่ายและจังหวัด



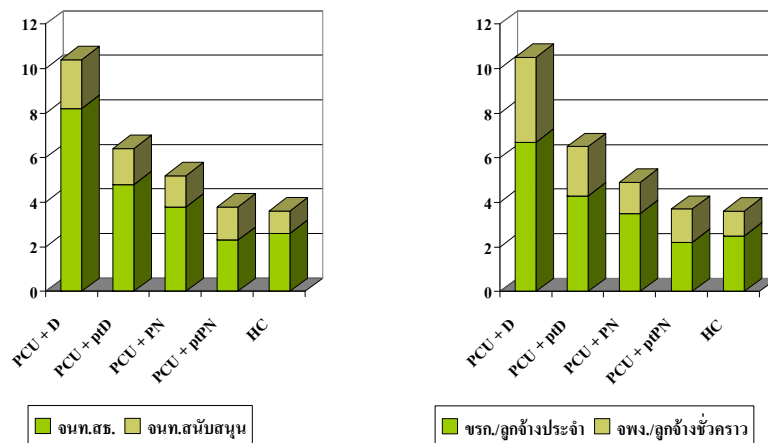
สำหรับจำนวนบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าในหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำมีบุคลากรสาธารณสุขเฉลี่ย 8.2 คน และ 4.5 คนในหน่วยบริการที่มีแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการบางวัน 3.8 คนในหน่วยบริการที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ และในหน่วยบริการที่มีพยาบาลหมุนเวียนไปให้บริการบางวันและที่ไม่มีพยาบาลมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉลี่ย 2.5-2.6 คน และมีบุคลากรสนับสนุนอีกประมาณ 2 คนต่อแห่ง โดยในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการประจำมีสัดส่วนของบุคลากรที่จ้างด้วยเงินบำรุงมากกว่าหน่วยบริการประเภทอื่น เมื่อพิจารณาจำนวนประชากรที่รับผิดชอบแม้ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์หรือพยาบาลจะมีจำนวนบุคลากรมากกว่าหน่วยบริการที่ไม่มี แต่ก็ยังมีจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบเมื่อเทียบกับจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่า แสดงว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์และพยาบาลจะเป็นพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นกว่าในพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์หรือพยาบาล

แผนภาพที่ 5.3 จำนวนบุคลากรเฉลี่ยจำแนกตามประเภทหน่วยบริการ



แผนภาพที่ 5.4 จำนวนเจ้าหน้าที่จำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิและประเภทบุคลากร

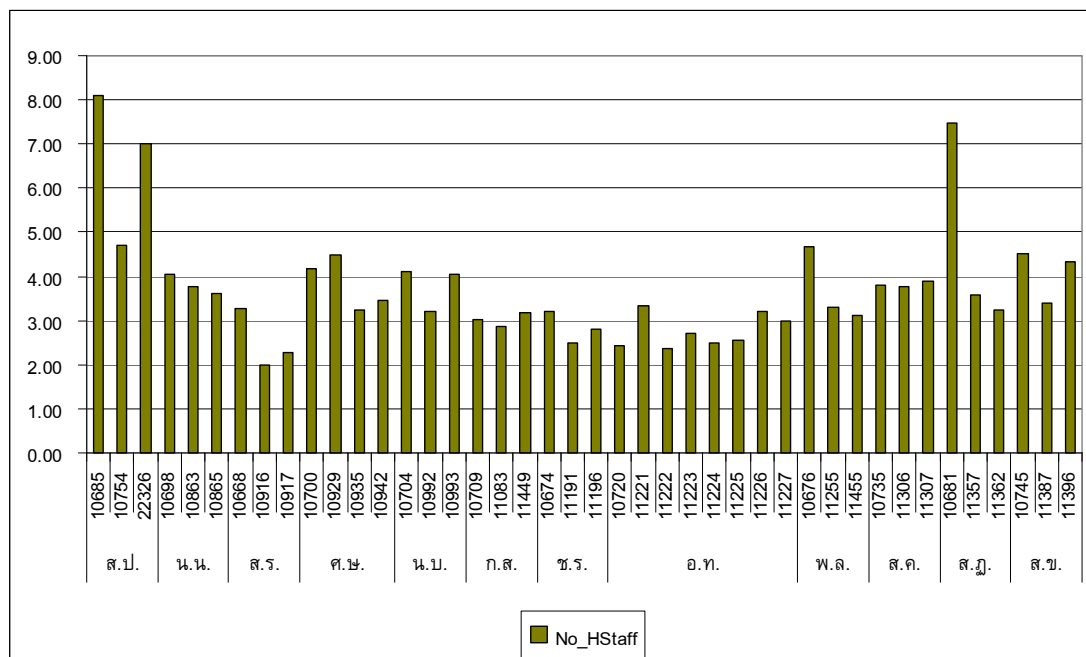
จำนวนจหน.จำแนกตามประเภท PCU และประเภทบุคลากร



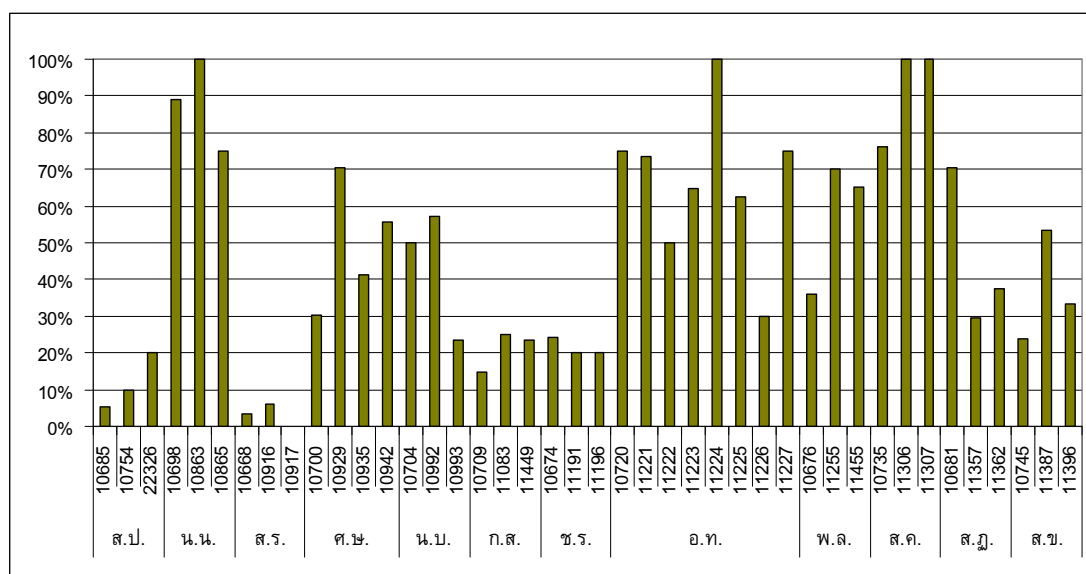
เมื่อพิจารณาแยกรายเครือข่าย พบว่า เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุรินทร์มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉลี่ยต่ำกว่าที่อื่นๆ คือเพียง 2 คน ขณะเดียวกันก็มีสัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐาน (จหน.สร 1 คน ต่อ

ประชากร 1,250 คน) ต่ำที่สุด สำหรับจังหวัดสมุทรปราการแม้มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อ
แห่งสูงแต่เนื่องจากประชากรหนาแน่นเมื่อคิดเทียบสัดส่วนกับจำนวนประชากรแล้วมีหน่วย
บริการปฐมภูมิที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่ตามเกณฑ์ในระดับต่ำรองจากจังหวัดสุรินทร์ จังหวัด
กาฬสินธุ์และเชียงรายเป็นอีกสองจังหวัดที่มีสัดส่วนจำนวนหน่วยบริการที่มีเจ้าหน้าที่ตามเกณฑ์
ในระดับต่ำ ประมาณร้อยละ 20 เท่านั้น จังหวัดที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามเกณฑ์ใน
ระดับสูงคือ จังหวัดนครนายก สมุทรสงคราม อุทัยธานี พิจิตร โลก ศรีสะเกษ และหนองบัวลำภู

แผนภาพที่ 5.5 จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉลี่ยต่อแห่งจำแนกตามเครือข่าย

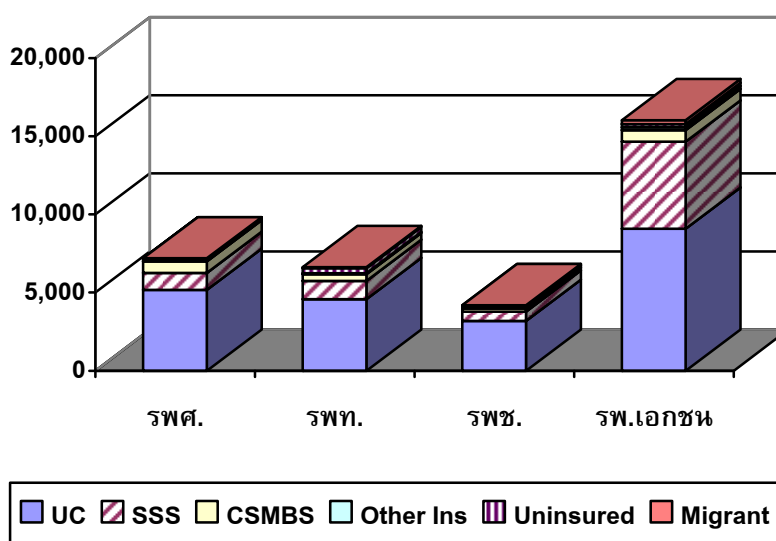


แผนภาพที่ 5.6 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครบตามเกณฑ์

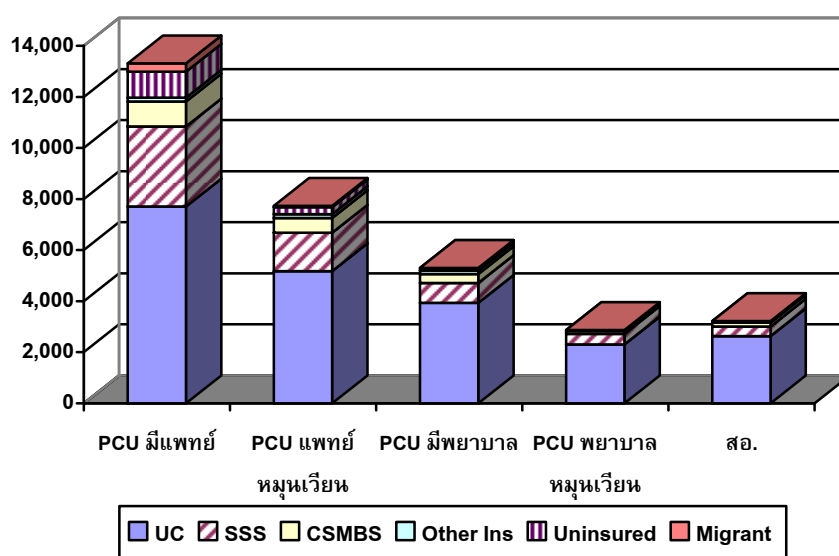


ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเขตเมือง เช่น เครือข่าย โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลเอกชน หรือ หน่วยบริการที่มีแพทย์หรือพยาบาลให้บริการจะมีจำนวนประชากรรับผิดชอบ รวมถึงสัดส่วนของผู้มีสิทธิข้าราชการ และประกันสังคม มากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบท เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน หรือเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์หรือพยาบาลให้บริการ (แผนภาพที่ 5.7 และ 5.8)

แผนภาพที่ 5.7 จำนวนประชากรจำแนกตามประเภทแม่ข่าย



แผนภาพที่ 5.8 จำนวนประชากรเฉลี่ยจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ



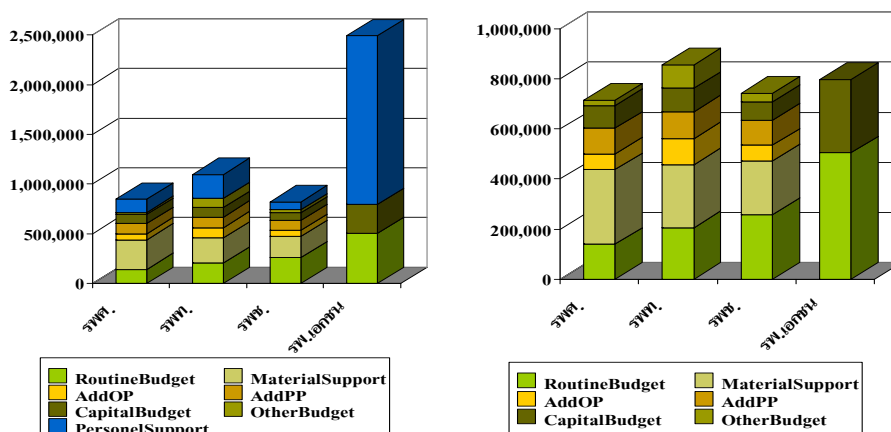
5.2 การสนับสนุนของแม่ข่ายต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

การสนับสนุนของแม่ข่ายที่มีต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายมีทั้งรูปแบบการจัดสรรเงินสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายพื้นฐาน (Fixed cost) และตามปริมาณบริการ (OP, PP) หรือตามแผนงานโครงการ (PP com) และในรูปของการสนับสนุนวัสดุและเวชภัณฑ์ รวมถึงบุคลากร เช่นการให้แพทย์หรือพยาบาลหมุนเวียนไปให้บริการ หรือไปให้บริการประจำในหน่วยบริการ การจ้างลูกจ้างให้ เป็นต้น

ทั้งนี้มูลค่าการสนับสนุนรวมของแม่ข่ายต่อลูกข่ายของเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน สูงสุด 2.5 ล้านบาท/แห่ง โดยมูลค่าบุคลากรที่สนับสนุนคิดเป็นร้อยละ 68 ของมูลค่ารวม (มีการให้แพทย์หมุนเวียนไปให้บริการทุกวัน) ในขณะที่มูลค่าการสนับสนุนบุคลากรของโรงพยาบาลประเภทอื่นอยู่ในระดับไม่สูงนัก หากไม่คิดมูลค่าบุคลากรที่สนับสนุนพบว่า มูลค่าการสนับสนุนต่อลูกข่ายไม่ต่างกันมากนักระหว่างประเภทแม่ข่าย เฉลี่ยอยู่ที่ 7-8 แสนบาท/แห่ง (แผนภาพที่ 5.9)

แผนภาพที่ 5.9 มูลค่าการสนับสนุนของแม่ข่ายต่อหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามประเภทแม่ข่าย

การสนับสนุนของแม่ข่ายจำแนกตามประเภทแม่ข่าย

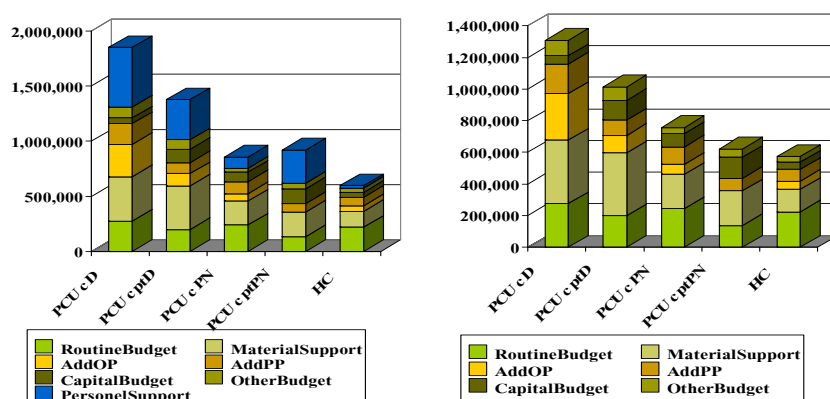


หมายเหตุ Routine Budget= ค่าใช้จ่ายพื้นฐาน, Material support= มูลค่าวัสดุ/เวชภัณฑ์, add OP= งบผู้ป่วยนอกเพิ่มเติม Add PP= งบส่งเสริมป้องกันเพิ่มเติม Capital budget = งบลงทุนทดแทน, Other budget= งบอื่นๆ, Personal support= มูลค่าบุคลากร

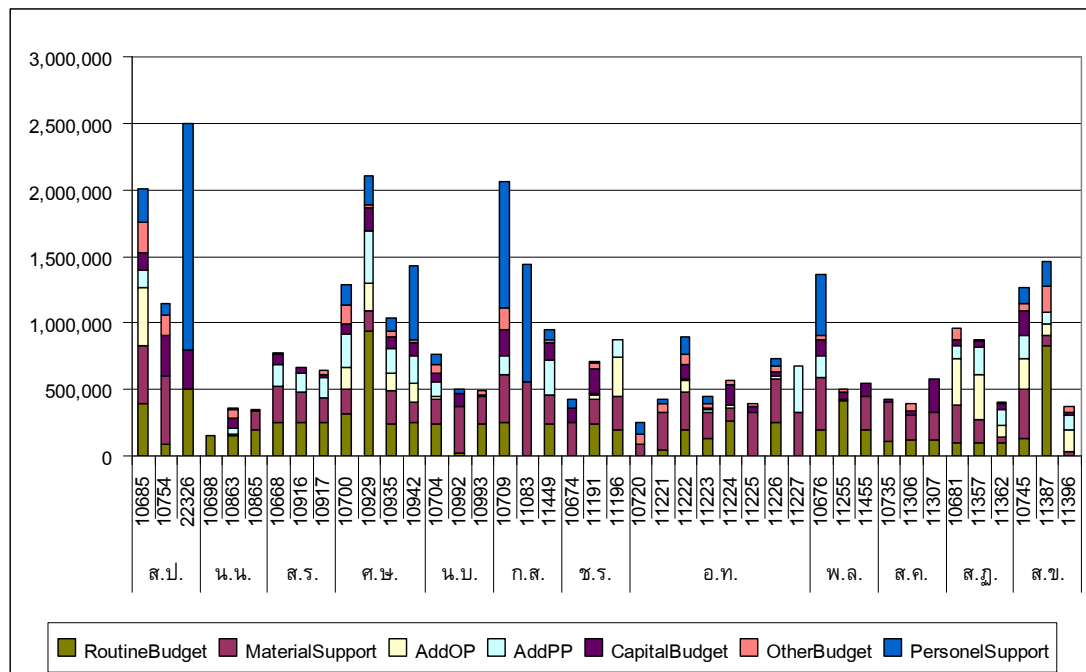
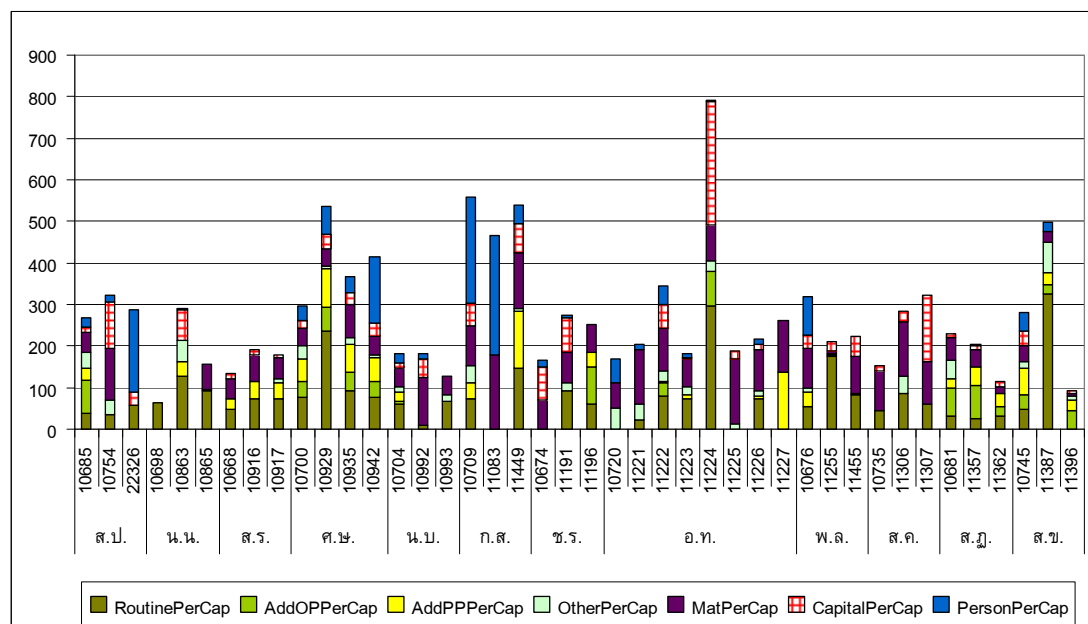
เมื่อพิจารณาการสนับสนุนของแม่ข่ายต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายจำแนกตามประเภทของลูกข่าย พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์หรือพยาบาลให้บริการทั้งในลักษณะประจำหรือบางเวลาได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่ายมากกว่าหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์/พยาบาลให้บริการ ทั้งในกรณีโดยรวมและไม่รวมมูลค่าบุคลากร โดยมูลค่าการสนับสนุนรวมต่อลูกข่ายที่มีแพทย์ให้บริการ เท่ากับ 1.9 และ 1.4 ล้านบาทสำหรับที่มีแพทย์ประจำและบางเวลาตามลำดับ และ 0.92 และ 0.97 ล้านบาทสำหรับที่มีพยาบาลประจำและบางเวลาตามลำดับ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์หรือพยาบาลได้รับสนับสนุนเฉลี่ย 6 แสนบาท/แห่ง ทั้งนี้มูลค่าการสนับสนุนบุคลากรคิดเป็นร้อยละ 28, 27, 13, 30 และ 4 สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มี แพทย์ (ประจำ, บางเวลา) พยาบาล (ประจำ, บางเวลา) และไม่มีตามลำดับ (แผนภาพที่ 5.10)

แผนภาพที่ 5.10 มูลค่าการสนับสนุนของแม่ข่ายจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ

การสนับสนุนของแม่ข่ายจำแนกตามประเภทลูกข่าย



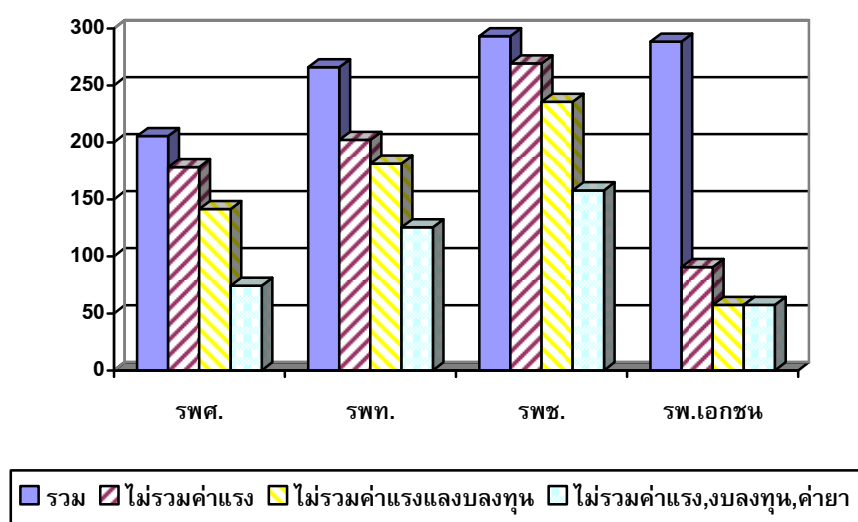
สำหรับมูลค่ารวมและมูลค่าต่อหัวประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แม่ข่ายแต่ละแห่งสนับสนุนแก่ลูกข่ายนำเสนอในแผนภาพที่ 5.11 และ 5.12 ซึ่งจะพบว่ามีความแปรปรวนค่อนข้างมากโดยมูลค่าการสนับสนุน/แห่งเฉลี่ยที่ 9.6 แสนบาท (ค่ามัธยฐาน 8.7 แสนบาท) หรือคิดเป็นมูลค่าเฉลี่ย/หัวประชากร UC ที่สนับสนุนเท่ากับ 276 บาท (ค่ามัธยฐาน 242 บาท) ทั้งนี้ครนนายกเป็นจังหวัดที่มีมูลค่าการสนับสนุนต่อแห่งในทุกเครือข่ายต่ำสุด (ไม่ถึงห้าแสนบาท) แต่จังหวัดที่มีมูลค่าการสนับสนุนต่อหัวต่ำกว่าสองร้อยบาทคือ สุรินทร์ และหนองบัวลำภู

แผนภาพที่ 5.11 มูลค่ารวมที่แม่ข่ายสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย**แผนภาพที่ 5.12** มูลค่าการสนับสนุนต่อหัวประชากร UC จำแนกรายเครือข่าย

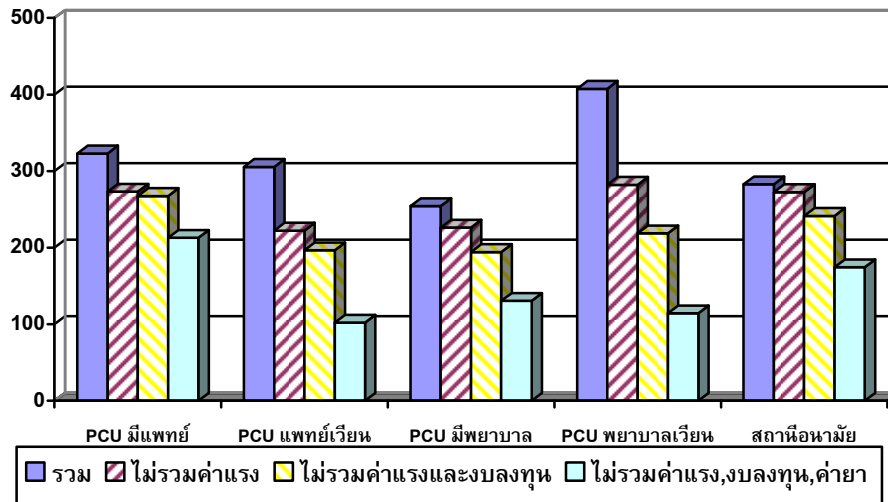
เมื่อเปรียบเทียบระหว่างแม่ข่ายที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป กับโรงพยาบาลชุมชนพบว่าแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนสนับสนุนลูกข่ายเมื่อคิดต่อหัวประชากร UC มากกว่าแม่ข่ายโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป กล่าวคือ มูลค่าการสนับสนุนรวมของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย

เท่ากับ 300 เทียบกับ 243 ของ รพศ./รพท. แต่หากไม่รวมมูลค่าบุคลากรเท่ากับ 275 เทียบกับ 193 บาท/หัว และหากไม่รวมมูลค่าบุคลากรและงบลงทุนเพื่อการทดแทนเท่ากับ 240 บาท/หัว เทียบกับ 166 บาท/หัว และหากไม่รวมทั้งมูลค่าบุคลากร งบลงทุนเพื่อการทดแทน และมูลค่าวัสดุเวชภัณฑ์ จะเท่ากับ 162 บาท/หัวของแม่ข่าย รพช. เทียบกับ 106 บาท/หัว ของแม่ข่าย รพศ./รพท. ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าไม่มีทิศทางที่ชัดเจนนัก (แผนภาพที่ 5.13 และ 5.14)

แผนภาพที่ 5.13 มูลค่าการสนับสนุนของแม่ข่ายต่อหัวประชากร UC จำแนกตามประเภทแม่ข่าย



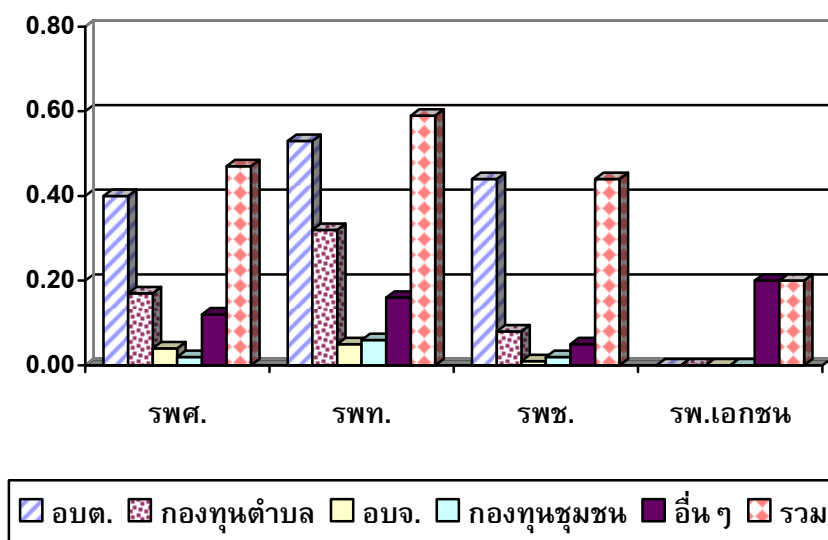
แผนภาพที่ 5.14 มูลค่าการสนับสนุนของแม่ข่ายต่อหัวประชากรจำแนกตามประเภทหน่วย
บริการปฐมภูมิ



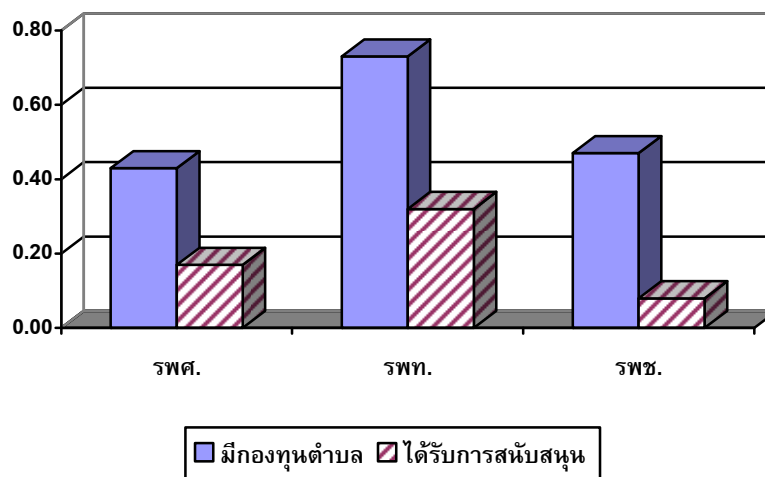
5.3 ศักยภาพในการระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่น

ร้อยละ 40 – 60 ของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขสามารถระดมทุนจากแหล่งอื่นมาดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้ แหล่งทุนอื่นที่ระดมได้ส่วนใหญ่มาจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) รองลงมาคือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ทั้งนี้มีข้อน่าสังเกตคือ ร้อยละ 53 ของหน่วยบริการปฐมภูมิมีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลแต่ไม่ถึงครึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีกองทุนตำบลได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่จากกองทุนดังกล่าว (แผนภาพที่ 5.15 และ 5.16)

แผนภาพที่ 5.15 สัดส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ระดมทุนจากแหล่งอื่นได้จำแนกตามประเภทแม่
ข่าย

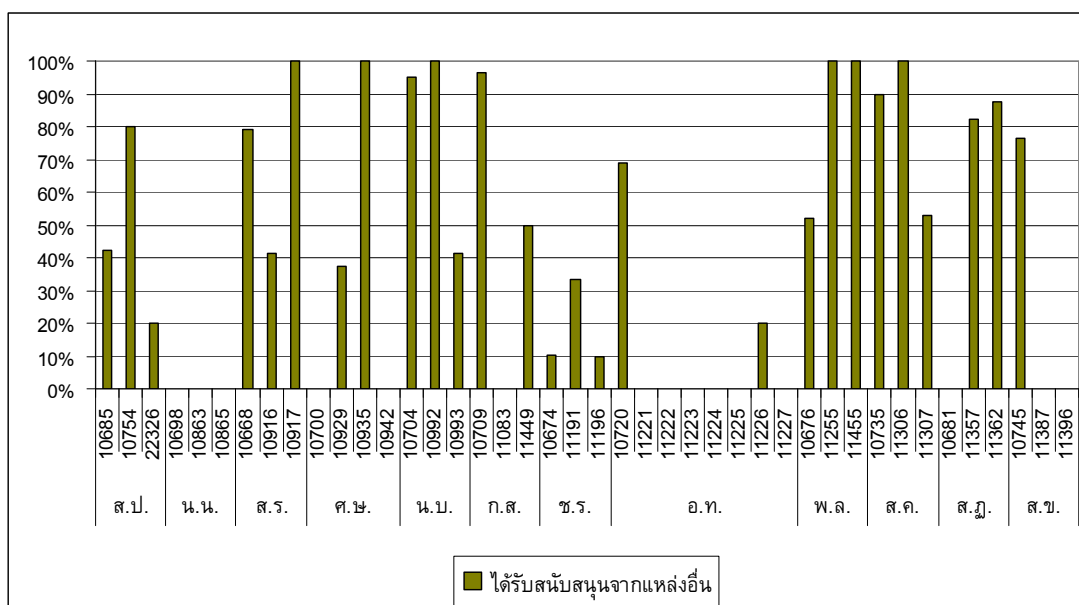


แผนภาพที่ 5.16 สัดส่วนที่มีกองทุนตำบลและที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนตำบลจำแนก
ตามแม่ข่าย



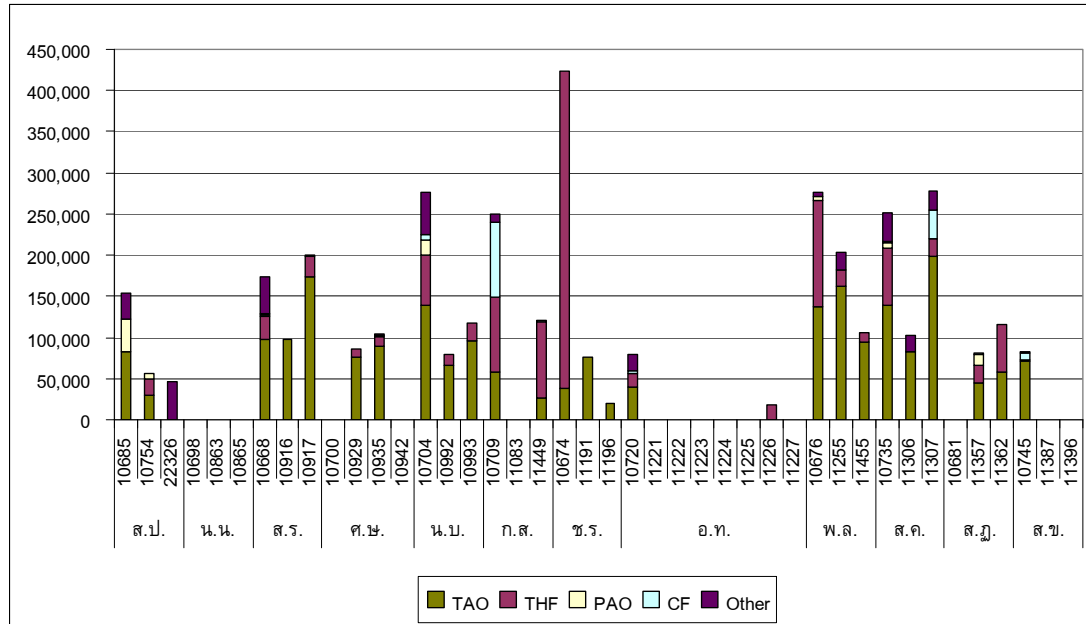
เมื่อพิจารณาการได้รับสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นของหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละเครือข่ายพบว่า จังหวัดนครนายก (0%) เชียงราย (13%) และอุทัยธานี (14%) มีสัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถระดมทุนจากแหล่งมาดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่น้อย (ในขณะที่นครนายกและเชียงรายเป็นสองจังหวัดที่มีสัดส่วนของกองทุนตำบลสูงมาก) ในขณะที่บางพื้นที่ก็มีศักยภาพในการระดมทุนจากแหล่งอื่นสูง เช่น เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดหนองบัวลำภู (78%) สมุทรสงคราม (77%) พิษณุโลก (78%) สุรินทร์ (72%) และกาฬสินธุ์ (67%)

แผนภาพที่ 5.17 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่ระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่นได้จำแนกตามเครือข่าย



สำหรับมูลค่าที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนจากแหล่งอื่นเฉลี่ยที่ 1.5 ล้านบาท/แห่ง ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุน โดยจังหวัดที่มูลค่าการสนับสนุนจากแหล่งอื่นค่อนข้างสูง (1.8 – 2 ล้านบาท/แห่ง) คือ จังหวัด สมุทรสงคราม พิษณุโลก กาฬสินธุ์ หนองบัวลำภู และเชียงราย (อำเภอเมือง) รายละเอียดดังแสดงในแผนภาพที่ 5.18

แผนภาพที่ 5.18 มูลค่าเฉลี่ยที่ระดมได้จากแหล่งอื่นของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามแม่ข่าย



หมายเหตุ TAO = องค์การบริหารส่วนตำบล, THF = กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล, PAO = องค์การบริหารส่วนจังหวัด, CF = กองทุนสวัสดิการชุมชน, Others = แหล่งอื่นๆ

5.4 สถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการปฐมภูมิ

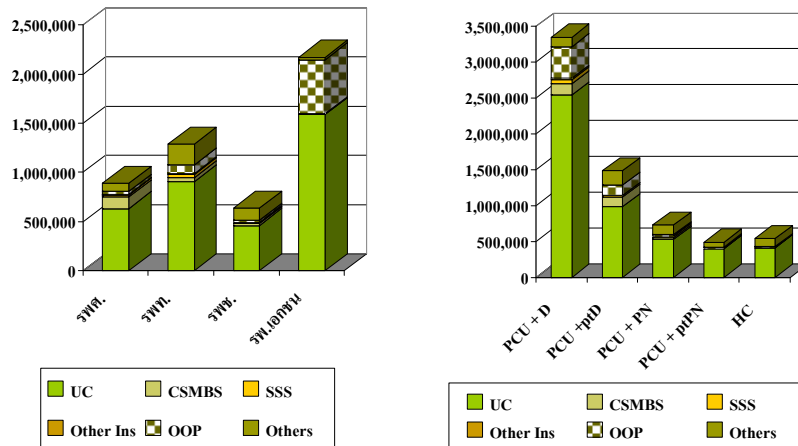
5.4.1 รายรับ เงินบำรุงหน่วยบริการปฐมภูมิ

รายรับเงินบำรุงของหน่วยบริการปฐมภูมิดูเหมือนจะแปรตามจำนวนประชากร ประเภทสิทธิ และประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสมุทรปราการและมีแพทย์เอกชนหมุนเวียนไปให้บริการ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ มีรายได้เงินบำรุงสูงกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นมาก (2 ล้านบาท และกว่า 3 ล้านบาทลำดับ) มีข้อสังเกตว่า รายได้จากการเรียกเก็บเมื่อไปใช้บริการ (Out-of-pocket) ในหน่วยปฐมภูมิทั้งสองประเภทก็สูงกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทอื่นๆ (ประมาณ 5 แสนบาท/แห่ง)

ทั้งนี้รายได้หลักเงินบำรุงของหน่วยบริการปฐมภูมิคือ รายได้จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาเป็นรายได้อื่น เช่น รายได้จากการบริจาค มีเพียงหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสมุทรปราการที่มีรายได้เงินบำรุงเฉลี่ยเกินสองล้านบาท/แห่ง รายได้เฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เกินหนึ่งล้านบาท/แห่ง (6 – 8 แสนบาท/แห่ง)

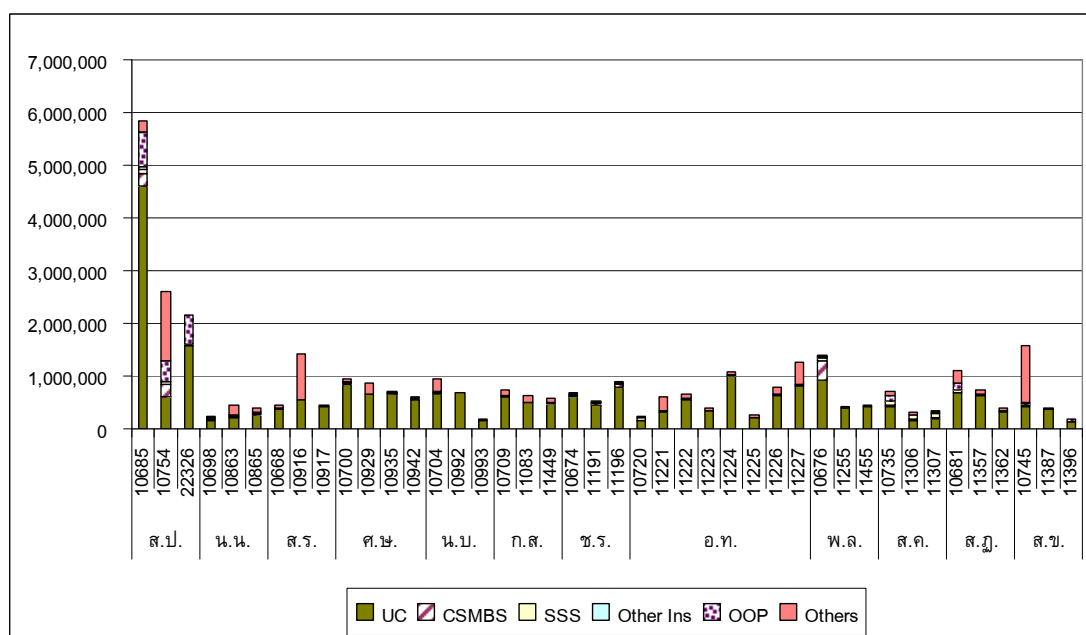
แผนภาพที่ 5.19 รายรับเงินบำรุงเฉลี่ยหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามประเภทแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ

รายรับเงินบำรุงเฉลี่ยจากแหล่งต่างๆ ตามประเภท CUP/ PCU



หมายเหตุ UC = หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, CSMBS = สวัสดิการข้าราชการ, SSS = ประกันสังคม, Other ins = ประกันสุขภาพอื่น, OOP = จ่ายเงินเองเมื่อไปใช้บริการ, Others= อื่นๆ

แผนภาพที่ 5.20 รายรับเงินบำรุงเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามแม่ข่าย

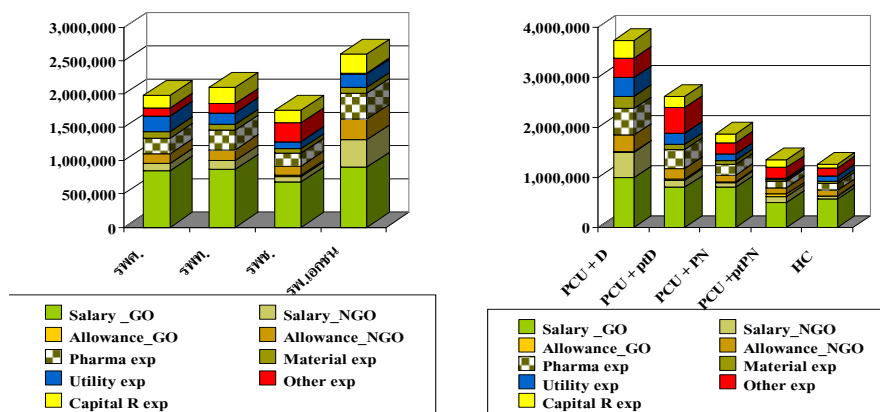


5.4.2 รายจ่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

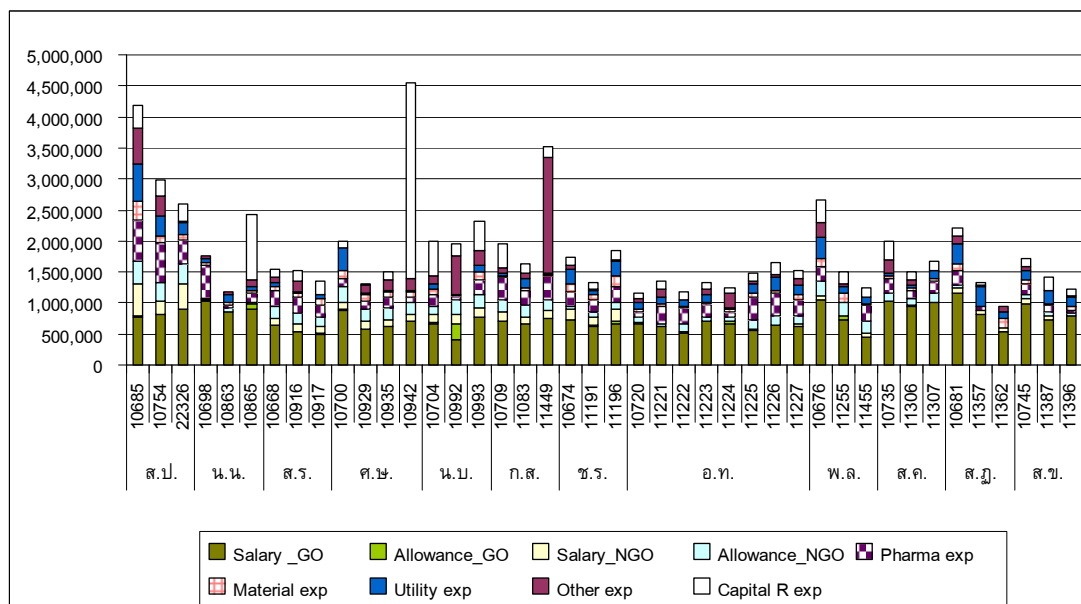
รายจ่ายของหน่วยบริการแปรตามประเภทของหน่วยบริการเป็นหลัก กล่าวคือหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำ แพทย์บางเวลา พยาบาลประจำ พยาบาลบางเวลา และไม่มีพยาบาลให้บริการ จะมีรายจ่ายลดหลั่นกันไปตามลำดับ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำมีรายจ่ายเฉลี่ยที่ 3.7 ล้านบาท/แห่ง ตามด้วย 2.6 ล้านบาท/แห่ง สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการบางเวลา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลประจำ และปฏิบัติงานบางเวลามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อแห่งที่ 1.87 และ 1.35 ล้านบาท/แห่งตามลำดับ ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีพยาบาลให้บริการมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1.26 ล้านบาท/แห่ง โดยสัดส่วนค่าแรงอยู่ที่ร้อยละ 45 – 59 ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ทั้งประจำและปฏิบัติงานบางเวลามีสัดส่วนค่าแรงต่ำกว่าอย่างชัดเจน (ร้อยละ 45-49) และมีสัดส่วนค่าวัสดุและอื่นๆสูงกว่า (ร้อยละ 41-47 เทียบกับร้อยละ 30-35) หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์ให้บริการ สำหรับสัดส่วนต้นทุนค่าเสื่อมราคานั้นไม่ต่างกันมากนักในสถานบริการปฐมภูมิแต่ละประเภท (ร้อยละ 6-11)

แผนภาพที่ 5.21 รายจ่ายเฉลี่ยหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามประเภทแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ

รายจ่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 51 จำแนกตาม CUP/PCU



หมายเหตุ Salary_GO = เงินเดือนงบประมาณ, Allowance_GO = ค่าตอบแทนงบประมาณ, Salary_NGO = เงินเดือนนอกงบประมาณ, Allowance_NGO = ค่าตอบแทนนอกงบประมาณ, Pharma. Exp = ค่ายาและเวชภัณฑ์, Material exp = ค่าวัสดุ, Utility exp = ค่าสาธารณูปโภค, Other exp = รายจ่ายอื่น, Capital R. exp = ค่าเสื่อม

แผนภาพที่ 5.22 รายจ่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกรายแม่ข่าย

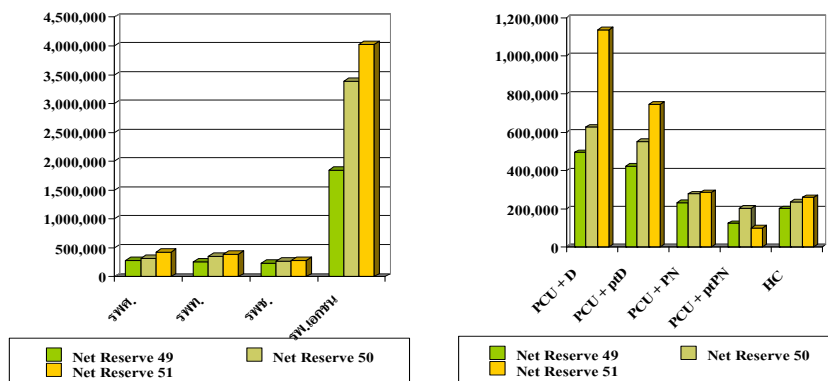
5.4.3 เงินบำรุงคงเหลือของหน่วยบริการปฐมภูมิ

แนวโน้มเงินบำรุงคงเหลือของหน่วยบริการปฐมภูมิในภาพรวมเพิ่มขึ้นในช่วงสามปีที่ผ่านมา (2549 – 2551) โดยหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย รพ.เอกชน (สมุทรปราการ) และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการทั้งในกรณีเต็มและบางเวลามีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นสูง ทั้งนี้เงินบำรุงคงเหลือของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ที่ประมาณ 2 - 3 แสนบาท/ แห่ง แต่หากเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการเงินบำรุงคงเหลือจะมากกว่า 4 แสนบาทขึ้นไป บางแห่งสูงเกินล้านหรืออาจไปถึง 3-4 ล้านบาท (หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายเอกชนสมุทรปราการ)

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีฐานะเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2549-50 และระหว่าง 2550 – 51 พบว่า ร้อยละ 64 ของหน่วยบริการปฐมภูมิมีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2549 – 50 และร้อยละ 52 ของหน่วยบริการปฐมภูมิมีฐานะเงินบำรุงเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2550 – 51 โดยหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย รพ.เอกชน มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้นตลอดสองปีที่ผ่านมา ในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์มีสัดส่วนสูงกว่าหน่วยปฐมภูมิอื่นเล็กน้อย

แผนภาพที่ 5.23 เงินบำรุงคงเหลือหน่วยบริการ จำแนกตามประเภทแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ

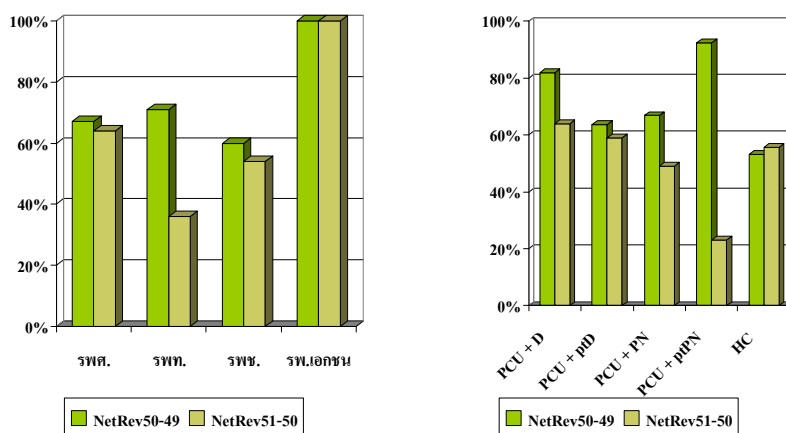
เงินบำรุงคงเหลือของหน่วยบริการปฐมภูมิ 49 - 51



หมายเหตุ Net Reserve 49 = เงินบำรุงคงเหลือสิ้นปีงบประมาณ 2549, Net Reserve 50= เงินบำรุงคงเหลือ
สิ้นปีงบประมาณ 2550, Net Reserve 51 = เงินบำรุงคงเหลือสิ้นปีงบประมาณ 2551

แผนภาพที่ 5.24 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้น จำแนกตามประเภทแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ

ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น 50, 51

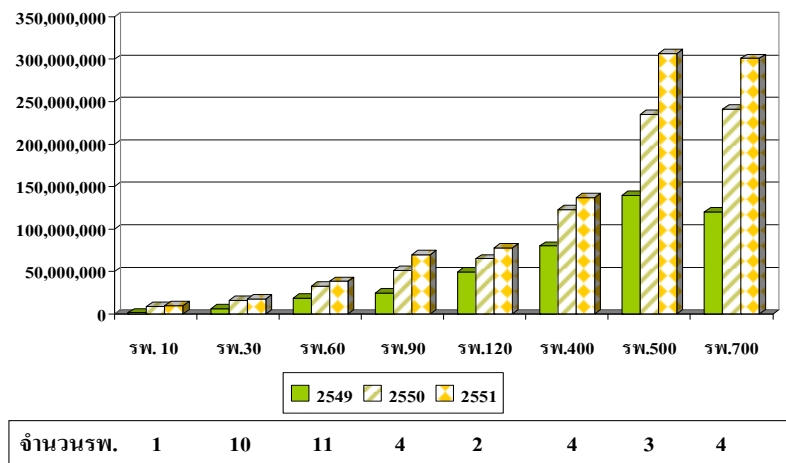


หมายเหตุ NetRev50-49= เงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2549 - 50, NetRev51-50= เงินบำรุงคงเหลือ
เพิ่มขึ้นระหว่างปี 2550 - 51

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเงินบำรุงคงเหลือของโรงพยาบาลแม่ข่ายก็พบว่ามีลักษณะเดียวกัน กล่าวคือสถานะเงินบำรุงคงเหลือของแม่ข่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงเดียวกัน โดยระหว่างปี 2549 – 50 แม่ข่ายทุกแห่งมีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้น และเหลือเพียงร้อยละ 70 ระหว่างปี 2550 – 51 โดยแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนที่เงินบำรุงเพิ่มขึ้นระหว่าง 2550-51 น้อยกว่าของ โรงพยาบาลใหญ่

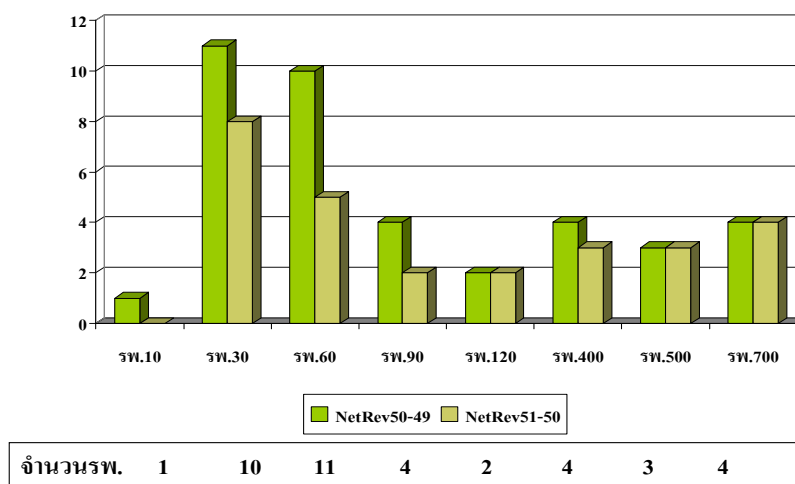
แผนภาพที่ 5.25 เงินบำรุงคงเหลือของโรงพยาบาลแม่ข่ายจำแนกตามขนาด

เงินบำรุงคงเหลือของโรงพยาบาลแม่ข่าย 2549 - 2551



แผนภาพที่ 5.26 จำนวนโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นจำแนกตามขนาดของ
โรงพยาบาล

จำนวนโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้น



หมายเหตุ NetRev50-49= เงินบำรุงเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2549-50, NetRev51-50= เงินบำรุงเพิ่มขึ้นระหว่างปี
2550-51

5.5 สรุป

หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพ/เวชศาสตร์ครอบครัว
ให้บริการโดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตอำเภอเมืองหรืออำเภอที่มีโรงพยาบาล
ศูนย์/ทั่วไปตั้งอยู่ ทั้งนี้พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานีที่มีพยาบาลวิชาชีพ
ให้บริการมีสัดส่วนไม่ถึงครึ่งหนึ่ง ขณะที่จำนวนบุคลากรเฉลี่ยในหน่วยบริการปฐมภูมิแปรตาม
ประเภทและขนาดประชากร กล่าวคือตำบลที่มีประชากรมากมักเป็นหน่วยบริการขนาดใหญ่ที่มี
แพทย์ประจำหรือให้บริการบางเวลา รองลงมาเป็นพื้นที่ขนาดกลางที่มีพยาบาลให้บริการ ส่วน
หน่วยบริการที่ไม่มีพยาบาลให้บริการมักเป็นหน่วยบริการขนาดเล็กและมีประชากรไม่มากนัก
จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉลี่ยของหน่วยบริการขนาดเล็กคือ 2.5 คน และเพิ่มเป็น 4 คน 5
คน และ 8 คน สำหรับหน่วยบริการที่มีพยาบาลประจำ แพทย์บางเวลาและเต็มเวลาตามลำดับ
ทั้งนี้หน่วยบริการส่วนใหญ่มีการจ้างบุคลากรสนับสนุนโดยใช้เงินบำรุงหรือเงินที่ได้รับอุดหนุน
จากเครือข่ายหรือจังหวัดเฉลี่ย 2 คน/แห่ง ทั้งนี้หากนำเกณฑ์บุคลากรมาพิจารณาพบว่าไม่ถึง
ครึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครบตามเกณฑ์มาตรฐาน

การสนับสนุนที่แม่ข่ายที่จัดให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่ายนั้นมีทั้งในลักษณะตัวเงิน และที่ไม่ใช่ตัวเงิน เช่น การสนับสนุนบุคลากรไปช่วยจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ การสนับสนุนวัสดุเวชภัณฑ์ โดยมูลค่าการสนับสนุนรวมต่อลูกข่ายเฉลี่ยเท่ากับ 1.9 และ 1.4 ล้านบาทตามลำดับสำหรับหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำและบางเวลา ส่วนหน่วยบริการที่มีพยาบาลประจำคือ 9.2 ล้านบาท และหน่วยบริการที่ไม่มีพยาบาลให้บริการอยู่ที่ 6 ล้านบาท/แห่ง ทั้งนี้เมื่อพิจารณามูลค่าการสนับสนุนรวมต่อหัวประชากร UC พบว่าอยู่ที่ 200 – 300 บาท โดยเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนสนับสนุนแก่ลูกข่ายมากกว่าเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทั้งนี้ นอกจากการสนับสนุนที่ได้รับจากแม่ข่ายแล้วหน่วยบริการปฐมภูมิประมาณครึ่งหนึ่งที่มีศักยภาพในการระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่นมาใช้ในการทำงานด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และเป็นที่น่าสังเกตว่าแม่ประมาณครึ่งหนึ่งของพื้นที่ศึกษาเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลแต่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดังกล่าวสามารถระดมทรัพยากรมาใช้ในการทำงานของหน่วยบริการในพื้นที่ได้ไม่ถึงครึ่งหนึ่ง

ในภาพรวมของสถานการณ์การเงินของหน่วยบริการปฐมภูมิและแม่ข่ายพบว่า โดยรวมมีสถานการณ์การเงินที่ดีขึ้นเป็นส่วนใหญ่เมื่อพิจารณาจากเงินบำรุงคงเหลือของหน่วยบริการและแม่ข่าย กล่าวคือ เงินบำรุงคงเหลือของหน่วยบริการปฐมภูมิมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในภาพรวมไม่ว่าจะจำแนกตามประเภทแม่ข่ายหรือประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิเอง โดยร้อยละ 50 – 60 ของหน่วยบริการมีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นระหว่างปี 49 – 51 ในส่วนของแม่ข่ายเองก็พบว่าสถานการณ์การเงินดีขึ้นในภาพรวมของโรงพยาบาลทุกขนาด โดยในปี 2550 โรงพยาบาลทุกแห่งมีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้น และลดเหลือร้อยละ 70 ในปี 2551 โดยเงินบำรุงคงเหลือปี 2551 ที่ไม่เพิ่มขึ้นเกือบทั้งหมดเป็นในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน

บทที่ 6

ประสิทธิภาพและปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในสองบทก่อนหน้านี้ได้นำเสนอข้อมูลการสนับสนุนของแม่ข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อลูกข่ายในหลากหลายลักษณะและมีปริมาณมากน้อยต่างกันไปในแต่ละเครือข่าย บางเครือข่ายมีการสนับสนุนที่มากกว่าเครือข่ายอื่นๆ ทั้งในด้านงบประมาณ วัสดุเวชภัณฑ์ และอื่นๆ ประเด็นคำถามสำคัญคือ การสนับสนุนดังกล่าวส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เนื่องจากการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีลักษณะหลากหลายทั้งผลผลิตและปัจจัยการผลิต (Multiple input and output) ดังนั้น การวัดประสิทธิภาพในรายงานฉบับนี้ จึงใช้เทคนิค DEA (Data Envelopment Analysis) ซึ่งเป็นเทคนิคที่สามารถวัดประสิทธิภาพการผลิตที่มีหลายปัจจัยการผลิตและหลายผลผลิตได้ โดยไม่มีข้อสมมุติเกี่ยวกับข้อมูลและฟังก์ชันการผลิต กล่าวคือ ไม่มีข้อจำกัดทางด้านเทคโนโลยีการผลิตภายใต้เส้นขอบเขตการผลิตที่เป็นไปได้ เทคนิคนี้ ถูกเสนอโดย Charnes, Cooper และ Rhodes (1978) ซึ่งใช้วิธีการโปรแกรมเชิงเส้น (linear programming) ในการสร้างเส้นแนวหน้า (Efficiency frontier estimation) และคำนวณค่าประสิทธิภาพ (efficiency score) ออกมา

เทคนิคดังกล่าวถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในหลายอุตสาหกรรมการผลิต รวมทั้งมีการนำมาใช้ในการวัดประสิทธิภาพหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับงานวิจัยที่ได้นำเทคนิคนี้มาใช้วัดประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น

ลูโอมาและคณะ (Luoma, et al., 1996) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการผลิต (productive efficiency) ของศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศฟินแลนด์ โดยใช้เทคนิค DEA จำนวน 202 แห่ง โดยวัดผลผลิตบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ 1) จำนวนครั้งการให้บริการสุขภาพและบริการทางการแพทย์ โดยแพทย์ 2) จำนวนครั้งการให้บริการสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3) จำนวนครั้งการให้บริการทางการแพทย์ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) จำนวนครั้งการให้บริการอนามัยสิ่งแวดล้อม 5) จำนวนครั้งการให้บริการทันตกรรม 6) จำนวนครั้งการตรวจพิเศษ และวัดผลผลิตบริการผู้ป่วยใน ได้แก่ 1) จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ใช้เวลารักษาสั้น 2) จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ใช้เวลารักษานาน 3) จำนวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เวลารักษานานอื่นๆ สำหรับตัวแปรปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ต้นทุน การดำเนินงาน นอกจากนี้ ยังได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบโทบิต (Tobit regression analysis) ปัจจัยดังกล่าว

ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐศาสตร์ โครงสร้างและประชากรศาสตร์ โดยมีตัวแปรตามเป็นคะแนนความไม่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษา พบว่า สัดส่วนที่สูงของเงินทุนที่เป็นเงินอุดหนุนจากภาครัฐและรายได้ภาษีส่งผลต่อการเกิดความไม่มีประสิทธิภาพ ทรัพยากรที่มากมีแนวโน้มลดประสิทธิภาพเนื่องจากไม่มีแรงจูงใจที่จะควบคุมต้นทุนหรือผลการดำเนินงาน สัดส่วนที่สูงของแพทย์และสัดส่วนที่น้อยของบุคลากรด้านบริหารและสนับสนุนต่อบุคลากรทั้งหมด จะส่งผลต่อการเกิดประสิทธิภาพ นอกจากนี้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนน้อยและระยะทางที่ห่างไกลจากหน่วยงานถึงโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดจะส่งผลต่อความไม่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

การ์เซีย และคณะ (Garcia, et al., 1999) ประเมินประสิทธิภาพของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 54 แห่ง ในประเทศสเปน โดยมีปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1) จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติ 2) จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติ 3) จำนวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4) จำนวนการส่งตรวจทางรังสีวิทยา 5) จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทาง 6) ต้นทุนการรักษาสำหรับคนทำงาน 7) ต้นทุนการรักษาสำหรับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว และปัจจัยผลผลิตได้แก่ 1) จำนวนการให้คำปรึกษาของบุคลากรในศูนย์บริการสุขภาพ 2) จำนวนการให้คำปรึกษาของบุคลากรภายในโซน 3) ดัชนีชี้วัดความครอบคลุมของแผนการให้บริการในชุมชน 4) การบรรลุมาตรฐานคุณภาพขั้นต่ำของการให้บริการ โดยมีแบบจำลอง 3 แบบที่มีความจำกัดความของผลผลิตที่ต่างกัน ผลการศึกษา พบว่า ค่าประสิทธิภาพที่มีได้จากแบบจำลองทั้งสามมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับค่าจำกัดความของผลผลิตที่ชัดเจน

แซบราส และคณะ (Zavras, et al., 2002) ศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care centers) ของเครือข่ายกองทุนประกันสังคมในประเทศกรีซ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) วัดประสิทธิภาพของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) แบ่งกลุ่มและประเมินเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างกลุ่มที่ดำเนินการได้ดีและไม่ดี 3) ระบุขนาดประชากรในความครอบคลุมดูแลของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม สร้างระบบในการกำหนดนโยบายสุขภาพ ในแง่ของการจัดสรรทรัพยากรและการใช้บุคลากรให้เกิดประสิทธิภาพ การศึกษาได้ใช้ข้อมูลของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 133 แห่งจากทั้งหมด 242 แห่ง โดยมีตัวแปรปัจจัยผลผลิต ได้แก่ 1) จำนวนครั้งการให้บริการ 2) จำนวนครั้งของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สำหรับบางส่วนของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ) สำหรับตัวแปรปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1) จำนวนบุคลากรทั้งหมด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล paramedical และสายบริหารจัดการ 2) จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย พนักงานลูกจ้าง ผู้รับบำนาญ และสมาชิกในครอบครัว ในการศึกษาได้แบ่งกลุ่มของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิออกเป็น 4 กลุ่มตามจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ 1) 0 – 10,000 2) 10,001 – 25,000 3) 25,001 –

50,000 4) > 50,000 คน โดยมีระดับประสิทธิภาพของแต่ละกลุ่ม เท่ากับร้อยละ 66.0, 81.2, 80.8 และ 73.4 ตามลำดับ ผลการศึกษา พบว่า ศูนย์ที่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาได้ มีประสิทธิภาพสูงกว่าศูนย์ที่ทำไม่ได้ นอกจากนี้ ศูนย์ที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ 10,000 – 50,000 คนมีประสิทธิภาพสูงสุด

คอนโตดิโมพูลอส และคณะ (Kontodimopoulos, et al., 2007) ได้ศึกษาผลของปัจจัยแวดล้อมที่มีต่อประสิทธิภาพทางเทคนิค (technical efficiency) และประสิทธิภาพด้านขนาด (scale efficiency) ของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care centers) ในประเทศกรีซ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) เปรียบเทียบประสิทธิภาพทางเทคนิคและขนาดของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างเครือข่ายระบบสุขภาพแห่งชาติ (NHS) กับเครือข่ายกองทุนประกันสังคม (IKA) ซึ่งเป็นสองผู้ให้บริการรายใหญ่ที่สุดของประเทศ ด้วยเทคนิค DEA 2) ศึกษาผลกระทบของปัจจัยแวดล้อมต่างๆที่มีผลต่อประสิทธิภาพ เช่น ประเภทเครือข่าย (NHS/IKA) ขนาดของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิตามจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ (เล็ก กลางและใหญ่)และ ตำแหน่งที่ตั้ง (เขตเมืองกับเขตห่างไกล) เป็นต้น ด้วยเทคนิค Tobit regression โดยใช้ข้อมูลของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 194 แห่ง ประกอบด้วย 103 แห่งจากเครือข่ายระบบสุขภาพแห่งชาติและ 91 แห่งจากเครือข่ายกองทุนประกันสังคม โดยมีตัวแปรปัจจัยผลผลิต ได้แก่ 1) จำนวนครั้งการให้บริการ 2) จำนวนครั้งของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา สำหรับตัวแปรปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1) จำนวนแพทย์ และสายบริหารจัดการ 2) จำนวนพยาบาลและ paramedical 3) จำนวนบุคลากรสายบริหารและอื่นๆ ในการศึกษาได้แบ่งกลุ่มของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิออกเป็น 3 กลุ่มตามจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ ขนาดเล็ก (< 15,000 คน) ขนาดกลาง (15,000 – 30,000 คน) และขนาดใหญ่ (> 30,000 คน) นอกจากนี้ ยังแบ่งตามตำแหน่งที่ตั้งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มในเขตเมือง (urban/semi-urban) และกลุ่มในเขตห่างไกล (remote/island) ผลการศึกษาพบว่า สำหรับประสิทธิภาพทางเทคนิค ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่าย IKA มีประสิทธิภาพมากกว่าเครือข่าย NHS ศูนย์ขนาดเล็กมีระดับประสิทธิภาพมากกว่าขนาดกลางและใหญ่ และศูนย์ในเขตห่างไกลมี ระดับประสิทธิภาพมากกว่าในเขตเมือง สำหรับประสิทธิภาพด้านขนาด ศูนย์ของเครือข่าย IKA ยังคงมีมีประสิทธิภาพมากกว่า แต่ศูนย์ขนาดใหญ่มีประสิทธิภาพมากกว่าขนาดเล็ก และศูนย์ในเขตเมืองมีประสิทธิภาพมากกว่าในเขตห่างไกล ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 ดำเนินงานภายใต้ผลตอบแทนต่อขนาดที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ปัจจัยแวดล้อมอย่างประเภทเครือข่าย ขนาดและที่ตั้งของศูนย์มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพทางเทคนิคและด้านขนาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.1 ระเบียบวิธีวิจัย

6.1.1 นิยาม

1) ปัจจัยผลผลิต คือ ผลผลิตจากการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1.1 กิจกรรมการตรวจรักษา ประกอบด้วย การให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ทั้งในเขต/นอกเขต สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิประกันอื่นๆ สงเคราะห์และจ่ายเงินเอง รวมทั้งผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน (DM/HT) ที่มารับบริการ มีหน่วยเป็นรายหรือครั้ง

1.2 กิจกรรมการส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาล ประกอบด้วย การให้บริการทันตกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด ANC, FP, EPI

1.3 กิจกรรมการส่งเสริมป้องกันนอกสถานที่ ประกอบด้วย การให้บริการนอกสถานที่ด้านอนามัย เยี่ยมบ้าน บริการผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) คัดกรอง เบาหวาน/ความดัน (DM/HT) คัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีหน่วยนับเป็นราย

1.4 กิจกรรมการบริการในชุมชน ประกอบด้วย การออกให้บริการควบคุมโรคในพื้นที่ ออกตรวจสถานประกอบการ/ตลาด ร่วมกับท้องถิ่น/ชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ หน่วยเป็นจำนวนโครงการ

2) ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ต้นทุนที่ใช้ในการดำเนินงานในรูปของตัวเงิน ได้แก่¹

2.1 ต้นทุนบุคลากรจากเงินงบประมาณและเงินบำรุง รวม มูลค่าเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนของบุคลากรต่างๆ ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งประเภททุกวัน และเป็นบางวัน

2.2 ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ วัสดุใช้สอยและสาธารณูปโภค

3) ข้อมูลแสดงค่าประสิทธิภาพ

3.1 ค่าประสิทธิภาพ ในที่นี้หมายถึง ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (technical efficiency) ซึ่งเป็นค่าประสิทธิภาพที่คำนวณมาจากจำนวนผลผลิตและปัจจัยนำเข้าที่ใช้ในการดำเนินงาน ไม่ได้นำข้อมูลราคาของปัจจัยนำเข้ามาพิจารณา ข้อมูลที่แสดงค่าประสิทธิภาพเชิงเทคนิค ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ชนิด ดังนี้ คือ

¹ การวิเคราะห์ครั้งนี้ ไม่ได้นำต้นทุนค่าครุภัณฑ์และอาคารสิ่งก่อสร้างมาร่วมวิเคราะห์ เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน

- ค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (Constant return to scale Technical Efficiency - CTE) คือ ค่าประสิทธิภาพเชิงเทคนิคที่หน่วยบริการปฐมภูมินั้น สามารถทำได้ เมื่อเทียบกับหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ภายใต้สมมติฐานว่า การให้บริการมีผลตอบแทนต่อปัจจัยนำเข้าคงที่ ไม่ว่าจะมีความปัจจัยนำเข้ามากน้อยเท่าใด มีลักษณะเป็นสมการเส้นตรง
- ค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (Scale Efficiency - SE) คือ ค่าประสิทธิภาพเชิงเทคนิคสูงสุดที่หน่วยบริการปฐมภูมินั้นควรทำได้ ภายใต้สมมติฐานว่า ผลตอบแทนที่ได้จากการให้บริการ อาจมีสัดส่วนไม่คงที่ เช่น การเพิ่มปัจจัยนำเข้าเป็นสองเท่าอาจไม่ได้รับผลตอบแทนในจำนวน 2 เท่า สามารถแปรผันได้ตามขนาดการให้บริการ (scale of production) ค่าประสิทธิภาพด้านขนาดนี้ คำนวณมาจากค่าประสิทธิภาพสูงสุดที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดใกล้เคียงกันสามารถทำได้ หากหน่วยบริการปฐมภูมิใดมีค่า SE เท่ากับ 1 หมายความว่า ผลตอบแทนของหน่วยบริการนั้น มีอัตราสูงสุด เมื่อเทียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด
- ค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (Variable return to scale Technical Efficiency - VTE) คือ ค่าประสิทธิภาพเชิงเทคนิคที่ทำได้จริง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (SE) ของตัวเอง หากหน่วยบริการปฐมภูมิใดมีค่า VTE เท่ากับ 1 หมายความว่า หน่วยบริการนั้น มีค่าประสิทธิภาพสูงสุด เมื่อเทียบกับค่าประสิทธิภาพสูงสุดที่ตัวเองควรสามารถทำได้ ซึ่งก็คือ ประสิทธิภาพด้านขนาดนั่นเอง

ดังนั้น CTE เท่ากับ ผลคูณระหว่าง VTE กับ SE โดยทั่วไป อาจนำข้อมูลค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (VTE) และค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (SE) มาใช้ในทางปฏิบัติ โดยค่าประสิทธิภาพ VTE มีความยืดหยุ่นและให้ค่าประสิทธิภาพที่สูงกว่า CTE

3.2 ค่าสถานะของผลตอบแทนต่อขนาด (return to scale) คือ ข้อมูลที่แสดงสถานะของผลตอบแทนต่อขนาด มี 3 ลักษณะ คือ CRS, DRS, และ IRS ซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนี้

- สถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราคงที่ (Constant Return to Scale status - CRS) หมายถึง หากหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เพิ่มปัจจัยนำเข้า ผลตอบแทนที่ได้ต่อหน่วยปัจจัยนำเข้าที่เพิ่มขึ้น (marginal product) มีจำนวนเท่าเดิม

- สถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราเพิ่มขึ้น (Increasing Return to Scale status - IRS) หมายถึง หากหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เพิ่มปัจจัยนำเข้า ผลตอบแทนที่ได้ต่อหน่วยปัจจัยนำเข้าที่เพิ่มขึ้น (marginal product) มีจำนวนเพิ่มขึ้น
- สถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราลดลง (Decreasing Return to Scale - DRS) คือ หมายถึง หากหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เพิ่มปัจจัยนำเข้า ผลตอบแทนที่ได้ต่อหน่วยปัจจัยนำเข้าที่เพิ่มขึ้น (marginal product) มีค่าเป็นบวก แต่จำนวนลดลง

6.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในรายงานฉบับนี้ ได้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าประสิทธิภาพ โดยใช้แบบจำลองข้อมูลตั้งแสดงข้างล่าง วิเคราะห์โดยใช้เทคนิค DEA (Data Envelopment Analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป DEAP version 2.1 โดยอาศัยตัวแปรปัจจัยผลผลิตและปัจจัยนำเข้าตามที่กล่าวข้างต้น

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อค่าประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้เทคนิค Tobit regression ด้วยโปรแกรม Stata version 8.0

6.1.3 สมมุติฐาน

ผลลัพธ์ในการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน

6.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

6.2.1 ผลผลิตและต้นทุนการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ มีจำนวน 512 แห่ง ผลผลิตในการให้บริการทั้งหมด ส่วนใหญ่ เป็นกิจกรรมการตรวจรักษา คิดเป็นร้อยละ 57.8 รองลงมาเป็น กิจกรรมการส่งเสริมป้องกันนอกสถานที่ กิจกรรมการส่งเสริมป้องกันในสถานที่ และกิจกรรมบริการในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 31.1, 10.7 และ 0.3 ตามลำดับ และหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง มีกิจกรรมรวมทุกประเภท โดยเฉลี่ย เท่ากับ 11,321.6 ครั้ง สำหรับต้นทุนในการให้บริการ ส่วนใหญ่ เป็นต้นทุนบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 63 และ ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ วัสดุใช้สอยและสาธารณูปโภค คิดเป็นร้อยละ 63 และหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง มีต้นทุนรวมทุกประเภท โดยเฉลี่ย เท่ากับ 1,839,463.41 บาท

6.2.1.1 ผลผลิตและต้นทุนจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 317 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61.9 จัดอยู่ในประเภทที่มีพยาบาลให้บริการ ในจำนวนดังกล่าว เกือบทั้งหมด มีพยาบาลให้บริการทุกวัน รองลงมาจำนวน 103 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.1 เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ และมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ จำนวน 92 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 18 นอกจากนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ให้บริการ ยังแบ่งออกเป็น ประเภทที่มีแพทย์ให้บริการทุกวัน และ ให้บริการเพียงบางวัน โดยส่วนใหญ่เป็นประเภทที่มีแพทย์ให้บริการเป็นบางวัน โดยมีจำนวน เท่ากับ 7 และ 85 แห่ง ตามลำดับ สำหรับ หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีพยาบาลให้บริการ ยังแบ่งออกเป็น ประเภทที่มีพยาบาลให้บริการทุกวัน และ ให้บริการเพียงบางวัน โดยส่วนใหญ่ เป็นประเภทที่มีพยาบาลให้บริการทุกวัน มีจำนวน เท่ากับ 304 และ 13 แห่ง ตามลำดับ

จากข้อมูลจำนวนผลผลิตและต้นทุนในการให้บริการ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ให้บริการ มีจำนวนผลผลิตในการให้บริการรวมเฉลี่ย มากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีพยาบาลให้บริการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ ตามลำดับ โดยมีจำนวนผลผลิตรวมเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ เท่ากับ 17,032.24, 10,927.80 และ 7,432.85 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการทุกวัน กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการบางวัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยมีจำนวนผลผลิตรวมเฉลี่ย เท่ากับ 33,284.71 และ 15,693.80 ราย ตามลำดับ ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการทุกวัน กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการบางวัน พบว่า แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย โดยมีจำนวนผลผลิตรวมเฉลี่ย เท่ากับ 10,992.10 และ 9,424.15 คน ตามลำดับ

สำหรับต้นทุนในการให้บริการ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ให้บริการ มีต้นทุนในการให้บริการรวมเฉลี่ย มากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีพยาบาลให้บริการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ ตามลำดับ โดยมีต้นทุนการให้บริการรวมเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ เท่ากับ 2,571,535.86, 1,837,809.64 และ 1,190,663.21 บาทต่อแห่งต่อปี ตามลำดับ นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการทุกวัน กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการบางวัน พบว่า มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยมีต้นทุนการให้บริการรวมเฉลี่ย เท่ากับ 4,006,727.75 และ 2,453,343.58 บาทต่อแห่งต่อปี ตามลำดับ ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการทุกวัน กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการบางวัน พบว่า มีความ

แตกต่างกัน โดยมีต้นทุนในการให้บริการรวมเฉลี่ย เท่ากับ 1,851,446.67 และ 1,518,912.92 บาท ต่อแห่งต่อปี ตามลำดับ

6.2.1.2 ผลผลิตและต้นทุนจำแนกตามจำนวนประชากรรับผิดชอบ

หน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 466 แห่ง จากทั้งหมด 512 แห่ง ที่มีข้อมูลจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ พบว่า มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 557 และ 65,179 คน ตามลำดับ หน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 348 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 74.7 มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ อยู่ระหว่าง 2,000 – 8,000 คน และหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ มากกว่า 10,000 คน มีเพียง 43 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.2

จากข้อมูล พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบมากกว่า จะมีจำนวนผลผลิตในการให้บริการมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบน้อยกว่า และมีต้นทุนในการให้บริการมากกว่าเช่นเดียวกัน โดยความแตกต่างในจำนวนผลผลิตระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งกล่าว มีมากกว่าความแตกต่างในต้นทุนการให้บริการ กล่าวคือ จำนวนผลผลิตรวมเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรน้อยกว่า 2,000 คน และมากกว่า 15,000 คน เท่ากับ 4,887.94 และ 35,680.67 ราย ตามลำดับ ในขณะที่ ต้นทุนในการให้บริการรวมเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรน้อยกว่า 2,000 คน และมากกว่า 15,000 คน เท่ากับ 1,177,086.23 และ 3,671,911.15 บาทต่อแห่งต่อปี ตามลำดับ

6.2.1.3 ผลผลิตและต้นทุนจำแนกตามประเภทพื้นที่ทุรกันดาร

หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ จำนวน 478 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 93.3 อยู่ในพื้นที่ปกติ มีเพียง จำนวน 21 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4.1 ที่อยู่ในพื้นที่กันดารระดับ 1 และจำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.5 ที่อยู่ในพื้นที่กันดารระดับ 2

จากข้อมูลจำนวนผลผลิตและต้นทุนในการให้บริการ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กันดาร ระดับ 1 มีจำนวนผลผลิตในการให้บริการรวมเฉลี่ยน้อยกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ปกติเล็กน้อย โดยมีจำนวนผลผลิตรวมเฉลี่ย เท่ากับ 10,246.43 และ 11,274.36 ราย ตามลำดับ แต่ใช้ต้นทุนในการให้บริการ ประมาณ 2 ใน 3 กล่าวคือ ต้นทุนรวมเฉลี่ยในการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กันดาร ระดับ 1 เท่ากับ 1,223,718.77 บาทต่อแห่งต่อปี ในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ปกติ มีต้นทุนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 1,862,830.65 บาทต่อแห่งต่อปี

สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กันดาร ระดับ 2 มีจำนวนผลผลิตในการให้บริการรวมเฉลี่ย มากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ปกติ โดยมีจำนวนผลผลิตรวมเฉลี่ย เท่ากับ 14,795.62 และ 11,274.36 รายตามลำดับ แต่ใช้ต้นทุนในการให้บริการมากกว่าเพียงเล็กน้อย กล่าวคือ ต้นทุน

รวมเฉลี่ยในการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กันดาร ระดับ 2 เท่ากับ 1,974,932.54 บาทต่อแห่งต่อปี ในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ปกติ มีต้นทุนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 1,862,830.65 บาทต่อแห่งต่อปี

6.2.1.4 ผลผลิตและต้นทุนจำแนกตามประเภทเครือข่ายคู่สัญญาหลัก

หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในเครือข่ายคู่สัญญาหลักที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 299 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และเครือข่ายเอกชน คิดเป็นร้อยละ 23.2, 17.4 และ 1 ตามลำดับ

จากข้อมูลจำนวนผลผลิตและต้นทุนในการให้บริการ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเครือข่ายคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลภาครัฐ มีจำนวนผลผลิตในการให้บริการรวมเฉลี่ยใกล้เคียงกันแต่น้อยกว่าผลผลิตของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลเอกชน โดยมีจำนวนผลผลิตรวมเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเครือข่ายคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยงานเอกชน เท่ากับ 11,178.21, 12,870.24, 10,546.90 และ 23,343.80 ราย ตามลำดับ สำหรับต้นทุนในการให้บริการรวมเฉลี่ย พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเครือข่ายคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีต้นทุนรวมเฉลี่ยใกล้เคียงกัน สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเครือข่ายคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีต้นทุนในการให้บริการรวมเฉลี่ยน้อยกว่า และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเครือข่ายคู่สัญญาหลักเป็นหน่วยงานเอกชน มีต้นทุนในการให้บริการรวมเฉลี่ยมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเครือข่ายคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ประมาณ 2 เท่า กล่าวคือ ต้นทุนรวมเฉลี่ยในการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเครือข่ายคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยงานเอกชน เท่ากับ 1,983,112.78, 2,067,721.04, 1,669,361.08 และ 4,022,092.29 บาทต่อแห่งต่อปี ตามลำดับ

6.2.2 ประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

6.2.2.1 ค่าประสิทธิภาพทางเทคนิคของหน่วยบริการปฐมภูมิในภาพรวม

หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด มีค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (CRS Technical Efficiency) ค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (Scale Efficiency) และค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (VRS Technical Efficiency) เฉลี่ย เท่ากับ .552, .797 และ .677 ตามลำดับ ดังตาราง

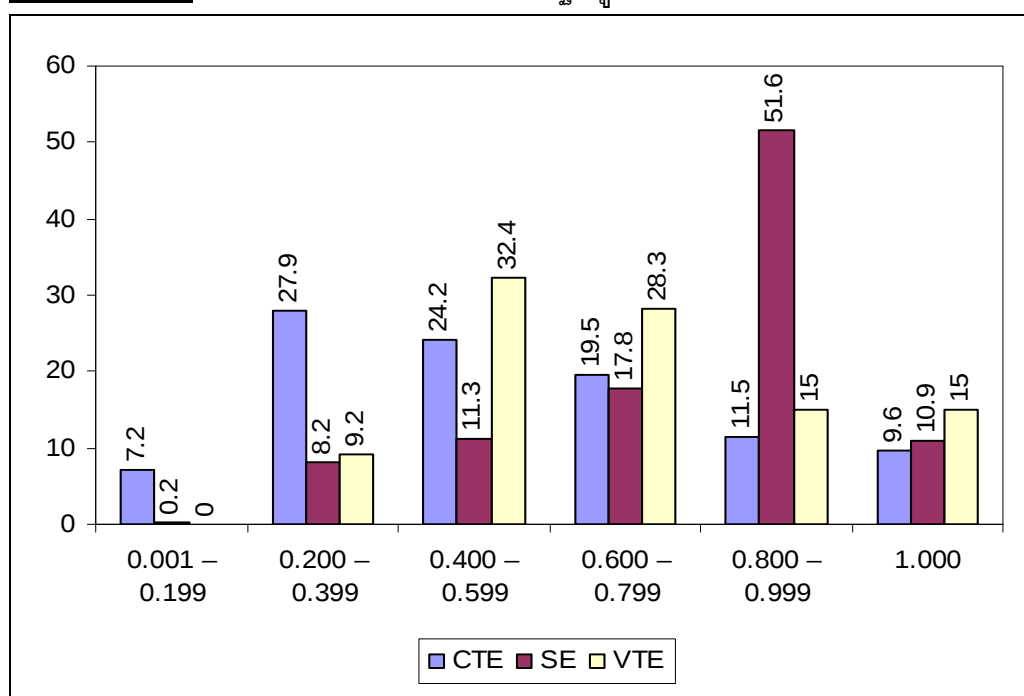
ตารางที่ 6.1 ข้อมูลค่าประสิทธิภาพประเภทต่างๆ ในภาพรวม

ค่าประสิทธิภาพ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
CTE	0.552	0.260	0.124	1.000
VTE	0.677	0.213	0.253	1.000
SE	0.797	0.215	0.179	1.000

สำหรับค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (CRS Technical Efficiency) หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ จำนวน 367 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.6 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.200 – 0.799 และมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่บนเส้นแนวหน้า (Efficiency Frontier) จำนวน 49 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.6

สำหรับค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (Scale Efficiency) หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ จำนวน 355 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 69.4 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.600 – 0.999 และมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่บนเส้นแนวหน้า (Efficiency Frontier) จำนวน 56 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.9

สำหรับค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (VRS Technical Efficiency) หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ จำนวน 311 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.7 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.400 – 0.799 และมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่บนเส้นแนวหน้า (Efficiency Frontier) จำนวน 77 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 15 ดังแสดงในแผนภาพที่ 6.1

แผนภาพที่ 6.1 การกระจายของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามค่าประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาสถานะของผลตอบแทนต่อขนาด (Return to Scale status) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ อยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่เพิ่มขึ้น (Increasing return to scale) และอยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่คงที่ (Constant return to scale, CRS) และสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราลดลง (Decreasing return to scale, DRS) ในสัดส่วนที่เท่ากัน โดยมีสัดส่วน เท่ากับ ร้อยละ 78.2, 10.9 และ 10.9 ตามลำดับ

6.2.2.2 ค่าประสิทธิภาพจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์ค่าประสิทธิภาพ พบว่า ค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (CRS Technical Efficiency) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 512 แห่ง พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการมีค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่เฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ มีประสิทธิภาพโดยรวมเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย เท่ากับ 0.593, 0.559 และ 0.538 ตามลำดับ นอกจากนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ให้บริการทุกวัน มีค่าประสิทธิภาพมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ให้บริการบางวัน โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย เท่ากับ 0.614 และ 0.591 ตามลำดับ และหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีพยาบาลให้บริการทุกวัน มีค่าประสิทธิภาพ มากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีพยาบาลให้บริการบางวัน โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย เท่ากับ 0.539 และ 0.516 ตามลำดับ

สำหรับค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (Scale efficiency) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยสูงสุดเช่นเดียวกัน รองลงมา ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ ตามลำดับ โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย เท่ากับ 0.862, 0.802 และ 0.722 ตามลำดับ นอกจากนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ให้บริการทุกวัน มีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย มากกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ให้บริการบางวัน โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย เท่ากับ 0.899 และ 0.859 ตามลำดับ และหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีพยาบาลให้บริการทุกวัน มีค่าประสิทธิภาพ มากกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีพยาบาลให้บริการบางวัน โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย เท่ากับ 0.807 และ 0.696 ตามลำดับ

แต่เมื่อพิจารณาค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (VRS Technical Efficiency) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ กลับมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ ตามลำดับ โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย เท่ากับ 0.756, 0.675 และ 0.651 ตามลำดับ นอกจากนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ให้บริการทุกวัน มีค่า

ประสิทธิภาพเฉลี่ย ไม่แตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่มีแพทย์ให้บริการ
บางวัน โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย เท่ากับ 0.676 และ 0.675 ตามลำดับ และ หน่วยบริการปฐมภูมิ
ประเภทที่มีพยาบาลให้บริการทุกวัน กลับมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย น้อยกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ
ประเภทที่มีพยาบาลให้บริการบางวัน โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย เท่ากับ 0.648 และ 0.730
ตามลำดับ ดังแสดงในตารางข้างล่าง

ตารางที่ 6.2 แสดงค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามประเภทผู้ให้บริการ

หน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน	CTE		SE		VTE	
		ค่าเฉลี่ย	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	พิสัย
แพทย์ให้บริการ	92	0.593	0.144 – 1	0.862	0.205 – 1	0.675	0.254 – 1
พยาบาลให้บริการ	317	0.538	0.137 – 1	0.802	0.179 – 1	0.651	0.253 – 1
จนท.สาธารณสุขให้บริการ	103	0.559	0.124 - 1	0.722	0.211 – 1	0.756	0.430 – 1
รวมทั้งหมด	512	0.552	0.124 - 1	0.797	0.179 – 1	0.677	0.253 – 1

เมื่อพิจารณาสถานะของผลตอบแทนต่อขนาด (Return to Scale status) พบว่า หน่วย
บริการปฐมภูมิทุกประเภท ส่วนใหญ่ อยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่เพิ่มขึ้น
(Increasing return to scale, IRS) โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ มีสัดส่วนของ
สถานะดังกล่าวต่ำที่สุด น้อยกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ และ หน่วยบริการปฐม
ภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ ตามลำดับ โดยมีสัดส่วน เท่ากับ ร้อยละ 62.0, 78.5 และ
91.3 ตามลำดับ

6.2.2.3 ประสิทธิภาพจำแนกตามขนาดจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ

ผลการวิเคราะห์ค่าประสิทธิภาพ พบว่า ค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (CRS
Technical Efficiency) ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบมากกว่า มี
ค่าเฉลี่ยสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบน้อยกว่า โดยหน่วย
บริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรน้อยกว่า 2,000 คน มีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.424
และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรมากกว่า 15,000 คน มีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยสูงสุด
เท่ากับ 0.854

สำหรับค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (Scale Efficiency) พบว่า มีลักษณะเช่นเดียวกับค่า
ประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (CRS Technical Efficiency) กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิ
ที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบมากกว่า มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวน
ประชากรในเขตรับผิดชอบน้อยกว่า โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรน้อยกว่า 2,000

คน มีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.569 และ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรมากกว่า 15,000 คน มีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 0.961

เมื่อพิจารณาค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (VRS Technical Efficiency) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบปานกลาง มีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยต่ำกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบน้อย และ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบมาก โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบมากกว่า 15,000 คน มีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 0.886 และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ ระหว่าง 6,000 – 10,000 คน มีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยต่ำที่สุด อยู่ในช่วง 0.634 – 0.649

เมื่อพิจารณาสถานะของผลตอบแทนต่อขนาด (Return to Scale status) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรในเขตรับผิดชอบน้อย อยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่เพิ่มขึ้น (Increasing return to scale) ในสัดส่วนที่สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรในเขตรับผิดชอบมาก โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรในเขตรับผิดชอบน้อยกว่า 2,000 คน มีสัดส่วนสูงที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 91.7 และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรในเขตรับผิดชอบมากกว่า 15,000 คน มีสัดส่วนต่ำที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ในทางกลับกัน หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรในเขตรับผิดชอบมาก อยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่คงที่ (Constant return to scale, CRS) และสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราลดลง (Decreasing return to scale, DRS) ในสัดส่วนที่สูงกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดประชากรในเขตรับผิดชอบน้อย

6.2.2.4 ประสิทธิภาพจำแนกตามประเภทพื้นที่กั้นदार

ผลการวิเคราะห์ค่าประสิทธิภาพ พบว่า ค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (CRS Technical Efficiency) ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่กั้นदार ระดับ 2 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่กั้นदार ระดับ 1 และหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ปกติ โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยเท่ากับ 0.789, 0.678 และ 0.540 ตามลำดับ

สำหรับค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (Scale Efficiency) พบว่า มีลักษณะเช่นเดียวกับค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (CRS Technical Efficiency) กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่กั้นदार ระดับ 2 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่กั้นदार ระดับ 1 และหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ปกติ โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยเท่ากับ 0.941, 0.842 และ 0.792 ตามลำดับ

สำหรับค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (VRS Technical Efficiency) พบว่า ก็มีลักษณะเช่นเดียวกับค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (CRS Technical Efficiency) และค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (Scale Efficiency) กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ก้นดาร์ ระดับ 2 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ก้นดาร์ ระดับ 1 และหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ปกติ โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยเท่ากับ 0.843, 0.806 และ 0.666 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาสถานะของผลตอบแทนต่อขนาด (Return to Scale status) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิทุกกลุ่ม ส่วนใหญ่ อยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่เพิ่มขึ้น (Increasing return to scale, IRS) โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ก้นดาร์ ระดับ 2 อยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่เพิ่มขึ้น (Increasing return to scale, IRS) ในสัดส่วนที่น้อยกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ก้นดาร์ ระดับ 1 และหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ปกติ โดยมีสัดส่วน เท่ากับ ร้อยละ 53.8, 71.4 และ 79.1 ตามลำดับ

6.2.2.5 ประสิทธิภาพจำแนกเครือข่ายคู่สัญญาหลัก

ผลการวิเคราะห์ค่าประสิทธิภาพ พบว่า ค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (CRS Technical Efficiency) ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายสถานบริการเอกชน มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ปกติเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยเท่ากับ 0.749, 0.564, 0.534 และ 0.525 ตามลำดับ

สำหรับค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (Scale Efficiency) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายสถานบริการเอกชน มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์ หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยเท่ากับ 0.964, 0.815, 0.791 และ 0.790 ตามลำดับ

สำหรับค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (VRS Technical Efficiency) พบว่า มีลักษณะเช่นเดียวกับค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ (CRS Technical Efficiency) กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายสถานบริการเอกชน มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลทั่วไป

และหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยเท่ากับ 0.773, 0.697, 0.654 และ 0.634 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาสถานะของผลตอบแทนต่อขนาด (Return to Scale status) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายสถานบริการเอกชน ส่วนใหญ่ อยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่ลดลง (Decreasing return to scale, DRS) โดยมีสัดส่วนเท่ากับ ร้อยละ 60 และอยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่ลดลง (Decreasing return to scale, DRS) ร้อยละ 20 ในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ ทัวไป และชุมชน ส่วนใหญ่ อยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่เพิ่มขึ้น (Increasing return to scale, IRS) และมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยมีสัดส่วน เท่ากับ ร้อยละ 77.5, 76.5 และ 79.9 ตามลำดับ

6.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่มีอยู่ จึงได้ตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่

- 1) ขนาดประชากรในเขตรับผิดชอบ
- 2) ประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 3) ประเภทเครือข่ายการให้บริการปฐมภูมิ
- 4) ประเภทของพื้นที่กันดารที่หน่วยบริการตั้งอยู่

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมินี้ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอย ด้วยวิธี Tobit regression model ดังสมการข้างล่าง

$$\text{Ineff} = \beta_0 + \beta_1 \text{c4_3} + \beta_2 \text{c4_4} + \beta_3 \text{c5_5} + \beta_4 \text{docfte} + \beta_5 \text{docpte} + \beta_6 \text{nursefte} + \beta_7 \text{nursepte} + \beta_8 \text{cup1} + \beta_9 \text{cup2} + \beta_{10} \text{cup3} + \beta_{11} \text{barren1} + \beta_{12} \text{barren2} + \varepsilon$$

ineff = คะแนนความด้อยประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

c5_5 = ขนาดประชากรในเขตรับผิดชอบ (ที่คาดว่ามีอยู่จริง)

docfte	= หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการทุกวัน
docpte	= หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการบางวัน
nursefte	= หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการทุกวัน
nursepte	= หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการบางวัน
cup1	= หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลศูนย์
cup2	= หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลทั่วไป
cup6	= หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลเอกชน
barren1	= หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารระดับ 1
barren2	= หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารระดับ 2

ตารางที่ 6.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ผลตอบแทนคงที่

Tobit regression	Number of obs	=	466
	LR chi2(10)	=	69.80
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -778.52411	Pseudo R2	=	0.0429

ctinef5b	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
c5_5	-.0001149	.0000168	-6.83	0.000	-.0001479	-.0000818
docfte	.7287042	.630178	1.16	0.248	-.5097089	1.967117
docpte	.3135903	.2169524	1.45	0.149	-.1127601	.7399408
nursefte	.1254304	.1695793	0.74	0.460	-.2078235	.4586842
nursepte	-.1265023	.4159599	-0.30	0.761	-.9439383	.6909338
cup1	.3358328	.1795583	1.87	0.062	-.0170317	.6886972
cup2	.0277474	.1741817	0.16	0.874	-.3145509	.3700457
cup6	.6643263	.7170101	0.93	0.355	-.7447276	2.07338
barren1	-1.453104	.418841	-3.47	0.001	-2.276202	-.6300064
barren2	-.7030107	.3228404	-2.18	0.030	-1.33745	-.0685712
_cons	2.829726	.1524562	18.56	0.000	2.530123	3.12933
/sigma	1.375729	.0474885			1.282406	1.469052

Obs. summary: 37 left-censored observations at ctinef5b<=1
429 uncensored observations
0 right-censored observations

ตารางที่ 6.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อค่าประสิทธิภาพด้านขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ

Tobit regression	Number of obs	=	466
	LR chi2(10)	=	70.43
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -492.55834	Pseudo R2	=	0.0667

sinef5b	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
c5_5	-.0000578	8.97e-06	-6.45	0.000	-.0000755	-.0000402
docfte	-.1147106	.3319521	-0.35	0.730	-.7670563	.537635
docpte	-.212628	.1133175	-1.88	0.061	-.4353174	.0100613
nursefte	-.2039103	.0882252	-2.31	0.021	-.3772886	-.0305319
nursepte	-.1592233	.2179957	-0.73	0.466	-.5876241	.2691775
cup1	.0937855	.0937669	1.00	0.318	-.0904833	.2780543
cup2	-.0186234	.0907827	-0.21	0.838	-.1970278	.1597809
cup6	.5494813	.376159	1.46	0.145	-.1897389	1.288701
barren1	-.4806052	.2175326	-2.21	0.028	-.9080959	-.0531145
barren2	-.2287361	.1696031	-1.35	0.178	-.5620367	.1045645
_cons	1.88853	.079544	23.74	0.000	1.732212	2.044849
/sigma	.7150234	.0247202			.6664438	.763603

```
obs. summary:      41 left-censored observations at sinef5b<=1
                  425 uncensored observations
                   0 right-censored observations
```

ตารางที่ 6.5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้
ผลตอบแทนแบบแปรผัน

Tobit regression	Number of obs	=	466
	LR chi2(10)	=	71.44
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -424.90359	Pseudo R2	=	0.0776

vtinef5b	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
c5_5	-.000034	7.38e-06	-4.60	0.000	-.0000485	-.0000195
docfte	.8110607	.2690635	3.01	0.003	.2823025	1.339819
docpte	.4693063	.0954034	4.92	0.000	.2818214	.6567912
nursefte	.340868	.0748434	4.55	0.000	.1937873	.4879486
nursepte	.0842398	.1816236	0.46	0.643	-.2726832	.4411628
cup1	.1958798	.0783606	2.50	0.013	.041887	.3498725
cup2	.0424422	.076145	0.56	0.578	-.1071964	.1920807
cup6	.0964375	.3129683	0.31	0.758	-.5186015	.7114765
barren1	-.6725776	.1895744	-3.55	0.000	-1.045125	-.3000298
barren2	-.4178818	.1437427	-2.91	0.004	-.7003621	-.1354016
_cons	1.482851	.0673855	22.01	0.000	1.350426	1.615275
/sigma	.5991296	.0217396			.5564074	.6418519

```
obs. summary:      65 left-censored observations at vtinef5b<=1
                  401 uncensored observations
                   0 right-censored observations
```

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สรุปได้ว่า

1. ประเภทของผู้ให้บริการ ได้แก่ การมีแพทย์ให้บริการทุกวันและบางวัน และพยาบาลที่ให้บริการทุกวัน มีผลแปรผกผันต่อค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (VRS Technical Efficiency) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการมีพยาบาลให้บริการทุกวัน มีผลแปรผันโดยตรงต่อค่าประสิทธิภาพด้านขนาด (Scale Efficiency)
2. ประเภทเครือข่ายคู่สัญญาหลักโรงพยาบาลศูนย์ มีผลต่อค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (VRS Technical Efficiency) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับประเภทเครือข่ายคู่สัญญาหลักโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการเอกชน ไม่มีผลต่อค่าประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. การตั้งอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร มีผลแปรผันโดยตรงต่อค่าประสิทธิภาพทุกด้าน (CRS & VRS Technical and Scale Efficiency) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ขนาดประชากรในเขตรับผิดชอบ มีผลแปรผันโดยตรงต่อค่าประสิทธิภาพทุกด้าน (CRS & VRS Technical and Scale Efficiency) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อค่าประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวกับพื้นที่กันดาร และขนาดประชากรในเขตรับผิดชอบ มีผลต่อค่าประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงได้ลดผลของปัจจัยดังกล่าว โดยเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ปกติและเลือกขนาดจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบที่ใกล้เคียงกัน เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามผู้ให้บริการ

กรณีที่ 1 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิต่าง ๆ ในพื้นที่ปกติ และมีขนาดประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ น้อยกว่า 2,000 คน

พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ และ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ ตามลำดับ โดยเมื่อดูค่าประสิทธิภาพด้านขนาดแล้ว พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพด้านขนาดสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการตามลำดับ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ มีประสิทธิภาพสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการและหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6.6 แสดงค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามประเภทผู้ให้บริการในพื้นที่
ปกติและประชากรน้อยกว่า 2,000 คน

หน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน	CTE		SE		VTE	
		ค่าเฉลี่ย	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	พิสัย
แพทย์ให้บริการ	7	.367	.144 – .646	.644	.415 – 1.00	.559	.348 – .790
พยาบาลให้บริการ	24	.457	.137 – 1.00	.591	.179 – 1.00	.736	.472 – 1.00
จนท.สาธารณสุขให้บริการ	12	.357	.208 – .976	.484	.211 – .976	.754	.514 – 1.00
รวมทั้งหมด	43	.414	.137 – 1.00	.569	.179 – 1.00	.712	.348 – 1.00

กรณีที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิต่างๆ ในพื้นที่
ปกติ และมีขนาดประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ระหว่าง 2,000 – 4,000 คน

พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพภายใต้
ผลตอบแทนคงที่ สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ และ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มี
แพทย์ให้บริการ ตามลำดับ โดยเมื่อดูค่าประสิทธิภาพด้านขนาดแล้ว พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่
มีแพทย์ให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพด้านขนาดสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มี
พยาบาลให้บริการ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการตามลำดับ สำหรับ
ประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ให้บริการ มีประสิทธิภาพสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการและหน่วยบริการปฐม
ภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6.7 แสดงค่าประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามผู้ให้บริการในพื้นที่ปกติและ
ประชากร 2,000 – 4,000 คน

หน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน	CTE		SE		VTE	
		ค่าเฉลี่ย	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	พิสัย
แพทย์ให้บริการ	11	.489	.198 – 1	.789	.205 – 1	.622	.335 – 1
พยาบาลให้บริการ	69	.510	.142 – 1	.746	.257 – 1	.656	.257 – 1
จนท.สาธารณสุขให้บริการ	55	.566	.124 – 1	.737	.265 – 1	.737	.430 – 1
รวมทั้งหมด	135	.531	.124 – 1	.746	.205 – 1	.686	.257 – 1

กรณีที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิต่าง ๆ ในพื้นที่
ปกติ และมีขนาดประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ระหว่าง 4,000 – 6,000 คน

พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพภายใต้
ผลตอบแทนคงที่ สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ และ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มี
แพทย์ให้บริการ ตามลำดับ โดยเมื่อดูค่าประสิทธิภาพด้านขนาดแล้ว พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่
มีแพทย์ให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพด้านขนาดสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มี
พยาบาลให้บริการ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการตามลำดับ สำหรับ
ประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ให้บริการ มีประสิทธิภาพสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการและหน่วยบริการปฐม
ภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6.8 แสดงค่าประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามผู้ให้บริการในพื้นที่ปกติและ
ประชากร 4,000 – 6,000 คน

หน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน	CTE		SE		VTE	
		ค่าเฉลี่ย	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	พิสัย
แพทย์ให้บริการ	28	.545	.168 – 1	.877	.322 – 1	.615	.254 – 1
พยาบาลให้บริการ	73	.565	.175 – 1	.866	.401 – 1	.644	.253 – 1
จนท.สาธารณสุขให้บริการ	20	.576	.194 – 1	.776	.261 – 1	.748	.510 – 1
รวมทั้งรวม	121	.562	.168 – 1	.853	.261 – 1	.655	.253 – 1

กรณีที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิต่าง ๆ ในพื้นที่
ปกติ และมีขนาดประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ระหว่าง 6,000 – 8,000 คน

พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพทุกด้าน ไม่แตกต่างจาก
หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ

กรณีที่ 5 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิต่าง ๆ ในพื้นที่
ปกติ และมีขนาดประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ระหว่าง 8,000 – 10,000 คน

พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่
สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ และ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขให้บริการ ตามลำดับ โดยเมื่อดูค่าประสิทธิภาพด้านขนาดแล้ว พบว่า หน่วยบริการปฐม
ภูมิที่มีแพทย์และพยาบาลให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพด้านขนาดใกล้เคียงกันและสูงกว่า หน่วย

บริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการตามลำดับ สำหรับประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ มีประสิทธิภาพสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ และ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ ตามลำดับ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรณีที่ 6 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิต่างๆ ในพื้นที่ปกติ และมีขนาดประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ระหว่าง 10,000 – 15,000 คน

พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อดูค่าประสิทธิภาพด้านขนาดแล้ว พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพ สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ สำหรับประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ มีประสิทธิภาพสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรณีที่ 7 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิต่างๆ ในพื้นที่ปกติ และมีขนาดประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ มากกว่า 15,000 คน

พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพทุกด้าน ใกล้เคียงกับ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.4 สรุปผล

จากผลการวิเคราะห์ค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามผู้ให้บริการ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการมีค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่เฉลี่ยสูงที่สุด เป็นผลจากการมีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทอื่น และส่วนหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการตั้งอยู่ในพื้นที่กึ่งดาร์ ในสัดส่วนที่สูงกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทอื่น นอกจากนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ มีประสิทธิภาพโดยรวม สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ เนื่องจากมีสัดส่วนการตั้งอยู่ในพื้นที่กึ่งดาร์สูงกว่า แม้จะมีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบโดยเฉลี่ยน้อยกว่าก็ตาม

สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายคู่สัญญาหลักต่างๆ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายสถานบริการเอกชน มีค่าประสิทธิภาพโดยเฉลี่ยสูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลภาครัฐ เป็นผลมาจากจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบที่สูงกว่า

สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดภาครัฐ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน มีค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนคงที่ สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งๆ ที่มีขนาดจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบโดยเฉลี่ยน้อยกว่า เนื่องจากมีสัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์และพยาบาลให้บริการน้อยกว่า

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับค่าประสิทธิภาพภายใต้ผลตอบแทนแบบแปรผัน (VRS Technical Efficiency) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ ทั้งที่ให้บริการทุกวันและบริการบางวัน และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการทุกวัน มีผลแปรผกผันต่อค่าประสิทธิภาพดังกล่าว กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ และพยาบาลให้บริการทุกวัน จะทำให้ค่าประสิทธิภาพดังกล่าวลดลง จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ ทั้งที่ให้บริการทุกวันและบริการบางวัน และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการทุกวันที่มีค่าประสิทธิภาพดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ต่ำ สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้สูงขึ้นได้อีก และจากการวิเคราะห์สถานะของผลตอบแทนต่อขนาด พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่เพิ่มขึ้น ซึ่งยังสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพในการให้บริการได้อีก โดยการเพิ่มขนาดในการให้บริการ มีข้อสังเกตว่า ค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์และพยาบาลให้บริการที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากสมมติฐานในการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า ผลลัพธ์ในการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยผู้ให้บริการต่างๆ ไม่แตกต่างกัน อาจไม่ถูกต้องทั้งหมด ในกรณีอาจปรับปรุงได้โดยการหาตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพมาลดข้อจำกัดดังกล่าว

จากการวิเคราะห์ค่าประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามผู้ให้บริการเพิ่มเติม โดยลดผลของปัจจัยเกี่ยวกับพื้นที่ที่หน่วยบริการตั้งอยู่และขนาดจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบที่มีผลทำให้ค่าประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ปกติและมีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบไม่มาก โดยเฉพาะ ระหว่าง 2,000 – 6,000 คน ที่มีแพทย์และพยาบาลให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพต่ำกว่า หน่วยบริการที่มีเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ สำหรับพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบปานกลาง ระหว่าง 8,000 – 10,000 คน หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการ และ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพโดยเฉลี่ย สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบอื่นๆ มีจำนวนตัวอย่างในการวิเคราะห์ไม่มากพอในการเปรียบเทียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ สำหรับจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ ระหว่าง 8,000 – 15,000 คน พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มี

แพทย์ให้บริการ มีค่าประสิทธิภาพโดยเฉลี่ย สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลให้บริการ แต่
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กล่าวโดยสรุป หน่วยบริการปฐมภูมิทุกประเภท ยังสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพในการ
บริการได้อีก โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์และพยาบาลให้บริการ สามารถปรับปรุง
ประสิทธิภาพได้มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ให้บริการ นอกจากนี้ การจัดสรรทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะ แพทย์และพยาบาล ไปปฏิบัติงานใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำปัจจัยด้านจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ และ ขนาดความต้องการ
บริการมาพิจารณาประกอบ

บทที่ 7

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในบทนี้จะอภิปรายผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพซึ่งได้นำเสนอไปในบทที่ 4 – 6 ก่อนหน้านี้ ในประเด็นต่างๆคือ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การอภีบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ การบริหารการคลังภาครัฐ ประสิทธิภาพหน่วยบริการ ระบบข้อมูลเพื่อการติดตามกำกับการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในตอนท้าย

7.1 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยก้าวกระโดดจากยุทธศาสตร์ทศวรรษ การพัฒนาสถานีอนามัย (2535 – 2544) ซึ่งมีผลให้จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย เพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวระหว่างปี 2530 – 2540 (ดูแผนภาพที่ 1.1 ในบทที่ 1) ในครั้งนี้การที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำสัญญากับโรงพยาบาลแม่ข่ายและกำหนดให้มีการให้บริการใน ลักษณะเครือข่าย โดยแม่ข่ายต้องมีบทบาทในการสนับสนุนและพัฒนาลูกข่ายให้ได้ตาม มาตรฐาน รวมถึงร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิ นับว่ามีส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิก่อนข้างมาก อาจกล่าวได้ว่าเป็นการ พัฒนาอย่างรวดเร็วอีกครั้งหนึ่ง โดยเฉพาะในด้านศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ กล่าวคือ การมีพยาบาลวิชาชีพลงไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้ศักยภาพการให้บริการ เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันคุณภาพบริการที่จัดบริการโดยเฉพาะด้านการพยาบาลก็ดีขึ้น รวมถึงการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งผลการศึกษาจากข้อมูลในพื้นที่ 12 จังหวัดบ่งชี้ว่าในปัจจุบัน หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีพยาบาลวิชาชีพลงไปให้บริการอยู่แล้ว (ร้อยละ 90 ในเครือข่าย อำเภอเมือง และร้อยละ 70 ในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และ สทนากลุ่มบุคลากรในพื้นที่ก็ให้ความเห็นออกมาสอดคล้องกันว่า คุณภาพบริการทั้งในเชิง โครงสร้าง และศักยภาพการให้บริการดีขึ้น ทั้งนี้ก็สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยมีการศึกษาว่า คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น (Srivaniachakorn, 2008)

ในภาพรวมการทำงานเป็นเครือข่ายของการสนับสนุน สื่อสาร และเชื่อมโยงบริการ ระหว่างกันมีมากขึ้นในทุกพื้นที่ ด้วยนโยบายและวิธีการสนับสนุนงบประมาณบังคับให้ โรงพยาบาลและสถานีอนามัยต้องมีการพูดคุยกันมากขึ้น อย่างไรก็ตามระดับของการเชื่อมโยง และสนับสนุนการทำงานระหว่างกันยังมีความหลากหลาย ขึ้นกับวิสัยทัศน์และเจตคติผู้บริหาร เครือข่ายโดยเฉพาะผู้บริหารโรงพยาบาล และบริบทของพื้นที่ กล่าวคือหากผู้บริหารเครือข่ายให้ ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิมาก ก็จะได้รับงบประมาณเพื่อการสนับสนุนการพัฒนา

เครือข่ายมากไปด้วย จนขนาดบางเครือข่ายมองว่าหน่วยบริการปฐมภูมิกับแม่ข่ายต้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันหรือแยกจากกันไม่ได้ในเชิงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม เครือข่ายขนาดเล็กซึ่งได้รับงบประมาณจำกัดศักยภาพในการสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายก็มีจำกัด แต่ขณะเดียวกันในเครือข่ายโรงพยาบาลใหญ่ ผู้บริหารอาจขาดความเข้าใจบริบทการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและให้ความสำคัญน้อย การสนับสนุนการทำงานในเครือข่ายก็อาจจำกัดไปด้วย รวมถึงการเกิดความรู้สึกแบ่งแยกระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ก็มีโรงพยาบาลใหญ่บางแห่งที่ดำเนินการในเรื่องนี้ได้ดีมาก เช่น กรณีโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

ข้อจำกัดหลักในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน คือ เรื่องกำลังคน แม้จะมีพยาบาลลงไปให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นส่วนใหญ่ ก็ยังคงพบว่า หากพิจารณาเฉพาะจำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 46 ในภาพรวม) ที่มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ต่อจำนวนประชากร 1,250 คน) ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็ก (ที่ไม่มีพยาบาล หรือมีพยาบาลให้บริการบางเวลา) มีจำนวนบุคลากรได้ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 58 และ 54 ตามลำดับ) ในสัดส่วนที่สูงกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ (มีแพทย์ประจำหรือบางเวลา ร้อยละ 25 และ 36 ตามลำดับ) รวมถึงหน่วยบริการที่มีพยาบาลประจำ (ร้อยละ 45) ทั้งนี้อธิบายได้จากในหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่มักอยู่ในเขตใกล้เมืองเป็นซึ่งแหล่งชุมชนใหญ่มีประชากรมาก ขณะเดียวกันกรอบอัตรากำลังของหน่วยบริการก็ไม่ได้แปรตามจำนวนประชากรแต่แปรตามขนาดของหน่วยบริการเป็นสำคัญ นอกจากนั้นเนื่องจากโรงพยาบาลทุกแห่งก็ให้บริการตั้งแต่บริการปฐมภูมิจนถึงทุติยภูมิและตติยภูมิ การพิจารณาเฉพาะจำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเดียวก็อาจมีข้อจำกัดในการตีความว่าพื้นที่ดังกล่าวขาดแคลนบุคลากรอย่างแท้จริงหรือไม่ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากบริบทและทรัพยากรสาธารณสุขในภาพรวมของจังหวัด ตัวอย่างเช่น จังหวัดสุรินทร์ เชียงราย และกาฬสินธุ์ น่าจะเป็นพื้นที่ขาดแคลนจริง ในขณะที่จังหวัดสมุทรปราการซึ่งมีสัดส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐที่ไม่เข้าเกณฑ์จำนวนมากแต่เนื่องจากมีทรัพยากรสาธารณสุขภาคเอกชนสูง (ร้อยละ 86 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ) ในภาพรวมจึงไม่ใช่จังหวัดที่ขาดแคลน

ข้อจำกัดอีกประการที่มีการกล่าวถึง คือ การคิดแยกส่วนจากส่วนกลางโดยเฉพาะระบบการจ่ายเงินที่ให้ความสำคัญกับการจ่ายตามปริมาณการให้บริการ ซึ่งส่งผลต่อกิจกรรมบริการดังกล่าวตามที่ผู้รับผิดชอบส่วนกลางต้องการ แต่ขณะเดียวกันก็ทำลายแนวคิดในการให้บริการแบบองค์รวม เนื่องจากทำให้บุคลากรให้ความสำคัญกับการทำงานในกิจกรรมที่จะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ก็อาจให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลที่สามารถเรียกเก็บเงินคืนได้ จนอาจจะเลยการให้บริการด้านอื่นๆ ที่ไม่ได้เงินเพิ่มเติม ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายจากส่วนกลางต้องพึงสังวรในประเด็นดังกล่าว และในการกำหนดนโยบายจากส่วนกลางทั้งจากกระทรวง

สาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเอง ควรมีการร่วมกันคิดนโยบายมากกว่า แยกส่วนกันคิด คำถามสำคัญที่ทำหาคือ ทำอย่างไรจึงจะทำให้วิธีการจ่ายเงินตามปริมาณการ ให้บริการจะเกิดผลบวกมากกว่าผลลบ¹ ต่อพื้นที่?

7.2 บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

แม้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำ สัญญาตรงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังคงมีบทบาทสำคัญในการ ดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้อาจเนื่องจากขาดสมดุลเชิงอำนาจในการบริหารงบประมาณของ เครือข่ายบริการคู่สัญญา (อำนาจการตัดสินใจและจัดการอยู่ที่โรงพยาบาล) ทำให้สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดในฐานะพี่ใหญ่ต้องเข้ามาดูแลและจัดการให้สถานีนอมา้ยได้รับการสนับสนุน พอสมควร อย่างไรก็ตาม วัฏจักรบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขแตกต่างกันไปในแต่ละแห่ง ตั้งแต่ให้สิทธิระดมทุนกับเครือข่ายโดยการกำหนดแนวทางหลวมๆ ให้เครือข่ายดำเนินการ การ กำหนดกติการ่วมกันทั้งจังหวัด จนถึงการรวมการบริหารในลักษณะเครือข่ายเดียวทั้งจังหวัด ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น 1) วัฏจักรของวัฏจักรวัฏจักรระดับจังหวัด แนวคิดการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงแนวคิดในการกระจายอำนาจแก่เครือข่ายบริการ 2) ภาวะผู้นำของ ผู้บริหารและทีมงานในจังหวัด ตัวอย่างเช่น จังหวัดพิษณุโลกมีกลุ่มงานประกันที่เข้มแข็งทำให้ สามารถรวมการพัฒนาบริการทั้งหมดรวมถึงระดมผู้บริหารระดับอำเภอมาร่วมกำหนด หลักเกณฑ์ให้ถือปฏิบัติร่วมกันทั้งจังหวัด หรือสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการที่มีบทบาท หน้าที่สำคัญในการกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณได้อย่างประนีประนอมระหว่าง ภาครัฐและเอกชน 3) บริบทของพื้นที่เป็นปัจจัยกำหนดสำคัญอีกประการ เช่น พื้นที่ที่มี ภาคเอกชนมากและเข้าร่วมโครงการ บริบทของพื้นที่ขนาดเล็กการคมนาคมสะดวก หรือพื้นที่ ป่าเขาทุรกันดาร ฯลฯ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม บทบาทที่เห็นเด่นชัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในกรณีนี้เป็นการ เข้ามามีบทบาทในการจัดการงบประมาณเป็นหลัก ส่วนบทบาทในด้านการกำหนดนโยบายและ ยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นยังพบเห็นได้จำกัด ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจาก ข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่นโยบายและยุทธศาสตร์จะถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง ขณะเดียวกันการกำกับติดตามก็เป็นไปตามตัวชี้วัดจากส่วนกลาง สำนักตรวจ และจังหวัดอาจ เพิ่มเติมบางส่วน ตัวอย่างเช่น จังหวัดศรีสะเกษ มีการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดสำคัญของ จังหวัด (หรือเรียกว่า ranking)

¹ ตัวอย่างข้อควรพิจารณาจากการใช้วิธีการจ่ายเงินตามผลงาน เช่น การให้ความสำคัญกับงานที่มีการจ่าย ค่าตอบแทน ทำให้ละเลยการทำงานที่ตอบสนองต่อปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ซึ่งไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน หรือ ละเลยกลุ่มปัญหาชายขอบของพื้นที่ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจำเพาะและไม่ได้อยู่ใน vertical programme ของ สปสช. ส่วนกลาง

7.3 การอภิบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

แม้จะพบว่าการทำงานในลักษณะเครือข่ายมีทิศทางการพัฒนาไปในทางที่มีการทำงานร่วมกันมากขึ้น ขณะเดียวกันก็มีการสนับสนุนกันมากขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามในการอภิบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้น อำนาจการตัดสินใจหลักอยู่ที่ผู้บริหารเครือข่ายซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารฝั่งโรงพยาบาล ในขณะที่สาธารณสุขอำเภอและตัวแทนไม่มีศักยภาพเพียงพอในการเจรจาต่อรอง เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขขาดแคลนงบประมาณที่จะใช้ในการบริหารจัดการทำให้ต้องพึ่งพาโรงพยาบาลหรือเครือข่ายเป็นหลัก (ซึ่งอยู่ในอำนาจการตัดสินใจของโรงพยาบาล) ดังนั้นระดับความร่วมมือและสนับสนุนส่วนหนึ่งจึงขึ้นกับ ประสิทธิภาพและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารเครือข่าย และระดับความสัมพันธ์ระหว่างกัน ผู้บริหารเครือข่ายที่มีเจตคติที่ดีต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงอาจเคยมีประสบการณ์ในโรงพยาบาลที่มีงบประมาณจำกัด ก็จะเข้าใจความลำบากในการทำงานและสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายที่ดี ในทางกลับกันหากผู้บริหารเครือข่ายมีเจตคติที่ไม่ค่อยเห็นความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิรวมถึงอาจมีความสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยดีกับฝั่งสาธารณสุขก็จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสนับสนุนการพัฒนาระบบดังกล่าว ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับการสนับสนุนได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารของแต่ละฝ่าย ทั้งนี้ในบางแห่งแก้ปัญหาด้วยการตั้งสำนักงานบริหารเครือข่ายขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ มีบุคลากรทำงานชัดเจน รวมถึงมีการแยกเงินสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารงบประมาณ อย่างไรก็ตามนวัตกรรมที่เกิดขึ้นก็มาจากผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งอาจไม่มีความยั่งยืนในระยะยาวหากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร

โครงสร้างเชิงอำนาจที่แยกเป็นสองส่วนก็เป็นอุปสรรคอีกประการในการทำงาน กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ขึ้นกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในลักษณะสายบังคับบัญชา มีอำนาจในการให้ทุนให้โทษแก่บุคลากรแต่ไม่มีงบประมาณ ในขณะที่โรงพยาบาลมีงบประมาณสนับสนุนแต่ไม่สามารถบังคับบัญชาได้ มองด้านหนึ่งก็เป็นการถ่วงดุลอำนาจกัน แต่ก็มีโอกาสเกิดขัดแย้งกันได้สูง เช่นกันโดยเฉพาะหากไม่เข้าใจและความสัมพันธ์ระหว่างกันไม่ดี เป็นที่น่าสังเกตว่าสาธารณสุขอำเภอในบางพื้นที่ยอมจำนนกับสภาพและมองว่าให้สถานีนอนมัยไปอยู่กับโรงพยาบาล สถานการณ์การทำงานในลักษณะเครือข่ายอาจดีขึ้น เนื่องจากสภาพปัจจุบันเป็นข้อจำกัดในการทำงานให้ได้เต็มประสิทธิภาพ

7.4 การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ในภาพรวมส่วนใหญ่ของหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนงบประมาณและการจัดบริการดีขึ้นกว่าในอดีตมาจากการทำงานในลักษณะเครือข่ายและงบประมาณสำหรับการจัดบริการที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นระเบียบการจ่ายค่าตอบแทนที่กำหนดให้สามารถจ่ายค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นแก่บุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและในหน่วยบริการปฐมภูมิก็ทำให้เจ้าหน้าที่

ได้รับการดูแลที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามระดับของการสนับสนุนที่ต่างกันของแต่ละเครือข่ายก็ส่งผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายบริการเล็กได้รับงบประมาณจำกัด หรือในเครือข่ายโรงพยาบาลใหญ่จะร้องเรียนว่าได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอ (ต่อความคาดหวัง) ทั้งนี้พบว่าแม้ในบางเครือข่ายที่ร้องเรียนเรื่องดังกล่าวแต่กลับพบว่ามูลค่าการสนับสนุนที่ได้รับสูงกว่าของเครือข่ายอื่นในจังหวัดเดียวกัน

แม้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมีบทบาทในการกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรรวมถึงการกันเงินบางส่วนสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ งบประมาณที่แม่ข่ายสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิต่อหัวประชากรมีระดับต่างกันระหว่างประเภทแม่ข่าย (โรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือขนาดเล็ก) และระหว่างจังหวัด ครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลระดับจังหวัดในกลุ่มตัวอย่างมีมูลค่าการสนับสนุนต่ำกว่าที่โรงพยาบาลชุมชนสนับสนุน (ต่างกันเฉลี่ย 50 – 100 บาท/หัว) การแปรปรวนของงบประมาณที่สนับสนุนต่อหัวภายในจังหวัดอาจมีมากในกรณีที่ให้อิสระแก่แม่ข่ายในการพิจารณา ขนาดของเครือข่ายที่เล็กและได้รับงบประมาณที่จำกัดหากไม่มีการดูแลจากจังหวัดเพียงพอก็จะทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้รับการสนับสนุนจำกัด ในขณะที่หากจังหวัดมีบทบาทเข้ามาดูแลเครือข่ายเล็กก็อาจทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายนั้นได้รับงบประมาณต่อหัวที่สูง (เนื่องจากมีประชากรเบาบาง) ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนปัญหาที่เกิดจากการอภิบาลงบประมาณเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับหนึ่งดังที่กล่าวมาข้างต้น

เนื่องจากบริบทของการกระจายอำนาจทำให้มีทรัพยากรในชุมชนที่หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถระดมมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล หรือแม้แต่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ขณะเดียวกันประมาณครึ่งหนึ่งของท้องถิ่นได้เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลแล้ว ทำให้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชนจะไปรวมอยู่กับกองทุนตำบลดังกล่าว และท้องถิ่นมีส่วนร่วมสมทบตามระดับของท้องถิ่น ดังนั้นหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่นๆ เหล่านี้มาทำงานก็จะเป็แหล่งการคลังอีกแห่งหนึ่งที่สำคัญสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากข้อมูลจะเห็นว่าประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถระดมทุนจากแหล่งอื่นๆ มาพัฒนาระบบสาธารณสุขได้ ส่วนใหญ่คือจากองค์กรปกครองส่วนตำบล ขณะเดียวกันก็พบว่ายังไม่ถึงครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสามารถระดมทุนจากกองทุนดังกล่าวเพื่อมาพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ได้ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดนครนายก และเชียงราย ซึ่งเกือบทั้งหมดของพื้นที่เข้าร่วมกองทุนตำบลแต่มีรายงานว่าสามารถระดมทุนจากแหล่งอื่นมาทำงานน้อยมาก ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงข้อจำกัดในศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการปรับตัวเพื่อทำงานในบริบทใหม่ที่มีเจ้าภาพที่หลากหลายขึ้น และความจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อรองรับบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป

สำหรับสถานการณ์การเงินบำรุงของลูกชายและแม่ชายทุกประเภทโดยรวมดีขึ้นทั้งสองระดับ โดยมีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งบ่งชี้ว่างบประมาณสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขในภาพรวมเพียงพอ หากปัญหาจะเป็นประเด็นด้านการกระจายงบประมาณที่ยังขาดประสิทธิภาพในบางพื้นที่ โดยเฉพาะหากมีเครือข่ายใดเครือข่ายหนึ่งที่มั่งคั่งเพิ่มขึ้นมาก ในขณะที่มีบางเครือข่ายประสบปัญหาด้านการเงิน ขณะเดียวกันการที่มีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นมาก สะท้อนว่าการใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐขาดประสิทธิภาพ กล่าวคือ รายได้ของสถานพยาบาลรัฐทั้งหมดถือเป็นการคลังภาครัฐซึ่งไม่ต่างจากภาษีที่รัฐบาลจัดเก็บจากประชาชนเพื่อมาจัดบริการคืนแก่ประชาชน ดังนั้นโดยหลักการรัฐจะจัดเก็บรายได้ให้เพียงพอการใช้จ่ายในแต่ละปีเท่านั้นไม่มีการเก็บเผื่อไว้ใช้ในอนาคตก เพื่อลดภาระของประชาชน ในกรณีนี้หากงบประมาณที่หน่วยบริการจัดเก็บได้รวมกับที่ได้รับสนับสนุนจากงบประมาณมีเหลือเก็บมากในแต่ละปี สะท้อนว่าการจัดเก็บ (หรือได้รับสนับสนุน) มากเกินไป หรือมีการใช้จ่ายงบประมาณและรายได้ที่จัดเก็บได้น้อยเกินไปเมื่อเทียบกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากภาระความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้มีภาวะทุพพลภาพ หรือความจำเป็นด้านสุขภาพที่ยังไม่มีบริการรองรับ เป็นที่น่าเชื่อว่าเกิดจากประเด็นหลังมากกว่า

7.5 ประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

การได้รับงบประมาณสนับสนุนมากหรือน้อยด้วยรูปแบบใดจะมีความหมายมากขึ้นก็ต่อเมื่อบประมาณที่สนับสนุนเพิ่มขึ้นหรือวิธีการสนับสนุนดังกล่าวก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดบริการเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลการศึกษาประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิที่น่าเสนอในครั้งนี้เป็นความพยายามครั้งแรกในประเทศไทยที่พยายามวัดประสิทธิภาพเชิงการผลิต² ของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีผลผลิตที่หลากหลาย โดยวัดปัจจัยนำเข้า (input) เป็นต้นทุนดำเนินการ ในขณะที่วัดผลผลิตสี่ด้าน คือ ครั้งของการรักษาผู้ป่วยนอก ครั้งในการให้บริการ PP ในสถานพยาบาล ครั้งการให้บริการนอกสถานพยาบาล และครั้งของกิจกรรมบริการชุมชน การศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทยเป็นการวัดประสิทธิภาพของการจัดบริการของโรงพยาบาลเป็นหลัก ดังนั้นข้อจำกัดหลักในการศึกษานี้จึงเป็นเรื่องความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลด้านผลผลิต เนื่องจากนำมาจากระบบข้อมูลการบันทึกและรายงานของหน่วยบริการปฐมภูมีย้อนหลังเป็นหลักมิได้มีการจัดเก็บใหม่เพิ่มเติม ความแปรปรวนของความเข้าใจและการบันทึกข้อมูลกิจกรรมจึงเป็นข้อจำกัดและจุดอ่อนสำคัญที่พึงต้องระมัดระวัง โดยเฉพาะกิจกรรมให้บริการชุมชน เนื่องจากที่ผ่านมาข้อมูลดังกล่าวมิได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์แต่อย่างใด

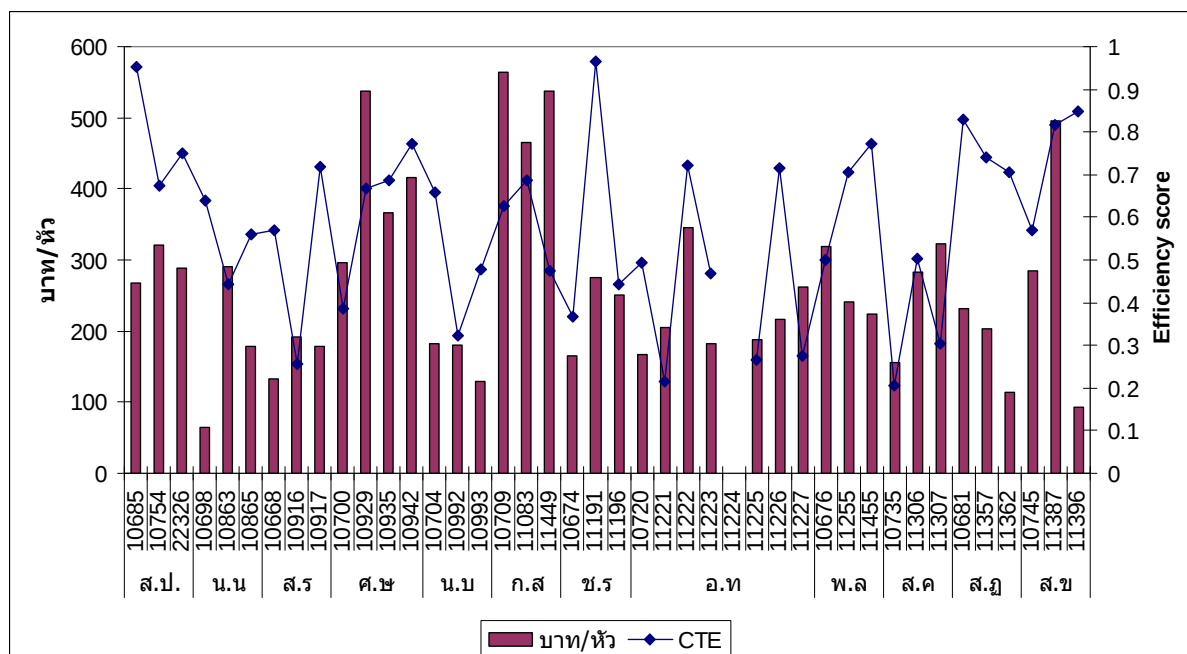
² เป็นการวัดเชิงสัมพัทธ์ของกลุ่มเทียบปริมาณต้นทุนดำเนินการที่ใช้กับปริมาณผลผลิตทั้งสี่ประเภทในรอบปี 2551 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต้นทุนดำเนินการระดับเดียวกันจะมีทั้งหน่วยบริการที่มีค่าคะแนนประสิทธิภาพสูงและต่ำเมื่อวัดจากผลผลิตที่ได้

จากข้อมูลคะแนนประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และยังอยู่ในสถานะที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพให้สูงขึ้นได้ อาจเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในสถานะของผลตอบแทนต่อขนาดในอัตราที่เพิ่มขึ้น (increasing return to scale) ข้อมูลดังกล่าวอาจขัดแย้งกับความรู้สึกของบุคลากรที่สะท้อนว่า ภาระงานในปัจจุบันสูงมาก โดยเฉพาะภาระงานในการจัดทำรายงานต่างๆ อย่างไรก็ตาม ภาระดังกล่าวมิได้ถูกนำมาคิดเป็นผลผลิตของหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนั้นข้อจำกัดหลัก คือ สามารถแข่งขันได้เฉพาะข้อมูลเชิงปริมาณไม่สามารถวัดหน่วยของงานในเชิงคุณภาพที่มีการดำเนินเพิ่มมากขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน

ปัจจัยกำหนดสำคัญต่อประสิทธิภาพเชิงการผลิตของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ขนาดประชากร โดยจำนวนประชากรรับผิดชอบที่มากขึ้นจะมีภาระบริการเพิ่มขึ้นไปด้วย โดยเฉพาะบริการที่กำหนดจากผู้ให้บริการเอง พื้นที่เขตทุรกันดารเป็นอีกปัจจัยที่กำหนดประสิทธิภาพเชิงการผลิตของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งนี้อาจอธิบายจากต้นทุนเงินเดือนซึ่งเป็นองค์ประกอบใหญ่ของค่าดำเนินการค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ปกติเนื่องจากส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรจบใหม่ อย่างไรก็ตามปัจจัยกำหนดทั้งสองประการนั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของระบบสาธารณสุข ซึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยกำหนดประสิทธิภาพของหน่วยบริการเฉพาะในพื้นที่ปกติจะพบว่าการมีบุคลากรวิชาชีพแต่ละประเภทในขนาดประชากรที่ต่างกันมีผลต่อประสิทธิภาพเชิงการผลิตของหน่วยบริการปฐมภูมิ กล่าวคือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ให้บริการจะมีคะแนนประสิทธิภาพสูงกว่าบุคลากรประเภทอื่นในการให้บริการในพื้นที่ที่มีประชากรตั้งแต่ 8,000 คนขึ้นไป ในขณะที่ในพื้นที่ประชากรต่ำกว่านี้คะแนนประสิทธิภาพไม่ได้ดีกว่ากันหรือด้อยกว่า ซึ่งบ่งชี้ถึงขนาดประสิทธิภาพในการลงทุนให้มีบุคลากรประเภทต่างๆในการจัดบริการ

ประเด็นที่น่าสนใจคงเป็นมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ระหว่างขนาดของการสนับสนุนของแม่ข่ายกับคะแนนประสิทธิภาพ ดังภาพที่ 7.1 ที่แสดงค่าคะแนนประสิทธิภาพเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเทียบกับมูลค่าการสนับสนุนต่อหัวของแม่ข่าย จะเห็นได้ว่าระดับคะแนนประสิทธิภาพเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายไม่ได้มีความสัมพันธ์กับระดับมูลค่าการสนับสนุนของแม่ข่ายแต่อย่างใด หรืออีกนัยหนึ่งคือ ในทุกระดับของการสนับสนุนหรือการใช้งบประมาณสามารถมีประสิทธิภาพทั้งสูงและต่ำได้ เนื่องจากการวัดเชิงสัมพัทธ์ของหน่วยงานที่ใช้ทรัพยากรใกล้เคียงกันว่าใครมีผลผลิตดีมาน้อยกว่ากัน การได้รับงบประมาณน้อยและใช้จ่ายในวงจำกัดแต่หากสามารถให้ผลผลิตได้มากก็ทำให้คะแนนประสิทธิภาพสูง ขณะเดียวกันการได้รับงบประมาณสนับสนุนมากแต่ไม่ได้มีผลผลิตเพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็นก็มีผลให้คะแนนประสิทธิภาพต่ำเช่นกัน ดังนั้นการให้หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องการมากกว่าปัจจัยเรื่องขนาดของการสนับสนุน เช่น ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ การให้คุณภาพยอมรับ ปัจจัยด้านบริบทของชุมชน ฯลฯ

แผนภาพที่ 7.1 แสดงงบประมาณต่อหัวและค่าคะแนนประสิทธิภาพเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกรายเครือข่าย



7.6 ระบบข้อมูลในการติดตามกำกับ

งานวิจัยชิ้นนี้ทำการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลแม่ข่าย จากระบบข้อมูลที่มีเก็บอยู่แล้วในแต่ละที่ มิได้เป็นการวิจัยเก็บข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิแต่อย่างใด กล่าวคือ

- ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการแต่ละแห่งปกติหน่วยบริการและหน่วยงานบริหารในระดับอำเภอ/ โรงพยาบาล/ และจังหวัดมีอยู่แล้ว รวมถึงข้อมูลการบริหารจัดการระบบงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัด
- หลักเกณฑ์การจัดสรรและข้อมูลการสนับสนุนงบประมาณประเภทต่างๆของแม่ข่ายแก่หน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย ปกติแม่ข่ายทุกแห่งจะมีข้อมูลมูลค่าการจัดสรรเงินและมูลค่าการสนับสนุนด้านวัตถุต่างๆ อยู่แล้วเพียงแต่ขาดข้อมูลมูลค่าการสนับสนุนด้านบุคลากร ซึ่งหากจะจัดทำให้มีขึ้นก็ไม่ยากนัก
- ข้อมูลการระดมทุนจากแหล่งอื่นของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการรวบรวมอย่างเป็นระบบ มีบางจังหวัดที่มีการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายงานข้อมูลดังกล่าวที่ได้รับอุดหนุนจากท้องถิ่น อย่างไรก็ตามในแง่บทบาทการกำกับติดตามและพัฒนาหน่วยงานในระดับอำเภอและจังหวัดควรมีข้อมูลดังกล่าวเพื่อประเมินและกำหนดนโยบายในการพัฒนาต่อไป

- ข้อมูลสถานการณ์ด้านการเงินของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รายรับ รายจ่าย เงินบำรุงคงเหลือ) มีฐานข้อมูลดังกล่าวอยู่แล้วที่แม่ข่ายและที่รายงานสู่จังหวัดและกระทรวง
- ข้อมูลผลผลิตของหน่วยบริการปฐมภูมิมีข้อมูลดังกล่าวทั้งในรายงานที่มีการจัดทำอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงฐานข้อมูล 18 แฟ้มที่ส่งให้กับส่วนกลาง

จะเห็นได้ว่าข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณในรายงานฉบับนี้ล้วนมาจากระบบข้อมูลที่มีอยู่แล้วในระดับหน่วยบริการ ระดับอำเภอ หรือระดับจังหวัดทั้งนั้น ดังนั้นหากหน่วยงานระดับจังหวัดจะนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและติดตามกำกับกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของเครือข่าย รวมถึงติดตามกำกับกับการสนับสนุนของแม่ข่ายเพื่อการเรียนรู้ระหว่างกันก็เป็นสิ่งที่สามารถดำเนินการได้ไม่ยากนัก ส่วนที่ยังอาจมีความยุ่งยากในเชิงเทคนิค คือ การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรือฝึกอบรมอีกระยะหนึ่งเท่านั้น

สำหรับประเด็นความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ใช้นงานวิจัยนี้

- O ข้อมูลจำนวนเงินของการสนับสนุนที่แม่ข่ายให้แก่ลูกข่ายนั้นเก็บจากแม่ข่ายและตรวจทานโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ส่วนที่ขาดหายไปคือมูลค่าบุคลากรที่สนับสนุนซึ่งเก็บได้จากตารางการลงไปให้บริการที่สถานีอนามัยของบุคลากรโรงพยาบาลซึ่งเปิดเผยต่อสาธารณะอยู่แล้วสิ่งที่ขาดคือเงินเดือนค่าตอบแทนของบุคลากรที่ลงไปซึ่งต้องอาศัยทางโรงพยาบาลในการให้ข้อมูล เนื่องจากการขอข้อมูลที่มีได้ระบุตัวบุคคลดังนั้นจึงมิได้มีปัญหาแต่อย่างใดในการจัดเก็บ
- O สำหรับข้อมูลการระดมทุนจากแหล่งอื่นนั้น ปกติการสนับสนุนจาก อปท. จะไม่เป็นในรูปแบบตัวเงินแต่ให้เป็นสิ่งของหรือไปตั้งเบิกที่ อปท. จึงไม่ผ่านระบบบัญชีเงินบำรุง ในการจัดเก็บข้อมูลต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการจัดเก็บ และเนื่องจากบางจังหวัดมีการให้หน่วยบริการรายงานข้อมูลดังกล่าวอยู่แล้ว ดังนั้นในพื้นที่ที่มีการจัดเก็บก็ตรวจทานจากข้อมูลของจังหวัด แต่พื้นที่ที่ไม่มีการจัดเก็บนั้นก็ไม่สามารถตรวจทานได้
- O ข้อมูลสถานการณ์ด้านการเงินของหน่วยบริการมาจากระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างซึ่งทางโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้จัดทำให้กับทั้งโรงพยาบาลเองและสถานีอนามัยลูกข่าย โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องส่งฐานข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างและงบทดลองของแต่ละหน่วยบริการไปยังกระทรวงสาธารณสุข และต้องส่งรายงานต่อสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ดังนั้นข้อมูลดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือมากที่สุดและสามารถตรวจทานความถูกต้องได้จากหลายแห่ง
- O สำหรับข้อมูลผลผลิตของหน่วยบริการ เมื่อเทียบกับข้อมูลอื่นๆแล้วอาจยังคงมีปัญหามากที่สุด แม้จะมีการรายงานและส่งฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก 18 แฟ้มมายังส่วนกลางเป็น

ระยะเวลานานพอสมควร เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวมิได้ถูกนำไปใช้โดยหน่วยบริการเอง หรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ ดังนั้นอาจมีปัญหาคาดเคลื่อนในความเข้าใจในการบันทึกของแต่ละแห่ง นอกจากนี้ข้อมูลดังกล่าวส่วนใหญ่มักสะท้อนผลผลิตในเชิงปริมาณบริการด้านการรักษาพยาบาลหรือส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล ขาดข้อมูลเชิงคุณภาพในเชิงการพัฒนาหรือแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนซึ่งก็เป็นการกีดกันอีกประการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาต่อไป

ดังนั้นข้อมูลด้านการคลังระบบบริการปฐมภูมิที่น่าเสนอจึงมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากตรวจทานได้จากหลายแหล่ง แต่ข้อมูลด้านผลผลิตอาจยังคงต้องพัฒนาต่อไป

7.7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงการติดตามกำกับ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในจังหวัด ในขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตอยู่ห่างไกลจากพื้นที่มากไม่สามารถเข้าใจบริบทของพื้นที่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ ในบริบทที่มีการขยายบทบาทของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเพิ่มมากขึ้น ข้อจำกัดของศักยภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสาขาเขตยังมองเห็นได้ชัดว่าไม่สามารถลงไปติดตามกำกับได้ ดังนั้นกลไกการสนับสนุนและกำกับติดตามในระดับจังหวัดและอำเภอ ยังคงมีความจำเป็นและละเอียด เพื่อให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นอย่างมีประสิทธิภาพทั้งจังหวัด

2) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีแนวคิดแบบองค์รวมและบูรณาการการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ที่มีประชากรรับผิดชอบชัดเจน โดยต้องมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบที่ดีขึ้น ซึ่งในการให้บริการแบบองค์รวมจำเป็นต้องมีการบูรณาการและให้บริการอย่างรอบด้าน ดังนั้นนโยบายรวมถึงรูปแบบวิธีการจ่ายเงินต่าง ๆ ซึ่งกำหนดมาจากส่วนกลางต้องกระทำด้วยความระมัดระวังถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นโดยไม่เกิดการทำลายแนวคิดการให้บริการดังกล่าว ข้อเสนอเพื่อป้องกันผลกระทบเชิงลบเพื่อพิจารณา ดังนี้

- การทำงานในแต่ละโครงการควรมีลักษณะยืดหยุ่น มีการทบทวนรายละเอียดการทำงานอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความจำเป็นของแต่ละพื้นที่ (dynamics and tailored to the needs)
- การประเมินผลจากการดำเนินโครงการในระยะนำร่อง (ก่อนขยายเต็มพื้นที่ทั่วประเทศ) นอกจากการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการแล้ว ควรพิจารณาประเมินในแง่มุมมองของ ผลต่อการทำงานเป็นทีมของพื้นที่ ผลต่อความสัมพันธ์

ภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตลอดจนผลต่อความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและ
ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

O ความเป็นไปได้ในการปรับปรุงแบบการจ่ายจากเดิมจ่ายจากส่วนกลางโดยตรง
เป็นการจ่ายในลักษณะการลงขันระหว่างส่วนกลางและกองทุนสุขภาพของ
พื้นที่เพื่อส่งเสริมความเป็นเจ้าของและเป็นแนวทางหนึ่งเพื่อแก้ปัญหการ
จัดทำรายงานผลการดำเนินงานที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง

3) การอภิบาลระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มี
ธรรมาภิบาลมากขึ้น ขณะเดียวกันการแย่งงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิออกจากบริการ
ทุติยภูมิ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นและชุมชนได้เข้ามามีบทบาทร่วมในการกำกับและ
พัฒนาน่าจะทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการพัฒนาที่เหมาะสมมากขึ้นและสามารถ
ตอบสนองต่อความคาดหวังของชุมชนได้ดีขึ้น

4) ควรต้องมีกลไกกำกับประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณของสถานพยาบาลภาครัฐ
รวมถึงทำความเข้าใจในการบริหารการคลังภาครัฐ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงิน
ขณะเดียวกันต้องมีการพัฒนามาตรการและกลไกในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเพิ่ม
ประสิทธิภาพเชิงการผลิต โดยเฉพาะการทำงานเชิงรุกเพื่อให้บริการแก่ประชาชนกลุ่มที่เข้าไม่ถึง
หรือไม่มีบริการรองรับในปัจจุบันอย่างบูรณาการและเป็นองค์รวม

5) ระบบข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถใช้ในการกำกับติดตามการพัฒนาระบบบริการ
ปฐมภูมิได้ และมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตามก็ต้องการการจัดการ
เพิ่มขึ้นเพื่อให้สามารถใช้งานได้ ดังนั้นควรต้องส่งเสริมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ได้ใช้ข้อมูลเพื่อการติดตาม
กำกับและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันควรสนับสนุนให้เกิดการนำ
ข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนการพัฒนาของหน่วยบริการปฐมภูมิเอง

เอกสารอ้างอิง

- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., et al. (2008) Alma-Ata: Rebirth and Revision 1, Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise, *Lancet*, 372, 917-27.
- Macinko, J., Starfield, B. and Shi, L. (2003) The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970 - 1998, *Health Services Research*, 38, 3: 831-865.
- McDonald, J. and Hare, L. (2004) Literature Review: the contribution of primary and community health services, The Center for Health Equity, Training, Research & Evaluation Centers for Primary Care & Equity, The University of New South Wales (UNSW). 9 December.
- Phaamnuaypol, P. (2008) *Budget Allocation and Financial Situation of Health Center under Universal Health Coverage Scheme*, Nonthaburi, Health Information System Office.
- Pitayarangsarit, S., Jongudomsuk, P., Sakulpanich, T., Singhapan, S., et al. (2004) Policy Formulation Process, In Jongudomsuk, P. (Eds) *From Policy to Implementation: Historical Events during 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand*. Nonthaburi, National Health Security Office.
- Prakongsai, P., Tangcharoensathien, V. and Tisayaticom, K. (2007) *Who benefits from government spending before and after universal coverage in Thailand?*, Nonthaburi, International Health Policy Program, Thailand.
- Srithamrongsawat, S. (1998) Policy options for financing reform of The Public Assistance Scheme for the Indigence in Thailand, *Health Policy and Planning Journal* (Thailand), 1, 1: 27 - 42 (in Thai).
- Srithamrongsawat, S. (2002) The Health Card Scheme: A Public Subsidized Voluntary Health Insurance Scheme, In Wibulpolprasert, S. (Eds) *Health Insurance System in Thailand*. Nonthaburi, Health System Research Institute.

- Srithamrongsawat, S. (2006) Equity in Health Service Utilization among Thai Elderly under the Universal Coverage Scheme, *Journal of Health Science*, 15, 5: 685-96.
- Srithamrongsawat, S., Kongsawat, S. and Kailas, N. (1999) *Health Care Financing for Public Facilities in Provinces*, Nonthaburi, Health Care Reform Office, Ministry of Public Health.
- Srithamrongsawat, S. and Torwatanakitkul, S. (2007) Implications of Universal Coverage Scheme on Health Service Delivery System in Thailand, *Journal of Health System*, 1, 1: 47-63.
- Srivanichakorn, S. (2008) Situation and Development of Primary Care in Thailand, Health Insurance System Research Office, Nonthaburi,
- Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J. (2005) Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, *The Milbank Quarterly*, 83, 3: 457-502.
- Tangcharoensathien, V. and et al. (2007) National Health Account of Thailand 1994 - 2005, Nonthaburi, International Health Policy Program, Ministry of Public Health.
- WHO (1978) Health For All by the Year 2000, Geneva, World Health Organization.
- WHO (2003) The World Health Report 2003- Shaping the Future, Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008) The World Health Report 2008 Primary Health Care: Now More Than Ever, Geneva, World Health Organization.
- WHO Harare Declaration (1987) The interregional meeting on strengthening District Health System based on Primary Health Care, Harare, Zimbabwe, August 1987.
- พินิจ พ้าอำนวยการ (2550) การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เอกสารอัดสำเนา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) รายงานสรุปองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมกองทุน เปรียบเทียบรายจังหวัด ตามปีงบประมาณ ณ.วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2553 http://tobt.nhso.go.th/report/admin_report/admin_report2.php
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2550) รูปแบบทางเลือกการคลังงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เอกสารอัดสำเนา

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2547) รายงานการศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วย
บริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ 36 จังหวัด (เอกสารพิมพ์)

ภาคผนวก

i. เครื่องมือในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือการศึกษาเชิงปริมาณ

- i. แบบสอบถาม ชุดที่ 1 (สำหรับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข)
- ii. แบบสอบถามชุดที่ 2 (สำหรับข้อมูลจาก แม่ข่ายและลูกข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ)

เครื่องมือการศึกษาเชิงคุณภาพ

- i. ประเด็นในการศึกษาเชิงคุณภาพ
- ii. ข้อมูลทุติยภูมิและเอกสารที่ต้องดำเนินการทบทวน
- iii. แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพชุด A ประธาน / รองประธาน เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP)
- iv. แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพชุด B ดำเนินการในลักษณะ Focus group discussion (FGD) คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)
- v. แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพชุด C นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- vi. แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพชุด D หัวหน้าหน่วยและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

ii. สรุปตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จาก การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างนักวิจัยและผู้รับผิดชอบใน พื้นที่

1.เครื่องมือในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือการศึกษาเชิงปริมาณ

แบบสอบถาม ชุดที่ 1 (สำหรับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข)

โครงการประเมินการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อ
การบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ

คำชี้แจง

ด้วย แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาใต้ความร่วมมือ
ระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนให้ สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
(สวปก.) ร่วมกับ ภาคีเครือข่ายวิชาการต่างๆ ร่วมกันประเมินสถานการณ์การคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ประเมินรูปแบบการบริหารจัดการและสถานการณ์การคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และพัฒนาระบบข้อมูล
เพื่อใช้ในการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

เครือข่ายบริการปฐมภูมิเป็นกลไกหลักสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพแก่
ประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่และอยู่ใกล้ชิด
ประชาชน ข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ (สอ.) ได้รับการสนับสนุนจาก CUP ในการจัดบริการ
เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากเมื่อเทียบกับก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามรูปแบบการ
สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่หลากหลาย และทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิ
มีการจัดบริการและแนวทางการทำงาน รวมทั้งผลงานที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ภาระงานของ
ลูกข่ายไม่สัมพันธ์กับสถานะการเงินของตนเอง ขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายมิได้สัมพันธ์กับ
สถานะการเงินของลูกข่าย บ่งชี้ว่า การจัดสรรเงินสนับสนุนลูกข่ายไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขณะเดียวกัน
สถานะการเงินของแม่ข่ายที่ดีมิได้มีอานิสงค์ไปถึงลูกข่ายด้วย เพื่อให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นไป
อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถให้บริการแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ จึงควรมีการประเมินการบริหารจัดการ
และสถานการณ์การคลังของสถานพยาบาลภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิขึ้น และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้
ในการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพในการพัฒนา

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยและภาคีเครือข่ายวิชาการ จึงใคร่ขอความ
ร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามดังกล่าว เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาระบบบริการ
ปฐมภูมิของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ชื่อ-สกุลผู้ตอบเพื่อส่งหนังสือ

.....

ที่อยู่

.....

..... โทรศัพท์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....	แบบสอบถามชุดที่.....
-------------------------------	----------------------

1. ข้อมูลประชากรจังหวัด

ชื่ออำเภอ	จำนวน ตำบล	จำนวน กองทุน ตำบล	จำนวน หมู่บ้าน	จำนวนประชากรตามทะเบียน ณ วันที่ 1 มกราคม 2552							จำนวน ประชากร คาดว่าจะมีอยู่ จริง
				UC	ประกันสังคม	ข้าราชการ	สิทธิประกัน รัฐอื่น	ไม่มีสิทธิ/ สิทธิว่าง	ประกัน แรงงานต่าง ด้าว	รวม	
รวม											

[illegible]

จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของลูกข่าย หมายถึงจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขของลูกข่าย (ไม่รวมบุคลากรสายสนับสนุนอื่น)

3. หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงสามปีที่ผ่านมา (2549 – 2551) มีการปรับเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง

	2549	2550	2551
งบผู้ป่วยนอก			
งบผู้ป่วยใน			
PP expressed demand			
PP com			
PP area based			
งบลงทุนเพื่อการทดแทน			
งบอื่นๆ			

4. งบประมาณที่CUP ได้รับจัดสรรในปี 2549, 2550, และ 2551

เครือข่าย	งบผู้ป่วย นอก	งบส่งเสริมป้องกัน			งบผู้ป่วย ใน	งบลงทุน	งบอื่นๆ	รวม
		PP express demand	PP com	PP area based				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
รวม								

5. ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เครื่องมือการศึกษาเชิงปริมาณ

แบบสอบถามชุดที่ 2 ((สำหรับข้อมูลจาก แม่ข่ายและลูกข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ))
การบริหารจัดการการคลังสุขภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการคู่สัญญา

คำชี้แจง

ด้วย แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ความร่วมมือระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนให้ สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ร่วมกับ ภาควิชาเครือข่ายวิชาการต่างๆ ร่วมกันประเมินสถานการณ์การคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิและพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินรูปแบบการบริหารจัดการและสถานการณ์การคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

เครือข่ายบริการปฐมภูมิเป็นกลไกหลักสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่และอยู่ใกล้ชิดประชาชน ข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ (สอ.) ได้รับการสนับสนุนจาก CUP ในการจัดบริการเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากเมื่อเทียบกับก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามรูปแบบการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่หลากหลาย และทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดบริการและแนวทางการทำงาน รวมทั้งผลงานที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ภาระงานของลูกข่ายไม่สัมพันธ์กับสถานะการเงินของตนเอง ขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายมิได้สัมพันธ์กับสถานะการเงินของลูกข่าย บ่งชี้ว่า การจัดสรรเงินสนับสนุนลูกข่ายไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายที่ดีมิได้มีอันส่งผลไปถึงลูกข่ายด้วย เพื่อให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถให้บริการแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ จึงควรมีการประเมินการบริหารจัดการและสถานการณ์การคลังของสถานพยาบาลภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิขึ้น และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพในการพัฒนา

สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยและภาควิชาเครือข่ายวิชาการ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามดังกล่าว เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ชื่อ-สกุลผู้ตอบเพื่อส่งหนังสือ

.....

ที่อยู่

.....

โทรศัพท์

.....

ชื่อโรงพยาบาล	แบบสอบถามชุดที่
---------------	-----------------

ส่วนที่ 1

- ประเภทของเครือข่ายคู่สัญญาหลัก
 - ☐ 1.โรงพยาบาลศูนย์ ขนาด.....เตียง
 - ☐ 2.โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด.....เตียง
 - ☐ 3.โรงพยาบาลชุมชน ขนาด.....เตียง
 - ☐ 4.โรงพยาบาลรัฐอื่น ขนาด.....เตียง
 - ☐ 5.โรงพยาบาลเทศบาล ขนาด.....เตียง
 - ☐ 6.โรงพยาบาลเอกชน ขนาด.....เตียง
 - ☐ 7.ศูนย์แพทย์ชุมชน/ คลินิกชุมชนอบอุ่น
- เขตพื้นที่ตั้งของคู่สัญญาหลัก เป็นพื้นที่
 - ☐ 1. พื้นที่ปกติ
 - ☐ 2. พื้นที่ทุรกันดาร ระดับ 1
 - ☐ 3. พื้นที่ทุรกันดารระดับที่ 2
- จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก

ประเภทหน่วยบริการ	จำนวน
(1) หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล	
(2) หน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลที่มีแพทย์ให้บริการทุกวัน	
(3) หน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลที่มีแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการบางวัน	
(4) หน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ไปให้บริการแต่มีพยาบาลวิชาชีพให้บริการทุกวัน	
(5) หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนไปให้บริการบางวัน	
(6) หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ แต่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่ สอ.	
(7) คลินิกเอกชน	
(8) คลินิกชุมชนอบอุ่น	
(9) รูปแบบอื่นๆ ระบุ.....	
รวมจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย	

หมายเหตุ ไม่มีการนับซ้ำ เช่นหน่วยบริการที่มีแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการ หรือมีแพทย์ประจำ ซึ่งถูกนับเป็นกลุ่ม (3) และ (2) แล้ว ถึงแม้จะมีพยาบาลวิชาชีพให้บริการทุกวันก็จะไม่นับซ้ำเป็น (4) อีก

4. ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการปฐมภูมิและแม่ข่าย ณ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552

รหัส หน่วย บริการ (1)	ชื่อหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (2)	ประเภท หน่วย บริการ (3)	ประเภท อปท. (4)	ระยะห่าง จากแม่ ข่าย (กม.) (5)	ระยะห่าง จาก รพจ. (กม.) (6)	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานจริงเต็มเวลา (คน)							จำนวน บุคลากร สนับสนุน อื่น (14)	จำนวนบุคลากรจำแนกตาม แหล่งเงินที่จ้าง (คน)		
						แพทย์ (7)	ทันต แพทย์ (8)	เภสัช กร (9)	พยาบาล (10)	ทันตากร บาล (11)	จน สธ. ชุมชน (12)	จนท.สธ. อื่นๆ (13)		จ้างด้วยเงิน งบประมาณ (15)	จ้างด้วย เงินบำรุง (16)	รวม (17)
	รพ.															
	1															
	2															
	3															
	4															

หมายเหตุ แหล่งข้อมูล เก็บข้อมูลจากทะเบียนบุคลากรและฐานข้อมูลการจ่ายเงินเดือนของหน่วยบริการ

(1) รหัสหน่วยบริการ หมายถึง รหัสมาตรฐานของหน่วยบริการตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(3) ประเภทหน่วยบริการ หมายถึงประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามข้อ 3 ข้างต้น ให้ระบุเป็นหมายเลข เช่น 1, 2, 3,.....9

(4) ประเภทอปท. ให้ระบุหมายเลข โดย(1) เทศบาลนคร (2) เทศบาลเมือง (3) เทศบาลตำบล (4) อบต.ขนาดใหญ่(5) อบต.ขนาดกลาง (6) อบต.ขนาดเล็ก

(7-13) จำนวนบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานเต็มเวลา หมายถึง จำนวนบุคลากรด้านวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งหมดไม่ว่าจะจ้างด้วยเงินงบประมาณหรือเงินบำรุง

(14) บุคลากรสนับสนุนอื่น หมายถึงจำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว ของหน่วยงานที่มีวิชาชีพด้านสาธารณสุข เช่น จนท.การเงิน รุรการ นักปชส. คณงาน

ฯลฯ

(15 -17) บุคลากรที่จ้างด้วยเงินงบประมาณ/ เงินบำรุง หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้งสายวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ รวมถึงลูกจ้างที่จ้างด้วยเงินงบประมาณ/ หรือเงินบำรุง ทั้งนี้เมื่อ

รวมตัวเลขช่อง 7-14 ต้องเท่ากับผลรวมของช่อง 15-16 และต้องเท่ากับช่อง 17

5. จำนวนประชากรที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ ณ วันที่ 1 ม.ค. 2552

รหัส หน่วย บริการ (1)	ชื่อหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (2)	กองทุนสุขภาพ ตำบล (มี/ไม่มี) (3)	จำนวน หมู่บ้าน (4)	จำนวน โรงเรียน (5)	จำนวนประชากรในทะเบียน							จำนวน ประชากร คาดว่าจะอยู่ จริง (13)
					UC (6)	ประกันสังคม (7)	ข้าราชการ (8)	สิทธิประกัน รัฐอื่น (9)	ไม่มีสิทธิ/ สิทธิว่าง (10)	ประกัน แรงงาน ต่างด้าว (11)	รวม (12)	
	รพ.											
	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											

หมายเหตุ เก็บข้อมูลจากระบบข้อมูล HCIS และฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนประชากร และข้อมูลจากการสำรวจของหน่วยบริการ

6. งบประมาณ UC ที่เครือข่าย (CUP) ได้รับจริงในปีงบประมาณ 2549 – 2551*

งบประมาณ	2549	2550	2551
1. งบรายหัวผู้ป่วยนอก			
2. งบส่งเสริมป้องกัน			
- PP facility or PP expressed demand			
- PP community			
- PP area based			
3. งบผู้ป่วยใน			
4. งบลงทุนเพื่อการทดแทน			
5. งบ AE/ HC			
6. อื่นๆระบุ.....			
7. อื่นๆ ระบุ.....			
8. อื่นๆ ระบุ.....			
9. อื่นๆ ระบุ.....			
รวม			

หมายเหตุ * เป็นงบประมาณที่ CUP ได้รับจริงจาก สปสช./ สสจ. บวก/ลบ เงินที่มีการเรียกเก็บ/จ่าย หน่วยบริการอื่น

อื่นๆ เช่น งบพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ งบโครงการลดความแออัด CMU งบคุณภาพ PP-non-UC ฯลฯ

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิภายใน CUP

7. การสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของ CUP ในปีงบประมาณ 2551 (หากมีแผนผังการจัดสรร
งบประมาณในเครือข่ายให้แนบด้วย)

ลักษณะการสนับสนุน	หลักเกณฑ์
1. การสนับสนุน ค่าใช้จ่ายประจำปกติ (ค่าตอบแทน สาธารณสุขโรค ใช้สอย) * ไม่รวมงบที่จัดสรรตรงจากสปสช./ โครงการพิเศษ	[] 1. อัตราเดียวในการสนับสนุน.....บาท/เดือน [] 2. มีหลายอัตราระบุ หน่วยบริการประเภท.....อัตรา.....บาท/เดือน หน่วยบริการประเภท.....อัตรา.....บาท/เดือน หน่วยบริการประเภท.....อัตรา.....บาท/เดือน
2. การสนับสนุน เวชภัณฑ์/ วัสดุ	[] 1. มีการกำหนดวงเงินในการสนับสนุน.....บาท/แห่ง [] 2. ตามการใช้จริงไม่จำกัดวงเงิน [] 3. ตามการใช้จริงหักลบงบ OP และต้องชดเชยเงินหากเบิกเกินงบที่ควรได้รับ [] 4. ตามการใช้จริงหักลบงบ OP แต่ไม่มีการเรียกเงินหากเบิกเกินงบที่ควรได้รับ [] 5. อื่นๆระบุ.....

ลักษณะการสนับสนุน	
3. การสนับสนุนงบ OP & PP อื่นๆ (ระบุหลักเกณฑ์ และอัตราที่สนับสนุน)	☐ 1. งบบริการผู้ป่วยนอก ☐ 2. งบ PP expressed demand/ PP facility ☐ 3. งบ PP community ☐ 4. งบ PP area based
4. การสนับสนุนงบลงทุน มีเกณฑ์การพิจารณาอย่างไร	
5. มีการสนับสนุนบุคลากรในรูปแบบต่อไปนี้	☐ 1. ส่งแพทย์ไปให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน.....แห่ง ☐ 2. ส่งเจ้าหน้าที่อื่นทั้งไปประจำและทำงานบางเวลาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้ ☐ ทันตแพทย์ จำนวน.....แห่ง ☐ ทันตภิบาล จำนวน.....แห่ง ☐ เภสัชกร จำนวน.....แห่ง ☐ เจ้าหน้าที่งานเภสัช จำนวน.....แห่ง ☐ นักกายภาพบำบัด จำนวน.....แห่ง ☐ พยาบาล จำนวน.....แห่ง ☐ คนขับรถรวมลูกจ้าง ☐ 3. จัดจ้างลูกจ้างให้หน่วยบริการปฐมภูมิโดยใช้เงิน CUP จำนวน.....แห่ง รวม.....คน ☐ 4. อื่นๆระบุ.....
6. การสนับสนุนรูปแบบอื่นๆ	☐ 1. การฝึกอบรมที่ รพ. ☐ 2. ส่งเจ้าหน้าที่ไปรับการอบรมที่อื่น ☐ 3. อื่นๆระบุ.....

8. งบประมาณ UC ของ CUP ที่สนับสนุนแก่งานบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ปี 2551

รหัสหน่วย บริการ (1)	ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ (2)	ค่าใช้จ่ายประจำ (3)	มูลค่าเวชภัณฑ์/ วัสดุ (4)	งบผู้ป่วยนอก เพิ่มเติม (5)	งบ PP เพิ่มเติม (6)	งบลงทุน (7)	งบอื่นๆ (8)
	รพ.						
	PCU รพ.						
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						

หมายเหตุ

(5) งบผู้ป่วยนอกเพิ่มเติม หมายถึงงบผู้ป่วยนอกที่จัดสรรให้กับ สอ. เพิ่มเติม นอกเหนือจาก ค่าใช้จ่ายประจำ และยาและเวชภัณฑ์ที่จัดสรรให้ไปแล้ว

(6) งบ PP เพิ่มเติม หมายถึงงบประมาณหมวดของ PP ที่ สอ. ได้รับเป็นเม็ดเงินนอกเหนือจากค่าใช้จ่ายประจำที่ได้รับ

(8) งบอื่นๆ เช่น งบโครงการพิเศษ เช่น โครงการลดความแออัด งบพัฒนา CMU งบโบนัส (9 บาท/หัว) งบคุณภาพ งบ 18 เพิ่ม งบ PP non-UC งบ vertical program ฯลฯ

-สำหรับ PCU รพ. หากไม่มีการแยกระบบบัญชี ก็ให้รวมอยู่ในส่วนของ รพ.

9. มูลค่าบุคลากรที่ไปสนับสนุนแก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายในปี 2551

[illegible]

หมายเหตุ 1 FTE (full time equivalent) = บุคลากรเต็มเวลา 1 คน จำนวนวันทำการเต็มเวลา คิด 260 วันทำการต่อปี

จำนวนวัน หมายถึงจำนวนวันรวมที่ออกไปให้บริการใน PCU แต่ละแห่งในรอบปีที่ผ่านมา ในกรณีที่ออกไปครั้งวันก็ให้เท่ากับ 0.5 วัน

เงินเดือน รวมเงินเดือนของบุคลากรประเภทนั้นๆ รวมเงินประจำตำแหน่ง เงินวิชาชีพ ค่าไม่ทำร้าน พสต. ฯลฯ แต่ไม่รวมค่าเวรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และสวัสดิการ

รักษาพยาบาล

วิธีคำนวณมูลค่าเงินเดือน = (เงินเดือนบุคลากรรวมทั้งปีของบุคลากรประเภทนั้นทุกคนที่ออกไปให้บริการใน PCU หาดด้วย จำนวนบุคลากรประเภทนั้นที่ออกไป) x (จำนวนวันที่ออกไปให้บริการ หาดด้วย 260)

ค่าตอบแทน = ค่าตอบแทนรวมที่แม่ข่ายจ่ายให้กับบุคลากรในการออกไปทำงานใน PCU

ส่วนที่ 3 ผลการให้บริการ

10. ผลการให้บริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

รหัสหน่วย บริการ	หน่วยบริการ	UC-OP ในเขต (ราย)	UC-OP นอก เขต (ราย)	OP สิทธิ ข้าราชการ (ราย)	OP สิทธิ ประกันสังคม (ราย)	OP สิทธิ ประกันอื่นๆ (ราย)	OP สงเคราะห์ (ครั้ง)	OP จ่ายเงิน เอง (ราย)	ทันตกรรม (ราย)
	1. รพ.								
	2. PCU ของ รพ.								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								

หมายเหตุ เก็บจากฐานข้อมูล HCIS หรือรายงาน 11 รง. 5 ของหน่วยบริการ

10. ผลการให้บริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (ต่อ)

[illegible]

หมายเหตุ เก็บจากฐานข้อมูล HCIS หรือรายงาน 11 รง. 5 ของหน่วยบริการ * นับจำนวนผู้ป่วย (คน) ที่เป็นเบาหวาน/ความดันในพื้นที่ยื่นขอรับบริการที่หน่วยบริการ

10. ผลการให้บริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (ต่อ)

รหัสหน่วย บริการ	หน่วยบริการ	บริการผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) (ราย)	คัดกรอง DM/HT (ราย)	คัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก (ราย)	ออกควบคุมโรค ในพื้นที่ (ครั้ง)	ออกตรวจสถาน ประกอบการ/ ตลาด (ครั้ง)	ร่วมกับท้องถิ่น/ชุมชนใน การแก้ปัญหาสุขภาพ (จำนวนโครงการ)
	1. รพ.						
	2. PCU ของ รพ.						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						

หมายเหตุ เก็บจากฐานข้อมูล HCIS หรือรายงาน 11 รง. 5 ของหน่วยบริการ

ส่วนที่ 4 สถานการณ์ด้านการคลังสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

11. รายรับเงินบำรุงของหน่วยบริการในเครือข่าย (รายรับเงินสดของหน่วยบริการ)

รหัสหน่วย บริการ	หน่วยบริการ	รายรับ UC ¹	รายรับ ขรก. ²	รายรับ ปกส. ²	รายรับ ประกันอื่น ²	รายรับที่ประชาชน จ่ายเอง	รายรับอื่นๆ	รวมรายรับเงินบำรุง

หมายเหตุ เก็บจากงบทดลอง/ HCIS/ บัญชีรายรับของหน่วยบริการ

¹ รายรับของหน่วยบริการที่ได้รับการจัดสรรล่วงหน้า หรือได้รับจัดสรรภายหลังจากแม่ข่ายและหน่วยงานอื่น

² คำนวณจากรายรับหลักประกันอื่นๆ - หนี้สูญจากการให้บริการผู้ป่วยระบบประกันอื่นๆในบัญชีเกณฑ์คงค้างหน่วยบริการ

12. มูลค่าการสนับสนุนที่หน่วยบริการเป็นผู้ดำเนินงานและได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น เพื่อดำเนินงานทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน ในปีงบประมาณ 2551 โดยมิได้มีการโอนเงินเข้ามาในบัญชีเงินบำรุงของหน่วยบริการ แต่อาจให้หน่วยบริการไปเบิกที่หน่วยสนับสนุนหรือสนับสนุนมาในรูปวัสดุ อุปกรณ์ ฯลฯ

[illegible]

13. รายการจ่ายของหน่วยบริการที่จ่ายจากเงินงบประมาณและเงินบำรุงของสถานพยาบาล รวมมูลค่าวัสดุ/เวชภัณฑ์ที่ใช้ไปตามบัญชีเกณฑ์คงค้าง

รหัสหน่วย บริการ	หน่วยบริการ	เงินเดือน งบประมาณ	ค่าจ้าง เงินบำรุง	ค่าตอบแทน งบประมาณ	ค่าตอบแทน เงินบำรุง	ค่า เวชภัณฑ์	ค่าวัสดุ	สาธารณูปโภค/ ใช้สอย	ค่าเสื่อม ราคา	รายการอื่น	รายการ รวม

หมายเหตุ- เป็นรายการตามบัญชีเกณฑ์คงค้าง

- รายการจ่ายค่าวัสดุ เวชภัณฑ์ ของแม่ข่าย หักที่โอนไปสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (สำหรับค่าใช้จ่ายบุคลากรให้เป็นไปตามระบบบัญชี นักวิจัยจะไปหักเอง)
- สำหรับรายการจ่ายค่าเวชภัณฑ์/วัสดุของลูกข่าย หมายถึงมูลค่ายา/วัสดุที่ใช้ไปจริงทั้งจากที่เบิกมาจากแม่ข่ายและที่ซื้อเอง

[illegible]

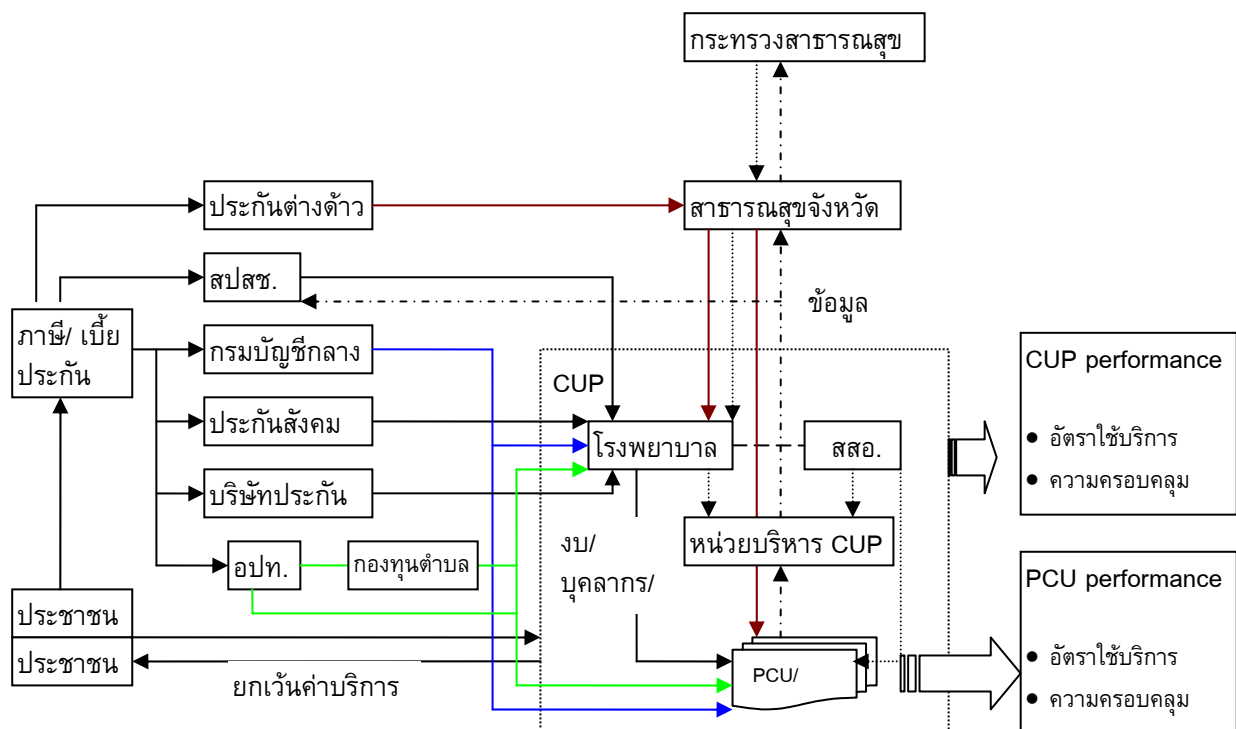
ขอขอบคุณในความร่วมมือ

เครื่องมือการศึกษาเชิงคุณภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ

- ศึกษารูปแบบการสนับสนุนลูกค้าระดับสถานีอนามัยและ PCU ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และหลักเกณฑ์ในการจัดสรรของเครือข่าย
- ศึกษาธรรมาภิบาล (governance) ของกระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ
- ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ

กรอบแนวคิด



ประเด็นในการศึกษาเชิงคุณภาพ

เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการทำงานและประสิทธิภาพของ PCU ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวนโยบาย (policy) การสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิของส่วนกลาง ภูมิภาค และในพื้นที่ จากหลายหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ได้แก่

- ก) กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.
- ข) สปสช. เขต และ ระดับจังหวัด (สสจ.)
- ค) ระดับอำเภอ (CUP) โรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ
- ง) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
- จ) หน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ (ถ้ามี)
- ฉ) องค์กรภาคประชาชนในพื้นที่

2. ด้านปัจจัยนำเข้า Input

ก) งบประมาณ (จำนวน และหลักเกณฑ์ และวิธีการในการจัดสรร)

- งบประมาณผู้ป่วนนอก (OP)
- งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)
- งบลงทุนทดแทน (งบค่าเสื่อม)
- งบประมาณ fixed cost (มีในบางจังหวัด)
- กองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล (กองทุน 37.50 บาท)
- งบประมาณอื่นๆ เช่น งบบริหารจัดการ งบสนับสนุนบริการสาธารณสุขระดับตำบล เป็นต้น

ข) เวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์สนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ (จำนวน หลักเกณฑ์ และความเพียงพอของเวชภัณฑ์/วัสดุการแพทย์ที่ได้รับการสนับสนุน) ซึ่งหมายรวมถึง ครุภัณฑ์ทางการแพทย์และสิ่งก่อสร้าง

- เบิกจาก CUP
- สนับสนุนโดยตรงจากทาง กสธ. สปสช. และ สสจ.
- สนับสนุนจากกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล หรือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ ประชาชนในพื้นที่

ค) กำลังคน (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน และ บุคลากรอื่นๆ)

- จำนวนและประเภทของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน
- บทบาทและภาระหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

- เงินเดือน และค่าตอบแทนอื่นๆที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งแหล่งที่มาของเงินเดือนและค่าตอบแทน
- หลักเกณฑ์และวิธีการในการสนับสนุนกำลังคนจาก CUP และจังหวัด
- หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับบุคลากร
- การสนับสนุนทุนการศึกษา (ถ้ามี)
- ความต้องการด้านกำลังคนของหน่วยบริการปฐมภูมิในอนาคต

3. ด้าน Process

ก) ธรรมาภิบาล (governance)

- โครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหาร CUP
- ความสม่ำเสมอในการประชุมของคณะกรรมการบริหาร CUP และหัวข้อของการประชุม รวมทั้งการบันทึกรายงานการประชุม
- ระบบการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานและประชาชนในพื้นที่ (feedback mechanism)
- องค์ประกอบของคณะกรรมการและความสม่ำเสมอในการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล

ข) Management system ของ CUP และ หน่วยบริการปฐมภูมิ

ค) ระบบการประสานงานทั้งในและระหว่างเครือข่าย รวมทั้งระหว่าง PCU (สถานีอนามัย) กับกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล

4. ด้าน Output

- ก) ผลงานด้านการรักษาพยาบาล (OP)
- ข) ผลงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)
- ค) งานชุมชนและ primary care
- ง) งานฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)
- จ) การมีส่วนร่วมและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน
- ฉ) ประสิทธิภาพการให้บริการ และ unit cost
- ช) คุณภาพในการให้บริการ
- ฌ) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

5. ระบบสนับสนุนอื่นๆ ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เช่น ระบบข้อมูลข่าวสารด้านการเงินการคลัง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั่วไป EMS และการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น

6. ปัญหาและอุปสรรคที่มีความสำคัญ 3 อันดับแรก

- ก) ปัญหาในการจัดระบบบริการปฐมภูมิให้กับประชาชนในพื้นที่
ข) ปัญหาเกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ

เครื่องมือในการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ

แบบ สัมภาษณ์	กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์	วิธีการสัมภาษณ์
A	ประธาน CUP / รองประธาน CUP	In-depth interview
B	คณะกรรมการบริหาร CUP	Focus group discussion (FGD)
C	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	In-depth interview
D	หัวหน้าหน่วยและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (PCU)	In-depth interview

หมายเหตุ เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลในพื้นที่มีค่อนข้างจำกัด ประกอบกับมีหน่วยงานอื่นที่ดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบลแล้ว ทางคณะทำงานจึงดัดแบบสัมภาษณ์ประธานกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล ผู้นำชุมชน กรรมการ อบต. และประชาชนในพื้นที่ออกไป

ข้อมูลทุติยภูมิและเอกสารที่ต้องดำเนินการทบทวน

(Secondary data collection and literature review)

1. ด้านนโยบาย

- แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550-2554 ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. อปท. สวรส. และ สฟช.
- นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เช่น การพัฒนากองทุนประกันสุขภาพระดับตำบลของ สปสช. หรือ การถ่ายโอนสถานีนอมนายของ กสธ. ให้กับ อปท. เป็นต้น
- นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนบทบาทของ อปท. กับบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับตำบลและอำเภอ ของ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
- นโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ของ สปสช. เขต/ ผู้ตรวจราชการระดับเขต สป. / สสจ. / เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)

2. กฎระเบียบด้านการเงินการคลังและการบริหารทรัพยากรของ PCU

- หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติทางการเงินและการบัญชีของกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล
- ระเบียบทางการเงินการคลังของ อปท. (เทศบาล และ อบต.) และแนวทางวิธีปฏิบัติในการใช้งบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการปฐมภูมิในพื้นที่
- ข้อตกลงหรือระเบียบการบริหารงบประมาณของ CUP (อาจศึกษาจากรายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหาร CUP หรือ ข้อตกลงระดับจังหวัด)
- หลักเกณฑ์หรือกฎระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรของ PCU

3. การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ

- หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิกรณี ผู้ป่วยนอก (OP) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) การตามจ่ายกรณีผู้ป่วยข้ามเขต การส่งต่อผู้ป่วย งบลงทุนทดแทนงบประมาณ fixed costs (ซึ่งมีการดำเนินการในบางจังหวัด) งบบริหารจัดการ
- งบเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก CUP และแหล่งอื่นๆ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 เป็นต้นมา
- หลักเกณฑ์และแนวทางการสนับสนุนเวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่มีไช่ยา และวัสดุการแพทย์ รวมทั้งครุภัณฑ์ทางการแพทย์จาก CUP หรือ จาก อปท. หรือ ชุมชน ในบางจังหวัด
- แนวทางการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับงาน P&P จาก กสธ. สปสช. เขตตรวจราชการ

- นโยบายการสนับสนุนกำลังคนเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจาก CUP อบต. จังหวัด เขตตรวจราชการ กสธ. และ สปสช.
4. ระบบข้อมูลข่าวสารและระบบรายงานปกติที่เกี่ยวข้องกับการเงินการคลังและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- ข้อมูล 12/18 แพ้ของ สนย.
 - ข้อมูลด้านการเงิน / การบัญชี และจากระบบรายงานปกติของสำนักตรวจราชการ สป.
 - Performance indicators ของ สปช.
 - ผลการประเมินคุณภาพการให้บริการของ PCU ตามหลักเกณฑ์ของ สปส.
 - Existing financial indicators เช่น รายรับ-รายจ่าย เงินบำรุงและเงินงบประมาณ quick and current ratio, วัสดุและเวชภัณฑ์คงคลัง เป็นต้น
5. ระบบธรรมาภิบาล (Governance)
- โครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหาร CUP
 - โครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล
 - ระเบียบการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหาร CUP และคณะกรรมการบริหารกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล
 - รายงานการประชุมซึ่งสะท้อนถึงความสม่ำเสมอและมติที่สำคัญของคณะกรรมการทั้งสองชุด
6. ข้อมูลและเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สรุปผลการดำเนินงานประจำปีของ CUP หรือ สรุปผลการดำเนินงานของ CUP เพื่อเสนอกับผู้ตรวจราชการ หรือ สรุปผลการดำเนินงานเพื่อการนิเทศงาน เป็นต้น

Interview guideline for qualitative approach of health financing for PCU

แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพชุด A

ประธาน / รองประธาน เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP)

ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัว และ แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาวิจัยโดยรวม และ วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ในวันนี้

ขออนุญาตบันทึกเสียง และถ่ายภาพ (ถ้ามี)

แจ้งสิทธิของผู้ถูกสัมภาษณ์ในการตอบคำถามว่า สามารถมีสิทธิในการปฏิเสธการตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบหรือมีความลำบากใจในการตอบได้ ทั้งนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในคนของกระทรวงสาธารณสุข

อาจเริ่มการพูดคุยในประเด็นทั่วไปก่อน เช่น บรรยากาศของที่ทำงาน หรือความมีน้ำใจของเจ้าหน้าที่ ความสวยงามของสถานที่ ทั้งนี้เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความเป็นกันเองระหว่างนักวิจัยกับผู้ถูกสัมภาษณ์

คำถามควรเป็นลักษณะปลายเปิดเพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ตอบและแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ โดยบรรยากาศของการสัมภาษณ์ควรมีความเป็นกันเองให้มากที่สุด

ด้านนโยบาย

1. ขอให้ท่านช่วยอธิบายระบบบริการปฐมภูมิ หรือ primary care ของเครือข่าย (CUP) ของท่านว่ามีลักษณะการทำงานอย่างไร ประกอบด้วยหน่วยงานหรือฝ่ายใดบ้างที่เกี่ยวข้อง
2. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 จนถึงปัจจุบัน เครือข่ายบริการปฐมภูมิของท่าน (CUP) มีนโยบายในการพัฒนาและสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างไรบ้าง และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ 3 ประการแรกของระบบบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของท่าน คืออะไร
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายหรือการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบันของ กสธ. สปสช. เขตตรวจราชการ และ จังหวัด โดยเฉพาะกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิของท่าน
4. นโยบายและแนวทางการดำเนินงานของ อบต. กับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่าน มีจุดอ่อนหรือจุดแข็ง อย่างไร และควรมีแนวทางในการพัฒนาอย่างไรบ้าง

5. ความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม และประชาชนในพื้นที่ ในการมีส่วนร่วมและสนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นอย่างไร
6. ควรมีการปรับปรุงด้านนโยบายเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิทั้งจากส่วนกลางและในพื้นที่อย่างไร จึงจะสนับสนุนให้มีการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านเพิ่มมากยิ่งขึ้น

ด้านปัจจัยนำเข้า

7. งบประมาณและทรัพยากรที่ CUP จัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ของท่านมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด หากไม่เหมาะสม กรุณาอธิบายว่าไม่เหมาะสมอย่างไร และควรดำเนินการแก้ไขอย่างไร
8. การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุการแพทย์ ของ CUP กับหน่วยบริการปฐมภูมิมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด หากไม่เหมาะสม กรุณาอธิบายว่าไม่เหมาะสมอย่างไร และควรดำเนินการแก้ไขอย่างไร
9. จำนวนบุคลากร บทบาทและภาระหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นอย่างไร สามารถปฏิบัติงานครอบคลุมภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิได้มากน้อยเพียงใด
10. การสนับสนุนด้านกำลังคนจาก CUP เช่น การจัดสรรพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ หรือ แพทย์หมุนเวียน ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีมากน้อยเพียงใด หากปัจจุบันไม่มีการสนับสนุนกำลังคนดังกล่าว ท่านคิดว่าเกิดจากเกิดจากปัจจัยใดบ้าง
11. การจ่ายค่าตอบแทนทั้งในและนอกเวลาราชการให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจ่ายในลักษณะรูปแบบใดบ้าง และมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด กรุณาอธิบาย
12. การให้ทุนนักเรียนในพื้นที่เพื่อศึกษาต่อเป็นบุคลากรสาธารณสุข มีการสนับสนุนนโยบายดังกล่าวจากหน่วยงานใดบ้าง มีการหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักเรียนและการทำสัญญาหลังจากการศึกษาจบแล้ว ในลักษณะใด
13. ในทัศนะของท่าน การแก้ไขปัญหาด้านบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืน ควรดำเนินการอย่างไร

ปัจจัยด้าน process และ governance

14. ในทัศนะของท่าน คณะกรรมการบริหาร CUP มีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเครือข่ายของท่านมากน้อยเพียงใด จงอธิบายถึงเหตุผลที่ทำให้เกิดลักษณะดังกล่าว
15. การประสานงาน การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการบริหาร CUP มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

16. ในทัศนะของท่าน คณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล มีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเครือข่ายของท่านมากน้อยเพียงใด จงอธิบายถึงเหตุผลที่ทำให้เกิดลักษณะดังกล่าว
17. คณะกรรมการบริหาร CUP และคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพระดับตำบล มีการใช้ข้อมูลข่าวสารในการวางแผน หรือตัดสินใจเชิงนโยบายมากน้อยเพียงใด
18. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรของ CUP มีมากน้อยเพียงใด
19. กระบวนการและวิธีการแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการบริหาร CUP ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการจัดสรรทรัพยากรหรืองบประมาณไม่เพียงพอ หรือ ประสบปัญหาด้านการเงิน มีการดำเนินการอย่างไร

ปัจจัยด้าน output and outcome

20. คณะกรรมการบริหาร CUP มีระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายอย่างไร
21. ตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของหน่วยบริการปฐมภูมิคืออะไรบ้าง กรุณาอธิบายว่าเหตุใดจึงเลือกตัวชี้วัดดังกล่าว
22. ท่านสามารถแบ่งระดับประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของท่านออกเป็นกี่กลุ่ม อะไรบ้าง หน่วยบริการใดบ้างอยู่ 3 อันดับแรกที่ดีที่สุด และหน่วยบริการใดบ้างอยู่ 3 อันดับสุดท้าย
23. เปรียบเทียบการพัฒนางานบริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ท่านคิดว่า ระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านมีสถานการณ์ที่ดีขึ้นหรือแย่ลง เพราะเหตุใด กรุณาอธิบาย

ประเด็นอื่นๆ

24. ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่าน 3 อันดับแรกคืออะไร
25. แนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านในอนาคต คืออะไร

ผู้สัมภาษณ์กล่าวขอบคุณ และ มอบของที่ระลึก (ถ้ามี)

ขออนุญาตให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เซ็น Informed consent form

ขอบคุณและลากลับ

แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพชุด B

ดำเนินการในลักษณะ Focus group discussion (FGD)

คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)

ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัว และ แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาวิจัยโดยรวม และ วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ในวันนี้

ขออนุญาตบันทึกเสียง และถ่ายภาพ (ถ้ามี)

แจ้งสิทธิของผู้ถูกสัมภาษณ์ในการตอบคำถามว่า สามารถมีสิทธิในการปฏิเสธการตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบหรือมีความลำบากใจในการตอบได้ ทั้งนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในคนของกระทรวงสาธารณสุข

อาจเริ่มการพูดคุยในประเด็นทั่วไปก่อน เช่น ความสวยงามของสถานที่ บรรยากาศของที่ทำงาน หรือความมีน้ำใจของเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความเป็นกันเองระหว่างนักวิจัยกับผู้ถูกสัมภาษณ์

ด้านนโยบาย

1. ขอให้ท่านช่วยอธิบายระบบบริการปฐมภูมิ หรือ primary care ของเครือข่าย (CUP) ของท่านว่ามีลักษณะการทำงานอย่างไร ประกอบด้วยหน่วยงานหรือฝ่ายใดบ้างที่เกี่ยวข้อง
2. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 จนถึงปัจจุบัน เครือข่ายบริการปฐมภูมิของท่าน (CUP) มีนโยบายในการพัฒนาและสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างไรบ้าง และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ 3 ประการแรกของระบบบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของท่าน คืออะไร
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายหรือการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบันของ กสธ. สปสช. เขตตรวจราชการ และ จังหวัด โดยเฉพาะกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิของท่าน
4. นโยบายและแนวทางการดำเนินงานของ อบต. กับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่าน มีจุดอ่อนหรือจุดแข็ง อย่างไร และควรมีแนวทางในการพัฒนาอย่างไรบ้าง
5. ความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม และประชาชนในพื้นที่ ในการมีส่วนร่วมและสนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นอย่างไร
6. ควรมีการปรับปรุงด้านนโยบายเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิทั้งจากส่วนกลางและในพื้นที่อย่างไร จึงจะสนับสนุนให้มีการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านเพิ่มมากยิ่งขึ้น

ด้านปัจจัยนำเข้า

7. งบประมาณและทรัพยากรที่ CUP จัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ของท่านมีความเหมาะสม
มากน้อยเพียงใด หากไม่เหมาะสม กรุณาอธิบายว่าไม่เหมาะสมอย่างไร และควรดำเนินการแก้ไข
อย่างไร
8. การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุการแพทย์ ของ CUP กับหน่วยบริการปฐมภูมิมี
ความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด หากไม่เหมาะสม กรุณาอธิบายว่าไม่เหมาะสมอย่างไร และควร
ดำเนินการแก้ไขอย่างไร
9. จำนวนบุคลากร บทบาทและภาระหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นอย่างไร
สามารถปฏิบัติงานครอบคลุมภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิได้มากน้อยเพียงใด
10. การสนับสนุนด้านกำลังคนจาก CUP เช่น การจัดสรรพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ
หรือ แพทย์หมุนเวียน ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีมากน้อยเพียงใด หากปัจจุบันไม่มีการ
สนับสนุนกำลังคนดังกล่าว ท่านคิดว่าเกิดจากเกิดจากปัจจัยใดบ้าง
11. การจ่ายค่าตอบแทนทั้งในและนอกเวลาราชการให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจ่ายใน
ลักษณะรูปแบบใดบ้าง และมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด กรุณาอธิบาย
12. การให้ทุนนักเรียนในพื้นที่เพื่อศึกษาต่อเป็นบุคลากรสาธารณสุข มีการสนับสนุนนโยบายดังกล่าวจาก
หน่วยงานใดบ้าง มีการหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักเรียนและการทำสัญญาหลังจากการศึกษาจบแล้ว
ในลักษณะใด
13. ในทัศนะของท่าน การแก้ไขปัญหาด้านบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืน ควรดำเนินการ
อย่างไร

ปัจจัยด้าน process

14. ในทัศนะของท่าน คณะกรรมการบริหาร CUP มีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใน
เครือข่ายของท่านมากน้อยเพียงใด จงอธิบายถึงเหตุผลที่ทำให้เกิดลักษณะดังกล่าว
15. การประสานงาน การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการบริหาร CUP มีประสิทธิภาพมาก
น้อยเพียงใด
16. ในทัศนะของท่าน คณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล มีบทบาทในการพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพปฐมภูมิในเครือข่ายของท่านมากน้อยเพียงใด จงอธิบายถึงเหตุผลที่ทำให้เกิดลักษณะ
ดังกล่าว
17. คณะกรรมการบริหาร CUP และคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพระดับตำบล มีการใช้ข้อมูล
ข่าวสารในการวางแผน หรือตัดสินใจเชิงนโยบายมากน้อยเพียงใด

18. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรของ CUP มีมากน้อยเพียงใด
19. กระบวนการและวิธีการแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการบริหาร CUP ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการจัดสรรทรัพยากรหรืองบประมาณไม่เพียงพอ หรือ ประสบปัญหาด้านการเงิน มีการดำเนินการอย่างไร

ปัจจัยด้าน output and outcome

20. คณะกรรมการบริหาร CUP มีระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายอย่างไร
21. ตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของหน่วยบริการปฐมภูมิคืออะไรบ้าง กรุณาอธิบายว่าเหตุใดจึงเลือกตัวชี้วัดดังกล่าว
22. ท่านสามารถแบ่งระดับประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของท่านออกเป็นกี่กลุ่ม อะไรบ้าง หน่วยบริการใดบ้างอยู่ 3 อันดับแรกที่ดีที่สุด และหน่วยบริการใดบ้างอยู่ 3 อันดับสุดท้าย
23. เปรียบเทียบการพัฒนางานบริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับ ภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ท่านคิดว่า ระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านมีสถานการณ์ที่ดีขึ้นหรือแย่ลง เพราะเหตุใด กรุณาอธิบาย

ประเด็นอื่นๆ

24. ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของท่าน 3 อันดับแรกคืออะไร
25. แนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านในอนาคต คืออะไร

ผู้สัมภาษณ์กล่าวขอบคุณ และ มอบของที่ระลึก (ถ้ามี)

ขออนุญาตให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เซ็น Informed consent form

ขอบคุณและลากลับ

แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพชุด C

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้ตรวจราชการ / สปสช. เขต

ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัว และ แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ ผู้ตรวจราชการ หรือ ผอ. สปสช.เขต ทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาวิจัยโดยรวม และ วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ในวันนี้

ขออนุญาตบันทึกเสียง และถ่ายภาพ (ถ้ามี)

แจ้งสิทธิของผู้ถูกสัมภาษณ์ในการตอบคำถามว่า สามารถมีสิทธิในการปฏิเสธการตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบหรือมีความลำบากใจในการตอบได้ ทั้งนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในคนของกระทรวงสาธารณสุข

อาจเริ่มการพูดคุยในประเด็นที่อยู่ในความสนใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน เช่น นโยบายสุขภาพของจังหวัด / เขต ที่ประสบความสำเร็จหรือได้รับรางวัลต่างๆ จากทางกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความเป็นกันเองระหว่างนักวิจัยกับผู้ถูกสัมภาษณ์

ด้านนโยบาย

1. ขอให้ท่านช่วยอธิบายนโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ หรือ primary care ในจังหวัด / เขต ของท่านว่า เป็นอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบ primary care คืออะไร
2. ท่านมีความเห็นอย่างไรกับนโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของ กสธ. สปสช. และของเขตตรวจราชการ กสธ. / สปสช. ที่จังหวัด / เขต ของท่านตั้งอยู่ รวมทั้ง นโยบายของกระทรวงมหาดไทยและอปท.
3. การปรับปรุงด้านนโยบายเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิทั้งจากส่วนกลางและในพื้นที่ควรเป็นลักษณะเช่นใด จึงจะสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านเพิ่มมากยิ่งขึ้น

ด้านปัจจัยนำเข้า

4. งบประมาณและทรัพยากรที่จังหวัด / เขต จัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอและตำบลในจังหวัด / เขต ของท่านมีหรือไม่ หากมีการดำเนินการ มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด หากไม่เหมาะสม กรุณาอธิบายว่าไม่เหมาะสมอย่างไร และควรดำเนินการแก้ไขอย่างไร

5. ในภาพโดยรวม การสนับสนุนด้านงบประมาณ เวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุการแพทย์ ของ CUP ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ต่างๆ มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด หากไม่เหมาะสม กรุณาระบุด้วยว่าเกิดในพื้นที่ใด และไม่เหมาะสมอย่างไร และควรดำเนินการแก้ไขอย่างไร ในฐานะที่ท่านเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ ผู้ตรวจราชการ
6. ในภาพรวมของพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ จำนวนบุคลากร บทบาทและภาระหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นอย่างไร สามารถปฏิบัติงานครอบคลุมภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิได้มากน้อยเพียงใด
7. การสนับสนุนด้านกำลังคนจากเขต / จังหวัด และ CUP เช่น การจัดสรรพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ หรือ แพทย์หมุนเวียน ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีมากน้อยเพียงใด หากปัจจุบันไม่มีการสนับสนุนกำลังคนดังกล่าว ท่านคิดว่าเกิดจากเกิดจากปัจจัยใดบ้าง
8. การจ่ายค่าตอบแทนทั้งในและนอกเวลาราชการให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจ่ายในลักษณะรูปแบบใดบ้าง และมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด กรุณาอธิบาย
9. การให้ทุนนักเรียนในพื้นที่เพื่อศึกษาต่อเป็นบุคลากรสาธารณสุข มีการสนับสนุนนโยบายดังกล่าวจากหน่วยงานใดบ้าง มีการหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักเรียนและการทำสัญญาหลังจากการศึกษาจบแล้ว ในลักษณะใด
10. ในทัศนะของท่าน การแก้ไขปัญหาด้านบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืน ควรดำเนินการอย่างไร

ปัจจัยด้าน process

11. ในทัศนะของท่าน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายต่างๆ ภายใน เขต / จังหวัด ของท่านคือใคร จงอธิบายถึงเหตุผลดังกล่าว
12. การดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานระดับเขต คณะกรรมการ CUP หรือ คณะกรรมการ PP ที่ระดับจังหวัด มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด และมีปัญหาอุปสรรคในการทำงานอย่างไร
13. การประสานงาน การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการบริหาร CUP ในภาพรวมของเขต / จังหวัด มีประสิทธิภาพหรือได้ผลมากน้อยเพียงใด
14. ในทัศนะของท่าน คณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล มีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบมากน้อยเพียงใด จงอธิบายถึงเหตุผลที่ทำให้เกิดลักษณะดังกล่าว
15. คณะกรรมการระดับจังหวัด คณะกรรมการบริหาร CUP และคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพระดับตำบล มีการใช้ข้อมูลข่าวสารในการวางแผน หรือตัดสินใจเชิงนโยบายมากน้อยเพียงใด กรุณาอธิบายตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม

16. ในภาพรวมของเขต / จังหวัด การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการ
จัดสรรทรัพยากรสุขภาพของทางราชการ มีมากน้อยเพียงใด
17. กระบวนการและวิธีการแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการประสานงานระดับเขต / จังหวัด และ
คณะกรรมการบริหาร CUP ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการจัดสรรทรัพยากรหรืองบประมาณ
ไม่เพียงพอ หรือ ประสบปัญหาด้านการเงิน มีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

ปัจจัยด้าน output and outcome

18. คณะกรรมการบริหาร CUP และ สสจ. และเขตตรวจราชการ มีระบบการติดตามประเมินผลการ
ดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดและเครือข่ายหรือไม่ อย่างไร
19. ตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัด และ เขต
คืออะไรบ้าง กรุณาอธิบายว่าเหตุใดจึงเลือกตัวชี้วัดดังกล่าว
20. ท่านสามารถแบ่งระดับประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบของท่านออกเป็นกี่
กลุ่ม อะไรบ้าง หน่วยบริการใดบ้างอยู่ 5 อันดับแรกที่ดีที่สุด และหน่วยบริการใดบ้างอยู่ 5 อันดับ
สุดท้าย
21. เปรียบเทียบการพัฒนางานบริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับ
ภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ท่านคิดว่า ระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านมี
สถานการณ์ที่ดีขึ้นหรือแย่ลง เพราะเหตุใด กรุณาอธิบาย

ประเด็นอื่นๆ

22. ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่าน 3 อันดับแรกคืออะไร
23. แนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านในอนาคต คืออะไร

ผู้สัมภาษณ์กล่าวขอบคุณ และ มอบของที่ระลึก (ถ้ามี)

ขออนุญาตให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เซ็น Informed consent form

ขอบคุณและลากลับ

แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพชุด D

หัวหน้าหน่วยและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัว และ แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาวิจัยโดยรวม และ วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ในวันนี้

ขออนุญาตบันทึกเสียง และถ่ายภาพ (ถ้ามี)

แจ้งสิทธิของผู้ถูกสัมภาษณ์ในการตอบคำถามว่า สามารถมีสิทธิในการปฏิเสธการตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบหรือมีความลำบากใจในการตอบได้ ทั้งนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในคนของกระทรวงสาธารณสุข

อาจเริ่มการพูดคุยในประเด็นทั่วไปก่อน เช่น ความสวยงามของสถานที่ บรรยากาศของที่ทำงาน หรือความมีน้ำใจของเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความเป็นกันเองระหว่างนักวิจัยกับผู้ถูกสัมภาษณ์

ด้านนโยบาย

1. ในทัศนะของท่าน ระบบบริการปฐมภูมิ หรือ primary care ของเครือข่าย (CUP) ที่ท่านสังกัดอยู่ มีลักษณะการทำงานและประสานงานกันอย่างไร ประกอบด้วยหน่วยงานใดบ้างที่เกี่ยวข้อง
2. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 จนถึงปัจจุบัน หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) หรือ จังหวัด หรือ เขต ในลักษณะใดบ้าง และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ 3 ประการแรกของหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านที่กำลังเผชิญอยู่ คืออะไร
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายหรือการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบันของ กสธ. สปสช. เขตตรวจราชการ และ จังหวัด โดยเฉพาะกับหน่วยบริการปฐมภูมิของท่าน
4. นโยบายและแนวทางการดำเนินงานของ อปท. กับการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่าน มีจุดอ่อนหรือจุดแข็ง อย่างไร และควรมีแนวทางในการพัฒนาอย่างไรบ้าง
5. ความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม และประชาชนในพื้นที่ ในการมีส่วนร่วมและสนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นอย่างไร
6. ควรมีการปรับปรุงด้านนโยบายเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิทั้งจากส่วนกลางและในพื้นที่อย่างไร จึงจะสนับสนุนให้มีการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านเพิ่มมากยิ่งขึ้น

ด้านปัจจัยนำเข้า

7. งบประมาณและทรัพยากรที่ CUP จัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด หากไม่เหมาะสม กรุณาอธิบายว่าไม่เหมาะสมอย่างไร และควรดำเนินการแก้ไขอย่างไร
8. การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุการแพทย์ ของ CUP กับหน่วยบริการปฐมภูมิมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด หากไม่เหมาะสม กรุณาอธิบายว่าไม่เหมาะสมอย่างไร และควรดำเนินการแก้ไขอย่างไร
9. จำนวนบุคลากร บทบาทและภาระหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นอย่างไร สามารถปฏิบัติงานครอบคลุมภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิได้มากน้อยเพียงใด
10. การสนับสนุนด้านกำลังคนจาก CUP เช่น การจัดสรรพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ หรือ แพทย์หมุนเวียน ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีมากน้อยเพียงใด หากปัจจุบันไม่มีการสนับสนุนกำลังคนดังกล่าว ท่านคิดว่าเกิดจากเกิดจากปัจจัยใดบ้าง
11. การจ่ายค่าตอบแทนทั้งในและนอกเวลาราชการให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจ่ายในลักษณะรูปแบบใดบ้าง และมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด กรุณาอธิบาย
12. การให้ทุนนักเรียนในพื้นที่เพื่อศึกษาต่อเป็นบุคลากรสาธารณสุข มีการสนับสนุนนโยบายดังกล่าวจากหน่วยงานใดบ้าง มีการหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักเรียนและการทำสัญญาหลังจากการศึกษาจบแล้ว ในลักษณะใด
13. ในทัศนะของท่าน การแก้ไขปัญหาด้านบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืน ควรดำเนินการอย่างไร

ปัจจัยด้าน process

14. ในทัศนะของท่าน คณะกรรมการบริหาร CUP มีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเครือข่ายของท่านมากน้อยเพียงใด จงอธิบายถึงเหตุผลที่ทำให้เกิดลักษณะดังกล่าว
15. การประสานงาน การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการบริหาร CUP มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด
16. ในทัศนะของท่าน คณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล มีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านมากน้อยเพียงใด จงอธิบายถึงเหตุผลที่ทำให้เกิดลักษณะดังกล่าว
17. คณะกรรมการบริหาร CUP และคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพระดับตำบล มีการใช้ข้อมูลข่าวสารในการวางแผน หรือตัดสินใจเชิงนโยบายมากน้อยเพียงใด

18. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรของ CUP มีมากน้อยเพียงใด
19. กระบวนการและวิธีการแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการบริหาร CUP ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการจัดสรรทรัพยากรหรืองบประมาณไม่เพียงพอ หรือ ประสบปัญหาด้านการเงิน มีการดำเนินการอย่างไร

ปัจจัยด้าน output and outcome

20. คณะกรรมการบริหาร CUP มีระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านอย่างไร
21. ตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของหน่วยบริการปฐมภูมิคืออะไรบ้าง กรุณาอธิบายว่าเหตุใดจึงเลือกตัวชี้วัดดังกล่าว
22. เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ในพื้นที่ ท่านประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านว่าอยู่ในระดับใด กรุณาอธิบาย
23. เปรียบเทียบการพัฒนางานบริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ท่านคิดว่า บริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านมีสถานการณ์ที่ดีขึ้นหรือแย่ลง เพราะเหตุใด กรุณาอธิบาย

ประเด็นอื่นๆ

24. ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่าน 3 อันดับแรกคืออะไร
25. แนวทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านในอนาคต คืออะไร

ผู้สัมภาษณ์กล่าวขอบคุณ และ มอบของที่ระลึก (ถ้ามี)

ขออนุญาตให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เซ็น Informed consent form

ขอบคุณและลากลับ

สรุป ตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างนักวิจัยและผู้รับผิดชอบในพื้นที่

โครงการประเมินการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ

วันพฤหัสบดีที่ 24 กันยายน 2552 เวลา 13.30 - 17.00 น. ณ ห้องประชุมเจมินี ชั้น 3 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์

ดัชนีชี้วัด	นิยามหลักการและเหตุผล	สูตร	แหล่งที่มาของข้อมูล
1. การสนับสนุนของแม่ข่ายแก่ลูกข่าย			
1.1 การสนับสนุน Fixed Cost / สถานีอนามัย, PCU	เป็นการสนับสนุนเงินให้สถานีอนามัย, PCU เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายคงที่ได้แก่ ค่าสาธารณูปโภค ค่าทำความสะอาด ค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าจ้างชั่วคราว เป็นต้น	มูลค่าของ Fixed Cost ที่สนับสนุนให้ สถานีอนามัย, PCU ทั้งปี หาดด้วย จำนวนสถานีอนามัย, PCU	งบทดลอง
1.2 การสนับสนุน ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ / จำนวน Visit		มูลค่าของ ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ ที่สนับสนุนให้ สถานีอนามัย, PCU ทั้งปี หาดด้วย จำนวน Visit ของสถานีอนามัย, PCU ทั้งปี	18 แฟ้ม
1.3 ร้อยละของการสนับสนุนงบลงทุนให้สอ. / งบลงทุนทั้งหมด		มูลค่าของ งบลงทุน ที่สนับสนุนให้ สถานีอนามัย, PCU ทั้งปี หาดด้วย งบลงทุนทั้งหมดที่ CUP ได้รับการจัดสรรทั้งปี	รายงานการจัดสรรงบลงทุนของ CUP
1.4 การสนับสนุน ค่าบุคลากร/ ประชากร *** (ต้องมีการขยายรายละเอียดเพิ่มเติม)	เป็นการคำนวณค่าใช้จ่ายของบุคลากรที่ CUP ให้การสนับสนุน สถานีอนามัย, PCU	มูลค่าของ ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรที่สนับสนุนให้ สถานีอนามัย, PCU ทั้งปี หาดด้วย ประชากรของสถานีอนามัย, PCU	ตารางวิเคราะห์การสนับสนุนบุคลากร (ต้องทำเพิ่ม)
2. ศักยภาพของสถานีอนามัยในการระดมทุนจากแหล่งอื่น			

ดัชนีชี้วัด	นิยามหลักการและเหตุผล	สูตร	
2.1 ร้อยละรายได้เงินบำรุงจากแหล่งอื่น / รายได้เงินบำรุงทั้งหมด	เป็นการแสดงถึงศักยภาพของสถานอนามัย, PCU ในการระดมเงินสดจากแหล่งอื่นมาเข้าเป็นเงินบำรุง ซึ่งอาจจะเป็นเงินบริจาคหรือจัดทำโครงการต่างๆแล้วได้เงินโอนมาเข้าเงินบำรุง (ไม่รวมเงินที่แม่ข่ายให้การสนับสนุน)	รายได้เงินบำรุงจากแหล่งอื่นทั้งปี คูณ 100หารด้วย รายได้เงินบำรุงทั้งหมด ทั้งปี	งบทดลอง
2.2 มูลค่าการสนับสนุนอื่นๆจากท้องถิ่น, กองทุนตำบล, กองทุนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ตัวเงิน / รายได้เงินบำรุงทั้งหมด	เป็นการแสดงถึงศักยภาพของสถานอนามัย, PCU ในการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งอื่นที่ไม่ได้เป็นเงินบำรุงเข้าสถานอนามัย, PCU แต่เป็นการดำเนินการด้านสาธารณสุขแล้วได้รับการสนับสนุนเป็นเวชภัณฑ์ วัสดุหรืออุปกรณ์ต่างๆ หรือจัดทำโครงการ ดำเนินการแล้วส่งหลักฐานไปเบิกกับท้องถิ่น (ไม่รวมส่วนที่แม่ข่ายให้การสนับสนุน)	มูลค่าการสนับสนุนอื่นๆจากท้องถิ่น , กองทุนตำบล, กองทุนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ตัวเงิน ทั้งปี คูณ 100หารด้วย รายได้เงินบำรุงทั้งหมด ทั้งปี	- ทะเบียนครุภัณฑ์ - หนังสือแจ้งสนับสนุน
3. ประสิทธิภาพด้านการคลังของสถานอนามัย, PCU			
3.1 ร้อยละของค่าใช้จ่ายเงินเดือน, ค่าตอบแทน ข้าราชการ/ลูกจ้าง, ค่ายาเวชภัณฑ์ / ค่าใช้จ่าย ทั้งหมด	เป็นการแสดงถึงโครงสร้างค่าใช้จ่ายในแต่ละด้าน	ค่าใช้จ่ายเงินเดือน คูณ 100 หารด้วย ค่าใช้จ่ายทั้งหมด, ค่าตอบแทน คูณ 100 หารด้วย ค่าใช้จ่ายทั้งหมด, ค่ายาเวชภัณฑ์ คูณ 100 หารด้วย ค่าใช้จ่ายทั้งหมด	งบทดลอง
3.2 ความพอเพียงของเงินบำรุงคงเหลือ / ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	เป็นการแสดงถึงความพอเพียงของเงินบำรุงคงเหลือ ว่าจะสามารถใช้จ่ายต่อไปได้อีกกี่เดือน	เงินบำรุงคงเหลือ หารด้วย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	

ดัชนีชี้วัด	นิยามหลักการและเหตุผล	สูตร	
3.3 ต้นทุนค่ายาเวชภัณฑ์ และวัสดุการแพทย์ / จำนวน Visit (ถ้าสามารถแยกรายละเอียดเป็น OP ทั่วไป กับ OP โรคเรื้อรัง และ PP ได้ ก็ดำเนินการ)	เป็นการแสดงถึงค่าใช้จ่ายด้านยาเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ เฉลี่ยต่อ จำนวน visit 1 ครั้ง	มูลค่ายาเวชภัณฑ์ที่สถานีนานามัย, PCU ใช้ไป ทั้งปีหารด้วย จำนวน Visit ของสถานีนานามัย, PCU ทั้งปี	งบทดลอง
3.4 ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยการหมุนเวียนของค่ายาวัสดุคงคลัง (วัน)	เป็นการแสดงถึงประสิทธิภาพในการบริหารคลังยาและวัสดุ ว่ามีการหมุนเวียนดีหรือไม่ ถ้ามีการหมุนเวียนดี ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยการหมุนเวียนของค่ายา วัสดุคงคลัง ไม่ควรเกิน 90 วัน	360 คูณด้วย มูลค่ายาเวชภัณฑ์ที่สถานีนานามัย, PCU คงคลังเฉลี่ยต่อเดือนหารด้วยมูลค่ายาเวชภัณฑ์ที่สถานีนานามัย, PCU ใช้ไป รวมทั้งปี	งบทดลอง
3.5 ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย (วัน) *** (พื้นที่ที่มีข้อมูลลูกหนี้ย่อย อาจจะไม่ต้องทำ)	เป็นการแสดงถึงประสิทธิภาพในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย ว่าดีหรือไม่ ถ้าเรียกเก็บได้ดี ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย ไม่ควรเกิน 90 วัน (ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย หมายถึง ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย UC, ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย ประกันสังคม เป็นต้น)	360 คูณด้วย มูลค่าลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย คงเหลือเฉลี่ยต่อเดือนหารด้วยรายได้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย รวมทั้งปี	งบทดลอง



สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

Health Insurance System Research Office

126 หมู่ 4 ชั้น 5 (อาคาร 10 ชั้น) สถาบันบำราศนราดูร ซ.ติวานนท์ 14 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ : 0 2965 9616 โทรสาร: 02965 9617