

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการของสถานอนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรีในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยมีลำดับดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดพื้นฐานการจัดบริการสาธารณสุข
- 2.2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสถานอนามัย
- 2.3 การประเมินผลการเปิดบริการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ
- 2.4 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 แนวคิดพื้นฐานการจัดบริการสาธารณสุข

ความหมายของบริการสาธารณสุข (Health Services)

บริการสาธารณสุข (Health Services) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ของสังคมในการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุมกิจกรรมหลักอย่างน้อย 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้บริการประชาชนให้อยู่ในสภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี⁽¹¹⁾

การจัดบริการสาธารณสุขหรือการจัดบริการสุขภาพ คือ การจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหา และความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย และการเป็นการยกระดับสุขภาพอนามัยชนในชาติให้อยู่บนรากฐานของสุขภาพอนามัยที่ดี คือ จะต้องมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจปราศจากความพิการ โดยที่รัฐพยายามจัดการบริการสุขภาพให้ทั่วถึงและครอบคลุมประชากรทั้งในเขตเมือง ชนบท รวมทั้งประชาชนที่มีฐานะดีและยากจน ตลอดจนหาแนวทางให้ประชาชนได้รู้จักการบริการตนเอง - ครอบครัว ชุมชนในเรื่องของสุขภาพอนามัย (12)

การจัดบริการสาธารณสุขนั้นขึ้นอยู่กับค่านิยม และปรัชญาแนวคิดที่สังคมหรือประเทศๆ นั้นยึดถือและยังขึ้นอยู่กับระบบการเมืองและระบบเศรษฐกิจที่เป็นอยู่ในประเทศนั้นด้วย ค่านิยม(Value) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสาธารณสุขมี 4 ประการ คือ (11)

1. หลักความเสมอภาค (Equality) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐแก่ประชาชนนั้นยึดถือหลักของความเสมอภาค และความเท่าเทียมกันทั่วทั้งสังคม ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างกันในด้านรายได้หรือถิ่นที่อยู่ในการนี้รัฐจะต้องขยายบริการอย่างทั่วถึงทั่วประเทศ เช่น การจัดบริการสาธารณสุขในระดับสถานีอนามัยของประเทศไทยมุ่งตามหลักการนี้

2. หลักของความเป็นธรรม (Equity) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขจะต้องสัมพันธ์กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Normative needs) ของประชาชนด้วย โดยที่ความจำเป็นทางด้านสุขภาพนี้ถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างจากความต้องการทางด้านสุขภาพที่ประชาชนตระหนักถึง (needs) ประชากรแต่ละกลุ่มที่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพเท่ากันจะต้องได้รับการจากรัฐอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ยึดถือรายได้หรืออำนาจซื้อของประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องเช่น ภาวะทุพโภชนาการในเด็กที่ยากจน และในชนบทที่ห่างไกลรัฐจะต้องให้บริการกลุ่มนี้

3. หลักของเสรีภาพ (Freedom) หมายถึง บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการเลือกบริโภคบริการสาธารณสุขได้ตามความสมัครใจ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย (Ability to pay) ของแต่ละบุคคล ซึ่งเสรีภาพนี้เกี่ยวข้องกับอำนาจซื้อและรายได้ของแต่ละบุคคลด้วย เช่น การเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชนย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการถ้าเขามีอำนาจซื้อที่เพียงพอ

4. หลักของประโยชน์สูงสุด (Optimality) หรือหลักของประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของสังคมจะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยหลักประสิทธิภาพนี้จะเกี่ยวข้องกับการการจัดบริการที่ดีที่สุดโดยใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรต่ำที่สุดการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีราคาแพง ย่อมต้องการทรัพยากรของสังคมจำนวนมาก เช่น Computer Tomography Scan (C.T. Scan) สำหรับเอกซเรย์สมอง เป็นต้น

จากความหมายที่กระทรวงสาธารณสุขและนักวิชาการทางด้านสาธารณสุขที่ให้ไว้ นั้นสรุปได้ว่า บริการสาธารณสุขของรัฐเป็นบริการด้านสังคม (Social Service) ที่รัฐบาลจัดขึ้นเพื่อให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยยึดหลักที่สำคัญ 4 ประการ คือ ความเสมอภาค (Equality) ความเป็นธรรม (Equity) เสรีภาพ (Freedom) และหลักของประโยชน์สูงสุด (Optimality) หรือหลักของประสิทธิภาพ (Efficiency) เพื่อให้บริการประชาชนในทุกกลุ่มทุกระดับอยู่ในสภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี นอกจากนี้การจัดระบบบริการสาธารณสุขยังขึ้นอยู่กับระบบของสังคมและการเมืองในแต่ละประเทศด้วย

การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย (3)

การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย เป็นภาระหน้าที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องส่งเสริมสนับสนุน ควบคุมและประสานกิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกายและใจ ตลอดจนความเป็นอยู่ของประชาชน การจัดบริการสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. เพื่อให้ประชาชนชาวไทย มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนสามารถอยู่ในสังคมได้ด้วยความเป็นสุข
2. เพื่อให้ประชาชนชาวไทย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บอันอาจทำให้เกิดทุกข์ยาก และทำให้เกิดการสูญเสียแรงงานหรือความพิการแก่ร่างกาย ด้วยการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคแต่แรกเริ่ม เพื่อให้การรักษาที่ทันเวลาที่ การกำจัดความพิการและการปรับฟื้นคืนสภาพ
3. เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีชีวิตยืนยาว ไม่เสียชีวิตก่อนถึงวัยอันสมควร
4. เพื่ออารักขาสวัสดิภาพประชาชนชาวไทย ให้พ้นจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น ภัยจากสิ่งแวดล้อม อาหารหรือยาเป็นพิษ เป็นต้น

การจัดแบ่งระดับบริการสาธารณสุข (Level care) (11- 13)

การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยกันเองสามารถกระทำได้ในระดับชุมชนเป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมรวมทั้งความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับผู้ให้บริการ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นประชาชนด้วยกันเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ

การจัดบริการสาธารณสุขในระดับที่ 1 (Primary care level)

เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ประกอบด้วยหน่วยบริการ ดังนี้

สถานีอนามัย(สอ.)เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบล หรือระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 – 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ คือ พนักงาอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค (จบการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี บรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน)

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอหรือกิ่งอำเภอ มีเตียงผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยภายในตั้งแต่ 10เตียงขึ้นไปจนถึง 120 เตียง ครอบคลุมประชากร ตั้งแต่10,000 คนขึ้นไปมีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าระดับสถานีอนามัย

การจัดบริการสาธารณสุขระดับที่ 2 (Secondary care level)

เป็นการจัดบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ

โรงพยาบาล และคลินิกเอกชน ดำเนินการโดยธุรกิจเอกชนหรือองค์การที่ไม่หวังผลกำไรอื่น ๆ (Non-profit organization)

โรงพยาบาลทั่วไป(General hospital) เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 120-240 เตียง

การจัดสถานบริการสาธารณสุขระดับที่ 3 (Tertiary care level)

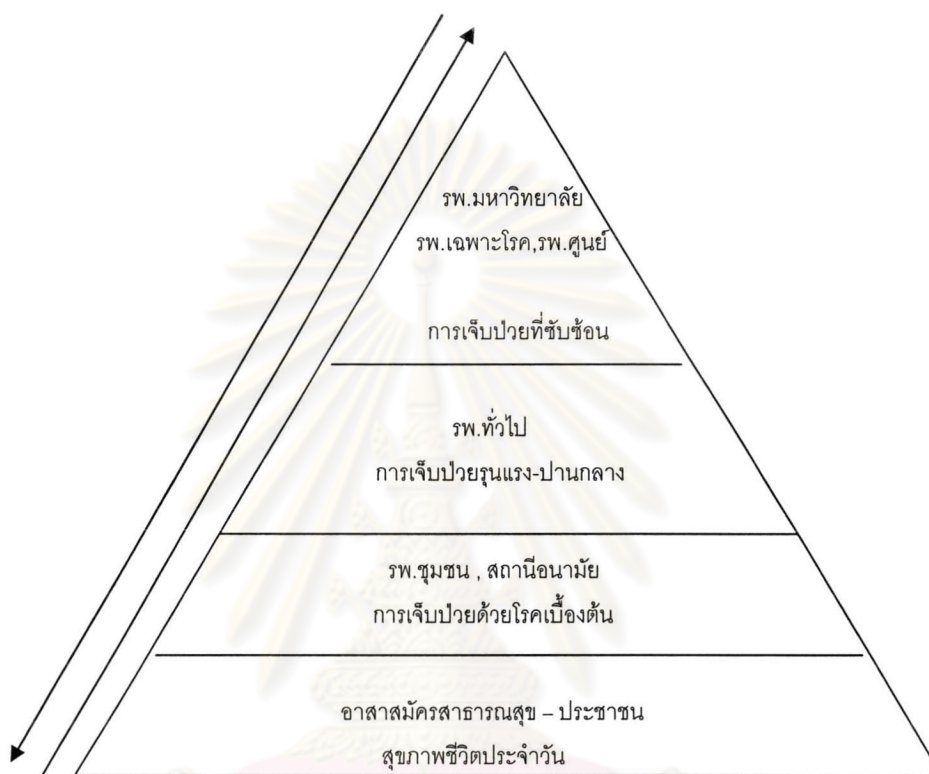
เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆที่ต้องปฏิบัติงานโดยเชี่ยวชาญพิเศษประกอบด้วยหน่วยบริการ คือ

โรงพยาบาลศูนย์ (Region hospital) เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เป็นพิเศษมีเตียงไว้รักษาผู้ป่วยในตั้งแต่ 361 เตียงขึ้นไป เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ตั้งของเขตหรือเป็นศูนย์กลางจังหวัดต่าง ๆ ของเขตนั้นตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขจะพัฒนาเป็นสถานบริการที่มีขีดความสามารถสูงสุดทัดเทียมกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นสถาบันที่มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษอยู่เป็นจำนวนมากและเป็นสถาบันผลิตบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระดับนักรักษาการและนักวิชาชีพด้านสาธารณสุข

ระดับของการบริการที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันในระบบการรับส่งต่อเพื่อการรักษา เพราะเนื่องจากขีดความสามารถของการให้บริการที่มีความแตกต่างกันตามพื้นฐานความรู้และขนาดของสถานบริการ ดังนั้นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงมี

ฐานะเป็นพี่เลี้ยงซึ่งกันและกันตามลำดับความสามารถและส่งเสริมสนับสนุนการรับ – ส่งผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



แผนภูมิที่ 2.1 การจัดบริการตามระดับของการให้บริการ

แนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ (11,13)

1. สถานบริการต้องอยู่ใกล้ประชาชน (Decentralization) คือ สถานบริการสาธารณสุขควรอยู่ใกล้กับประชาชนให้มากที่สุด ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย
2. สถานบริการต้องให้บริการได้ตลอดเวลา (Permanence) คือ สถานบริการนั้นควรจะพร้อมให้บริการผู้ป่วยได้ตลอดเวลาเพราะการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา
3. สถานบริการต้องให้บริการทั้งรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกัน(Prevention) คือ สถานบริการนั้นต้องมีบุคลากรที่ทำงานได้หลายด้านและให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยที่ดี ควรมีคุณสมบัติ 3 ข้อ คือ (Characteristic of good care)

3.1 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity) คือ การดูแลผู้ป่วยต้องมีความต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ

3.2 การดูแลแบบผสมผสาน (Integration of care) คือ การดูแลนั้นจะต้องทำทั้งการรักษาพร้อมทั้งให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคไปด้วย โดยเน้นการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง

3.3 การดูแลแบบองค์รวม (Holistic approach หรือ Comprehensive of care) คือ การให้บริการที่คำนึงถึงสภาพจิตใจ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

สรุปว่า การบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ต้องเป็นบริการที่ประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และสถานบริการเหล่านั้นต้องให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้ง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นตัวเชื่อมโยงให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข โดยไม่มุ่งเน้นถึงผลกำไร – ขาดทุน

2.2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสถานีอนามัย (14)

สถานีอนามัย เป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานอยู่ได้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ) เป็นองค์กรประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

สถานีอนามัย มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน 4 สาขาทั้งในและนอกสถานบริการ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และดูแลผู้ป่วยพิการ การสนับสนุนบริการ รวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขและการพัฒนาชุมชน ตลอดจนการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องที่ เช่น ในเขตชนบท เขตทิวคันดาร เขตชนบทกึ่งเมือง และเขตชานเมือง เป็นต้น

วิวัฒนาการของสถานีอนามัย(14)

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขในระดับ “สถานีอนามัย” เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศอังกฤษเมื่อ ปีพ.ศ. 2463 เรียกว่า Primary health center ต่อมา ในปี พ.ศ. 2473 มีการประชุมในยุโรปและกำหนดนิยามของ (Rural health center) ว่าเป็นสถานบริการที่ทำหน้าที่ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และรักษาพยาบาลในสถานที่เดียวกัน แนวคิดของสถานี

อนามัยได้กระจายไปทั่วโลก หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในยุโรปและบางประเทศให้บริการโดยแพทย์ ในประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Health auxiliary)

วิวัฒนาการของสถานอนามัยในประเทศไทย(14)

ในพ.ศ. 2456 มีการจัดตั้ง "โอสถสภา" (โอสถศาลา หรือโอสถสถาน) ขึ้นในบาง จังหวัดให้เป็นทั้งสถานที่บำบัดโรค และสำนักงานของแพทย์สาธารณสุข ต่อมาใน พ.ศ. 2475 ได้ เปลี่ยนแปลงชื่อเป็น "สุขศาลา" ระหว่างที่ยังเป็น "สุขศาลา" อยู่ นั้นในท้องที่ที่เป็นชุมชนหนาแน่น ราชการส่งแพทย์ไปประจำเพื่อให้บริการแก่ประชาชน "สุขศาลา" ประเภทนี้เรียกว่าเป็น "สุขศาลา ชั้นหนึ่ง" ส่วน "สุขศาลาชั้นสอง"คือ สุขศาลาที่ไม่มีแพทย์ประจำ เมื่อมีการสถาปนากระทรวง สาธารณสุขในปี พ.ศ. 2485 กรมการแพทย์รับโอน "สุขศาลาชั้นหนึ่ง" ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดและอำเภอ ใหญ่ ๆ บางแห่งไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอบางส่วน เทศบาล รับไปดำเนินการ "สุขศาลาชั้นหนึ่ง"ที่มีได้โอนไปอยู่กับเทศบาล และมีได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาล อยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัยซึ่งต่อมา " สุขศาลาชั้นหนึ่ง " เหล่านี้พัฒนามาเป็น " สถานี อนามัยชั้นหนึ่ง "

พ.ศ. 2497 เป็น "ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท"

พ.ศ. 2515 เป็น "ศูนย์การแพทย์และอนามัย"

พ.ศ. 2517 เป็น "โรงพยาบาลอำเภอ "

พ.ศ. 2518 เป็น"โรงพยาบาลชุมชน" จนถึงปัจจุบัน

พ.ศ. 2495 สำหรับ "สุขศาลาชั้นสอง"ส่วนใหญ่อยู่กับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งต่อมา เปลี่ยนชื่อเป็น "สถานอนามัยชั้นสอง"และเป็น "สถานอนามัย "มาถึงปัจจุบัน

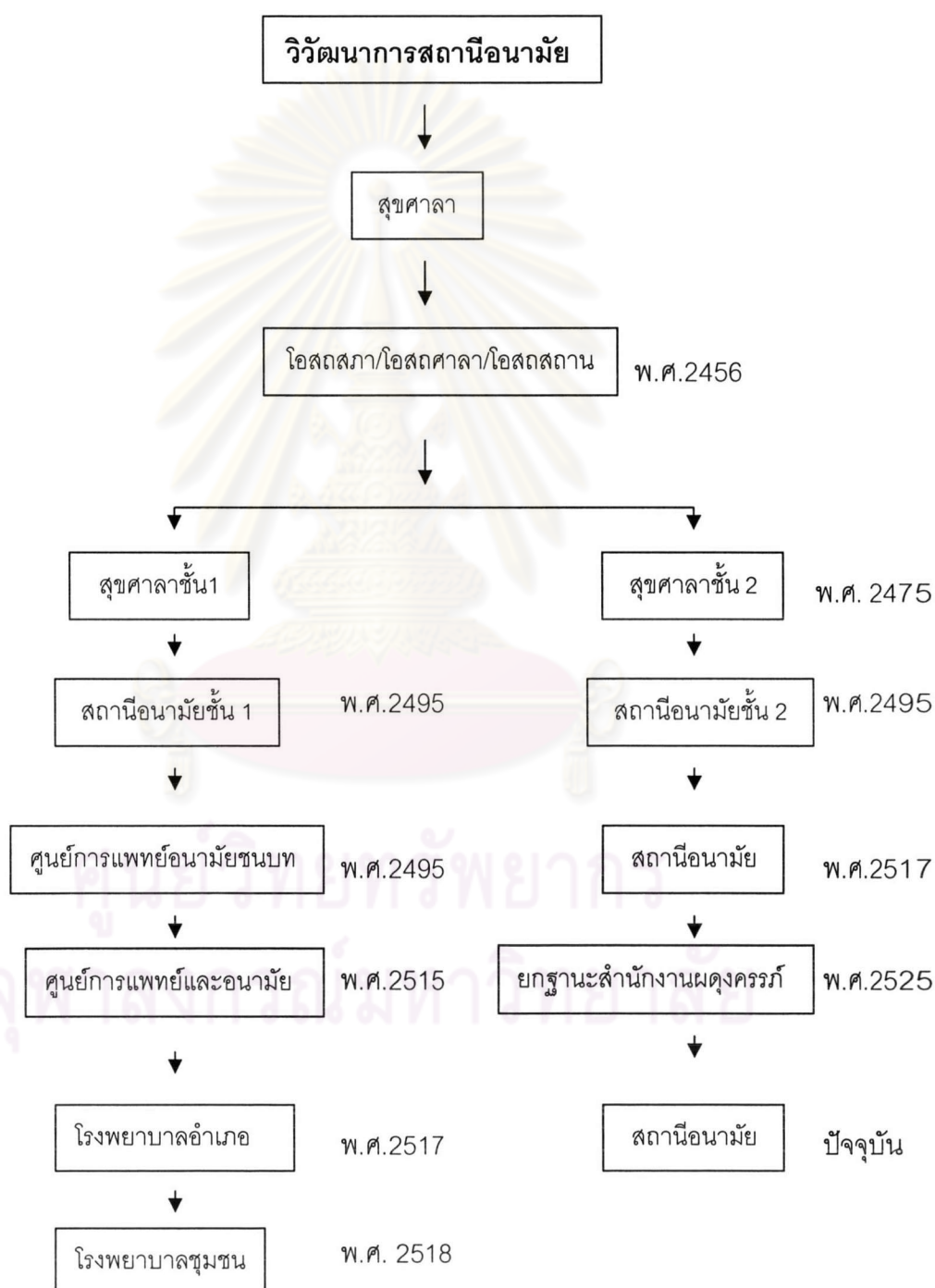
ในส่วนของสำนักงานผดุงครรภ์คาดว่า เริ่มในปี พ.ศ. 2497 โดยที่รัฐบาลเห็นสมควรให้ การสงเคราะห์แก่มารดาและทารก เพื่อลดอัตราการตายของทารกจึงได้มีการอบรม นักเรียนผดุง ครรภ์ ชั้น 2 ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2482 ซึ่งส่วนใหญ่ส่งไปอยู่ตามท้องที่ตำบลที่ยังไม่มีการสร้างสถานี อนามัย โดยให้ไปตั้งเป็น "สำนักงานนางผดุงครรภ์ชั้นสอง"ที่บ้านกำนันต่อมามีการสร้างสำนัก ผดุงครรภ์ขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 แบบ

แบบที่ 1 มีทุนผูกพันให้ผู้บริจาคทรัพย์สร้างสำนักงานผดุงครรภ์ส่งลูกหลานเข้าเรียน ผดุงครรภ์ได้แล้วกลับไปประจำที่สำนักงานผดุงครรภ์นั้น

แบบที่ 2 เป็นแบบไม่มีทุนผูกพัน

ในปี พ.ศ.2525 มีการยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ทั้งหมดกว่า 1,400 แห่ง ขึ้นเป็น สถานีอนามัยทำให้มีจำนวนสถานีอนามัยเพิ่มมากในปีดังกล่าว

ในปี พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการพัฒนาสถานีนอนามัย จึงได้จัดทำโครงการ “ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย” กำหนดระยะเวลาตั้งแต่ ปี 2535 -2544 รวม 10 ปี โดยได้กำหนดสถานีนอนามัยเป็น 2 ประเภทคือ สถานีนอนามัยทั่วไป และสถานีนอนามัยขนาดใหญ่



แผนภูมิที่ 2.2 แสดงวิวัฒนาการของสถานีนอนามัยจากอดีตถึงปัจจุบัน

หลักเกณฑ์การจัดตั้งสถานีนอนามัย (12)

1. จำนวนประชากรที่สถานีนอนามัยรับผิดชอบไม่ควรน้อยกว่า 5,000 คน
2. ต้องสร้างในที่ดินที่มีกรรมสิทธิ์พร้อมที่จะโอนเป็นที่ราชพัสดุ และมีที่ดินไม่น้อยกว่า 3 ไร่ โดยคำนึงถึงความสะดวกของประชาชนที่มาใช้บริการ
3. ระยะทางห่างจากสถานบริการสาธารณสุขอื่นไม่น้อยกว่า 5 กิโลเมตร โดยการคมนาคมทางบกหรือเดินทางด้วยเท้าไม่น้อยกว่า 45 นาที
4. ควรมีความพร้อมของระบบสาธารณูปโภค (ไฟฟ้า ประปา หรือแหล่งน้ำสำหรับระบบประปาสถานีนอนามัย)

ลักษณะของสถานีนอนามัย (4,12)

สถานีนอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข ได้วิวัฒนาการทั้งทางด้านโครงสร้าง และการบริการประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2456 เป็นต้นมา เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว สถานีนอนามัยจึงได้จัดแบ่งเป็น 2 ลักษณะตามโครงสร้าง และระดับขีดความสามารถในการให้บริการประชาชน

สถานีนอนามัยทั่วไป หมายถึง สถานีนอนามัยส่วนใหญ่ของประเทศที่มีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้รวมทั้งสิ้น 4 งาน อันได้แก่ การบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน การบริหารงานวิชาการ งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลัง และอาคารบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ หมายถึง สถานีนอนามัยที่พัฒนาขึ้นมาจากสถานีนอนามัยทั่วไป มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามที่กำหนด มีขีดความสามารถและมาตรฐานการปฏิบัติงานบางอย่าง สูงกว่าสถานีนอนามัยทั่วไป อาทิเช่น งานบริการทันตกรรมพื้นฐาน นอกจากนี้ ยังต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนสถานีนอนามัยทั่วไป ทั้งในด้านการบริการรับส่งต่อผู้ป่วย การบริหารและวิชาการ มีกรอบอัตรากำลัง อาคารและสิ่งก่อสร้าง ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนดมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้คือ

1. เป็นสถานีนอนามัยที่อยู่ในชุมชน ที่เป็นศูนย์กลางตำบลและตำบลใกล้เคียงทั้งด้านทางภูมิศาสตร์และการคมนาคมเหมาะที่จะเป็นแม่ข่ายของสถานีนอนามัยลูกข่ายใกล้เคียงและมีปริมาณงานสูง/หรือ
2. สถานีนอนามัยที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร ห่างไกลยากต่อการปฏิบัติงานซึ่งมีความจำเป็น ต้องมีสถานีนอนามัยขนาดใหญ่มีเงื่อนไขที่ตั้ง และปริมาณงาน เช่นเดียวกับ (1) หรือน้อยกว่า

การก่อสร้างสถานีนอนามัยขนาดใหญ่

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ ตามหลักเกณฑ์แล้วควรได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมมากกว่าสถานีนอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขยายพื้นที่ใช้สอยให้เพียงพอกับงานบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างไรก็ตามอาจจะมีบางตำบลที่จำเป็นต้องก่อสร้างสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ เนื่องจากเป็นศูนย์กลางของตำบลใกล้เคียงและมีการสร้างสถานีนอนามัยใหม่แห่งที่ 2 ในตำบลเดียวกัน เนื่องจากเป็นตำบลที่มีประชากรมากโดยมีรายการก่อสร้างดังนี้

1. อาคารสถานีนอนามัย ขนาดพื้นที่ใช้สอย 220 ตารางเมตร สำหรับทดแทนสถานีนอนามัยเดิม ที่มีอายุการใช้งานเกินกว่า 15 ปี ซึ่งเป็นอาคารไม้แบบเก่า (พื้นที่ใช้สอยของสถานีนอนามัยแบบเก่าหรือสถานีนอนามัยทั่วไป มีพื้นที่ใช้สอย 70 ตารางเมตร) หรือ
2. อาคารต่อเติม ขนาดพื้นที่ใช้สอย 150 ตารางเมตร สถานีนอนามัยที่มีอายุการใช้งานเกิน 15 ปี เมื่อรวมกับพื้นที่ใช้สอยเดิม 70 ตารางเมตร จะมีพื้นที่ใช้สอยรวม 220 ตารางเมตร
3. บ้านพักข้าราชการระดับ 3 – 4 จำนวน 1 หลัง บ้านพักข้าราชการระดับ 1–2 จำนวน 2 หลัง
4. รั้วตาข่าย ประตู ป้ายชื่อ ถนน และระบบประปาขนาดเล็ก

การก่อสร้างสถานีนอนามัยทดแทน และปรับปรุงสถานีนอนามัยเดิม

เป็นการขยายพื้นที่การใช้สอย ของสถานีนอนามัยทั่วไปทุกแห่งให้มีขนาด 150 ตารางเมตร เพื่อความเหมาะสมกับการให้บริการ และอัตรากำลังของสถานีนอนามัยทั่วไป ซึ่งเดิมพื้นที่ใช้สอยเพียง 70 ตารางเมตร

รายการก่อสร้าง

1. อาคารสถานีนอนามัยทดแทน พื้นที่ใช้สอย 150 ตารางเมตรสำหรับสถานีนอนามัยที่มีอายุการใช้งานเกิน 15 ปี หรืออาคารต่อเติมสถานีนอนามัยพื้นที่ใช้สอย 70 ตารางเมตร โดยต่อเติมชั้นล่างอาคารเดิม
2. บ้านพักเจ้าหน้าที่เพิ่มเติม จำนวน 1 หลัง
3. รั้ว ถนน ระบบประปา

บทบาทของสถานีนอนามัย (4,12)

บทบาทของสถานีนอนามัย ก่อนปี พ.ศ. 2520 มีลักษณะคล้ายคลึงกับสถานีนอนามัย ประเทศอื่น ๆ คือ รับผิดชอบการดำเนินงาน 10 เรื่อง ดังนี้

- 1.งานควบคุมป้องกันโรค
- 2.งานอนามัยแม่และเด็ก
- 3.งานอนามัยโรงเรียน
- 4.งานโภชนาการ
- 5.งานรักษาพยาบาล
- 6.งานสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด
- 7.งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์
- 8.งานจำหน่ายยาตำราหลวง
- 9.งานชันสูตรโรค
- 10.งานสถิติชีพ

โดยการดำเนินงานเป็นไปในลักษณะของ การบริการแบบผสมผสาน บทบาทของสถานีนอนามัยได้รับการพัฒนาและปรับปรุงเรื่อยมาตามปัญหาสาธารณสุขและนโยบาย และความจำเป็นจนถึงปี พ.ศ. 2531

หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีนอนามัย (4,12)

- 1.งานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 4 สาขา ดังนี้ คือ
 - 1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการพัฒนาวิถีชีวิตที่เหมาะสม ได้แก่
 - 1.1.1 การบริการอนามัยแม่และเด็ก ให้การดูแลแม่ตั้งแต่เริ่มมีครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนการดูแลเด็ก 0 – 5 ปี ในด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการ ทั้งค้นหา เฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ เด็ก 0 – 5 ปี และเด็กนักเรียน
 - 1.1.2 การบริการวางแผนครอบครัว ให้บริการวางแผนครอบครัว ในสถานบริการ ตลอดจนค้นหาติดตาม และรณรงค์วางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
 - 1.1.3 การดูแลเด็กวัยเรียน และเยาวชน ให้บริการเด็กอนามัยวัยเรียนวางแผนและให้บริการอนามัยโรงเรียนที่รับผิดชอบ และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการรักษาพยาบาล

ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการ เด็กในวัยเรียน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพในเยาวชนนอกระบบโรงเรียน

1.1.4 การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายแก่บุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตลอดจน การให้บริการไอโอทีในพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดสารไอโอที

1.1.5 การบริการทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนทั่วไปในพื้นที่เขตรับผิดชอบให้การสนับสนุนประชาชน ชุมชน ในการพัฒนางานทันตสาธารณสุขตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัคร

1.1.6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้ประชาชน มีความรู้ทราบข่าวสารที่ถูกต้อง สามารถเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัยมีคุณภาพได้มาตรฐาน ฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และไม่ได้มาตรฐาน ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค

1.2 ด้านรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการให้บริการได้ตามสภาพปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ เขตทุ่งกันดาร เขตชนบท เขตชนบทกึ่งเมือง เขตเกษตรกรรม โดยสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์การปฏิบัติงานทั้งใน และนอกสถานบริการมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตลอดจนรักษาพยาบาลโรคต่าง ๆ ได้ตามเกณฑ์ทั้งโรคทั่วไป โรคประจำถิ่น ดังต่อไปนี้ คือ

1.2.1 เกณฑ์การปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของแต่ละท้องถิ่นทั้งโรคทั่วไปและโรคประจำถิ่น โดยสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการคัดกรองผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ นอกจากนี้แล้วสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการจัดระบบส่งต่อให้เหมาะสม

1.2.2 ขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ในการปฐมพยาบาล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแล การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยศัลยกรรม ด้านสูติกรรม ด้านทันตกรรม

1.2.3 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ จำนวน 207 โรค ทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

1.3 ด้านการควบคุมป้องกันโรคเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา ดำเนินการป้องกันการเกิดโรคทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อไม่ให้เกิดการกระจายของโรค

1.3.1 การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการป้องกันการเกิดโรคทั้งโรคติดต่ออย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราความชุกและความรุนแรงของโรค ให้ผู้เชี่ยวชาญและฝึกรวมประชาชน ครู นักเรียนในการรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรคตามลักษณะของกลุ่มโรคติดต่อ ดังนี้

1. กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่อทางเดินอาหารและโรคหอนอนพยาธิโรคติดต่อ โรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน
2. กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลง หรือยุงเป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง
3. กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

1.3.2 การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือลดปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไปและโรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรม และอื่น ๆ

1.3.3 การอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้บริการเพื่อการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งมาจากน้ำ อาหารและอากาศ พัฒนามาตรการ การให้บริการในสภาพแวดล้อมของแต่ละพื้นที่โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ได้แก่

1. จัดหาน้ำสะอาด โดยส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ได้บริโภคน้ำที่สะอาดปราศจากเชื้อโรคปลอดภัยในการบริโภค
2. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยส่งเสริมและให้บริการประชาชนในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยการสนับสนุนให้มีและใช้ส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาล การป้องกันและกำจัดแมลงพาหะนำโรค การกำจัดน้ำเสียจากบ้านเรือน การรักษาความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือนทุกหลังคาเรือน ตลอดจนการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและสถานประกอบการ
3. งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยการตรวจสอบและเฝ้าระวังสภาพแวดล้อม ได้แก่ การปนเปื้อนสารเคมี และเชื้อโรคในแหล่งน้ำส่วนใหญ่ ตลอดจนมลพิษในอากาศ

4. งานสุขาภิบาลอาหาร ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย เปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคที่ถูกต้อง สามารถพิทักษ์ผลประโยชน์ และดูแลตนเองได้รวมทั้งส่งเสริมให้สถานที่ปรุงประกอบ

และจำหน่ายอาหาร ทั้งในชุมชนและโรงเรียน มีการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน หรือข้อกำหนดทางสุขภาพอาหาร

1.3.4 ด้านอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้ประกอบการอาชีพทุกประเภทตามความแตกต่างของพื้นที่ ตลอดจนป้องกันและควบคุมโรค และอุบัติเหตุ อันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ

1.4. ด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้การรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้ฟื้นคืนสู่สภาพปกติ หรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยพิการในชุมชนเขตที่รับผิดชอบอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

1.5 ด้านสนับสนุนบริการอื่น ๆ ในการให้สุขศึกษา ในการถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุข เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพโดยวิธีการทางสุขศึกษา ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการสาธารณสุขใน และนอกสถานบริการรวมทั้งในสถานศึกษา

2.งานสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน

2.1 ด้านสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยการสนับสนุนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบและสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนการให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา

2.2 ด้านพัฒนาชุมชน วิจัยจัดปัญหาชุมชน และประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก ดำเนินการวางแผนการควบคุมกำกับงาน และประเมินผลความสำเร็จของงาน

3.งานบริหาร

3.1 ด้านบริหารงานทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชี การพัสดุ และยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

3.2 ด้านการวางแผนการประเมินผล วางแผนปฏิบัติการ จัดทำรายงาน ประสานข้อมูลข่าวสาร และระบาดวิทยา

3.3 ด้านประสานงานและประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับหน่วยงาน 4 กระทรวงหลัก คือกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรท้องถิ่น ตลอดจนองค์กรเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงานให้เป็นที่แพร่หลายทุกระดับ

4.งานวิชาการ

ด้านการวิจัยเบื้องต้น ให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของสถานบริการและปัญหาภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่าง ๆ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย (15)

การให้บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยประกอบด้วยบริการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 1.ด้านสุติกรรม
- 2.ด้านทันตกรรม
- 3.ด้านการปฐมพยาบาล
- 4.ด้านการรักษาพยาบาล
- 5.ด้านควบคุมและป้องกันโรค
- 6.ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 7.ด้านการวางแผนครอบครัว
- 8.ด้านการใช้ยาในการรักษาพยาบาล



สรุปได้ว่า สถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปลายสุดของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด อยู่ได้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน 4 สาขา ทั้งในและนอกสถานบริการ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ วางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนให้เหมาะสม ตามความต้องการและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม ของชุมชน ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพอนามัยที่ดี

2.3 การประเมินผลการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ

จิตริยา ปิ่นทอง และสมบุญ ศรีประชัย ให้ความหมายของ “การประเมินผลโครงการ” คือ กระบวนการในการที่ก่อให้เกิดสารสนเทศในการปรับปรุงโครงการ และสารสนเทศในการตัดสินใจสัมฤทธิ์ของโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ หาข้อมูลประกอบในการตัดสินใจ หรือเลือกทางเลือก และเพื่อค้นหาว่ามีสิ่งใดที่ควรทำต่อไป มีสิ่งใดที่ควรปรับปรุง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ (16)

นิตา ชูโต ให้ความหมายของ “การประเมินผลโครงการ” คือ กิจกรรมการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ ให้ความหมายข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความต้องการ การหาแนวทางวิธีการปรับปรุง วิธีจัดการเกี่ยวกับโครงการ และหาผลที่แน่ใจว่าเกิดจากโครงการเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพให้ดีขึ้น (17)

ประทุม เจริญผล ให้ความหมายของ “การประเมินผลโครงการ” คือ การรวบรวม การวิเคราะห์ และการนำเสนอข้อมูลสำหรับการตัดสินใจในการวางแผนงาน ประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผนงาน (18)

เยาวดี วิบูลย์ศรี ให้ความหมายของ “การประเมินโครงการ” คือ การหาแนวทางตัดสินใจ (decision making) การค้นหาสิ่งที่โครงการได้ดำเนินไปแล้ว สิ่งใดที่ควรจะทำต่อไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และศึกษาว่าระหว่างดำเนินโครงการนั้น มีปัญหาใดบ้างที่ควรปรับปรุงเพื่อบรรลุเป้าหมายของโครงการ (19)

สุวิมล ตีรกันันท์ กล่าวถึง “การประเมินโครงการ” ว่าเป็นกระบวนการบรรยาย เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการ ผลกระทบ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ และเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของโครงการ (20)

รัชแมน (Rutman) ให้ความหมายว่า “การประเมินโครงการ” หมายถึง กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ หรือการใช้วิธีการวิจัยเพื่อหาข้อมูลที่เป็นจริง มีความเชื่อถือได้ของโครงการแล้ว

พิจารณาตัดสินว่าโครงการนั้นบรรลุถึงวัตถุประสงค์หรือไม่ และคุณภาพของความสำเร็จนั้นเป็นเช่นไร (21)

จากความหมายดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า การประเมินผลโครงการเป็นกระบวนการการตัดสินคุณค่า หรือจำนวนของความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าอย่างมีหลักเกณฑ์

ความสำคัญของการประเมินโครงการ (16-20)

การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทยนั้น ได้จัดขึ้นอย่างสอดคล้องและตอบสนองต่อนโยบาย และระบบการบริหารงานสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกระดับสถานะสุขภาพของประชาชนโดยการระดมทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัดมาใช้ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วยความประหยัด และให้เกิดคุณภาพสูงสุด แต่อย่างไรก็ตามปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนได้รับการแก้ไขจริงหรือไม่นั้น จำเป็นต้องมีการประเมินผลการจัดบริการด้วย ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการประเมินผลโครงการ (Program evaluation purpose) หรือบางครั้งก็เรียกว่า จุดประสงค์ของการประเมินผลโครงการ (Program evaluation objective) มี 6 ประการได้แก่

1. เพื่อช่วยในการตัดสินใจนำโครงการไปใช้
2. เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการโดยต่อเนื่องต่อ หรือการขยายโครงการและการรับรองโครงการ
3. เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับปรุงโครงการซึ่งเป็นการประเมินเพื่อโครงการได้มีการนำไปดำเนินการใช้ระยะหนึ่ง หรือเป็นการประเมินในช่วงการดำเนินโครงการ ทั้งนี้โดยทำการประเมินเพื่อที่จะปรับปรุงส่วนต่าง ๆ ของโครงการ อันได้แก่ วัตถุประสงค์ของโครงการ เนื้อหาของโครงการ วิธีการดำเนินโครงการ และสถานะแวดล้อมของโครงการ
4. เพื่อที่จะได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการให้ความสนับสนุนโครงการจาก แหล่งต่าง ๆ
5. เพื่อที่จะได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการขัดขวาง ต่อต้านโครงการจากแหล่งต่าง ๆ
6. เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการพื้นฐานด้านต่าง ๆ

ประโยชน์การประเมินโครงการ (19,20)

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของโครงการเมื่อนำไปใช้ดำเนินการ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ เพื่อการตัดสินใจก่อนใช้โครงการ
2. เพื่อรวบรวมข้อมูลในการตัดสินใจปรับปรุงส่วนต่าง ๆ ของโครงการเมื่อมีการนำโครงการไปใช้ หรืออยู่ในระหว่างการดำเนินโครงการ
3. เพื่อรวบรวมข้อมูลช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการขยายโครงการให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องต่อไป หรือการล้มเลิกโครงการ

ประเภทของการประเมินผลโครงการ (19,20)

1. การประเมินระหว่างแผนงาน และ วิเคราะห์โครงการ (Evaluation during planning and appraisal หรือ ax – ante Evaluation ผลโครงการก่อนดำเนินงาน หรือการประเมินผลก่อนการดำเนินโครงการใช้ในช่วงระยะแรกของโครงการ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ ตั้งแต่ด้านเทคนิค เครื่องมือเครื่องใช้ ต้นทุน ความต้องการบริการ ความพร้อมของสิ่งแวดล้อม และสังคม ระบบบริหารงาน ความเป็นไปได้ทางเศรษฐกิจ ผลตอบแทน ฯลฯ ซึ่งเกณฑ์และหลักการประเมินที่ใช้ขึ้นอยู่กับหน่วยงานหรือผู้บริหารงาน ผู้อนุมัติแผนงานนั้น
2. การประเมินผลโครงการขณะดำเนินงาน หรือการประเมินผลขณะดำเนินโครงการ (On – going project หรือ formative evaluation) ใช้ในช่วงระยะเวลาระหว่างปฏิบัติโครงการนั้น วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบว่า ได้มีการปฏิบัติงานในโครงการสอดคล้องกับแผนงานที่วางไว้หรือไม่ เป็นการสืบค้นทำนายว่ามีปัญหาใด ๆ ที่อาจจะเกิดเพื่อจะได้เตรียมการแก้ไขการทำงานหรือเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่าง ๆ ได้ทันเวลาที่ โดยวิเคราะห์ข้อเท็จจริงด้านต่าง ๆ ของโครงการ ตั้งแต่แนวความคิด งบประมาณที่จะใช้จ่าย กลุ่มเป้าหมายที่จะรับบริการตลอดจนวิธีการให้บริการได้ถึงกลุ่มเป้าหมายไว้หรือไม่
3. การประเมินผลหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ (Post – project evaluation หรือ summative evaluation) เป็นการประเมินผลสรุปหลังจากเสร็จสิ้นโครงการแล้ว วัตถุประสงค์เพื่อวัดผลของโครงการได้ถึงระดับที่วางไว้หรือไม่ หรือมีปัญหาอะไรที่เกิดขึ้นที่ทำให้โครงการไม่ประสบผลเท่าที่ควร เมื่อเปรียบเทียบกับทุนที่ใช้ เป็นการรวบรวมสิ่งต่าง ๆ ที่ประเมินไว้ตั้งแต่แรกเริ่มของโครงการ เป็นผลของการวิเคราะห์โครงการทั้งหมด พร้อมได้ขอเสนอแนะสำหรับโครงการต่อไป

ขั้นตอนในการประเมินผลงานด้านสาธารณสุข (18-20)

1. ตัดสินใจว่าจะประเมินอะไร แล้วจึงเลือกดัชนีสำหรับใช้วัด
2. เก็บข้อมูลที่จำเป็นจากแหล่งต่าง ๆ ให้เพียงพอ
3. เปรียบเทียบผลที่ได้กับผลสัมฤทธิ์กับวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้
4. ตัดสินใจว่าผลสัมฤทธิ์ตรงตามเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่
5. สรุปตัดสินใจว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงโครงการหรือไม่ อย่างไร

องค์ประกอบการประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุข (18)

1. ความสอดคล้องสัมพันธ์ (Relevant) ได้แก่ การประเมิน ในแง่ของความเกี่ยวพัน หรือความสัมพันธ์ที่มีเหตุมีผลในการที่จะกำหนดให้มีแผน แผนงานโครงการหรือกิจกรรม หรือบริการ หรือสถาบันนั้นขึ้น ในลักษณะที่มีเหตุผลว่าสิ่งดังกล่าวมีความจำเป็น (Need) ของมนุษย์ สังคม นโยบายและการจัดลำดับความสำคัญ

2. ความก้าวหน้า (Progress) เป็นการประเมินผล ในลักษณะเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติได้จริงกับแผนการปฏิบัติที่กำหนดขึ้นไว้ล่วงหน้า รวมทั้งการหาสาเหตุ เหตุผล ที่สามารถทำให้สำเร็จ หรือการไม่บรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ โดยมีเครื่องบ่งชี้ข้อที่บกพร่องหรือการไม่บรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ความมุ่งหมายของการประเมินผลความก้าวหน้า ก็เพื่อช่วยในการควบคุมกำกับ การ หรือควบคุมการปฏิบัติงานที่กำลังปฏิบัติอยู่

3. ประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นการประเมินผล ที่เปรียบเทียบผลที่ได้จากการปฏิบัติงานตามแผนหรือกิจกรรมกับการใช้ความพยายามที่จะให้ความสำเร็จเกิดขึ้น ได้แก่ ทรัพยากร คน เงิน เทคนิค เวลา เป็นต้น การวัดประสิทธิภาพมุ่งหมาย ที่จะปรับปรุงการปฏิบัติงาน และทบทวนความก้าวหน้าของงาน โดยพิจารณาถึงผลที่ได้รับ (Output) รวมถึงการพิจารณาความเหมาะสมของการวางแผนการปฏิบัติ กิจกรรม วิธีปฏิบัติ กำลังคนที่ใช้ ความเพียงพอของทรัพยากร ทั้งนี้เพื่อจะปรับปรุงให้ได้ผลดี โดยเสียค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรน้อย

4. ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ได้แก่ การประเมินผลสำเร็จที่โครงการปรารถนา หรือ กำหนดไว้ล่วงหน้าของบริการหรือสถาบันซึ่งกำหนดจะให้เพื่อลดปัญหา หรือปรับปรุงภาวะที่ไม่พึงประสงค์ก็ตาม การวัดประสิทธิผล ได้แก่ การวัดสัดส่วนของงานที่ได้รับ เปรียบเทียบ วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ ความมุ่งหมายของการวัดประสิทธิผล ก็เพื่อปรับปรุงโครงการ หรือเพื่อกำหนดหน้าที่ และโครงสร้างของการบริการสาธารณสุข โดยวิเคราะห์การบรรลุถึงผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ผลที่ได้รับควรจะวัดจำนวนได้ ในกรณีที่วัดจำนวนไม่ได้ ผลที่ได้รับจากการบรรลุความสำเร็จ ก็อาจอาศัยความรู้สึก และทัศนคติ

5. ผลกระทบ (Impact) เป็นการวัดหาผลที่ได้จากการมีแผนงาน บริการ ต่อการพัฒนา สาธารณสุขทั้งหมด และต่อสภาวะสังคมและเศรษฐกิจ ความมุ่งหมายของการวัดผลกระทบก็เพื่อ หาว่าควรจะมีการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นในแนวทางดำเนินของแผนงานสาธารณสุขหรือไม่ เพื่อที่จะให้ไปมีผลต่อการพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

หลักการประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุข (18)

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) อันได้แก่ ทรัพยากรทุกชนิดที่นำเข้า เช่น ทรัพยากรคน งบประมาณ วัสดุ ตลอดจนการบริหารที่จะให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ การจัดบริการ สาธารณสุขที่ดีนั้นจะต้องประกอบด้วย ปัจจัย 4 ประการ คือ

1.1 บุคลากรสาธารณสุข มีสัดส่วนและจำนวนเพียงพอหรือไม่

1.2 สถานบริการแต่ละระดับ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ว่ามีการก่อสร้าง หรือ ปรับปรุงใหม่เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่เพียงใด

1.3 งบประมาณได้จัดสรรเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้แต่ละปีหรือมีการ เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อโครงการหรือแผนงานที่จะดำเนินงานหรือไม่

1.4 วัสดุอุปกรณ์ สถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ ถ้าหากขาดวัสดุอุปกรณ์ทั้ง อุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอื่น ๆ ที่จะอำนวยความสะดวกในการให้บริการแล้ว ก็จะทำให้ผลงานไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร หรือทำให้ผลการดำเนินงานไม่ บรรลุเป้าหมาย เช่นกัน

2 คุณภาพ (Quality) บุคลากรสาธารณสุขทุกประเภทจำเป็นจะต้องมีความรู้ด้าน วิชาการ เทคนิค วิธีการ และเทคโนโลยีที่ทันต่อเหตุการณ์เสมอ เพื่อให้บริการเป็นที่ยอมรับของ ประชาชน การประเมินผลหรือเครื่องชี้วัดที่ใช้ เช่น การจัดอบรมสัมมนาแก่เจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ระหว่างประจำการบ่อยครั้งหรือนานครั้งเพียงใด หรือมีการศึกษาต่อเนื่องหรือจัดส่งเจ้าหน้าที่ดู งานทั้งภายในประเทศและนอกประเทศ หรือส่งไปศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น เป็นต้น

2.1 ความต่อเนื่องของการให้บริการ (Continuity) อันได้แก่ การให้บริการแก่ประชาชน ไม่เพียงแต่การรักษาพยาบาลเท่านั้น ต้องติดตามว่าเขาหายป่วยหรือไม่ โดยต้องคำนึงถึงจิตใจ และสังคมของผู้ป่วย การให้บริการสาธารณสุขอื่น ๆ เมื่อทำแล้วมีการติดตามอย่างต่อเนื่องว่าได้ผล มากน้อยเพียงใด มิใช่ปล่อยทิ้ง

2.2 ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) วัดประสิทธิภาพด้านบริหาร เช่น การกระจาย อำนาจจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค จัดค่าบริการสุขภาพที่เป็นธรรม

3.การประเมินผลเบื้องต้น

3.1 การจัดสถานบริการ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับต้องมีการจัดบริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เป็นไปตามแผนที่กำหนดมากน้อยเพียงใด

3.2 การวัดการปฏิบัติงานของบุคลากร

4. การประเมินผลลัพธ์การให้บริการ ซึ่งสามารถวัดผลได้ทางตรง อันได้แก่ ผลงานที่ปฏิบัติและผลทางอ้อม อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน

5. การประเมินผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นการประเมินผลของการให้บริการนั้น ๆ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยประจำตัวของประชาชนได้เพียงใด

6. การประเมินผลของสุขภาพ เป็นการประเมินผลขั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นการประเมินผลการชีวิตแบบกว้าง ๆ เช่น ความยืนยาวของชีวิต เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลโครงการ

คณิงเนตร อนุชวานิช ศึกษา การประเมินโครงการจัดบริการนอกเวลาราชการของสถานีนอนามัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ.2541 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ต้องการให้เปิดบริการนอกเวลาราชการด้วยเหตุผลเพราะได้รับค่าตอบแทนน้อย ไม่ปลอดภัย ส่วนผู้รับบริการต้องการให้เปิดบริการเพราะรู้สึกว่าจะสะดวกและใกล้บ้านเบื้องต้น พบว่า สถานีนอนามัยมีวัตถุประสงค์และเข้ข่ายไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการด้านการดำเนินงาน เวลาที่เหมาะสม คือ หลังเลิกงานถึงก่อนตะวันตกดิน ที่ตั้งสถานีนอนามัยควรอยู่ห่างจากหมู่บ้านไม่เกิน 1 กิโลเมตร วันเสาร์- อาทิตย์ วันหยุดราชการ ควรให้บริการตั้งแต่ 08.30-16.30 (22)

อารมณีย์ เพื่อองฟู ศึกษา การประเมินผลโครงการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยนอกนอกเวลาราชการในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสาธารณสุขเขตที่ 4 พ.ศ. 2536 เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลมะการักษ์ และโรงพยาบาลพระจอมเกล้า โดยใช้แบบรวบรวมผลการดำเนินงาน แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งการจับเวลาในการให้บริการผู้ป่วย พบว่าโรงพยาบาลที่ใช้อาคารแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นสถานที่เปิดให้บริการ จำนวนผู้รับบริการและรายรับจากการเปิดบริการจะต่ำกว่าเป้าหมายของโครงการ ส่วนเวลาที่ใช้ในการให้บริการ และคุณภาพของการบริการเป็นไปตามเกณฑ์ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานโรคที่พบมากที่สุดอันดับหนึ่ง คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ด้านมีความพึงพอใจในระดับมากทุกชั้นตอน เมื่อวิเคราะห์สภาพแวดล้อม(ประเภท ระยะทาง ที่ตั้งโรงพยาบาล) การดำเนินงาน (วันเวลา ชั่วโมงที่เปิดให้บริการ จำนวนบุคลากร ค่าบริการ) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวน

อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen) ได้ศึกษาของความพึงพอใจของประชาชน ต่อบริการรักษาพยาบาล ในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1970 โดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของ ประชาชน จำนวน 4,966 คน ที่มีต่อศูนย์บริการสุขภาพ พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือ ความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ จากการศึกษาดังกล่าว Aday & Andersen สรุปถึง ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการรักษาพยาบาล 6 ด้าน คือ (26)

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience)
 - 1.1 การใช้เวลาในการรอคอย (Office waiting time)
 - 1.2 ได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when needed)
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Coordination)
 - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่เดียวกัน (Getting all needs meet at one place) คือ ผู้ป่วยสามารถรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการ
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจและ อารมณ์ (Concern of doctors for overall health)
 - 2.3 การติดตามผลการรักษา (Follow up care)
3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยและความสนใจของผู้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดง อัธยาศัยที่ดี ท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical information)
 - 4.1 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)
 - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การฉายยา เป็นต้น
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการให้บริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของ การดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาล
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและไม่แพงจนเกินไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ

รานี เยาวนปริชา ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ที่สถานเอนามัยขนาดใหญ่ 2 แห่งของจังหวัดอุตรดิตถ์ ปี พ.ศ.2537 ได้แก่ สถานเอนามัยชัยชุมพลและสถานเอนามัยจิวงาม โดย ใช้วิธีสัมภาษณ์ตัวแทน ตามแบบสอบถาม จำนวน 1,250 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 40 ของ

ผู้รับบริการ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่า ขาดแคลนแพทย์ การประชาสัมพันธ์โครงการไม่ต่อเนื่อง (23)

สรุปการประเมินผลโครงการสามารถทำได้ทุกระยะเวลาของวงจรโครงการและสามารถประเมินผลได้หลายวิธี การเลือกใช้รูปแบบใด วิธีใดต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับลักษณะของโครงการ แหล่งข้อมูลที่ต้องการ ระยะเวลา และวัตถุประสงค์การนำไปใช้และสถานการณ์นั้นในการศึกษา การประเมินผลการเปิดบริการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการของสถานีนอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรีในครั้งนี้ เป็นการประเมินผลระหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อให้ทราบผลของการดำเนินงานว่าได้ผลตามวัตถุประสงค์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประเมินผลจากด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ขวัญและกำลังใจของผู้ให้บริการ และรายรับ – รายจ่าย ของเงินบำรุงสถานีนอนามัย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรับบริการ

ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เป็นนามธรรม มีผู้ให้ความหมาย ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนี้

เทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ กล่าวถึง “ความพึงพอใจของผู้รับบริการ” เป็นภาวะของความพึงพอใจหรือภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวกที่มีผลเกิดขึ้น เนื่องจากการประเมินประสบการณ์ของคน ๆ หนึ่ง (24)

โดนาบีเดียน (Donabedian) กล่าวว่า “ความพึงพอใจของผู้รับบริการ” หมายถึง ผู้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้สมดุระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการให้ค่ากับความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเรื่องที่มีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ (25)

อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen) กล่าวถึง “ความพึงพอใจของผู้รับบริการ” เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่นำไปใช้บริการและประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวัง (26)

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกของผู้มารับบริการของแต่ละคนที่เกิดจากการได้รับบริการนั้น ๆ ตรงตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นความหมายส่วนหนึ่งของคุณภาพการบริการ

หลังคา เรือนทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบของสถานีนามัยขนาดใหญ่ ทั้งสองแห่ง ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 53.1 ของตัวอย่างทั้งหมด เคยใช้บริการที่สถานีนามัยขนาดใหญ่ อัตราการใช้บริการในรอบปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 51.5 เป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาลร้อยละ 82.1 ผู้ใช้บริการด้านอื่น ๆ ร้อยละ 17.8 ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับพอใจมาก ในด้านอรรถาศัยการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 98.6) ด้านค่ายา - ค่าบริการ (ร้อยละ 98.5) ด้านความสะดวก (ร้อยละ 97) ด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 95.8) และด้านคุณภาพการบริการ (ร้อยละ 94) ผู้ใช้บริการรักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจมากกว่าผู้ให้บริการด้านอื่น ๆ (27)

โยธิน แสงดี, วิมลพรรณ อัครภักดี และมาลี สันภูวรรณ ศึกษาปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ.2543 พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เป็นทุกข์ของผู้รับบริการที่สถานีนามัย คือ เวลาการบริการของเจ้าหน้าที่ เรื้อนยาและการวินิจฉัยโรค ความปลอดภัยที่ต้องใช้ของร่วมกับคนอื่น บุคลิกภาพผู้ให้บริการ การชี้แจงและการต้อนรับ (28)

ธัญธร ธรรมรักษ์ ศึกษาความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พ.ศ.2543 พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.5) พึงพอใจด้านการประสานบริการในระดับมาก (ร้อยละ 56.8) พึงพอใจในระดับต่ำต่อการให้บริการด้านการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย (29)

เมื่อพิจารณาแนวคิดของ Aday & Andersen ทฤษฎี และงานวิจัย ถึงองค์ประกอบของความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลที่เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการศึกษาถึง การประเมินผลการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการของสถานีนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรี ในครั้งนี้ ดังนี้คือ (26)

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ได้แก่ การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ ความสะดวกสบายที่ได้รับ ขั้นตอนการรับบริการที่ไม่ซับซ้อน ผู้ที่มาใช้บริการ ต่างมีความคาดหวังต่อการได้รับความสะดวกสบายและบรรยากาศของสถานีนามัย เพื่อชดเชยความรู้สึกทุกขร้อนในการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายและอยู่ในบรรยากาศที่ดี จะทำให้จิตใจเบิกบาน บรรยากาศและความสะดวกสบายนี้ ได้แก่ การที่สถานที่ตั้งอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการรับบริการ มีอากาศถ่ายเทดี ไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป มีที่นั่งรอตรวจเพียงพอ นอกจากนี้ยังรวมถึง

การให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว การบริการมีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน การใช้เวลาในการรับบริการในแต่ ละจุดบริการที่ไม่ยาวนาน

2. ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการเชิงวิชาชีพของบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น ความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ในการให้บริการ ต้อนรับ ทักทาย ชี้แนะ ชักถามถึงสาเหตุ ที่มารับบริการ ชักถามเกี่ยวกับโรคและอาการอย่างถูกต้อง ตรงประเด็น รวมถึงการตอบคำถาม เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ตรงกับที่ผู้รับบริการต้องการ ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างนุ่มนวล อ่อนโยน อันจะช่วยสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้รับบริการบุคลิกลักษณะของผู้ให้บริการ ผู้ ให้บริการ ควรเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพดี น่าเชื่อถือ มีความมั่นใจในตัวเอง หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส แต่ง กายสะอาดเรียบร้อย กิริยาวาจาสุภาพ มีความเป็นกันเองและกระตือรือร้นในการให้บริการ มี อารมณ์หนักแน่น

3. ความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพการให้ความรู้ของผู้ให้บริการ เป็นสัมพันธภาพที่มุ่ง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในเรื่องต่าง แก่ผู้ป่วย ผู้ที่รับบริการเป็นผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บอยู่แล้ว เมื่อมาถึงสถานี อนามัยและพบสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ความไม่เข้าใจ จึงต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล ตลอดจนข้อมูลและ การให้คำแนะนำในทุก ๆ เรื่องที่เกี่ยวข้องจากผู้ให้บริการ อันได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูล ด้านขั้นตอนในการตรวจรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือโรค การรักษาอาการเจ็บป่วย การ ดูแลตนเอง ตลอดจนการที่บุคลากรให้โอกาสในการซักถามเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมด้าน สุขภาพที่ถูกต้อง

4. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการที่ได้รับ ได้แก่ คุณภาพในการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการให้บริการของผู้ให้บริการ ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งเสร็จสิ้น กระบวนการให้การรักษาพยาบาลความพึงพอใจต่อลักษณะบุคลิกลักษณะของบุคลากรผู้ให้บริการ เป็นบุคลิกลักษณะที่แสดงออกมาทางสังคม เช่น ลักษณะกิริยาท่าทาง อธิยาศัยไมตรี ความเป็น กันเอง ความน่าเชื่อถือ

5. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อมาใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการ รักษาพยาบาล ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับการบริการและไม่แพงเกินไป

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับขวัญ

ปรียาพร วงษ์อนุตรโรจน์ ให้ความหมายของ “ขวัญ” คือ เป็นสถานการณ์ทางจิตใจ ที่ แสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ความกระตือรือร้น ความหวัง ความกล้า ความเชื่อมั่น

และในทางตรงกันข้าม คนที่ปราศจากขวัญแสดงออกมาในรูปของความเฉื่อยชา ความเฉยเมย ความวาดระแวง ขาดความเชื่อมั่น (31)

เสนาะ ตีแยว ให้ความหมายของ “ขวัญ” หมายถึง สภาพทางจิตใจที่สะท้อนให้เห็นถึงการทำงานของคนหรือเป็นความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมของคนต่อการทำงาน (32)

เทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ ให้ความหมายว่า ขวัญ หมายถึง ทัศนคติอย่างหนึ่งของความพึงพอใจกับความปรารถนาที่จะดำเนินงานต่อไป และเต็มใจที่จะดิ้นรนต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายของกลุ่มหรือองค์การ (24)

เดวิส (Davis) กล่าวว่า “ขวัญ” คือ เจตคติหรือความรู้สึก ของบุคคลแต่ละบุคคลแต่ละกลุ่มที่มีต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน (33)

โยเดอร์ (Yoder) ให้คำนิยามของ “ขวัญ” คือ องค์ประกอบแห่งพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติที่แสดงออกในรูปของความรู้สึกที่มีต่องาน ตามความหมายนี้ ถ้าผู้ปฏิบัติงานมีความสนุกสนานในการทำงาน รู้สึกรักงาน รู้สึกผูกพันต่องานและรู้สึกว่ามีความมั่นคงในการทำงาน ก็จะเรียกว่าผู้ปฏิบัติงานนั้นมีขวัญดี แต่ในทางตรงกันข้ามจะเรียกว่า ขวัญไม่ดีหรือขวัญต่ำ (34)

ดังนั้น สรุปได้ว่า ขวัญ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีต่องานและผู้ร่วมงาน โดยแสดงออกมาในรูปของความรู้สึก โดยแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองในการทำงาน มีความพอใจ ภาคภูมิใจ กระตือรือร้น และเสียสละในขณะปฏิบัติงาน

ลักษณะของระดับขวัญและกำลังใจ

เทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ ได้แยกลักษณะของขวัญและกำลังใจในการทำงานเป็น ขวัญกำลังใจดี หรือมีขวัญกำลังใจในการทำงานสูง กับการมีขวัญในการทำงานต่ำ ดังรายละเอียด ดังตารางที่ 2.1(24)

ตารางที่ 2.1 ลักษณะของการมีขวัญและกำลังใจในการทำงานสูงและต่ำ

ขวัญและกำลังใจในการทำงานสูง	ขวัญและกำลังใจในการทำงานต่ำ
<ul style="list-style-type: none"> - การอยู่ร่วมกันของกลุ่มเกิดจากแรงยึดเหนี่ยวภายในจิตใจมากกว่าการที่มีการยึดเหนี่ยวและแรงกดดันภายนอก นั่นก็คือ มีความต้องการอย่างรุนแรง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งความดี เอกภาพ (Identity) และบูรณาการของกลุ่ม - มีความขัดแย้งกันน้อย และกลุ่มสามารถทำการแก้ไขได้ - เป็นกลุ่มที่สามารถจะปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่จะช่วยให้กลุ่มมีการพัฒนาหรือเจริญงอกงาม - มีความตั้งใจในด้านบวก และความปรารถนาดีต่อกันในระหว่างพวกสมาชิกของกลุ่ม - กลุ่มมีความเห็นตรงกันในเป้าหมาย และค่านิยมของกลุ่ม - ความเห็นสอดคล้องกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และแบบของสภาวะผู้นำที่จะใช้ช่วยให้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสมเพื่อให้ได้ซึ่งเป้าหมายกลุ่ม - กลุ่มมีความปรารถนาอย่างแรงกล้า ที่จะรักษาไว้ซึ่งความเป็นกลุ่มอยู่ตลอดไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ภายใต้สภาวะที่มีความกดดัน กลุ่มจะแยกออกจากกัน และจะแตกแยกออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ที่ขัดแย้งกัน เป็นศัตรูกัน - ความขัดแย้งภายใน เริ่มมาจากความไม่ไว้วางใจ และการวิพากษ์วิจารณ์ที่มีต่อกัน - กลุ่มไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่กลุ่มมีอยู่เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกังวลใจ - ปราศจากอารมณ์แบบเป็นมิตร ในระหว่างพวกสมาชิก ทำให้กลุ่มมีความลำบากในการที่จะสร้างหรือ เริ่มวิธีการแก้ปัญหาใหม่ที่จำเป็นสำหรับการที่จะทำให้กลุ่มอยู่ด้วยกันรอด - มีความเห็นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของกลุ่มและค่านิยมของกลุ่ม ไม่สอดคล้องต้องกัน นั่นก็คือ การที่สมาชิกของกลุ่มมีเป้าหมายแตกต่างกันไป กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม และมีทัศนคติด้านลบต่อเป้าหมายของกลุ่ม - สมาชิกขาดความรู้สึกในการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ความสำคัญของขวัญและกำลังใจ (24,31,32)

ขวัญและกำลังใจมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน เพราะการปฏิบัติงานใด ๆ ก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ คน และคนเป็นสิ่งที่มีความคิด เลือดเนื้อ และวิญญาณ ความต้องการ ความหวัง มีอารมณ์และเป็นทรัพยากรการบริหารที่ควบคุมได้ยากที่สุด ถ้าบุคลากรในองค์กรมีขวัญและกำลังใจที่ดี มีความจงรักภักดี มีความซื่อสัตย์ต่อหมู่คณะปฏิบัติตนอยู่ในกรอบแห่งระเบียบวินัย มีความสามัคคีในหมู่คณะและมีพลังร่วม (Group effort) ผลที่ตามมาทำให้การผลิตสูงไปด้วย ความสำคัญของขวัญและกำลังใจพอจำแนกได้ ดังนี้

1. ขวัญและกำลังใจทำให้เกิดการร่วมมือร่วมใจกันทำงานอย่างสมานฉันท์ สามัคคีในหมู่คณะเพื่อให้เกิดพลังร่วม
2. ขวัญและกำลังใจทำให้เกิดความจงรักภักดีต่อองค์กรให้เกิดขึ้นแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน
3. ขวัญและกำลังใจจะเกื้อหนุน ข้อบังคับขององค์กรเกิดผลในความควบคุมความประพฤติของบุคคล กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ที่จะอยู่ในระเบียบวินัย
4. ขวัญและกำลังใจสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างบุคคลในองค์กรกับนโยบายและวัตถุประสงค์ขององค์กร
5. ขวัญจะจูงใจให้เจ้าหน้าที่ในองค์กรมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร และมีความคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ต่อองค์กร
6. ขวัญจะทำให้เจ้าหน้าที่มีความมั่นคงทางจิตใจ และทำงานอยู่กับองค์กรได้นาน

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน(24,31,32)

1. สัมพันธภาพระหว่างหัวหน้างาน และผู้ร่วมงาน ลักษณะท่าทีและบทบาทของผู้นำและผู้ใต้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน เพราะผู้นำเป็นเสมือนสะพานที่เชื่อมโยงความเข้าใจอันดีระหว่างองค์กรกับผู้ปฏิบัติ จึงมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจพร้อมทั้งความสำเร็จขององค์กร
2. ความพึงพอใจต่อวัตถุประสงค์หลัก นโยบายการดำเนินงานขององค์กร ของพนักงานเจ้าหน้าที่และผู้ร่วมงาน ตลอดจนการจัดองค์กรและระบบงานที่มีประสิทธิภาพขององค์กร สิ่งเหล่านี้นับเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะถ้าทุกคนหรือสมาชิกส่วนใหญ่ขององค์กรมีความเข้าใจซาบซึ้งถึงระบบ และการดำเนินขององค์กรแล้ว เขาเหล่านั้นย่อมจะอุทิศเวลาให้แก่งาน มีกำลังใจ และขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น
3. การมอบหมายงานในหน้าที่ที่เหมาะสม ตรงกับความถนัด ความชอบในงานนั้น ซึ่งจะทำให้เขาพอใจในการทำงานและทำงานด้วยความสุข
4. สภาพในการทำงานควรให้ถูกต้องตามลักษณะ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีความสว่างเพียงพอมีเครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานครบถ้วนและเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน
5. การให้บำเหน็จรางวัล หรือแม้แต่การยกย่องชมเชยแก่บุคคลที่ทำงานดี
6. สุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ในที่นี้รวมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้เสมอ ทั้งนี้เป็นผลโดยตรงจากผู้นั้นเองหรือมาจากผู้อื่น เช่น ปัญหาทางปัญหาทางครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ฯลฯ ปัญหาทางสุขภาพจิตนี้มีผลอย่าง

มากต่อการทำงาน เพราะหากเมื่อใดที่ผู้ปฏิบัติงานมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตแล้วเขาเหล่านั้นจะไม่สามารถอุทิศเวลาให้แก่การปฏิบัติงานที่บังเกิดผลดีได้

วิธีสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน (24,31,32)

หลักการหรือแนวทางในการเสริมสร้างหรือเพิ่มพูนขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานกับผู้ปฏิบัติงานนั้นจะต้องพิจารณาถึงความต้องการทางร่างกายและจิตใจของมนุษย์เป็นพื้นฐานแนวทางในการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจที่สำคัญ ๆ มีดังนี้

1. สร้างทัศนคติที่ดีในการทำงาน กล่าวคือ เมื่อผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีในการทำงานแล้ว ขวัญและกำลังใจในการทำงานย่อมดีขึ้นด้วย การสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานนั้นอาจทำได้โดย

- 1.1 สร้างทัศนคติให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญของผลงาน
- 1.2 ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานแสดงความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่
- 1.3 เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการทำงาน
- 1.4 ชี้แจงให้เห็นถึงความสำคัญและบทบาทของผู้ปฏิบัติงานที่มีต่อองค์กรด้วยการสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานโดยอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1.4.1 นโยบายและการบริหารงานขององค์กร

1.4.2 การควบคุมบังคับบัญชา

1.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทุกระดับในหน่วยงาน

2. เงินเดือนและค่าจ้าง นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งที่จะเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับผู้ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรทุกคนต้องการเงินเดือนและค่าจ้างที่เหมาะสมกับค่าครองชีพ ตลอดจนความคุ้มค่ากับแรงงานที่เข้าไป โดยเฉพาะความเหมาะสมกับสถานะครองชีพที่ทวีสูงขึ้นตลอดเวลาจะนั้น ผู้บริหารองค์กรจะต้องให้ความสำคัญในเรื่องเงินเดือนและค่าจ้างเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานโดยตรง

3. การกำหนดมาตรฐานในการวัดผลงานอาจนำมาใช้ในเรื่องต่าง ๆ เช่น การพิจารณาความดีความชอบ ฯลฯ ดังนั้นการสร้างเครื่องมือหรือกำหนดมาตรฐานในการวัดผลงานจึงเป็นกลไกที่สำคัญยิ่งในการบริหารงานองค์กรและจะเป็นแนวทางเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เนื่องจากการกำหนดมาตรฐานในการวัดผลงานจะเป็นหลักประกันของความยุติธรรม

4. ความพึงพอใจในงานที่ทำ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างยิ่ง แนวทางการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงานที่ทำมีดังนี้คือ

4.1 ให้ทำงานตรงความรู้ความสามารถหรือความชำนาญอันจะทำให้เกิด บรรลุผล สำเร็จได้มากขึ้น

4.2 ลักษณะเนื้อหาของงานนั้นเป็นสิ่งที่น่าสนใจ

4.3 ส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในงาน

4.4 เสริมสร้างโอกาสในการพัฒนาความสามารถในการทำงาน

5. สัมพันธภาพระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา จะทำให้เกิดขวัญที่ตีนั้น ควรจะเป็นความสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่บนฐานแห่งความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน ผู้บังคับบัญชาไม่เพียงเห็นลูกน้องเป็นเครื่องจักร หรือเป็นคนที่เกี่ยวข้องที่ต้องคอย จำจี้จำไซ จับผิด บังคับ ลงโทษ แต่เป็นหน้าที่ที่ผู้บังคับบัญชาจะต้องกระตุ้น ให้เกิดการทำงานด้วยความสมัครใจในการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาเอง

6. การจัดสวัสดิการที่ดี การจัดสวัสดิการและการเกื้อกูลต่าง ๆ นั้น คือ การให้ประโยชน์ นอกเหนือไปจากรายได้เงินเดือนค่าจ้างธรรมดา เช่น การจัดให้มีบ้านพักอาศัย เป็นต้น ซึ่งจะช่วยสร้างความผูกพันระหว่างองค์กรกับผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานจะมีขวัญที่ขึ้นเมื่อความต้องการของเขาได้รับการตอบสนองจากองค์กร

7. สภาพแวดล้อมในการทำงานทางกายภาพมีความสัมพันธ์ต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เพราะคนทำงานก็ต้องการความสะดวกสบายในการปฏิบัติงานด้วยกันนั้น สภาพแวดล้อมดังกล่าว อาทิเช่น เครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติงานที่มีความพร้อมและเพียงพอตามความต้องการ การป้องกันความปลอดภัย เป็นต้น

การวัดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน(24,32)

วิธีการวัดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานเป็นนามธรรม จึงไม่สามารถวัดได้โดยง่าย แต่เราอาจวัดได้โดยวิธีการดังต่อไปนี้

1. การสังเกตการณ์ (Observation) โดยการสังเกตการทำงาน การลาออก โอนย้าย ความผิดพลาด ความตั้งใจในการทำงาน

2. การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นวิธีหนึ่งที่มีประโยชน์ในการวัดขวัญ การสัมภาษณ์ต้องเผชิญกันเป็นส่วนตัว มีการกำหนดกฎเกณฑ์แน่นอน มีแผนและต้องมีความระมัดระวังในการปฏิบัติ ผู้สัมภาษณ์จะต้องหาทางให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความรู้สึกเป็นอิสระ และพูดจากันอย่างเปิดเผย

3. แบบสอบถาม (Questionnaires) วิธีนี้นิยมอย่างกว้างขวางในการวัดขวัญและกำลังใจในการทำงาน โดยการให้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกลงในแบบสอบถาม การสร้าง

คำถามเพื่อสอบถามเรื่องขวัญและกำลังใจในการทำงานต้องพิจารณาอย่างพิถีพิถัน ตั้งคำถามให้ครอบคลุม วัตถุประสงค์ทั้งหมด แบบคำถามที่นิยมใช้โดยทั่ว ๆ ไปมี 4 แบบ คือ

3.1 หัวข้อแบบเห็นด้วยไม่เห็นด้วย (Agree – disagree item)

3.2 การเลือกคำตอบในข้อที่ถูกที่สุด (Multiple choice questions)

3.3 การกรอกรายการ (Check list of item)

3.4 แบบคำถามที่ให้ตอบความเห็นได้อย่างกว้างขวางในตอนท้ายสุดคือ (Opened questions) และอาจใช้การสัมภาษณ์ (Interview) หรือการสังเกตการณ์ (Observation) เพื่อช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนยิ่งขึ้น นอกจากนั้นการเก็บประวัติ (Record – keeping) อย่างเป็นระบบที่มีคุณภาพก็มีส่วนสนับสนุนต่อการสำรวจขวัญและกำลังใจด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญและกำลังใจ

นรินทร์ สังข์รักษา ศึกษาสภาพขวัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยจังหวัดนครปฐม พ.ศ.2531 จำนวน 201 คน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวมมีสภาพขวัญในระดับปานกลาง ในด้านสภาพการทำงาน การปกครอง และการบังคับบัญชา ผลตอบแทนที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน โอกาสความก้าวหน้าในการทำงาน ความพึงพอใจในงานที่ทำอยู่ สภาพขวัญสูงในด้านความสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน โอกาสใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ศักดิ์ศรีของวิชาชีพ และการยอมรับในสังคม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีอายุ 36 ปี ขึ้นไป มีสภาพขวัญและกำลังใจที่ดีกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานมากกว่าเพศชาย (35)

ยุภาพรณ วรรณชัยวงศ์ ศึกษา สภาพขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยตามเขตแนวชายแดนไทย – กัมพูชา พ.ศ.2532 จำนวน 55 แห่ง รวมจำนวน 98 คน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีระดับขวัญในด้านความรู้สึกลต้องการ, ความรู้สึกต่อผู้บริหาร, ความรู้สึกต่อผู้บริการ, ความรู้สึกต่อเพื่อนร่วมงาน, และระดับขวัญรวมอยู่ในระดับปานกลาง (36)

กุสุมา วงษ์จันทร์ ศึกษา ขวัญและแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2532 ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน จำนวน 391 ราย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีขวัญและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านผลตอบแทนที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน โอกาส

ความก้าวหน้าในการทำงาน ความพึงพอใจในงานที่ทำอยู่ สภาพขวัญสูงในด้านความสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน (37)

สรุปได้ว่า ขวัญและกำลังใจเป็นสภาวะแห่งจิตใจของสมาชิกในหมู่ ในองค์กรที่แต่ละคนแสดงออกมาด้วยความสนใจ หรือความกระตือรือร้นในการทำงาน และมีความสำคัญต่อผลผลิตกล่าวคือ ถ้าบุคคลในองค์กรมีระดับขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานสูง ก็จะทำให้ผลงานมีความสามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ผลผลิตเพิ่มสูงขึ้น ในด้านปัจจัยที่มีผลต่อขวัญในการปฏิบัติงาน เช่น ค่าตอบแทนและรายได้ ความพึงพอใจในงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และความปลอดภัยในการทำงาน วิธีการวัดขวัญและกำลังใจสามารถทำได้หลายวิธีเช่น การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การสังเกต เป็นต้น ปัจจัยหรือองค์ประกอบเหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยหรือองค์ประกอบสำคัญ ต่อการสร้างและบำรุงขวัญและกำลังใจในการทำงานของบุคลากรในองค์กร ดังนั้นขวัญและกำลังใจจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้บุคลากรในหน่วยงานนั้นมีพลังใจ และพลังกายตลอดจนความพร้อมที่จะอุทิศให้กับองค์กรจนบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการประเมินขวัญและกำลังใจของผู้ให้บริการต่อการเปิดบริการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการของสถานีนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรี ในครั้งนี้ ได้ศึกษาตามปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้คือ ด้านค่าตอบแทนและรายได้ ด้านความพึงพอใจในงาน ด้านสภาพในการทำงาน ด้านความปลอดภัยในการทำงาน และปัญหาอุปสรรค

2.4 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความเป็นมาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (40,41)

การประกันสุขภาพของประชาชนไทย เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2518 สมัย ฯพณฯ หม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมทย์ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดนโยบายในการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าให้แก่ประชาชนที่มีรายได้น้อย พร้อมทั้งมีการพัฒนาบริการโดยยกฐานะสถานีนามัยชั้น 1 หรือศูนย์การแพทย์นามัยในขณะนั้น เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ รัฐบาลต่อมาได้ขยายขอบเขตความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0 - 12 ปี ผู้พิการ ครอบครัวทหารผ่านศึก สามเณร นักบวช ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การประกันสุขภาพโดยสมัครใจเริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2526 โดยประชาชนที่ซื้อบัตรสุขภาพ 300 บาท ต่อมาครอบครัวที่สมาชิกไม่เกิน 5 คน ต่อมารัฐบาลสมทบเงิน 500 บาทต่อบัตร ประชาชนร่วมจ่าย 500 บาท และก่อนที่จะมีหลักประกันถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค รัฐบาลร่วมจ่ายเงิน

สมทบบัตรประกันสุขภาพบัตรละ 1,000 บาท ในขณะเดียวกันข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว ได้รับการประกันสุขภาพจากรัฐบาลโดยไม่จำกัดวงเงิน ส่วนลูกจ้างสถานประกอบการ ที่มีลูกจ้าง 1 คน ขึ้นไป ได้รับการประกันสุขภาพตามกฎหมายประกันสังคม

ถึงแม้ว่าประชาชนไทย จะได้รับการประกันสุขภาพในระบบต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว แต่มีคนไทยประมาณ 20 ล้านคน ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก ไม่มีความสนใจในระบบที่มีอยู่ หรือมีฐานะดีพร้อมที่จะเสียค่าใช้จ่ายเองเมื่อมีการเจ็บป่วย พรรคไทยรักไทย โดยมี ฯพณฯ พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร เป็นหัวหน้าพรรคได้เล็งเห็น ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขของประชาชน จนเป็นเหตุหนึ่งที่ได้รับคความนิยม และได้รับการเลือกตั้งมาบริหารประเทศ โดยมี ฯพณฯ พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งได้มีการแถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544 และได้เริ่มดำเนินการตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ 6 จังหวัด (พะเยา , นครสวรรค์, ยโสธร, ปทุมธานี, สมุทรสาคร) ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 และขยายเป็น 21 จังหวัด เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2544 และขยายครอบคลุมทั่วประเทศ เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2545 รัฐสภาได้เสนอร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 เข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภา และประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(38-41)

1. ความเสมอภาค (Equity) เป็นความเสมอภาคทั้งในแง่สิทธิตามกฎหมายและความเสมอภาคของการกระจายอำนาจระดับด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม เป็นการเข้าถึงคุณภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน มีระบบเป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม

2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เคร่งครัด โดยเน้นการให้บริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนที่ต่ำ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ และใช้ประโยชน์ได้อย่างมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทั้งในด้านความเป็นเจ้าของการควบคุมกำกับ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผลมีการบริการที่ขจัดความซับซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิถีปฏิบัติและป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกติกา ผู้ซื้อบริการ ผู้ให้หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบมีการใช้ประโยชน์เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้สามารถกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณการเบิกจ่าย การตรวจสอบ และการพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างรัดกุมมีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม มีการ

เลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน (Payment method) แก่ผู้ให้บริการที่จูงใจให้ใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล และควบคุมพฤติกรรมการจัดบริการสุขภาพ อันส่งผลลัพท์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม

3. ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ รวมทั้งสถานบริการของภาคเอกชน นอกจากนี้ยังสามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม

4. การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มุ่งให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดี โดยจะไม่เป็นเพียงการคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น

5. เน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal health care) เป็นบริการที่ให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

หลักสำคัญในการสร้างประกันสุขภาพถ้วนหน้า (38-41)

1. เป็นกระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมายเดียว คือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง

2. ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการรับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปถ้าระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพอใจ เป็นสถานบริการที่ใกล้บ้านหรือที่ทำงานเพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว

3. สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่ให้บริการจะต้องมีมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality accreditation) โดยถือว่า การรับรองคุณภาพพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary care) เป็นการบริการด้านแรก ซึ่งกำหนดหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ) กรณีที่เกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้น จะรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น

5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในระบบเครือข่าย (Provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเองหรือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน

6. ระบบการเงินการคลัง ต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost containment system) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนจำเป็นกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance related payment)

7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบและกลไกการจ่ายเงิน (Payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

8. ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

กลุ่มเป้าหมายของผู้มีสิทธิ (38-41)

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือบุคคลในครอบครัวของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือเป็นผู้ประกันตน ที่ได้รับสิทธิประกันสังคม

ผู้ที่ได้รับสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม (บัตรทอง) จะออกให้แก่ผู้นำชุมชน ผู้มีรายได้เล็กน้อย ตามระเบียบสำนักนายกฯ ได้แก่ ผู้มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน/คน หรือไม่เกิน 2,800 บาท/เดือน/ครอบครัวผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือแก่กุลตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ซึ่งเดิมมีบัตร สปร. และอยู่ในพื้นที่ดำเนินการ และผู้มีสิทธิเดิมตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2543

2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทเสียค่าธรรมเนียม (บัตรทอง) ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ยกเว้นผู้มีสิทธิตามข้อ 1

การรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ (38-41)

5.1 ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัวหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

5.2 กรณีอุบัติเหตุ ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่น นอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้

5.3 กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี หรือตามที่คณะกรรมการกำหนด

5.4 ผู้มีสิทธิที่ไปรับบริการทางการแพทย์ ต้องร่วมจ่ายค่าการบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงินสามสิบบาทในแต่ละครั้ง เว้นแต่การรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค

บริการทางการแพทย์ที่คุ้มครอง (38-41)

ความคุ้มครองค่าการบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ ดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรคการตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้ รวมถึงการแพทย์ทางเลือก ที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ
2. การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่
3. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ
4. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
5. ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
6. การจัดส่งต่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ
7. การบริการทางการแพทย์หรือค่าใช้จ่ายอื่น นอกจาก (1) – (7) ที่คณะกรรมการกำหนด

สรุป จากการดำเนินงานการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการของสถานีอนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สอดคล้องกับ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่มุ่งหวังให้ประชาชนทุกคนในประเทศไทยสามารถเข้าถึงหลักประกันทางด้านสุขภาพ กล่าวคือ สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างเสมอภาค ทั่วหน้าและเป็นธรรม