

รายงาน

โครงการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบายหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กรณีศึกษาใน 4 จังหวัด

นพ. พิระมณ นิงสานนท์

โครงการอบรมแพทย์ สาขาระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนทุนวิจัยโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข-จ
บทที่ 1 : บทนำ	
1. ความเป็นมา	1
2. เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1
3. การสร้างเสริมสุขภาพในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2
4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
5. ขอบเขตของการศึกษา	3
6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 : ทบทวนวรรณกรรม	
7. คำจำกัดความ	5
8. กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ	6
9. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	8
- ปรัชญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	8
- หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	8
- กลุ่มเป้าหมาย	9
- การรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ	10
- การบริการทางการแพทย์ที่คุ้มครอง	10
- ระบบบริการสุขภาพได้ระบบประกันแห่งชาติ	11
10. การส่งเสริมสุขภาพในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12
11. ระบบบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	14
12. ผลกระทบจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขต่อการส่งเสริมสุขภาพ	15
13. ปัญหาของนโยบายต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	15

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 3 : ระเบียบวิธีวิจัย	
14. กรอบแนวคิดการวิจัย	17
15. รูปแบบการวิจัย	17
16. ประชากรที่ศึกษา	18
17. กลุ่มตัวอย่าง	18
18. การเก็บข้อมูล	21
19. การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ	21
20. การวิเคราะห์ข้อมูล	21
 บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
21. ผลการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังมีโครงการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าตามสิทธิประโยชน์หลักด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคการส่งเสริม สุขภาพในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	23
22. การจัดสรรงบประมาณงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโครงการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าระบบบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	23
23. ตัวอย่างรูปแบบการจัดสรรงบประมาณในจังหวัดต่างๆ โดยสรุป	24
- การจัดสรรเงินงบประมาณจังหวัดพังงา	24
- การจัดสรรเงินงบประมาณจังหวัดลำพูน	26
- การจัดสรรเงินงบประมาณจังหวัดนครสวรรค์	29
- การจัดสรรเงินงบประมาณจังหวัดสุรินทร์	32
24. วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารงบประมาณโครงการ ฯ ในส่วนของการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2545-2546	35
25. การกระจายบุคลากรในจังหวัด	38

สารบัญ

	หน้า
26. การบริหารจัดการ	39
- ด้านโครงสร้างองค์กร	39
- ด้านโครงสร้างคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพ	39
27. การประเมินคุณภาพงาน	40
28. ขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่	41
29. ผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อปริมาณและคุณภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสิทธิประโยชน์หลักการเปลี่ยนแปลงปริมาณและคุณภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสิทธิประโยชน์หลัก	43
- กลุ่มที่เริ่มมีนโยบายและวิธีการ หลังมีโครงการ UC	44
- กลุ่มที่มีนโยบายและวิธีการชัดเจนตั้งแต่ก่อนมีโครงการ UC	44
30. การเปลี่ยนแปลงปริมาณและคุณภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสิทธิประโยชน์หลัก แยกตามรายกลุ่มของกิจกรรม	46
31. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบรายงาน	55
32. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	60
33. อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	65
34. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อยอด	68
35. เอกสารอ้างอิง	69

สารบัญตาราง

	หน้า
1. ตารางแสดงเครือข่ายทั้งหมดในจังหวัดที่ศึกษา	19
2. ตารางแสดงการสำรวจเพิ่มครอบครัว	46
3. ตารางแสดงการตรวจสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง	48
4. ตารางแสดงการเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก วางแผนครอบครัว	50
5. ตารางแสดงการดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการโภชนาการการให้ภูมิคุ้มกัน และการส่งเสริมสุขภาพในประชาชน	52
6. ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงระบบรายงานส่งเสริมสุขภาพ	56

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
1. แผนภูมิแสดงรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ UC จังหวัดพังงา	25
2. แผนภูมิแสดงการจัดสรรงบประมาณโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดลำพูน ปี 2545	27
3. แผนผังแสดงการจัดสรรเงิน UC จังหวัดนครสวรรค์	32
4. แผนภูมิแสดงโครงสร้างระบบงบประมาณ UC ปี 2545 จังหวัดสุรินทร์	33
5. แผนภูมิแสดงโครงสร้างระบบงบประมาณ UC ปี 2546 จังหวัดสุรินทร์	34
6. แผนภูมิที่ 1 : แผนภูมิเปรียบเทียบจำนวนคนที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	59
7. แผนภูมิที่ 2 : แผนภูมิเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้าน	59
8. แผนภูมิที่ 3 : แผนภูมิเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการให้บริการชุมชน	60
9. แผนภูมิที่ 4 : แผนภูมิเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ รพศ.สุรินทร์	61
10.แผนภูมิที่ 5 : แผนภูมิเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ รพ.ชุมพลบุรี	61
11.แผนภูมิที่ 6 : แผนภูมิเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ รพ.กาบเชิง	62
12.แผนภูมิที่ 7 : แผนภูมิเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ รพ.สนม	63
13.แผนภูมิที่ 8 : แผนภูมิเปรียบเทียบการตรวจหลังคลอด 2 ครั้ง	63
14.แผนภูมิที่ 9 : แผนภูมิเปรียบเทียบการฝากครรภ์คุณภาพ	64
15.แผนภูมิที่ 10 : แผนภูมิแสดงจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจ รพ.ท่ายเหมือง	64
16.แผนภูมิที่ 11 : แผนภูมิเปรียบเทียบปริมาณงานส่งเสริมฯ	65

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการอบรมแพทย์ สาขาระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ซึ่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ พงษ์ฯ ลำพูน และนครสวรรค์ ที่ให้การสนับสนุน

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกท่านที่เอื้อเฟื้อสถานที่ และเสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้ข้อมูล

ขอขอบคุณกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและให้การต้อนรับเป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขผู้สนับสนุนทุนวิจัย อาจารย์ นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ นายแพทย์เจด็จ ธรรมธัชอารี คณะที่ปรึกษาในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แพทย์หญิงชุลีพร จิระพงษา สำนักระบาดวิทยา และแพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข เป็นอย่างสูงที่ให้โอกาสกับคณะผู้วิจัยและเป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้

พีระมณ นิงสานนท์ : ผู้วิจัยหลัก

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง โครงการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าที่มีต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีศึกษาใน 4 จังหวัด

คณะผู้วิจัย นพ.พีระมณ นิงสานนท์ นพ.พัฒน์พงษ์ อุดมพัฒน์ และพญ.ศิริพร ชุมทอง

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นแนวทางหลักที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการดำเนินการและพัฒนามาอย่างยาวนาน ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบสาธารณสุขจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย โดยได้รับผลจากการเปลี่ยนแปลงจากเรื่อง การจัดสรรงบประมาณ การกระจายบุคลากร การบริหารจัดการ การประเมินผลงาน วัตถุประสงค์ของงานวิจัยชิ้นนี้ คือ เพื่อศึกษาผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในด้านต่าง ๆ ดังกล่าว และผลต่อคุณภาพของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามสิทธิประโยชน์หลัก ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาใน 4 จังหวัด คือ สุรินทร์ พังงา ลำพูน และนครสวรรค์ เน้นวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน และ PCU/สถานีนอมา้ย

ผลการวิจัยพบว่า ปี 2545 การจัดสรรงบประมาณไปยัง PCU มีหลายรูปแบบแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ส่งผลให้มีการมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรในแต่ละจังหวัด ในปี 2546 เป็นไปอย่างมีรูปแบบมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น การกำหนดงบประมาณขั้นต่ำที่จะต้องจัดสรรให้ PCU/สอ. การจัดสรรงบดำเนินการให้โดยตรงจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้การบริหารงานใน PCU/สอ. มีความคล่องตัวยิ่งขึ้นมีกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น รูปแบบการจัดสรรงบประมาณควรเน้นให้เกิดการสร้างแรงจูงใจในการทำงานส่งเสริมสุขภาพในระดับ PCU ให้ได้ การแบ่งส่วนงบประมาณในการจ่าย เพื่อทำแผนงานโครงการควรทำอย่างรอบคอบเป็นระบบ และต้องมีหน่วยติดตามกำกับที่เข้มแข็งในระดับ CUP

การกระจายบุคลากรลงสู่พื้นที่ยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร ในการพยายามให้มีแพทย์หรือพยาบาลประจำ PCU ส่วนหนึ่งเพราะเกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณเดือนบุคลากรแบบที่กัน

เงินเดือนไว้ในระดับ CUP ในปี 2545 ไปเป็นกันเงินเดือนไว้ในระดับจังหวัดในปี 2546 การบริหารเครือข่ายบริการในรูปแบบ คณะกรรมการบริหาร CUP ยังมีปัญหาในเรื่องการบริหารบุคคล เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานโดยเฉพาะใน PCU หรือ สถานีอนามัย มีความสับสนในระบบการบังคับบัญชา เรื่องทิศทางของนโยบายต่าง ๆ ไม่เป็นไปในทางเดียวกัน เจ้าหน้าที่เกิดความไม่แน่ใจในแนวทางปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีผลกระทบทำให้ปริมาณกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำอยู่ก่อนหน้านี้ลดลง ส่วนในด้านคุณภาพยังไม่สามารถสรุปได้

งานวิจัยนี้แบ่งการวิเคราะห์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่เริ่มมีนโยบายและวิธีการหลังมีโครงการ UC ได้แก่ งานสำรวจและใช้งานแฟ้มครอบครัว งานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง งานส่งเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไป
2. กลุ่มที่มีนโยบายและวิธีการชัดเจนตั้งแต่ก่อนมีโครงการ UC ได้แก่ งานเยี่ยมบ้าน งานแม่และเด็ก งานเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน งานวางแผนครอบครัว

พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณและคุณภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะในด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ รูปแบบจัดสรรงบประมาณ ความสม่ำเสมอ และสิ่งสนับสนุน การวางแผนการใช้ทรัพยากรและการกำหนดกลุ่มเป้าหมายร่วมกันใน CUP การนิเทศติดตาม กำกับ และประเมินผลอย่างต่อเนื่องการปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่องานสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ การสร้างความสัมพันธ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และประสิทธิภาพของระบบรายงาน

Abstract

Topic research: The qualitative research for studying the impact of Universal coverage insurance policy on the health promotion and disease prevention in 4 provinces

Researchers: Dr.Peeramon Ningsanond, Dr.Patpong Udompat, and Dr.Siriporn Khumthong

The health promotion and disease prevention is the important issue in Ministry of Public Health that has been developed and progressed for a long time. While, the public health system changed from the Universal coverage insurance policy has also impact on changing in the health promotion and disease prevention by taking the result of this budget allocation, health personnel allocation, managing administration, achievement evaluation. The purpose of research is for studying the impact of Universal coverage insurance policy on these health promotion and disease prevention aspects. Moreover, the result for the quality of health promotion activity in Universal coverage insurance policy by studying in four provinces, which are Surin, Phang-nga, Lumphun, and Nakonsawan emphasizes on the qualitative method collection from the central hospital, general hospital, and PCU/health center.

The result of the research found that there are various models of budget allocation in each province in 2002. Some problems in the system occur from them. Method in budget allocation was changed in each province in 2003 such as to setting the minimum budget that have to allocate to PCU/health centre. The directly budget allocation from provincial health office makes administration management in PCU/health centre more flexible in health promotion activity. The model of budget allocation that helps personnel expect should

emphasis on making motivation in health promotion activity in the level of PCU. The budget allocation in paying out for handling project plan should make it well organized, and must have strongly monitoring and evaluation unit in CUP level.

The health personnel allocation to health center/PCU is not successful in attempting to have doctor or nurse in PCU. Perhaps, the cause is the salary budget allocation changed from capitation, which included salary in CUP level in 2002 to included salary in provincial level in 2003. The CUP's board system also has a problem about personnel administration, health officer especially, in PCU or health centre have the confusion about the line of command and direction of policy, which do not go in the same way. The health officer is not sure in doing their activities. However, the Universal coverage insurance policy has not impact on number of health promotion activity, but the impact of quality cannot summarize.

This research allots the health promotion and disease prevention activity analysis into 2 groups.

1. The group that has policy and method after having the Universal coverage insurance policy such as family folder, and health examination in risk group.
2. The group that has policy and obvious method before having the Universal coverage insurance policy such as home visit, mother and child care, EPI program, and family planning activity, and health promotion in community.

It found that there are the factors, which has impact on the quality and quantity of health promotion activity after the Universal coverage insurance policy in service provider aspect; example of, the budget allocation form, consistency and supporting factor, resource planning, participating setting same goal in the CUP, continuously monitoring demonstration, supervising, and evaluation, adjustment of attitude in health care personnel in new paradigm of health promotion, making relation with the health volunteer, and efficiency of health report systems.

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนไทยไม่ใช่เรื่องใหม่ที่เพิ่งจะเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แท้ที่จริงแล้วกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มสร้างหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ปีพ.ศ. 2526 และพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 และต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 กล่าวคือความครอบคลุมของจำนวนประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 33 ในช่วงก่อนแผนฯ ฉบับที่ 7 เป็นร้อยละ 46 ในช่วงกลางแผนฯ ฉบับที่ 7 และความครอบคลุมเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 71 เมื่อสิ้นแผนฯ ฉบับที่ 8 ฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่ายังมีประชาชนอีกประมาณร้อยละ 30 ของประเทศ ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เมื่อยามเจ็บป่วย

ในช่วงปี 2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยภายใต้ชื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การได้รับบริการทางการแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกันในประชากรแต่ละกลุ่ม และการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศที่ส่วนใหญ่เกิดจากความไม่มีเอกภาพในการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข โดยเริ่มดำเนินโครงการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนแรก ตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 และได้ครอบคลุมทุกจังหวัดยกเว้นกรุงเทพมหานคร ในเดือนตุลาคม 2544

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยบริการนั้นเป็นการบริการที่ได้มาตรฐานและประชาชนพึงพอใจเป็นบริการที่จัดให้โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน การดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมี

สิทธิได้รับการรักษาบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

การสร้างเสริมสุขภาพในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นหนึ่งในจุดประสงค์หลักของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดวัตถุประสงค์งานบริการสร้างเสริมสุขภาพและงานป้องกันควบคุมโรค ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง มีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อให้ประชาชนได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและบำบัดรักษาโรคที่ได้มาตรฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 84–85) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประกอบกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่หวังผลให้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าเดิม เน้นการทำให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP (Contracting Unit for Primary Care) มีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เน้นการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคต่าง ๆ ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ บริการส่วนบุคคล (personal care) และแผนงานโครงการ บริการส่วนบุคคลซึ่งดำเนินการโดย CUP เป็นกิจกรรมที่ระบุอยู่ในสิทธิประโยชน์ สำหรับแผนงานโครงการนั้นได้รับงบประมาณโดยตรงจากกรมวิชาการ ได้แก่ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แต่ปัญหาสำคัญของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หลังมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การจัดสรรงบประมาณ การกระจายบุคลากร การบริหารจัดการองค์กร การจัดการทรัพยากรบุคคลของสถานพยาบาล และความไม่ชัดเจนของแผนงานโครงการ ซึ่งโดยหลักการแล้ว งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรเป็นงานแก้ปัญหาเฉพาะพื้นที่ของ CUP ที่ควรดำเนินการเพื่อลดความเจ็บป่วยของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ และเป็นการประหยัดงบประมาณของ CUP แต่ในความเป็นจริง CUP ยังไม่มีระบบข้อมูลที่ดีในการจัดเก็บ งานสำรวจข้อมูลเป็นงานเดิมของสถานอนามัย และฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาล แต่ละเลยการปฏิบัติ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2545) จึงไม่สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นตัวชี้วัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดสรรงบประมาณ การกระจายบุคลากร การบริหารจัดการ การประเมินผลงาน และขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่
2. เพื่อศึกษาผลกระทบต่อปริมาณ คุณภาพของกิจกรรมและระบบรายงานในกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์หลักด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์ของระบบการรายงานภายหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. เพื่อศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในฐานะผู้ให้บริการ จึงกำหนดหลักเกณฑ์การเลือกจังหวัดที่ทำการศึกษา คือ ให้กระจายในทุกภาค ให้ได้รูปแบบการบริการหลายรูปแบบ เช่น มีโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และให้ได้จังหวัดที่มีประชากรมากหรือน้อยปนกัน

1. เลือกจังหวัด 4 จังหวัดโดยวิธี Purposive Sampling
2. เลือกโรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่งโดยวิธี Simple Random Sampling
3. เลือกโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งจากโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดโดยวิธี Simple Random Sampling
4. เลือกที่สถานีอนามัยหรือ PCU 3 แห่งจากทั้งอำเภอโดยวิธี Simple Random Sampling
5. เลือกเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละระดับเพื่อสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม
- 5.1 สัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) และแบบผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant Interview) ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

5.2 การสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้บริหารระดับอำเภอ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าสถานีอนามัย และ กลุ่มผู้ให้บริการ เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ PCU

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบสภาพของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ผลกระทบในด้านต่าง ๆ รวมทั้งแนวทางแก้ไข ซึ่งสามารถนำมาเป็นต้นแบบในการปรับปรุง แนวทางในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

คำจำกัดความ

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นงานสาธารณสุขที่ครอบคลุมหลายมิติจึงมีผู้ให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลาย เช่น จากกฎบัตรออตตาวา ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง อันจะเป็นผลต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม

Dr Michael P O' Donnell ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ในการช่วยให้มนุษย์เปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อที่จะให้มีสุขภาพที่ดี#

องค์การอนามัยโลก (1998) ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมหรือการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดสุขภาพะ ไม่เพียงแต่เฉพาะแต่ละบุคคล เช่น พฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิต แต่ยังรวมถึง ด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและการทำงาน

กิจกรรมป้องกันโรค เป็นงานที่ต้องทำควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถจำแนกได้อย่างเด็ดขาดว่าเป็นกิจกรรมป้องกันโรคหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่โดยส่วนใหญ่จะเห็นตรงกันว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นเน้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนกิจกรรมป้องกันโรคเน้นที่ความพยายามไม่ให้เกิดโรค องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายของการป้องกันโรค คือ การลด การจำกัด ป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน และผลที่จะตามมา ของโรค

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีรูปแบบการทำงาน จำแนกได้เป็น 2 ระดับ

ระดับบุคคล มุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของระดับบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ชีวิต และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับชุมชน มุ่งหมายต่อการสร้างและเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศน์สังคมให้ดีขึ้น อันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ

กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ

ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ จะต้องอาศัยกลยุทธ์ (Strategy) 5 ประการดังนี้[#]

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)

เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพมีขอบเขตออกไปนอกภาคสาธารณสุข ผู้กำหนดนโยบายในทุกภาค (ภาคสาธารณสุข และนอกภาคสาธารณสุข) และทุกระดับที่เกี่ยวข้องจะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการตัดสินใจของตนเอง และยอมรับผิดชอบในผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้น

นโยบายส่งเสริมสุขภาพย่อมประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆ เช่น กฎหมาย การคลัง ภาษี การปรับองค์กร เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกันเพื่อนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และความเสมอภาคทางสังคม ก่อให้เกิดสินค้าและบริการต่าง ๆ ที่ปลอดภัยและมีผลดีต่อสุขภาพ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและน่ารื่นรมย์กว่าเดิมด้วย

ในการนี้ จำเป็นต้องค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ภาคอื่น ๆ ที่อยู่นอกภาคสาธารณสุข ไม่อาจดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และหาทางขจัดอุปสรรคดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถเลือกหนทางที่ส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)

ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ประกอบเป็นระบบสังคมและระบบนิเวศน์ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้น ชุมชนทุกระดับ (ตั้งแต่ชุมชนท้องถิ่นประเทศ ภูมิภาค โลก) จะต้องร่วมกันดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยต้องถือว่าการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกเป็นภารกิจร่วมกันของประชาคมโลก

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต การทำงาน และการพักผ่อนก็มีผลกระทบต่อสุขภาพเช่นกัน การงานและการพักผ่อนควรจะเป็นแหล่งที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้คน และวิถีที่สังคมจัดระบบการงานนั้น ก็ควรจะช่วยเสริมสร้างสังคมที่มีสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพเป็นการเสริมสร้างเงื่อนไขการดำรงชีวิต และการทำงานที่มีความปลอดภัย ไร้ใจ พึงพอใจและสนุกสนาน การประเมินผลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของเทคโนโลยี การทำงาน การผลิตพลังงาน และการเติบโตของเขตเมืองนั้น เป็นมาตรการที่จำเป็น และหลังจากนั้นจะต้องมีปฏิบัติการที่เป็นผลบวกต่อสุขภาพของสาธารณชน กลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพใด ๆ ก็ตาม จะต้องผนวกเรื่องของการพิทักษ์คุ้มครองสิ่งแวดล้อมและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

3. เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action)

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปแบบและมีประสิทธิผล ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการเพื่อบรรลุภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม หัวใจของกระบวนการดังกล่าว ได้แก่ การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน ความรู้สึกเป็นเจ้าของของพวกเขา และการควบคุมความเพียรพยายามและอนาคตของพวกเขา

การพัฒนาชุมชนจำเป็นต้องระดมทรัพยากร (ทั้งมนุษย์ และวัตถุ) ภายในชุมชน เพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่มีลักษณะยืดหยุ่นในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งแก่การมีส่วนร่วมของชุมชน และการควบคุมกำกับในเรื่องของสุขภาพ ทั้งนี้โดยชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสของการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)

การส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิตนั้น เป็นการเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชนให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของพวกเขาได้มากขึ้น และเพิ่มโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ตลอดชีวิตเตรียมพร้อมในการดำเนินชีวิตในวัยต่าง ๆ และสามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น นับว่าเป็นสิ่งจำเป็น หน่วยงานต่าง ๆ (เช่น การศึกษาสาธารณสุข ธุรกิจ องค์กรอาสาสมัคร เป็นต้น) จะต้องเป็นผู้ริเริ่มจัดให้เกิดกระบวนการดังกล่าวขึ้นในโรงเรียน ในบ้าน ในที่ทำงาน ในชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งภายในหน่วยงานของตนเอง

5. ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services)

ภาระหน้าที่ของระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน

นอกเหนือจากงานรักษาพยาบาลแล้ว ภาคสาธารณสุขจะต้องหันมาทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยจะต้องมีพันธะในการสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ในลักษณะที่

ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน นอกจากนี้ ยังจะต้องเปิดกว้างในการร่วมมือกับภาคอื่น ๆ (เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม)

การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสาธารณสุข และหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง และการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลในฐานะคนทั้งคน (องค์รวม)

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ปรัชญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” โดยประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” นั้น จึงจะต้องสนับสนุนการสร้างเงื่อนไขต่าง ๆ ดังกล่าวให้เกิดขึ้นด้วย

2. หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- 2.1 กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน
- 2.2 ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ
- 2.3 สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation)

- 2.4 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด้านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ)
- 2.5 สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นสถานพยาบาล ระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network)
- 2.6 ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายเปิด (Open End) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)
- 2.7 สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- 2.8 ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วย กองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

3. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือบุคคลในครอบครัวของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือเป็นผู้ประกันตนที่ได้รับสิทธิประกันสังคม

ผู้ที่ได้รับสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 3.1 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม (บัตรทอง ท.) จะออกให้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้มีรายได้น้อย ตามระเบียบสำนักนายกฯ ได้แก่ ผู้มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน/คน หรือไม่เกิน 2,800 บาท/เดือน/ครอบครัว ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ซึ่งเดิมมีบัตร สปร. และอยู่ในพื้นที่ดำเนินการ และผู้มีสิทธิเดิมตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2543
- 3.2 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทเสียค่าธรรมเนียม (บัตรทอง) ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ยกเว้นผู้มีสิทธิตามข้อ 1

4. การรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ

ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัวหรือเครือข่ายหน่วยบริการ กรณีอุบัติเหตุ ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อไป หรือตามที่คณะกรรมการกำหนดผู้มีสิทธิที่ไปรับบริการทางการแพทย์ ต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นจำนวนเงินสามสิบบาทในแต่ละครั้ง เว้นแต่การรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค

5. บริการทางการแพทย์ที่คุ้มครอง

ความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ ดังต่อไปนี้

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค
- 2) การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้ รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ
- 3) การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่
- 4) ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ
- 5) การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
- 6) ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 7) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ
- 8) การบริการทางการแพทย์หรือค่าใช้จ่ายอื่น นอกจาก (1) – (7) ที่คณะกรรมการกำหนด

6. ระบบบริการสุขภาพใต้ระบบประกันแห่งชาติ

หน่วยงานที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ** (Contracting Unit for Primary Care, CUP) ต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนและจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัวซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ และจัดแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (Main Contractor) ซึ่งสามารถจัดบริการได้ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดและหน่วยบริการปฐมภูมิรอง (Sub-Contractor) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการได้ไม่ครบทุกประเภท

หน้าที่ของ CUP

1. จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่รับผิดชอบดูแลประชากรให้ประชากรให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ทั้งนี้หน่วยบริการแต่ละแห่งจะรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ (หนึ่งหน่วยคู่สัญญา (CUP) อาจจัดให้มีหลายหน่วยบริการปฐมภูมิได้) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดเล็กอาจรับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 10,000 คนได้
2. ในพื้นที่ที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานอนามัยดูแล จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย
 - 2.1 กรณีที่มีประชากรขึ้นทะเบียนน้อยกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในบริเวณที่ตั้งของโรงพยาบาลได้ แต่ต้องจัดระบบให้คล่องตัว
 - 2.2 ในกรณีที่ประชากรมากกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ส่วนที่เหลือต้องจัดเป็นหน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน
 - 2.3 หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการ ต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยมีทีมประจำให้บริการ และบริการได้สะดวกรวดเร็ว

3.หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง จะต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

2) **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ** (Contracting Unit for Secondary Care, CUS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก สถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน

3) **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ** (Contracting Unit for Tertiary Care, CUT) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบายฯ จะเป็นหน่วยที่รับภาระงานการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคเกือบทั้งหมดไว้ ฉะนั้นโครงสร้าง กิจกรรม และบุคลากรที่ดีของ CUP จึงมีผลอย่างมากต่องานการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตว่าจะดีขึ้นหรือไม่

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ตามคำประกาศของอัลมา อัลตา ปี ค.ศ. 1978 กำหนดว่าหมายถึง “บริการระดับแรก ที่บุคคลแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เป็นส่วนที่นำเอาบริการดูแลสุขภาพเข้ามาใกล้ชิดกับสถานที่พักอาศัย และสถานที่ทำงานของประชาชน มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้” แนวคิดต่อระบบบริการปฐมภูมิที่ดี หมายถึง บริการที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่น เข้าถึงได้เป็นการดูแลที่เอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการที่ผสมผสานบริการประเภทต่าง ๆ ที่จำเป็น ให้บริการที่ต่อเนื่อง เป็นลักษณะของการบริบาลดูแล (Care) มากกว่าการรักษาโรคให้หาย

การส่งเสริมสุขภาพในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[#]

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นหนึ่งในจุดประสงค์หลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าเดิม โดยมุ่งเน้นการทำให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบของ CUP (Contracting Unit for

Primary Care) มีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เน้นการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่าง ๆ ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยได้มากขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นกิจกรรมที่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพยายามกระตุ้นให้เกิดขึ้น โดยจัดให้มีงบประมาณรองรับที่แน่ชัดจำนวน 175 บาทต่อประชากร โดยที่งบประมาณส่วนหนึ่ง จำนวน 14.7 บาทต่อประชากร จะถูกบริหารโดยส่วนกลาง (กรมควบคุมโรค) เพื่อจัดซื้อวัคซีนสำหรับการป้องกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันของประเทศและส่วนที่เหลือใช้เพื่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับจังหวัด

เพื่อให้นโยบายฯ และงบประมาณที่จัดไว้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างชัดเจน จึงได้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักในนโยบายฯ ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ดังนี้

ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน - ควบคุมโรค

- 1 ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
- 2 การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
- 3 การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
- 4 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทยจัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่าง ๆ)
- 5 การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
- 6 การวางแผนครอบครัว
- 7 การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)
- 8 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
- 9 การให้คำปรึกษา (Counseling) และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
- 10 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่
 - การตรวจสุขภาพช่องปาก
 - การแนะนำด้านทันตกรรม

- การให้ฟลูออไรด์เสริม ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
- การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

ระบบบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Health Care System)

แนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นทิศทางที่ได้รับการยอมรับมากขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องจากกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพต้นทุน (Cost Effectiveness) สูงกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล การเน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพย่อมส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพโดยรวมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[#] แต่ที่สำคัญมากกว่านั้น คือ การส่งเสริมสุขภาพจะเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมด้วย

การส่งเสริมสุขภาพเริ่มต้นจากการปรับแนวคิดเรื่อง “สุขภาพ” ใหม่โดย “สุขภาพ” มิได้หมายถึง “การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ” แต่เพียงอย่างเดียวอีกต่อไป และปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด “สุขภาพ” จะมีความหมายครอบคลุมกว้างขวางถึงปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของประชาชนด้วย การส่งเสริมสุขภาพจะเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเราสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น

ระบบบริการที่จะสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพได้ จึงต้องมีการปรับบทบาทที่สำคัญหลายประการ คือ

1.ระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคลและชุมชน ในการควบคุมปัจจัยที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ ประชาชนจึงมิใช่เป็นเพียง ผู้รับบริการ (Client) ที่จัดขึ้นเท่านั้น เพราะความเข้มแข็งของประชาชนและชุมชนจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น

2.ระบบบริการสุขภาพที่เน้นการจัดบริการในระดับชุมชน (Community Based Health Services) มากกว่าการจัดบริการในสถาบัน (Institutional Care) บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Medical Care) เป็นบริการที่ใกล้ชิดชุมชน และสามารถให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุด

3.ระบบบริการสุขภาพที่เน้นการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) เนื่องจากปัจจัยที่กำหนด “สุขภาพ” มีมากกว่าที่ระบบสาธารณสุขจะดูแลได้หมด นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลง “ระบบ” จะมีผลมากยิ่งขึ้นกว่า

การพยายามเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล การพัฒนานโยบายสาธารณะที่จะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลง “ระบบ” จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ

ผลกระทบจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขต่อการส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อการส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ มีสาเหตุดังต่อไปนี้

1. การปรับโครงสร้างในส่วนกลาง และเขตการปกครอง
2. แนวความคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาพประชากร
3. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพได้รับผลกระทบทั้งบวกและลบ จากการคลังและการปฏิรูปสาธารณสุข โดยเฉพาะการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ที่จะทำให้การส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น ผลลัพธ์โดยรวมก็คือ การลดจำนวนเตียงผู้ป่วย และการระดมบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล ผู้บริหารทุกระดับเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องทำเป็นอย่างแรก โดยให้ความสำคัญในเรื่องปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ เป้าหมายการลดความไม่เสมอภาค ความร่วมมือระหว่างภาค การปรับโครงสร้างและการกระจายอำนาจ แต่อย่างไรก็ตามการปฏิรูปก็ยังไม่สามารถทำให้การส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญเท่าที่ควร

ปัญหาของนโยบายฯ ต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากนโยบายฯ มีมากมายหลายด้าน เช่น มาตรฐานการรักษาพยาบาล การบริหารจัดการ งบประมาณ เมื่อพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปริมาณกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะเห็นว่า จำนวนผู้ที่มารับบริการปี 45 เทียบกับปี 43 พบว่าจำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับ ตัวเลขจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ จากรพ.10-120 เตียงทั่วประเทศในปี 42 เท่ากับ 37 ล้านครั้ง ปี 43 เท่ากับ 40 ล้านครั้ง (ปี 44 ข้อมูลไม่สมบูรณ์) ปี 45 (หลังใช้นโยบายฯ) ภายในระยะเวลา 6 เดือน เท่ากับ 49 ล้านครั้ง #

ในส่วนของผลกระทบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากการติดตามประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรมอนามัย กรกฎาคม 2545 พบว่า นโยบายฯ มีผลกระทบต่อหลายกิจกรรมของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสรุปได้ดังนี้

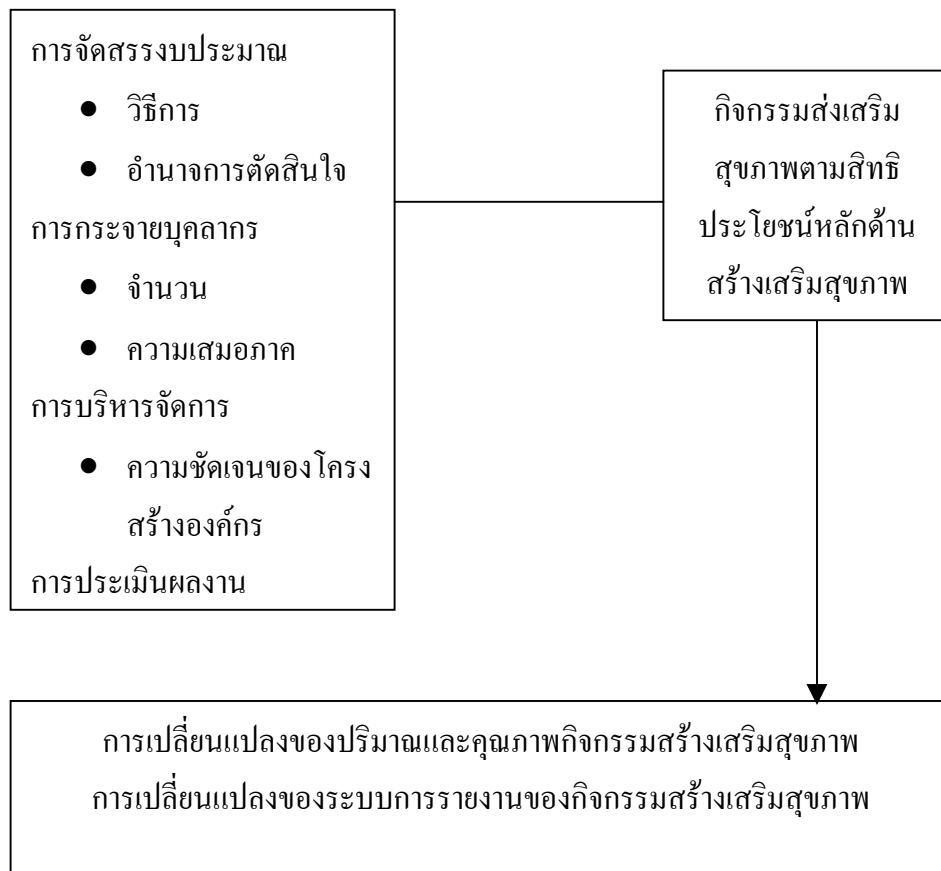
1. กิจกรรมที่ต้องใช้เงิน มีต้นทุน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจะให้บริการลดน้อยลง ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องจาก วัสดุ เวชภัณฑ์ ที่รับสนับสนุนจากส่วนกลางกำลังจะหมด หรือหมดไปแล้วในสถานบริการบางแห่ง จึงทำให้อัตราการให้บริการกิจกรรมที่มีต้นทุนจะต่ำกว่ากิจกรรมอื่น ๆ ที่ไม่มีต้นทุน ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มองการให้บริการเป็นค่าใช้จ่าย และกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงก็จะละเลยไม่ปฏิบัติ
2. การปรับโครงสร้างองค์กรและบุคลากร ทำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น
3. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการยังไม่ทราบรายละเอียดถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็นจะต้องให้ตามชุดสิทธิประโยชน์ เพราะส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามสิ่งที่เคยทำอยู่ประจำ

จากการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่องกรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ต สมุทรปราการ และอุบลราชธานี พบว่าระบบการจัดสรรงบประมาณของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน และการรวมเงินเดือนบุคลากรในงบประมาณที่จัดสรรตามรายหัวประชากรมีผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ประการสุดท้าย คือ การมีหรือไม่มีระบบตรวจสอบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน ซึ่งเป็นผลกระทบสำคัญอันหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของโครงการ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย งานวิจัยนี้จะเสนอผลการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ภายหลังมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามสิทธิประโยชน์หลักด้านสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในแง่ภาพรวมของกิจกรรมรายบุคคล (Personal Care)



รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นกรณีศึกษาใน 4 จังหวัด

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือผู้บริหารและบุคลากรที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ 4 คือ นครสวรรค์ สุรินทร์ พังงา และลำพูน โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน พฤษภาคม 2546 ถึง เดือน เมษายน 2547 ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัด
2. กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
3. กลุ่มผู้บริหารหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP)
4. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ได้แก่ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกจังหวัด 4 จังหวัดจาก 76 จังหวัด โดยวิธี Purposive Sampling แล้วเลือกโรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่งในจังหวัดนั้น และเลือกโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งจาก โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดประมาณ 8-9 แห่ง โดยวิธี Simple Random Sampling เลือกที่สถานีอนามัย หรือ PCU 3 แห่งจาก ทั้งอำเภอโดยวิธี Simple Random Sampling

ตารางแสดงเครือข่ายทั้งหมดในจังหวัดที่ศึกษา

จังหวัด	เครือข่ายทั้งหมด	จำนวน เตียง	เครือข่ายที่ศึกษา	จำนวนPCU/สอ. ที่ศึกษา
นครสวรรค์	รพ.สวรรค์ประชารักษ์	672	รพ.สวรรค์ประชารักษ์	1
	รพ.ส่งเสริมอนามัยแม่ และเด็ก	136	รพ.ลาดยาว	3
	รพ.ค่ายจิรประวัติ	90	รพ.โกรกพระ	2
	รพ.ตากถ์	90		
	รพ.ลาดยาว	60		
	รพ.หนองบัว	60		
	รพ.บรรพตพิสัย	60		
	รพ.ท่าตะโก	60		
	รพ.ไพศาลี	60		
	รพ.ชุมแสง	30		
	รพ.ตากฟ้า	30		
	รพ.พยุหะคีรี	30		
	รพ.โกรกพระ	30		
	รพ.เก้าเหลียว	30		
	รพ.แม่वंกั	30		
สุรินทร์	รพ.สุรินทร์	742	รพ.สุรินทร์	1
	รพ.ท่าตูม	60	รพ.กาบเชิง	3
	รพ.กาบเชิง	60	รพ.สนม	3
	รพ.รัตนบุรี	60	รพ.ชุมพลบุรี	3
	รพ.สังขะ	60		
	รพ.สนม	30		
	รพ.ศีขรภูมิ	30		

จังหวัด	เครือข่ายทั้งหมด	จำนวน เตียง	เครือข่ายที่ศึกษา	จำนวนPCU/สอ. ที่ศึกษา
	รพ.จอมพระ รพ.ลำดวน รพ.ลำโรงท่าบ รพ.บัวเชด รพ.ชุมพลบุรี รพ.ปราสาท	30 30 30 30 30 30		
พังงา	รพ.พังงา รพ.ตะกั่วป่า รพ.ท้ายเหมือง รพ.ทับปุด รพ.ตะกั่วทุ่ง รพ.คุระบุรี รพ.กะปง รพ.บางไทร	300 200 30 30 30 30 30 10	รพ.พังงา รพ.ท้ายเหมือง รพ.ทับปุด	1 3 3
ลำพูน	รพ.ลำพูน รพ.ป่าซาง รพ.ลี้ รพ.บ้านโฮ่ง รพ.แม่ทา รพ.บ้านธิ รพ.ทุ่งหัวช้าง	400 90 60 30 30 30 30	รพ.ลำพูน รพ.บ้านโฮ่ง รพ.แม่ทา	1 3 3

สรุป หน่วยงานที่ศึกษาประกอบด้วย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 แห่ง

โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง

โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-30 เตียง 7 แห่ง

โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60-90 เตียง 2 แห่ง

PCU/สถานีนานามัย 30 แห่ง

การเก็บข้อมูล (ช่วงเวลา สิงหาคม 2546 - กรกฎาคม 2547)

เก็บข้อมูล เชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

1. สัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) และแบบผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant Interview)
2. การสนทนากลุ่ม
3. การสังเกต ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant Observation) และ ไม่มีส่วนร่วม (Non participant Observation) เพื่อเก็บข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์
4. การใช้ข้อมูลเอกสาร เก็บสถิติหรือบันทึกต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลมุกกว้าง

การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 1 ตรวจสอบจากบุคคลที่แตกต่างกัน
- 2 ตรวจสอบจากสถานที่ที่แตกต่างกัน
- 3 ตรวจสอบจากเวลาที่แตกต่างกัน
- 4 ตรวจสอบจากผู้เก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน
- 5 ตรวจสอบจากเจ้าของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงคุณภาพในกรอบของการวิจัย โดยเน้นวิเคราะห์ปรากฏการณ์เพื่อความเข้าใจอย่างลึกซึ้งรอบด้านในมุมมองของผู้ถูกศึกษา
2. สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ร้อยละ และค่าเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. ผลกระทบของนโยบายการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้ ซึ่งประกอบด้วย การบริหารจัดการ การจัดสรรงบประมาณ การกระจายบุคลากร การประเมินผลงาน และขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน

2. การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หมายถึง บริการสุขภาพของหน่วยบริการตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเลือกพิจารณากิจกรรมต่อไปนี้ งานสำรวจและใช้งานแฟ้มครอบครัว งานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง งานส่งเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไป การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก วางแผนครอบครัว การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ โภชนาการ การให้ภูมิคุ้มกัน

3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) หมายถึง สถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติเป็นคู่สัญญารับงบประมาณเหมาจ่ายต่อหัวประชากร และจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งหน่วยคู่สัญญาดังกล่าว ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน) ทั้ง 4 จังหวัด

4. ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) ในเครือข่ายบริการของหน่วยคู่สัญญา (CUP) ซึ่งตั้งอยู่ในบริเวณโรงพยาบาล ในตำบลที่ตั้งของหน่วยคู่สัญญา หรือสถานีนามัยเดิมที่ถูกปรับบทบาทให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

5. ระบบรายงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หมายถึง รายงานปริมาณงานและความครอบคลุมที่รายงานไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านเครือข่าย (CUP) หรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามสิทธิประโยชน์หลักด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. การจัดสรรงบประมาณงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยสรุปการจัดสรรงบประมาณในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากเครือข่ายหลักไปยังศูนย์สุขภาพชุมชน PCU และสถานอนามัย มีความแตกต่างกันในปีที่ 1 (ต.ค. 44 – ก.ย. 45) และปีที่ 2 (ต.ค. 45 – ก.ย. 46) โดยในปีที่ 1 มีรูปแบบการจัดงบประมาณในส่วนงานส่งเสริมป้องกันจะถูกจัดสรรไปที่ CUP ทั้งหมด ผู้บริหาร CUP มีหน้าที่จัดสรรไปยังสถานอนามัยพร้อมกับกำกับตรวจสอบการใช้งบประมาณให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางการจัดสรรมีลักษณะดังนี้

1. แบ่งตามจำนวนบัตรขึ้นทะเบียน
2. แต่ละ PCU/สอ. เบิกจ่ายค่ายา เวชภัณฑ์ จาก CUP ตามผลงานให้บริการ

ในรูปแบบนี้จะส่งผลให้งบดำเนินงาน งบค่าตอบแทน งบค่าสาธารณูปโภค และอื่น ๆ ของสถานอนามัยต้องมาอิงกับ CUP แทนที่จะมาจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผลที่เกิดขึ้นคือ ทำผู้บริหาร CUP ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีบทบาทและอำนาจมาก กลายเป็นผู้กำหนดทิศทาง และตัดสินใจอย่างเบ็ดเสร็จ และมีการควบคุมกำกับการใช้งานฯ เข้มงวดมากขึ้น ทั้งในแง่กระบวนการใช้งบประมาณและการตรวจสอบประสิทธิภาพ เป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างทีมผู้บริหารงานในโรงพยาบาลและทีมงานบริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการบริหารงานในภาพรวมของอำเภอ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งในการเปลี่ยนรูปแบบการจัดสรรเป็นแบบปีที่ 2 ที่มีการกำหนดค่า Fix Cost หรืองบประมาณดำเนินการค่าตอบแทน ค่าสาธารณูปโภค ใน PCU/สอ. ที่จ่ายโดยตรงจาก สสจ.เพื่อบริหารจัดการ

ตัวอย่างรูปแบบการจัดสรรงบประมาณในจังหวัดต่างๆ โดยสรุป

การจัดสรรเงินงบประมาณจังหวัดพังงา

ปีงบประมาณ 2545

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้อำนาจผู้บริหาร CUP ในการจัดสรรงบประมาณสู่ PCU รูปแบบการจัดสรร คือ

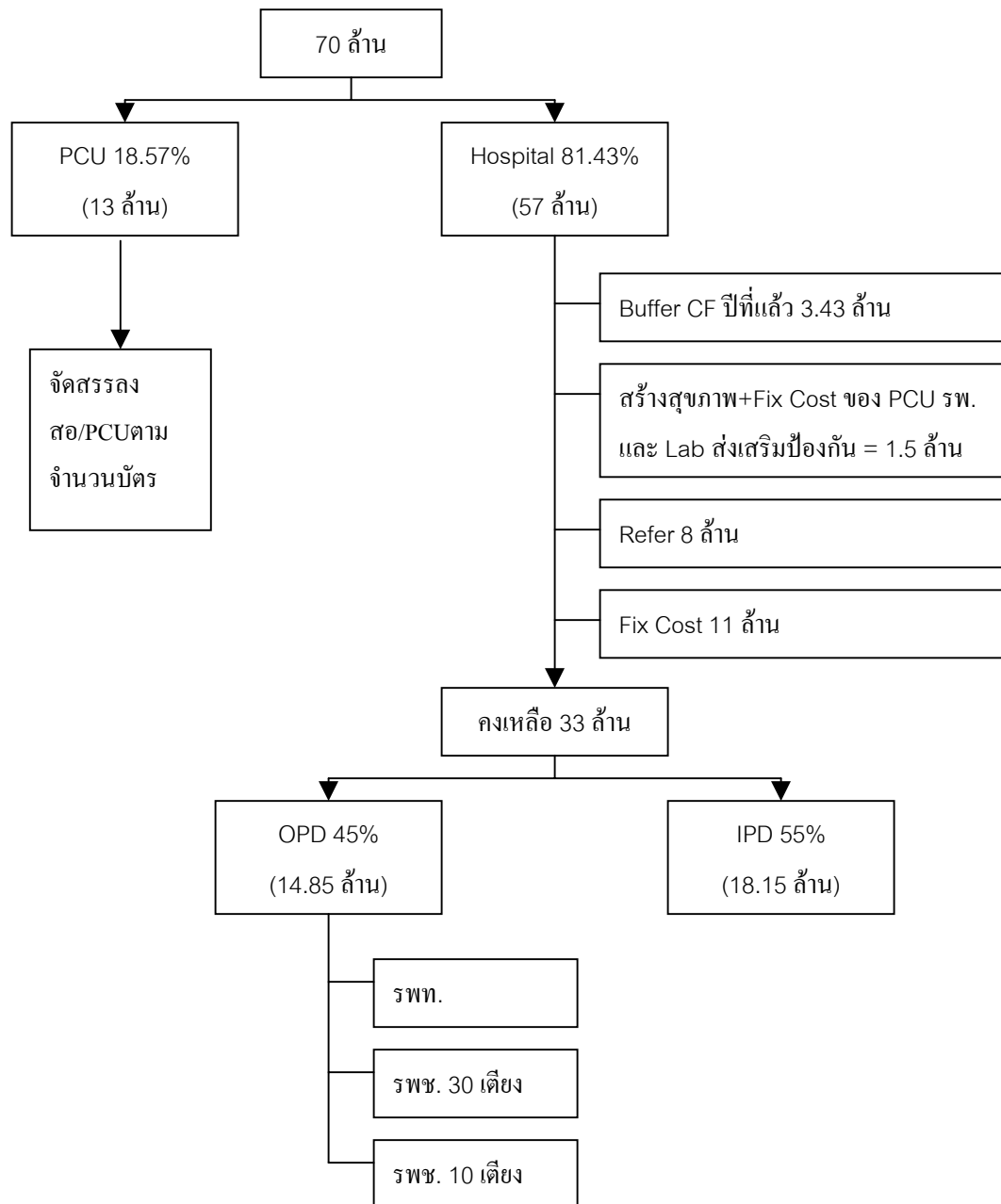
1. แบ่งตามจำนวนบัตร
2. เบิกจ่ายจาก CUP ตามผลงานการให้บริการ

ในปี 2545 เนื่องจากมีความหลากหลายในการจัดสรรงบประมาณลงสู่ PCU ในจังหวัดอย่างมาก ทำให้เกิดปัญหาการขาดงบประมาณดำเนินงาน มีความเหลื่อมล้ำในการบริหารจัดการในแต่ละ CUP และขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ลดลง คณะกรรมการบริหารเครือข่ายในระดับจังหวัดจึงมีการเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณใหม่ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

ปีงบประมาณ 2546

1. จัดสรรค่า Fix Cost (ค่าตอบแทน ค่าจ้างเหมา ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค) ไปยัง PCU
 2. มีคณะกรรมการพิเศษดูแลกิจการ และ งบประมาณของ PCU (PCU manager)
 3. ค่ายา เวชภัณฑ์ จัดสรรให้ CUP เป็นงวด ๆ
 4. แต่ละ PCU ใช้วิธีเขียนโครงการส่งเสริมสุขภาพมาเบิกงบประมาณจากคณะกรรมการฯ
- ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รูปแบบการจัดสรรงบประมาณ UC
จังหวัดพังงา
ปีงบประมาณ 2546



การจัดสรรเงินงบประมาณจังหวัดลำพูน

ปีงบประมาณ 2545

การจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลเครือข่าย ในจังหวัดลำพูน 2545

ดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลเครือข่ายหลัก ในลักษณะการเหมาจ่าย รายหัว (Inclusive Capitation) โดยหักเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ แยกรายสถานพยาบาลเครือข่ายหลัก (Main Contractor) ก่อน แล้วจึงจัดสรรงบประมาณที่เหลือให้กับโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายหลักตาม จำนวนผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนไว้

การจัดสรรงบค่าดำเนินการให้แก่สถานอนามัย

โรงพยาบาลเครือข่ายหลัก สนับสนุนงบประมาณ ให้แก่สถานอนามัยในเครือข่ายที่รับผิดชอบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

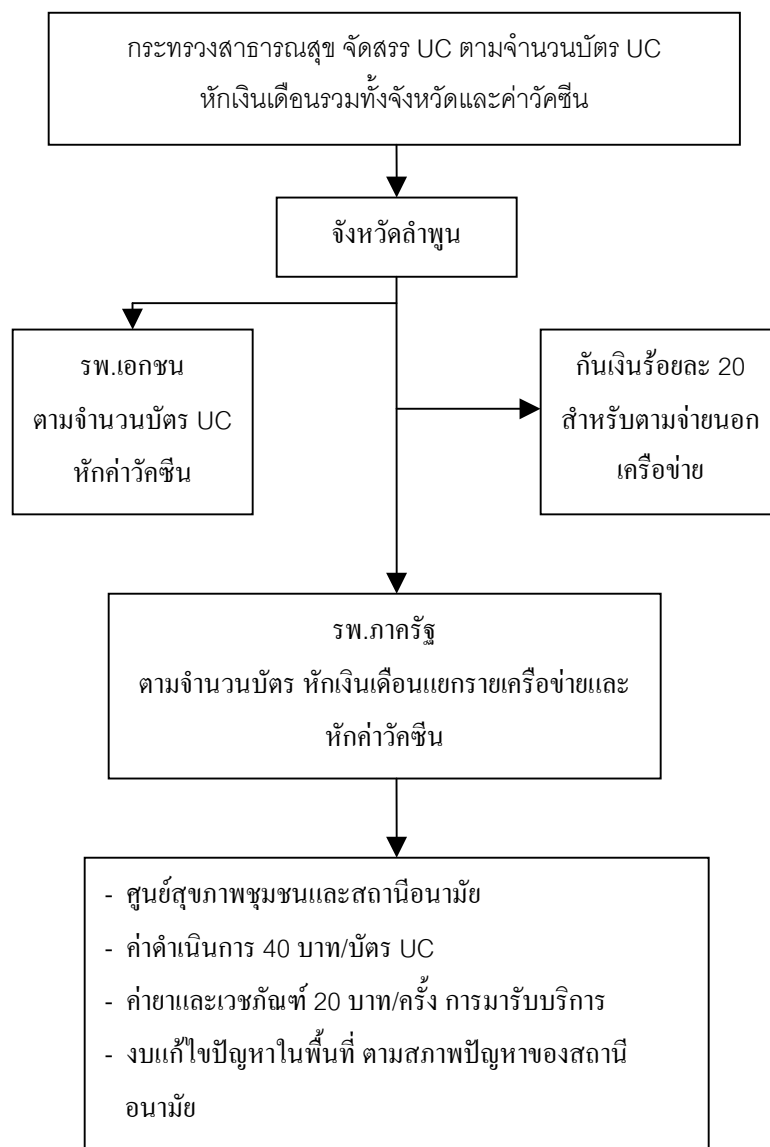
งบค่าดำเนินการ

ใช้จำนวนประชากรผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขตรับผิดชอบของสถาน อนามัยคูณด้วยอัตรา 40 บาท กรณีที่สถานอนามัยมีจำนวนประชากรผู้มีสิทธิน้อยและ คำนวณตามหลักเกณฑ์แล้วได้งบประมาณน้อยกว่า 1 แสนบาทให้โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่าย หลัก สนับสนุนเงินให้สถานอนามัยภายในวงเงิน 1 แสนบาท

งบค่ายาและเวชภัณฑ์

โรงพยาบาลเครือข่ายหลัก สนับสนุนเงินค่ายาและเวชภัณฑ์ให้แก่สถานอนามัยใน เครือข่าย อัตรา 20 บาท/ครั้ง การมารับบริการของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดสรรงบประมาณโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
จังหวัดลำพูน
ปีงบประมาณ 2545



การจัดสรรเงินงบประมาณจังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2546

การบริหารเงินงบประมาณ

จังหวัดลำพูนได้รับจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 158,337,095.51 บาท ดำเนินการจัดสรรให้เครือข่ายบริการสุขภาพ จำนวน 148,939,732.93 บาท โดยมีรายละเอียดการบริหารจัดการดังนี้

รูปแบบการจัดสรรและการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ต.ค. 45 – ก.ย. 46)

การจัดสรรงบประมาณให้เครือข่ายบริการ งบที่ 1 (ต.ค. 45 - ก.ย. 46) ดำเนินการจัดสรรดังนี้

1. ช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2545 จัดสรรงบประมาณ ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว (Inclusive Capitation) โดยหักเงินเดือนระดับประเทศ และกันเงิน 20% ของงบประมาณเพื่อตามจ่ายสถานบริการนอกจังหวัด

2. สำหรับเดือนมกราคม 2546 เป็นต้นมา จัดสรรแบบแยกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (Total Exclusive Capitation) โดยสำนักงานสาขา ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ (Clearing House) ค่าบริการทางการแพทย์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยในทุกกลุ่ม

การจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานีนอนามัย CUP สนับสนุนงบประมาณให้สถานีนอนามัยในเครือข่าย โดยจัดสรรเป็นงบค่าดำเนินการ 20/คนปี งบค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ 18 บาท/ครั้งของการรับบริการ นอกจากนี้ สำนักงานสาขาจะจัดสรรงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนให้สถานีนอนามัยโดยตรง ในอัตรา 12 บาท/คนปี จะเห็นได้ว่า PCU ในจังหวัดลำพูนในภาพรวมแล้วได้รับงบประมาณน้อยกว่าในปี 45

การจัดสรรเงินงบประมาณจังหวัดนครสวรรค์

ปีงบประมาณ 2545

การบริหารจัดการเงินทุนโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านหลักเกณฑ์ และรูปแบบการจัดสรรเงินงบประมาณปี 2545 ดำเนินการพิจารณาจากผู้บริหารหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ผ่านจังหวัดจัดสรรทุกเดือน เงินเดือนของข้าราชการในสังกัดทุกสถานบริการจัดสรรรวมกันที่จังหวัดกันไว้ 10% จ่ายข้ามจังหวัดที่เหลือจัดสรรเงินให้หน่วยคู่สัญญาตามประชากรผู้ลงทะเบียน

หลักเกณฑ์จัดการเงินที่จัดสรรให้อำเภอ (โรงพยาบาลหลัก)

ประเภทเงิน	บาท	ร้อยละ
1. ส่งเสริมป้องกัน	175 – 14.70	15.43 %
2. ผู้ป่วยนอก	574	55.35 %
3. ผู้ป่วยใน	303	29.22 %

อัตราการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ข้ามเครือข่ายภายในจังหวัดนครสวรรค์

ผู้ป่วยนอก

ระดับสถานี	50	บาท / Visit
หน่วยบริการขั้นปฐมภูมิไม่เต็มรูปแบบ	50	บาท / Visit
หน่วยบริการขั้นปฐมภูมิเต็มรูปแบบ	80	บาท / Visit
ระดับโรงพยาบาลชุมชน	120	บาท / Visit
ระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์		
1. ผู้ป่วยไปเองไม่มีใบส่งต่อผู้ป่วย	160	บาท / Visit
2. ส่งต่อมีใบส่งต่อผู้ป่วย	290	บาท / Visit

ผู้ป่วยใน

จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) 1 น้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) : 4,000 บาท

ระดับโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ จ่ายตามระเบียบประกันสุขภาพกลาง

- | | | |
|---------------|-----|----------------------------|
| 1. ผู้ป่วยนอก | 145 | บาท / ครั้ง |
| 2. ผู้ป่วยใน | 165 | บาท / ครั้ง (ภายใน 15 วัน) |

อัตราการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ข้ามจังหวัดใช้เกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่กระทรวงกำหนดทั้งผู้ป่วยนอกและใน

การจัดสรรเงินจากเครือข่ายไปสถานบริการ จำแนกได้ 4 แบบ

1. นำเงินผู้ป่วยนอกที่จัดสรรตามฐานบัตร ผลงาน และเงินส่งเสริมป้องกันมาจัดสรรตามแผนงานโครงการ

- 1.1 โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว
- 1.2 โรงพยาบาลโกรกพระ
- 1.3 โรงพยาบาลชุมแสง
- 1.4 โรงพยาบาลแม่และเด็ก

2. นำเงินผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และส่งเสริมป้องกัน มาหักเป็นงบดำเนินการและจ่ายข้ามเครือข่ายก่อนที่จะเหลือมาจัดเป็นผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในและส่งเสริมป้องกัน

- 2.1 โรงพยาบาลไพศาลี
- 2.2 โรงพยาบาลท่าตะโก
- 2.3 โรงพยาบาลตาคลี
- 2.4 โรงพยาบาลพยุหะคีรี
- 2.5 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- 2.6 โรงพยาบาลค่ายจิรประวัติ
- 2.7 โรงพยาบาลลาดยาว
- 2.8 โรงพยาบาลแม่वंกั

3. นำเงินผู้ป่วยนอกมาหักเป็นค่าตอบแทน ค่าใช้จ่าย ประกันความเสี่ยง ที่เหลือจ่ายคืน ส่วนเงินส่งเสริมป้องกัน หักบางส่วนไว้กองกลาง ที่เหลือจ่ายตามประชากร

3.1 โรงพยาบาลตากฟ้า

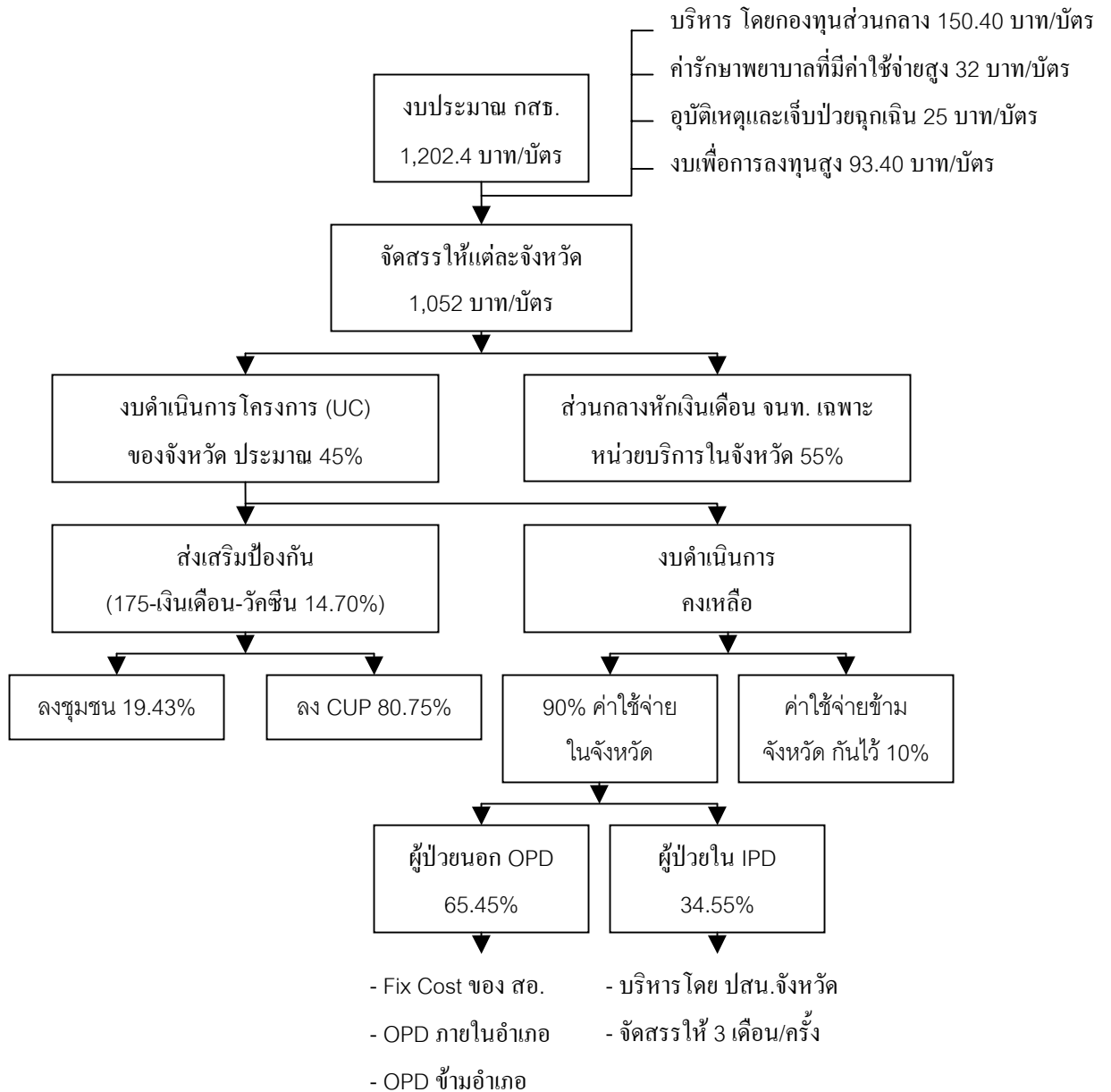
3.2 โรงพยาบาลบรรพตพิสัย

4. นำเงินผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันหักเป็นค่าตอบแทนจ่ายข้ามเครือข่าย ที่เหลือแบ่งตามผลงาน

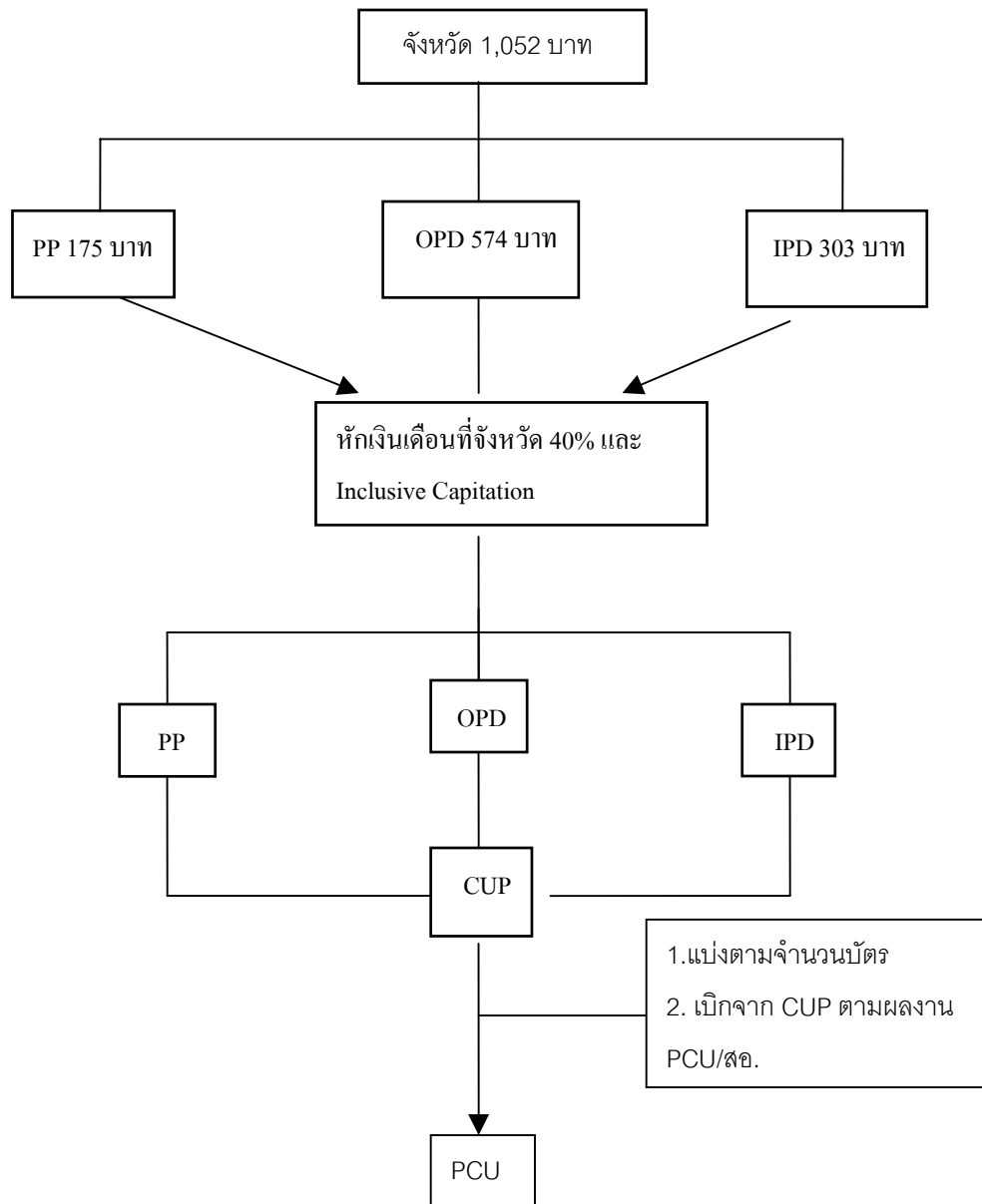
4.1 โรงพยาบาลหนองบัว

การบริหารจัดการเงินทุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2546

แผนผังการจัดสรรเงิน UC จังหวัดนครสวรรค์



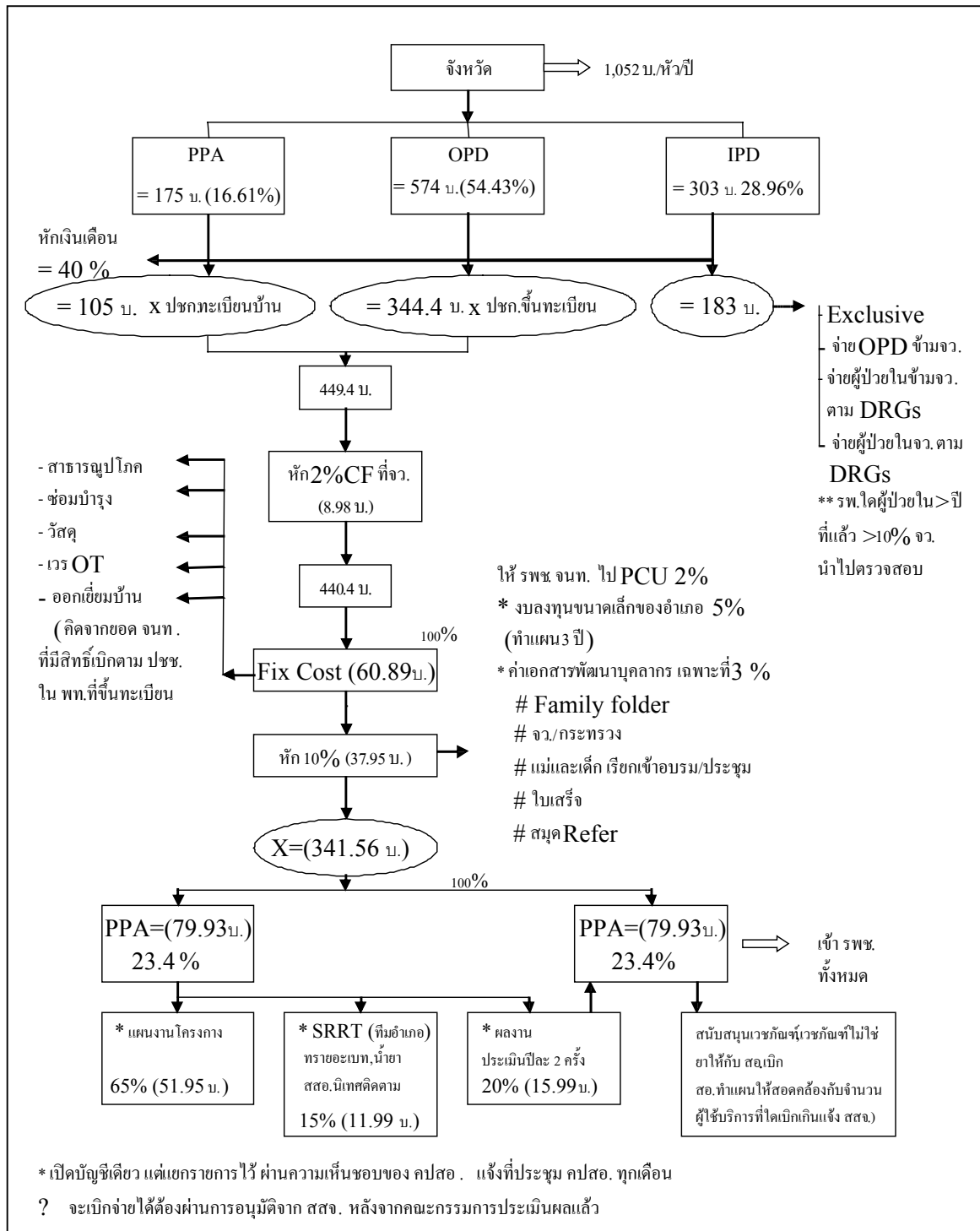
โครงสร้างระบบงบประมาณ UC 2545 จังหวัดสุรินทร์



การจัดสรรงบประมาณปี 2545

1. จัดสรรงบฯ ทั้งหมดหลังหักเงินเดือนที่ระดับจังหวัด ผ่าน CUP และ PCU หรือ สอ.ตามลำดับ
2. CUP จัดสรรงบฯ ดำเนินการของ PCU หรือสอ.ตามฐานบัตรที่มี
3. งบฯ ค่ายาและเวชภัณฑ์ เบิกจาก CUP ตามจำนวนผลงานที่ทำได้

โครงสร้างระบบงบประมาณ UC 2546 จังหวัดสุรินทร์



จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในจังหวัด เหตุผลที่ต้องมีการปรับวิธีการจ่ายงบประมาณในจังหวัด สุรินทร์ คือ

1. การจัดสรรแบบปี 2545 ไม่มีกฎเกณฑ์ที่ใช้ยึดเป็นหลักในการจัดสรรฯ ลง PCU และเพื่อประกันค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ในระดับ PCU
2. เพื่อให้ สสจ. มีงบประมาณไว้จำนวนหนึ่งที่จะบริหารงานที่เป็นนโยบายในภาพรวม
3. เพื่อลดความแตกแยกระหว่างผู้ที่ได้อำนาจการบริหาร และผู้ที่เสียอำนาจการบริหาร

วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารงบประมาณโครงการ ฯ ในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2545-2546

สอ./PCU ทำหน้าที่หลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ดังนั้นปริมาณของงบประมาณ และ วิธีการจัดสรรจะมีส่วนสะท้อนการทำงานส่งเสริมสุขภาพในระดับตำบลได้อย่างดี รูปแบบการบริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมฯ มีการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับ ดังนี้

1. ก่อนเริ่ม UC

งบประมาณถูกจัดสรรแบบ แนวตั้ง Line items management จากกระทรวงฯ ผ่าน สสจ. ไปสู่สถานบริการ การบูรณาการงบประมาณระหว่างเจ้าของงบประมาณทำได้ยาก งบประมาณไปไม่ตรงเป้าหมายที่ต้องการ

2. หลังเริ่ม UC ช่วงปี 2545

สถานบริการหลักในเครือข่ายเป็นผู้ถืองบฯ ทั้งหมดและเป็นผู้กำหนดทิศทางการทำงานส่งเสริมฯ ใน CUP ทำให้เกิดความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละ CUP แม้อยู่ในจังหวัดเดียวกันจึงทำให้ระบบมีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงสูง

3. หลังเริ่ม UC ช่วงปี 2546

โดยการปรับปรุงจากข้อดีของการจัดสรรแบบเดิม เพื่อให้ PCU/สอ. มีงบประมาณเป็นของตนเองในการบริหารจัดการและเป็นมาตรฐานที่ใกล้เคียงกันทั้งจังหวัด โดย

- 3.1 มีการทำงานงบประมาณเพื่อเน้นงานส่งเสริมฯ มากขึ้นในหลายจังหวัด เช่น การให้งบประมาณสำหรับส่งเสริมฯ ในชุมชนลงสู่สถานีอนามัย/PCU โดยตรง ทำให้มีการสร้างแผนงานการใช้งบประมาณเพื่อส่งเสริมฯ ที่ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่มากขึ้น
- 3.2 มีการโอนงบประมาณและกระจายอำนาจให้ระดับพื้นที่มากขึ้น ทำให้การแก้ปัญหาสาธารณสุขตรงเป้าหมายมากขึ้น

โดยที่มีรูปแบบการจัดสรรงบประมาณด้านส่งเสริมและป้องกันหลายรูปแบบดังนี้

- มีการจัดสรรค่าดำเนินการ (Fix Cost) ซึ่งจัดสรรจากงบประมาณที่กันไว้ในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- มีการจัดสรรค่าดำเนินการ (Fix Cost) ซึ่งจัดสรรจากงบประมาณที่กันไว้ในระดับ CUP โดยบางแห่งมีการประกันขั้นต่ำของงบประมาณที่สถานีอนามัยได้รับ
- มีการหน่วยงานขึ้นในระดับ สสจ.เพื่อเป็นพี่เลี้ยงแก่ PCU ทั้งจังหวัด และจัดสรรงบประมาณบางส่วนผ่านหน่วยงานนี้
- มีรูปแบบจัดสรรจาก CUP ดังนี้ เงินส่งเสริมป้องกันมาจัดสรรตามแผนงานโครงการ เงินส่งเสริมป้องกันหักบางส่วนไว้กองกลาง จ่ายตามประชากร หรือเงินส่งเสริมป้องกันหักเป็นค่าตอบแทน จ่ายข้ามเครือข่าย ที่เหลือแบ่งตามผลงาน

การจัดสรรงบประมาณจากแม่ข่าย (CUP) ไปยังลูกข่าย(สอ./PCU)ระบบการจัดสรรงบประมาณ UC โดยการแบ่งส่วนงบประมาณค่ารักษาพยาบาลและส่วนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แม้ว่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการทำให้งานส่งเสริมฯ มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่จากผลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานใน PCU พบว่ายังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานส่งเสริมสุขภาพได้เนื่องจากระบบการจัดสรรงบประมาณจากแม่ข่ายบางรูปแบบไม่เอื้อต่อการทำงาน ยกตัวอย่างเช่น

- 1.การเบิกจ่ายค่าตอบแทนล่วงหน้า เพื่อออกทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ไม่สะดวก
- 2.ระบบการจัดสรรเงินแบบเบิกค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่หลังทำโครงการแสดงให้เห็นว่าผู้บริหารยังไม่เห็นความสำคัญของการทำงานส่งเสริมสุขภาพเท่าที่ควร
- 3.การให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบโครงการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้เงินงบประมาณ UC ทั้งหมดโดยมิให้ CUP เป็นผู้ดูแล

จากเหตุการณ์ดังกล่าว จะส่งผลในแง่การขาดขวัญและกำลังใจในการส่งเสริมสุขภาพ ความไม่มั่นใจในการทำโครงการ เนื่องจากไม่สามารถคาดประมาณจำนวนงบประมาณในการทำโครงการที่จะได้รับจาก CUP ได้อย่างแน่นอน และการขาดการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่ตรงเป้าหมาย ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ และการขาดการติดตามประสิทธิภาพของการทำงานอย่างใกล้ชิดตามลำดับ ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องในระดับ CUP และ PCU และเพื่อหาแนวทางการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ส่วนใหญ่คิดว่าการจัดสรรน่าจะอยู่บนพื้นฐานแนวคิด และมีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. จัดสรรงบประมาณต่อหัวประชากรตามฐานบัตร UC เพื่อเป็นค่าดำเนินงานของ PCU
2. จัดสรรงบประมาณตามจำนวนครั้งของการมารับการบริการเพื่อเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์
3. การจัดสรรงบประมาณแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนตามฐานประชากรที่มีอยู่จริงและงบประมาณควรจัดสรรจาก CUP มากกว่า จัดสรรตรงจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
4. มุ่งสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ด้วยค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา และพยายามให้เกิดความคล่องตัวในการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการ
5. วิธีการบริหารงบประมาณในการดำเนินงานแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนที่จัดทำใน PCU ควรมีการแบ่งส่วนงบประมาณเป็นแบบจ่ายก่อนดำเนินโครงการประมาณ 70% และจ่ายขณะดำเนินโครงการ หรือภายหลังโครงการประมาณ 30% โครงการที่มีกลุ่มเป้าหมายคล้ายกัน ควรบูรณาการโครงการกันเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายบางอย่าง และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เห็นได้ชัดเจนขึ้น
6. ควรมีหน่วยงานติดตามประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพในระดับ CUP และ PCU และควรใช้ผลการประเมินเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายงบประมาณค่าตอบแทน

ในส่วนของปริมาณงบส่งเสริมฯ ที่ได้ PCU/สอ. ได้รับนั้น ข้อมูลในปี 2545 ไม่สามารถแยกส่วนของงบประมาณได้อย่างชัดเจนเพื่อเปรียบเทียบกับปี 2546 แต่จากความเห็นของผู้บริหารสรุปว่า งบประมาณลดลงเล็กน้อย ในจังหวัดสุรินทร์และนครสวรรค์ ส่วนในจังหวัดลำพูนและพังงา เพิ่มขึ้นเล็กน้อย งบฯ ที่ได้รับในส่วนของการส่งเสริมฯ ยังไม่เพียงพอเพราะจะต้องใช้ดูแลประชากรทุกคนในเขตรับผิดชอบ ทั้งที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีสิทธิใด ๆ หรือมีสิทธิอื่น ๆ

II. การกระจายบุคลากรในจังหวัด

1. ระดับ สสจ. / รพท.

- 1.1. มีการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษที่กำกับดูแล PCU ทั้งหมดในจังหวัด ซึ่งดึงบุคลากรมาจากฝ่ายต่าง ๆ ประมาณ 10 – 12 คน เพื่อดำเนินกิจกรรมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับ PCU ที่จัดตั้งขึ้น
- 1.2. ในระยะแรกยังไม่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างในสาธารณสุขจังหวัด ช่วง 1 ปีหลังเริ่มมีการปรับเปลี่ยนบ้าง เช่น การปรับเป็นฝ่ายต่างๆ ตามโครงสร้างใหม่แต่ผู้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ยังคงเป็นคนเดิมและไม่มีการลดจำนวนเจ้าหน้าที่ใน สสจ.
- 1.3. การจัดอัตรากำลังและกระจายบุคลากรในปีที่ 2 ไม่ได้ตามเป้าหมาย เพราะกระทรวงฯ มีนโยบายการตัดเงินเดือนในระดับจังหวัด ทำให้ไม่มีการกระจายบุคลากรไปอยู่ที่ CUP

2. ระดับ CUP

- 2.1. มีการพยายามจะทำตามนโยบายให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เช่น ให้มีแพทย์พยาบาล ทันตภิบาล ออกตรวจใน PCU เป็นประจำ
- 2.2. CUP Board ยังไม่มีอำนาจในการบริหารจัดการด้านบุคลากรอย่างเต็มที่ส่วนใหญ่อำนาจเด็ดขาดอยู่ที่ผู้อำนวยการรพ.
- 2.3. จัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่และผู้ที่สมัครใจ ลง PCU ทั้งหมด
- 2.4. ใช้พยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนไปออกตรวจที่ PCU อาทิตย์ละ 2 – 3 ครั้ง

3. ระดับสถานีอนามัย / PCU

- 3.1. มีการเกลี่ยอัตรากำลังตามอัตราเฉลี่ยต่อประชากรที่รับผิดชอบ

III. การบริหารจัดการ

1. ด้านโครงสร้างองค์กร

มีการยกระดับสถานีนอมาลัยเป็น PCU ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยที่รูปแบบการบริหารจะแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด สถานพยาบาลที่เป็น PCU จะได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล (CUP) มากกว่าสถานีนอมาลัยที่ไม่ได้รับการพัฒนาเป็น PCU มีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP Board) เป็นผู้กำหนดนโยบาย การเลือกพัฒนาสถานีนอมาลัยใดเป็น PCU นั้น มีเหตุผล ดังนี้

- 1.1. เป็นสถานีนอมาลัยที่มีความพร้อมในด้านเครื่องมือ สถานที่ และบุคลากร
- 1.2. เป็นสถานีนอมาลัยที่มีฐานประชากรมากพอสมควร
- 1.3. เป็นสถานีนอมาลัยที่อยู่ชายขอบของเครือข่ายเพื่อพยายามดึงดูดผู้ป่วยให้ไม่ไปรับบริการนอกเครือข่าย

2. ด้านโครงสร้างคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพ

- 2.1 ใช้โครงสร้างของ CUP Board ในการบริหารงาน โครงสร้างของ CUP Board ไม่แน่นอนในช่วงแรก บางแห่งใช้คณะกรรมการ คปสอ. เดิม บางแห่งตั้งขึ้นใหม่ และเกิดความไม่เป็นเอกภาพในการตัดสินใจ ทำให้การสื่อสารนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติไม่ชัดเจน เกิดความสับสนอย่างมาก โดยที่ทุกแห่งจะให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่าย และโดยส่วนใหญ่ ผู้อำนวยการจะมีอำนาจสูงสุด
- 2.2 มีการจัดตั้งคณะกรรมการพิเศษเพื่อบริหารงาน PCU ขึ้นในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- 1) โดยมีจุดประสงค์เพื่อการพัฒนา PCU ต่าง ๆ ในจังหวัดให้มีการพัฒนาไปพร้อมกันและต่อเนื่อง เป็นระบบเดียวกัน
- 2) เพื่อช่วย PCU ในการบริหารงานและแก้ไขปัญหา และช่วยสร้างความเป็นเอกภาพในการบริหารงานใน PCU

IV. การประเมินคุณภาพงาน

การประเมินคุณภาพงานส่งเสริมฯ เป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกๆ จังหวัดให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงภายหลังดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ระยะเวลาพอสมควร มาตรการต่าง ๆ ในการบริหารงานเริ่มคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย การประเมินคุณภาพงานจะมีความถูกต้องและแน่นอน แต่อย่างไรก็ตามยังมีความแตกต่างในการพัฒนาของตัวชี้วัดและวิธีการประเมินอยู่มาก บางจังหวัดเริ่มเร็ว บางจังหวัดเริ่มช้า โดยรวมแล้วทุกจังหวัดจะใช้วิธีกำหนด ตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยยึดกรอบตามสิทธิประโยชน์หลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนใหญ่จะใช้ตัวชี้วัดตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินได้โครงการบางโครงการมาก่อนนโยบายฯ แล้วตัวชี้วัดมีความละเอียดและครอบคลุมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น แบ่งเป็น

1. การประเมินตามนโยบายรัฐบาล / กระทรวง / เขต

- 1.1 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ
- 1.2 โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 1.3 งานสารเสพติด
- 1.4 โครงการออกกำลังกาย เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- 1.5 โครงการควบคุมโรคเอดส์ ใช้เลือดออก และวัณโรค
- 1.6 อาหารปลอดภัย
- 1.7 มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก
- 1.8 อุบัติเหตุ
- 1.9 แพทย์แผนไทย
- 1.10.ปัญหาสาธารณสุขของจังหวัด ได้แก่ มารดาตาย
- 1.11.งานพัฒนาคุณภาพบริการ ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล (H.A.) และศูนย์สุขภาพชุมชน

2. การประเมินตามงานประจำ

- 2.1.งานควบคุมโรคหนองพยาธิ, พิษสุนัขบ้า โรคเรื้อน ARIC EPI Lepto และ Scrubtyphus
- 2.2.งานตรวจร้านยาและร้านขายของชำ

- 2.3. งานอาชีพอนามัยในภาคเกษตรกรรม
- 2.4. งานส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด
- 2.5. งานควบคุมกามโรค
- 2.6. งานทันตสาธารณสุข
- 2.7. งานสุขศึกษา
- 2.8. งานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนและงานพัฒนาบุคลากร
- 2.9. งานข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและงานระบาดวิทยา

รูปแบบการประเมินยังเน้นที่ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเป็นหลัก ยังไม่มีวิธีการที่จะวัดผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมส่งเสริมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนจริง ๆ เพราะอาจจะต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่ง การประเมินมีทั้งประเมินในภาพรวมของหน่วยงาน และการประเมินผลงานของตัวเจ้าหน้าที่เป็นรายบุคคล ซึ่งการประเมินเป็นระยะจะช่วยกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เกิดความตื่นตัวในการปฏิบัติงาน และมีแนวทางหรือเป้าหมายของกิจกรรมนั้น ๆ อย่างชัดเจน จากความเห็นผู้ปฏิบัติงานกิจกรรมประเมินผลมักเป็นกิจกรรมที่ถูกมองข้ามก่อนกิจกรรมอื่น ๆ ในช่วงที่มีภาระงานมาก ๆ

V. ขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่

ปัจจัยหลักในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีผลต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ คือ จำนวนงบประมาณที่ได้รับและวิธีการจัดสรรงบประมาณภายในเครือข่าย รวมทั้งวิธีการบริหารงานภายในเครือข่าย

1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานใน PCU

ใน PCU ที่ได้รับงบประมาณมาก จะมีการบริหารที่คล่องตัว ถึงแม้จะมีปริมาณงานและความคาดหวังของประชาชนมากขึ้น แต่เจ้าหน้าที่ก็ปฏิบัติงานด้วยขวัญและกำลังใจที่ดี แต่ใน PCU ที่ได้รับงบประมาณน้อยโดยเฉพาะในปีที่ 2 ของนโยบาย ซึ่งมีการปรับลดงบประมาณที่จัดสรรเป็นค่าดำเนินงานในบางจังหวัดลดลงเจ้าหน้าที่จะขาดขวัญกำลังใจอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามเมื่อตรวจสอบในเรื่องปริมาณงาน หรือคุณภาพของงานแล้วทุกคนให้ความเห็นว่าไม่ได้ทำให้ปริมาณหรือคุณภาพในงานส่งเสริมที่ทำเป็นประจำลดลง

2. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่ CUP

มีภารกิจที่มากขึ้นจากการที่จะต้องดูแล PCU ในเครือข่าย ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล จะต้องไปช่วยตรวจใน PCU ทั้งแบบหมุนเวียนหรืออยู่ประจำ PCU ในช่วงแรก ทุก CUP พยายามที่จะให้มีทีมสุขภาพใน PCU ให้ได้ตามเกณฑ์ ทำให้เกิดความเครียด ความกดดัน จากภารกิจที่มากขึ้นและการปรับตัวที่จะต้องทำงานด้านส่งเสริมป้องกันให้ได้มากขึ้น ภายหลังเมื่อมีการปรับนโยบายการจัดสรรเงินเดือน ทำให้ในบางจังหวัดลดจำนวน PCU ที่มีแพทย์ประจำลง เพื่อให้แพทย์มีเวลาตรวจที่ รพ. มากขึ้น

3. ผู้บริหาร

ขวัญกำลังใจ ของผู้บริหารขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 2 อย่าง คือ

3.1. จำนวนงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ตลอด 2 ปีที่ผ่านมา กระทรวงมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดสรรบ่อยครั้ง ซึ่งมีผลถึง ปริมาณงบประมาณที่ลงไปสู่ CUP ท้ายที่สุด มีการจัดสรรแบบตัดเงิน เดือนที่ส่วนกลาง และจัดสรรเงินผู้ป่วยในแบบ Exclusive Capitation ทำให้ขวัญกำลังใจของผู้บริหารดีขึ้น ถึงแม้ว่าบาง CUP จะยังมีหนี้สินมากมายจากระบบงบประมาณแบบที่ผ่าน ๆ มา และกำลังถูกเรียกเก็บจากโรงพยาบาลเจ้าหนี้ ระบบ Exclusive Capitation จะสามารถทำให้ รพ.ที่มีหนี้มีอยู่มีหลักประกันว่าจะสามารถจ่ายหนี้ได้ และอัตราการขาดทุนลดลง

ผู้บริหาร CUP ขนาดใหญ่ ยอมรับได้กับการจัดสรรดังกล่าว ขณะที่ผู้บริหาร CUP ขนาดเล็กก็มีขวัญกำลังใจที่ดีขึ้น และพยายามบริหารเงินงบประมาณที่ได้รับอย่างมีประสิทธิภาพให้มากที่สุดและทั้งสองฝ่ายต่างคิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด

3.2. การบริหารงานภายใน CUP

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ มีส่วนอย่างมากที่จะทำให้การทำงานใน CUP เกิดประสิทธิภาพสูงสุด แม้ว่าจะมีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายที่จัดตั้งขึ้นเพื่อบริหารงานใน CUP แต่ส่วนใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอจะเป็นผู้มีบทบาทในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ใน CUP ปัญหาในการบริหารงานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมฯ

และการจัดสรรบุคลากร เนื่องจากต่างฝ่ายต่างมีมุมมองที่แตกต่างกันในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ CUP วางแผนจะทำ

ผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อปริมาณและคุณภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสิทธิประโยชน์หลัก

กิจกรรมตามสิทธิประโยชน์หลัก ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีดังนี้

1. ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
2. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
3. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
4. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประเทศไทยจัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่างๆ)
5. การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกและการใช้ในผู้ติดตามแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด
6. การวางแผนครอบครัว
7. การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)
8. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
9. การให้คำปรึกษา (Counseling) และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริม
10. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่
 - การตรวจสุขภาพช่องปาก
 - การแนะนำด้านทันตกรรม
 - การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
 - การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

เมื่อพิจารณากิจกรรมตามสิทธิประโยชน์หลัก ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในบางส่วนเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว แต่ที่ผ่านมาไม่ได้เน้นหนักให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน งานวิจัยชิ้นนี้พยายามเลือกกิจกรรมที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่สามารถจะเป็นตัวแทน

ของกิจกรรมอื่น ๆ และที่น่าจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ภายในช่วงเวลา 2 ปี และพยายามเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในรายละเอียดของกิจกรรมเพื่อแสดงให้เห็นว่าเมื่อมีโครงการ UC แล้วกิจกรรมเหล่านี้มีทิศทางเป็นอย่างไร กิจกรรมดังกล่าวอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

- 1.กลุ่มที่เริ่มมีนโยบายและวิธีการหลังมีโครงการ UC
- 2.กลุ่มที่มีนโยบายและวิธีการชัดเจนตั้งแต่ก่อนมีโครงการ UC

1. กลุ่มที่เริ่มมีนโยบายและวิธีการ หลังมีโครงการ UC

ในกลุ่มนี้ ได้แก่ งานสำรวจและใช้งานแฟ้มครอบครัว งานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะ DM HT PAP Smear กิจกรรมเหล่านี้ มีหลายหน่วยงานออกมากำหนดทิศทางและรายละเอียด เพื่อให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใหม่ ๆ เหล่านี้ประสบผลสำเร็จ เช่น กระทรวงสาธารณสุขโดย กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ทิศทางที่ยังไม่เป็นเอกภาพ ทำให้เกิดความสับสนอย่างมากในหน่วยระดับพื้นที่ แต่ละจังหวัดมีเป้าหมายของตนเอง พัฒนาตัวชี้วัดของตนเอง ประกอบกับงบประมาณที่ได้รับมาจากหลายแหล่ง จึงทำให้ต้องมีแนวทางปฏิบัติในการรายงานผลตามแหล่งที่มาของงบประมาณที่ใช้ เช่น จากกรมอนามัย จากงบส่งเสริมสุขภาพ ใน UC หรือจากองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล อย่างไรก็ตาม แหล่งงบประมาณเหล่านี้ได้รับการยอมรับว่ามีส่วนทำให้งานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมีการพัฒนาขึ้น เข้าไปเสริมงานประจำได้ดี ทำให้มองภาพของงานส่งเสริมเชื่อมต่อกับงานรักษาพยาบาลได้ชัดเจน

แต่ให้ทางปฏิบัติงานเหล่านี้ เป็นภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมาก จึงเกิดปัญหาขึ้นมากมาย เช่น เรื่องอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ไม่พอ งบประมาณจาก UC ที่ไม่เพียงพอใน PCU ความต้องการด้านสุขภาพที่มากขึ้นของประชาชน ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องของกิจกรรม และขาดการบริหารอย่างมีเอกภาพใน CUP

2. กลุ่มที่มีนโยบายและวิธีการชัดเจน ตั้งแต่ก่อนมีโครงการ UC

ในกลุ่มนี้ ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้ งานเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน งานวางแผนครอบครัว งานเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ โภชนาการ และการส่งเสริมสุขภาพในประชาชน กิจกรรมเหล่านี้ ได้รับผลจากการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพของประเทศตลอดช่วง 2 ปีที่ผ่านมา เพราะมีการเปลี่ยนแหล่งที่มาของงบประมาณ โครงสร้างของหน่วยงาน การบริหารจัดการ รวมทั้งทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการ จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ต้นจนถึงบัดนี้ ปริมาณของกิจกรรมเหล่านี้ เปลี่ยนแปลง

ไปไม่มากนัก สอดคล้องกับผลสรุปของกรมอนามัยในรายงานผลการติดตามและประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545 และงานวิจัยของนายแพทย์เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ (สวรส.) ส่วนในเรื่องของคุณภาพของกิจกรรม งานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้มุ่งวัดผลที่เกิดขึ้นกับประชาชนโดยตรง และมีสมมุติฐานว่ายิ่งเร็วเกินไปที่จะวัดผลสัมฤทธิ์ของการส่งเสริมสุขภาพตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขณะนี้ แต่อย่างไรก็ตาม ผลงานวิจัยนั้นพอจะบอกแนวโน้มได้ว่า การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปในแนวทางที่ส่งเสริมให้คุณภาพของกิจกรรมนั้นดีขึ้น ยกตัวอย่าง เช่น

1. ด้านวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ มีการใช้ร่วมกันในการทำงานในการของหน่วย เช่น อุปกรณ์ทันตกรรม หรือเครื่องมือสำหรับเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาล ทำให้กิจกรรมของ PCU/สอ. มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ด้านบุคลากร เนื่องจากมีพยาบาลออกร่วมเป็นทีมสุขภาพที่ทำงานในระดับตำบลจึงส่งผลทำให้งานส่งเสริมฯ มีคุณภาพมากขึ้น
3. ด้านกิจกรรมส่งเสริมฯ กิจกรรมหลายอย่าง เช่น การเยี่ยมบ้าน หรือ การออกคัดกรองโรค เป็นกิจกรรมเชิงรุกที่เข้าถึงตัวประชาชนในชุมชนโดยตรง

I. การเปลี่ยนแปลงปริมาณและคุณภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสิทธิประโยชน์หลัก แยกตามรายการกลุ่มของกิจกรรม

กลุ่มที่เริ่มมีนโยบายและวิธีการ หลังมีโครงการ UC

1. การสำรวจแฟ้มครอบครัว (Family Folder)

จังหวัด	ก่อน UC	หลัง UC	ผลในทางปฏิบัติ	ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณการทำแฟ้มครอบครัว
สุรินทร์	1. ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	1. มีนโยบายชัดเจนไปสู่พื้นที่ให้พื้นที่จัดทำแฟ้มครอบครัวเพื่อบันทึกรายละเอียดทางสุขภาพ	1. มีการตั้งเป้าหมายให้แต่ละพื้นที่สำรวจให้ครบ 100% 2. มีการท้วงติงประมาณ เช่น ค่าตอบแทน เหมาะตามปริมาณแฟ้มครอบครัวที่ทำได้เพื่อสนับสนุนให้มีการทำให้เร็ว ที่สุด 3. เน้นความครอบคลุมมากกว่าคุณภาพ Folder เพื่อให้รายงานความครอบคลุมได้ทันเวลาที่กำหนด 4. การเร่งจัดทำแฟ้ม ช่วยส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้านมากขึ้นด้วย	1. บาง CUP มีนโยบายให้ค่าตอบแทน ในการสำรวจ ทำให้ได้ครบ 100 % เร็วขึ้นเพราะสามารถจะออกสำรวจนอกเวลาราชการได้แต่บางที่ CUP จ่ายไม่ได้ เป็นผลมาจากการตีความระเบียบ 2. ทำในช่วงระยะเวลาที่จำกัดและมีงานเชิงนโยบายเร่งด่วน เช่น ยาเสพติด โรคซาร์ส เข้ามาแทรก 3.ทัศนคติของเจ้าหน้าที่บางคนที่ไม่ต้องการใช้แฟ้มครอบครัว เพราะไม่เห็นความสำคัญ 4. การนิเทศติดตามผลความก้าวหน้า
พังงา	1. ไม่มีนโยบาย	1. มีนโยบายจาก สสจ. ลงไปสู่พื้นที่ให้เริ่มทำแฟ้มครอบครัวโดยเน้นคุณภาพเป็นหลักสำคัญ พร้อมมอบแนวทางปฏิบัติ	1. ปริมาณความครอบคลุมขึ้นอยู่กับนโยบายของ CUP ส่วนใหญ่จะเน้นแฟ้มในเขตเทศบาลก่อน 2. มีการให้ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ตามความจำเป็นหรือเร่งด่วน 3. เน้นการนำมาใช้จริง ๆ โดยเฉพาะใน PCU ขนาดใหญ่	1. มีการนิเทศติดตามความครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง 2. วัสดุ อุปกรณ์ เบิกจ่ายได้พอเพียง 3. ทำในช่วงระยะเวลาที่จำกัดและมีงานเชิงนโยบายเร่งด่วน เช่น ยาเสพติด โรคซาร์ส เข้ามาแทรก

จังหวัด	ก่อน UC	หลัง UC	ผลในทางปฏิบัติ	ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณ การทำแฟ้มครอบครัว
ลำพูน	1. ไม่มีนโยบาย	1. มีนโยบายจาก สสจ. ตั้งเกณฑ์การมีแฟ้มครอบครัว 100% เป็นเกณฑ์มาตรฐาน หนึ่งใน การคัดเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนของ จังหวัด	1. ในแต่ละ CUP จะเลือกศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีการทำแฟ้ม 100% PCU ที่ได้มาตรฐาน ส่วน PCU ที่เหลือมีการทำแฟ้ม 15% - 70% 2. เริ่มใช้ข้อมูลในแฟ้มเพื่อแก้ ปัญหาในชุมชน	1. เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอจึงมี การใช้ อสม.ช่วยสำรวจในบาง ครั้ง บางตัวแปร 2. ตัวแปรที่ต้องบันทึกมีมาก ต้องมีการเยี่ยมบ้านหลายครั้ง จึงจะได้ครบ
นครสวรรค์	1. ไม่มีนโยบาย	1. ในจังหวัดมี นโยบายสำรวจให้มากที่สุด	1. การดำเนินการล่าช้าไม่ได้ตาม เป้า 2. 20% ของแฟ้มที่สมบูรณ์แล้ว แต่ไม่ได้ใช้งานทั้งในแง่การแก้ ปัญหาชุมชนและการใช้ส่วน บุคคล 3. ในโรงพยาบาลชุมชนจะมี ปัญหาเรื่องการใช้ OPD card ร่วมกับแฟ้มครอบครัว	1. เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และ ภาระงานรักษาใน PCU มีมาก 2. การลงสำรวจ ชาวบ้านไม่มี เวลาให้กับเจ้าหน้าที่ 3. ไม่มีค่าตอบแทนให้ เนื่องจากการทำงานคำสั่ง ไม่ตรงกัน สสจ.ให้อำนาจแก่ ผู้บริหาร CUP ในการจ่ายค่า ตอบแทน

2. การตรวจสอบสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง

จังหวัด	ก่อน UC	หลัง UC	ผลในทางปฏิบัติ	ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณ และคุณภาพการตรวจสอบสุขภาพ
สุรินทร์	1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	1. มีนโยบายที่ชัดเจน	1. การคัดกรอง DM, HT PAP Smear มีทั้ง 2 แบบ 1.1 การตั้งรับอยู่ในสถานพยาบาล 1.2 การไปคัดกรองในชุมชน 2. การเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น	1. การจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ รวดเร็ว และเพียงพอ 2. ปริมาณเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และไม่มีงบประมาณสำหรับออก คัดกรองนอกเวลาราชการ 3. การเลือกกลุ่มเป้าหมายในการ คัดกรองที่ยังไม่ชัดเจน
พังงา	1. ไม่มีนโยบาย	1. มีนโยบาย และเป้าหมายที่ชัดเจน	1. มี guideline ของจังหวัดชัดเจนขึ้นกว่าเดิม 2. มีแพทย์ลงไป PCU และเป็นพี่เลี้ยงให้ในเชิงวิชาการ 3. การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ครอบคลุมขึ้น 4. ผู้บริหาร รพ. คำนึงถึงความสำคัญของการคัดกรองและป้องกัน complication เพื่อการลดต้นทุนการรักษา 5. อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับคัดกรอง ได้รับมากขึ้น	1. งบประมาณได้รับน้อยลง แต่ คล่องตัวขึ้นกว่าเดิม 2. การคัดกรองมากขึ้น เปลี่ยนรูปแบบไปเป็นเชิงรุก ทำให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น 3. ในช่วงแรก ขาดการประชุม กำหนดแผนร่วมกันใน CUP ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่ชัดเจน

จังหวัด	ก่อน UC	หลัง UC	ผลในทางปฏิบัติ	ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณ และคุณภาพการตรวจสุขภาพ
ลำพูน	1. ไม่มีนโยบาย	1. มีนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน	1. การคัดกรอง DM, HT PAP Smear มีทั้ง 2 รูปแบบ แต่ยังไม่สามารถเน้นการออกคัดกรองในชุมชนได้ 2. ประชาชนยังไม่นิยมมาตรวจ Pap Smear. สาเหตุเกิดจากความอายเจ้าหน้าที่	1. ขาดการประชุมกำหนดแผนร่วมกันใน CUP 2. การร่วมมือกันระหว่างสอ. เพื่อใช้จนท. และทรัพยากรสำหรับคัดกรองร่วมกัน เช่น เครื่องมือตรวจ
นครสวรรค์	1 ไม่มีนโยบาย	1. มีนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน	1. ใช้ตัวชี้วัดที่พัฒนามาจากโครงการของกรม กอง ต่าง ๆ ร่วมกับการปรับปรุงให้เหมาะสมในจังหวัด	1. แนวทางและ มาตรฐานในการคัดกรองที่ไม่ชัดเจน มีผลต่องบประมาณที่ต้องใช้ 2. งบประมาณได้รับน้อยและไม่คล่องตัวในบาง CUP ต้องใช้งบประมาณจาก เทศบาล และ อบต. มาสนับสนุนเพิ่มเติม

กลุ่มที่มีนโยบายและวิธีการชัดเจนตั้งแต่ก่อนมีโครงการ UC

1. การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก วางแผนครอบครัว

จังหวัด	ก่อน UC	หลัง UC	ผลในทางปฏิบัติ	ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณ และคุณภาพ
สุรินทร์	1. กระทรวง เน้นความ สำคัญของ กิจกรรม อย่างต่อเนื่อง	1. จัดให้กิจกรรม เป็นแนวทางเดียวกันและตรวจสอบ ได้ มากขึ้น 2. แหล่ง งบประมาณจาก UC	1. มีการจัดทีมสุขภาพจาก CUP ที่มีแพทย์ เภสัช พยาบาล ร่วมกับ ทีมพื้นที่ลงไปช่วยเยี่ยมบ้าน 2. ปริมาณกิจกรรมไม่เปลี่ยนแปลงมากนักแต่เน้นคุณภาพมากขึ้น 3. การเยี่ยมบ้านทำให้เจ้าหน้าที่ ใกล้เคียงชาวบ้านมากขึ้นกว่าเดิม รับทราบปัญหาสุขภาพได้ ครอบคลุม 4. ต้องจัดซื้อวัสดุ งานส่งเสริมฯ โดย CUP เช่น ยาคุมกำเนิด หรือน้ำยาตรวจ	1. การจัดสรร พยาบาลวิชาชีพ ลงปฏิบัติงานใน PCU / สอ. 2. การจ่ายค่าตอบแทนในการ ทำงานนอกเวลา 3. มีการแจกจ่ายวัสดุที่ใช้ในงาน ส่งเสริมฯ อย่างทั่วถึงจากงบส่งเสริมฯของ CUP / จังหวัด
พังงา	1. กระทรวง เน้นความ สำคัญของ กิจกรรม อย่างต่อเนื่อง	1. จัดให้กิจกรรม เป็นแนวทางเดียวกันและตรวจสอบ ได้มากขึ้น 2. แหล่ง งบประมาณ มา จาก UC	1. ปริมาณกิจกรรมไม่เปลี่ยนแปลงมากนักแต่เน้น คุณภาพมากขึ้น 2. การเยี่ยมบ้านใช้ เครือข่าย อสม. เข้ามาช่วย	

จังหวัด	ก่อน UC	หลัง UC	ผลในทางปฏิบัติ	ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณ และคุณภาพ
ลำพูน	1. กระทรวง เน้นความ สำคัญของ กิจกรรม อย่างต่อเนื่อง	1. จัดให้กิจกรรม เป็นแนวทางเดียว กันและตรวจสอบ ได้มากขึ้น 2. แหล่ง งบประมาณมา จาก UC	1. โครงการบางอย่างทำไม่สำเร็จ เนื่องจากการลดลงของงบส่ง เสริมฯ ที่ได้รับจัดสรร	1. ความสม่ำเสมอของงบ ประมาณที่ไปจะถึง PCU 2. ใน CUP ที่มีสิทธิประกัน สังคมมาก จะทำให้งบส่งเสริมฯ ที่มีอยู่ลดลง 3. ประมาณ 25% ของกิจกรรม ต้องใช้งบประมาณจาก เทศบาล และ อบต. มาตรฐานสนับสนุนเพิ่มเติม
นครสวรรค์	1. กระทรวง เน้นความ สำคัญของ กิจกรรม อย่างต่อเนื่อง	1. จัดให้กิจกรรม เป็นแนวทางเดียว กันและตรวจสอบ ได้มากขึ้น 2. แหล่ง งบประมาณมา จาก UC	1. มีการจ้าง อสม. ช่วยงาน บางอย่าง	1. ใน CUP ที่มีผู้ไม่ลงทะเบียน มาก จะทำให้งบส่งเสริมฯ ที่มี อยู่ลดลง 2. 50 % ของกิจกรรมต้องใช้ งบประมาณจาก เทศบาล และ อบต. มาตรฐานสนับสนุนเพิ่มเติม

2. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ โภชนาการ การให้ภูมิคุ้มกันและการส่งเสริมสุขภาพในประชาชน

จังหวัด	ก่อน UC	หลัง UC	ผลในทางปฏิบัติ	ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณ และคุณภาพกิจกรรม
ภาพรวม ทุกจังหวัด	1. กระทรวงฯ เน้นความสำคัญของกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 2. แหล่งงบประมาณมาจาก การจัดสรรผ่าน กรม ต่าง ๆ	1. กิจกรรมบางอย่างเป็น นโยบายสำคัญของ กระทรวง เช่น การ ออกกำลังกาย 2. จัดให้กิจกรรมเป็นแนว ทางเดียวกันและตรวจ สอบได้มากขึ้น 3. แหล่งงบประมาณมา จาก UC	1. ส่งเสริมการออกกำลังกาย ในทุกหมู่บ้าน 2. งานประจำมีปริมาณ กิจกรรมไม่เปลี่ยนแปลง มากนักแต่เน้นคุณภาพ มากขึ้น 3. ในระยะแรกมีการเก็บ ค่าบริการฉีด vaccine กับ ผู้ป่วยข้ามเขต 4. เกิดความไม่แน่ใจใน การทำกิจกรรมส่งเสริม มีการชะลอโครงการหลาย โครงการ 5. ไม่งบประมาณสำหรับ อาหารเสริมในเด็ก	1. มีการเน้นนโยบายตั้ง ชุมรมส่งเสริมสุขภาพใน พื้นที่ 2. การประชาสัมพันธ์ โครงการโดยกระทรวง และ หน่วยงานอื่น ๆ 3. ความสม่ำเสมอของบ ประมาณที่ไปจะถึง PCU

ตัวอย่างผลการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากรส่งเสริมสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงด้านปริมาณของกิจกรรม และความครอบคลุม CUP ส่วนใหญ่มีจำนวนผู้มา รับบริการในโรงพยาบาลลดลง (แผนภูมิที่) แต่จะไปเพิ่มใน PCU เนื่องจากนโยบายให้พยาบาลวิชาชีพ ไปอยู่ประจำที่ PCU ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการไปรับบริการมากขึ้นทั้งงานรักษาและงานส่งเสริมสุขภาพ

พร้อมทั้งมีทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย แพทย์ เภสัช พยาบาล ออกไปตาม PCU ต่าง ๆ เพื่อทำการตรวจรักษาและออกชุมชนในบริเวณ PCU นั้น ๆ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่มีความมั่นใจมากขึ้น CUP บางแห่งมีการจัดจ้างบุคลากรให้ PCU เพื่อช่วยงานเจ้าหน้าที่และพยาบาล เช่น ในจังหวัดลำพูน

ตัวอย่างผลการเปลี่ยนแปลงด้านบริหารงบประมาณ

1. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรมเหล่านี้ เช่น วัสดุ เวชภัณฑ์ วางแผนครอบครัว ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก น้ำยาตรวจ screening thalassemia อาหารเสริมสำหรับเด็ก ทั้งหมด CUP จะเป็นผู้จัดหามาให้เครือข่ายจากงบประมาณส่งเสริมป้องกันในงบ UC ในแง่ปริมาณค่อนข้างเพียงพอสม่ำเสมอ และตรงเป้าหมายของกิจกรรม ในบางส่วนยังได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงโดยตรง ในแง่คุณภาพของวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้ในกิจกรรมส่งเสริมฯ ที่จัดหาโดย CUP มีคุณภาพที่ด้อยลง เช่น สมุดฝากครรภ์[#] ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ด บางรายเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้นจากเดิมที่ไม่มีอาการ สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ที่น้อยลง แต่ราคาเฉลี่ยเมื่อผลิตเองสูงขึ้นกว่าเดิมที่เคยได้รับการอุดหนุนจากส่วนกลาง

2. การสนับสนุนค่าตอบแทนล่วงเวลาสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้ จากผลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่คิดว่า ค่าตอบแทนมีผลลบบ้าง ในแง่ขวัญและกำลังใจ และทำให้ได้ผลงานที่ครอบคลุม เพราะสามารถนำค่าตอบแทนไปจัดสรรให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยในการทำกิจกรรมบางอย่างได้รวดเร็วขึ้น เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นงานที่ต้องทำอยู่แล้ว เกิดประโยชน์แก่ชาวบ้าน แต่ควรมีงบประมาณด้านดำเนินงานให้เพียงพอ เช่น ค่าน้ำมันรถเข้าหมู่บ้าน ค่าประชุมอบรมชาวบ้าน เจ้าหน้าที่ไม่ควรต้องออกเงินส่วนตัว

ตัวอย่างผลการเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารจัดการ

1. ความเป็นเอกภาพในการบริหารงานเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในเรื่องการส่งเสริมป้องกัน ถ้า CUP มีเอกภาพของนโยบาย เจ้าหน้าที่ก็จะมีทิศทางของการทำงานที่ชัดเจน มีเป้าหมายร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) แม้ใน CUP จะมีงบประมาณไม่เพียงพอ ปัญหาในขณะนี้คือ ความไม่ชัดเจนในสายบังคับบัญชาของพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลที่ออกไปอยู่ PCU เรื่องการขออนุมัติทำโครงการส่งเสริมในพื้นที่ PCU/สอ. เจ้าหน้าที่ยังไม่ชัดเจนว่ากิจกรรมใดต้องทำโครงการขออนุมัติงบประมาณจาก CUP กิจกรรมใดดำเนินโครงการได้เลย

ข้อมูลจากกรมอนามัย มีบางจังหวัดได้ใช้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับจัดสรรเพื่อผลิตสมุดฝากครรภ์ในช่วงปี 45 , 46 , 47 แต่ในปีงบประมาณ 48 กรมอนามัยจะได้รับงบประมาณสนับสนุนการจัดพิมพ์จาก สปสช.

2. มีงานตามนโยบายต่าง ๆ ที่จะต้องทำเร่งด่วนบ่อยครั้ง เช่น งานยาเสพติด งานควบคุมโรค ประกอบกับมีเจ้าหน้าที่ใน PCU / สอ.อยู่น้อย ทำให้ปริมาณงานลดลง

ตัวอย่างผลการเปลี่ยนแปลงด้านการประเมินผลงาน

การประเมินผลงานของ PCU/สอ. ในเครือข่ายโดย CUP นั้นจะเป็นเหมือนการกำหนดทิศทางที่แน่นอนในการทำงานให้เจ้าหน้าที่จังหวัด สุรินทร์ และพังงา มีการประเมินผลโดย CUP ตั้งแต่ปี 1 และปี 2 ของ UC ตามลำดับ ส่วนจังหวัดลำพูนและนครสวรรค์ ยังใช้ระบบการนิเทศโดยจังหวัดเหมือนระบบเก่า ตัวชี้วัดในการประเมินบางตัวโดยเฉพาะจากส่วนกลาง ยังถูกมองว่ามีความละเอียดมากเกินไป หรือนำมาปฏิบัติไม่ได้ เช่น การวัดเบอร์เซ็นต์การสำรวจแฟ้มครอบครัว จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนฯ จากผลงานวิจัย พบว่าการประเมินจะช่วยสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพพร้อมกับความเครียดแก่เจ้าหน้าที่และการประเมินที่มีประสิทธิภาพจะต้องนำผลของการประเมินมาใช้งานให้เต็มที่ ที่ผ่านมามีการประเมินแต่ไม่ได้มีผลในทางปรับปรุงเปลี่ยนแปลงลงไปสู่ PCU / สอ.

สรุปปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณและคุณภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสิทธิประโยชน์หลัก

ปัจจัยเหล่านี้เกิดจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในบุคลากรทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติ โดยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมส่งเสริมฯ ในด้านผู้ให้บริการ ได้แก่

1. วิธีการจัดสรรงบประมาณ ความสม่ำเสมอ และสิ่งสนับสนุน
2. การวางแผนการใช้ทรัพยากรและการกำหนดกลุ่มเป้าหมายร่วมกันใน CUP
3. การนิเทศติดตาม กำกับ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
4. การปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต้องงานสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่
5. การสร้างความสัมพันธ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

จากข้อมูลเบื้องต้นและการลงเก็บข้อมูลพบว่า ปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่มีผลต่อปริมาณกิจกรรมในภาพรวมของจังหวัด คือ นโยบายการปรับระบบรายงานต่าง ๆ ในทุกระดับหลังมีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบข้อมูลรายงานนั้นมีความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับ การจัดเก็บรายงานที่ถูกต้องสมบูรณ์ จะทำให้ได้ตัวชี้วัดปริมาณกิจกรรมที่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงปริมาณและคุณภาพของกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง

II. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบรายงาน

โครงสร้างของระบบรายงานส่งเสริมฯ ได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะตลอดมา ในช่วงก่อนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเรื่อยมา การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น การปรับลดตัวแปรที่ต้องรายงาน ปรับลดความถี่ของการรายงาน หรือสร้างรายงานใหม่ สร้างความสับสนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เนื่องด้วยบางครั้ง นโยบายในส่วนกลางยังไม่แน่ชัด แล้วมีการประกาศออกไปให้พื้นที่ปฏิบัติ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงที่มาจากแนวคิด UC ที่พยายามที่จะให้มีการกระจายอำนาจการทำงานทุกอย่าง รวมทั้งเรื่องการจัดการข้อมูลในจังหวัดและ CUP ทำให้เกิดความสับสนในบทบาทของแต่ละหน่วยงานในแต่ละลำดับ

1. ระดับกระทรวง/เขต

1.1 กรม กอง สำนักฯ ต่างปรับเพิ่มหรือลดตัวแปร หรือดระบบรายงานหลายอย่างที่เห็นว่าไม่จำเป็น และจังหวัดสามารถวิเคราะห์เองได้ เช่น ระบบรายงาน 400 ระบบรายงานผลงานส่งเสริมฯ ที่เป็นรายงานประจำ รายงาน 11 รง.5 รายงาน E-inspection รายงานใดที่ปรับลดหรือลด ถ้าต้องการข้อมูลจะใช้วิธีขอจากจังหวัด/เขตหรือสำรวจใหม่

1.2 เพิ่มระบบรายงาน ตามโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการปลอดเลือดดี โครงการเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand)

2. ระดับจังหวัด

2.1 ปรับลดหรือดระบบรายงานหลายอย่างตามส่วนกลาง แต่บางอย่างยังคงไว้ เพราะเห็นว่ายังมีความสำคัญในจังหวัดอยู่ ซึ่งรายละเอียดของแต่ละระบบรายงานมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละจังหวัด

2.2 เน้นคุณภาพของการรายงานมากขึ้น เช่น ความถูกต้อง ความทันเวลา นำมาวิเคราะห์และใช้ข้อมูลภายในจังหวัด เพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขมากขึ้น

3. ระดับเครือข่าย

- 3.1 ในช่วงปีแรกของนโยบาย (ปี 2545) มีความสับสนอย่างมากในระบบการรายงาน เนื่องจากความไม่ชัดเจนของนโยบายระดับจังหวัด ว่าจะให้ PCU ส่งข้อมูลไปที่ CUP หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรจะส่งข้อมูลไป สสจ. โดยตรงเหมือนระบบเดิม หรือให้ส่งไปที่ CUP ก่อน เพื่อการรวมข้อมูลเป็นภาพรวมของ CUP ซึ่งความไม่ชัดเจนนี้ ประกอบกับการปรับเปลี่ยนอัตรา กำลังทั้งใน สสจ. และรพช. ทำให้บาง CUP ไม่ส่งข้อมูล ส่งข้อมูลไม่ครบ หรือส่งล่าช้าประมาณ 10-15%
- 3.2 ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยในการรายงานมากขึ้น ลดภาระลงได้ส่วนหนึ่ง
- 3.3 เน้นความสำคัญอย่างมากใน 11 รง.5 และ E-inspection จนทำให้รายงานอื่นๆ เกิดความล่าช้า หรือไม่ได้รายงาน

การเปลี่ยนแปลงระบบรายงานงานส่งเสริมสุขภาพ

จังหวัด	ก่อน UC	หลัง UC	ผลในทางปฏิบัติ	ปัจจัยที่มีผลต่อระบบรายงาน
ภาพรวมทุกจังหวัด	เน้นรายงานเข้าสู่ส่วนกลาง	เน้นให้วิเคราะห์ผลและใช้งานภายในจังหวัดและในเครือข่าย	1. รายงานบางกลุ่มลดความสำคัญไป เช่น รายงาน 400 2. รายงานบางกลุ่มเพิ่มความสำคัญขึ้น เช่น รายงาน 11 รง 5 (ซึ่งมีส่วนของงานส่งเสริมอยู่ด้วย) , รายงาน E inspection 3. รายงานในงานส่งเสริมที่เป็นงานประจำ รายงานผ่าน CUP / สสอ. มาที่ สสจ.	1. นโยบายการส่งรายงานไม่ชัดเจนระหว่าง CUP กับ สสจ. 2. แต่ละฝ่ายในกระทรวงและสสจ. ไม่บูรณาตัวแปรที่จะเก็บข้อมูลก่อนจะให้พื้นที่ดำเนินการ
นครสวรรค์			1. เจ้าหน้าที่ต้องรายงานข้อมูลซ้ำซ้อน	1. มีรายงานที่ต้องการด่วนบ่อยครั้ง

จังหวัด	ก่อน UC	หลัง UC	ผลในทางปฏิบัติ	ปัจจัยที่มีผลต่อระบบรายงาน
			2. แบบฟอร์มต่าง ๆ ถูกตัด การสนับสนุนจากส่วนกลางไปต้องใช้พิมพ์ จากคอมพิวเตอร์ 3. การอบรมเรื่องระบบรายงาน ยังไม่ถึงผู้รายงานข้อมูลจริง ๆ ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของหน้าที่ระดับอำเภอไปอบรม มีข้อสงสัยแล้วหาข้อสรุปไม่ได้ 4. ในช่วงแรกการส่งรายงานเป็น CUP ข้อมูลล่าช้าและสูญหายเพราะมีปัญหาการแบ่งแม่ข่าย ลูกข่ายที่คาบเกี่ยวกันอยู่ 5. บางข้อมูลเชื่อถือไม่ได้ เพราะให้เวลาในการหาข้อมูลน้อย	2. ทศนคติการใช้รายงานเพื่อการได้รับงบประมาณ
ลำพูน			1. รายงานยังซ้ำซ้อนมากและการขอรายงานย้อนหลังมีมาก 2. รายงาน 400 ลดตัวแปรที่จัดเก็บลง แต่เพิ่มความละเอียดมากขึ้น 3. รพ.ยังไม่สามารถแสดงบทบาทการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับเครือข่ายได้ดีเท่าที่ควร	1. เจ้าหน้าที่เปลี่ยนบ่อยทำให้เสียเวลาเรียนรู้ระบบรายงาน
พังงา			1. สสจ. ตัดตัวแปรต่าง ๆ ไปมาก ฝ่ายยุทธศาสตร์เป็นผู้จัดเก็บ แล้วฝ่ายต่าง ๆ ไปนำวิเคราะห์ผลเพื่อใช้งาน 2. เน้นการจัดส่งรายงานให้ตรงเวลา ในรายงานที่กระทรวงให้ความสำคัญ เช่น รายงาน 11จ 5 , รายงาน e inspection	1. มีการบูรณาการตัวแปรที่จะเก็บข้อมูลเป็นประจำก่อนจะให้พื้นที่ดำเนินการ 2. ภาระงานลดลงจากการพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ในการส่งข้อมูล

ปัจจัยที่มีผลต่อระบบรายงาน

1. การขาดความรู้ความเข้าใจในตัวแปรที่รายงาน เพราะกระบวนการถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้ปฏิบัติงานจริง ๆ และผู้ที่กรอกข้อมูลยังไม่ดี เช่น ในระดับ PCU/สอ. ขาดคู่มือที่อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับตัวแปรต่าง ๆ ใน 11 รง.5 เจ้าหน้าที่ไม่มีความเข้าใจจริง ๆ และการติดต่อสื่อสารกับจังหวัดไม่สะดวก (แผนภูมิที่ 1 – 3 แสดงการรายงานข้อมูล 0110 รง 5 ส่วนกลาง โดยที่มียายที่ไม่ตรงกันภายในจังหวัด ทำให้บางแห่งมีข้อมูลที่มากผิดปกติ หรือเกิดจากการรวมข้อมูลจากหลายระบบรายงานเพื่อรายงานสู่ส่วนกลาง โดยที่แต่ละระบบมีนิยามการเก็บข้อมูลที่ไม่ตรงกัน : แหล่งข้อมูลจากรายงาน 0110 รง. 5 ของจังหวัด)

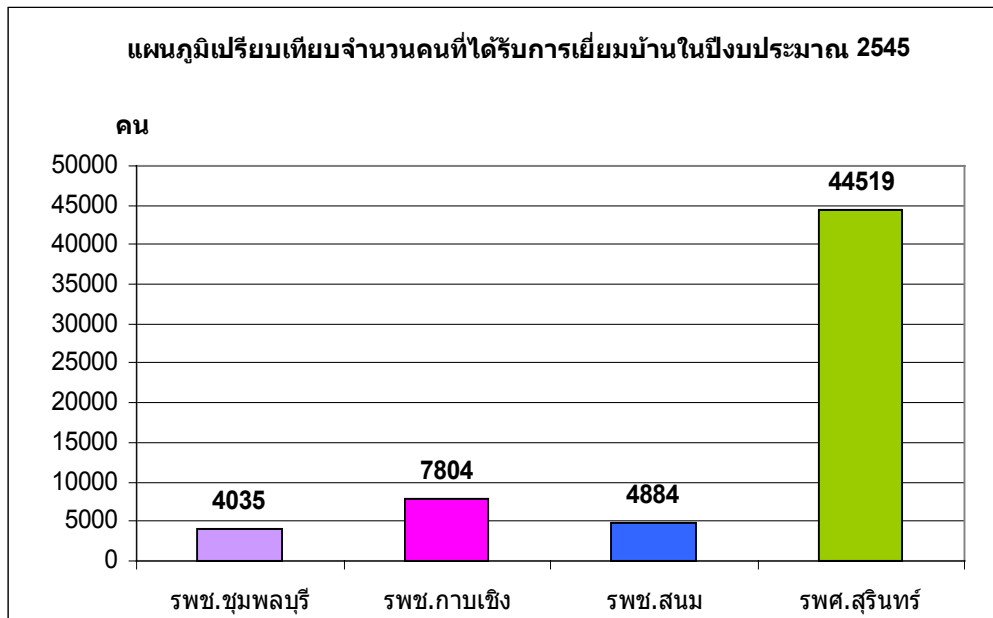
2. การแบ่งส่วนพื้นที่ขึ้นทะเบียนจากการให้ผู้ป่วยเลือกสถานบริการใกล้บ้านภายในเขตรอยต่ออำเภอ หรือ จังหวัดทำให้เกิดความสับสนในระบบการรายงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบในการกรอกข้อมูลบ่อยในระดับ PCU/สอ. ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลาเรียนรู้วิธีการกรอกข้อมูลพอสมควร

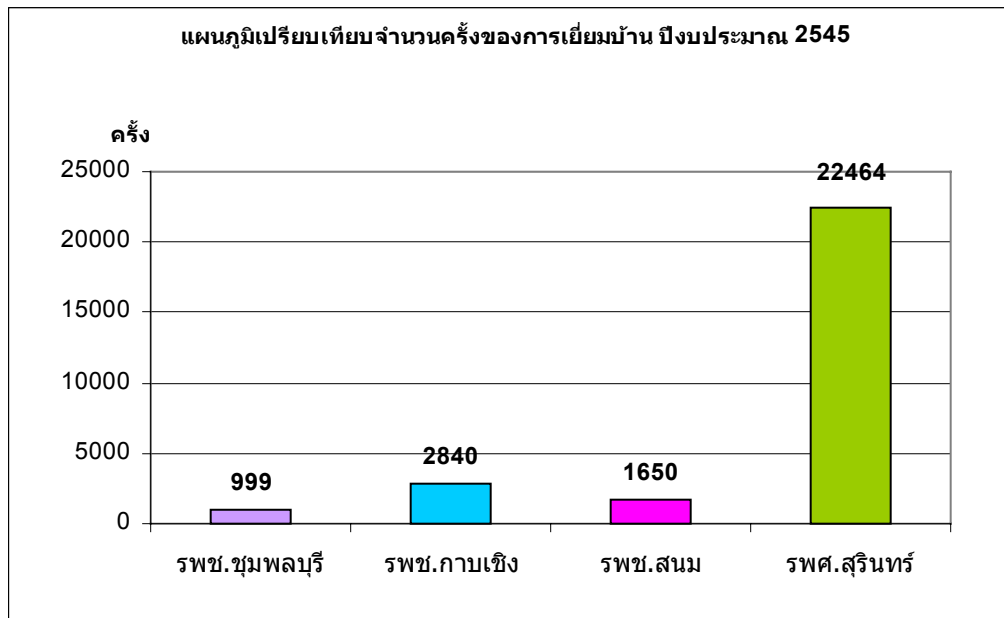
4. ขาดงบประมาณในการจัดทำแบบฟอร์มรายงานจาก CUP ในระดับ PCU/สอ. ไม่สามารถเบิกได้ ส่วนใหญ่ใช้วิธีพิมพ์จากเครื่องคอมพิวเตอร์

5. ความครบถ้วน ความถูกต้อง ความทันเวลา ของรายงาน ขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญเชิงนโยบายในช่วงนั้นๆ จากงานวิจัยพบว่ารายงาน 400 ของจังหวัดมีความถูกต้องลดลง ภายหลังจากที่ส่วนกลางมีนโยบายไม่เน้นให้จังหวัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง

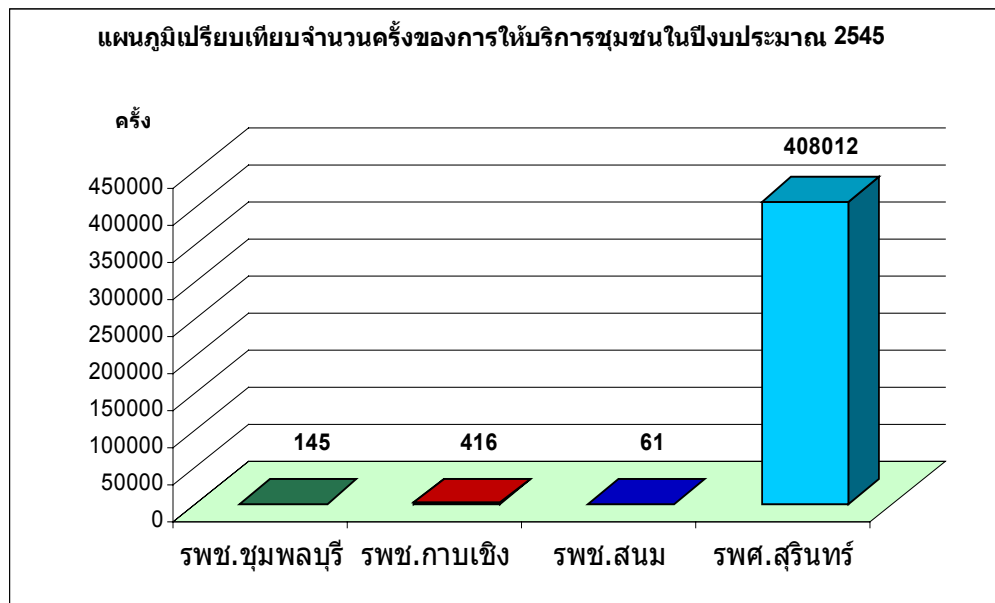
แผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 3



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

เพื่อแสดงถึงผลกระทบในแง่ต่าง ๆ ที่สามารถวิเคราะห์ ในเชิงปริมาณได้ จากข้อมูลที่เก็บได้ในระดับพื้นที่ เป็นจังหวัดที่มีข้อมูลครบ และสามารถเปรียบเทียบได้

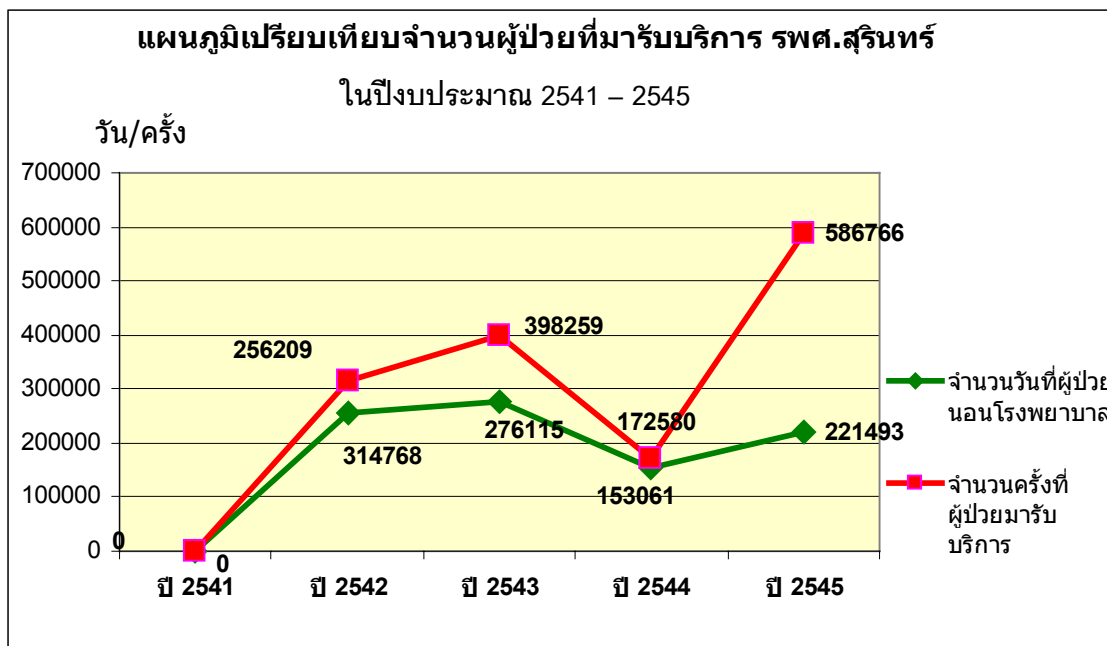
แผนภูมิที่ 4-7 แสดงจำนวนครั้งของผู้มารับบริการ ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลัง UC ในรพ. ทุก ระดับ ตั้งแต่ รพช. และรพศ. ในจังหวัด เพื่อแสดงถึงผลกระทบในแง่ต่างๆ ที่สามารถวิเคราะห์ ในเชิงปริมาณได้ จากข้อมูลที่เก็บได้ในระดับพื้นที่ เป็นจังหวัดที่มีข้อมูลครบ และสามารถเปรียบเทียบระหว่าง 2545 – 2546 ได้จากข้อมูลในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า จำนวนครั้งของผู้มารับบริการ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลัง UC ในรพ. ทุกระดับ ตั้งแต่ รพช. และรพศ. ในจังหวัด โดยที่ในรพศ. เพิ่มมากกว่าในอัตรา มากกว่ารพช. จำนวนวันที่นอน โรงพยาบาลใน รพศ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในรพช.มีแนวโน้มคงที่ หรือลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สถานบริการให้บริการได้มากขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นโรคที่ไม่รุนแรง จึงไม่มีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล

ในเรื่องกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูลระดับรพช.ในจังหวัดสุรินทร์ (แผนภูมิที่ 8-9) แสดงให้เห็นว่า มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณกิจกรรมมากขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะกิจกรรมเฉพาะบุคคล (Personal Care) ในทุก รพ.ตัวอย่าง เป็นไปตามปริมาณ ผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น กิจกรรมที่นำเสนอ นั้น เลือกมาเฉพาะ ANC ครบทั้ง 4 ครั้งก่อนคลอดและกิจกรรมตรวจครรภ์หลังคลอด 2 ครั้ง เพื่อเน้นให้เห็นถึงการ

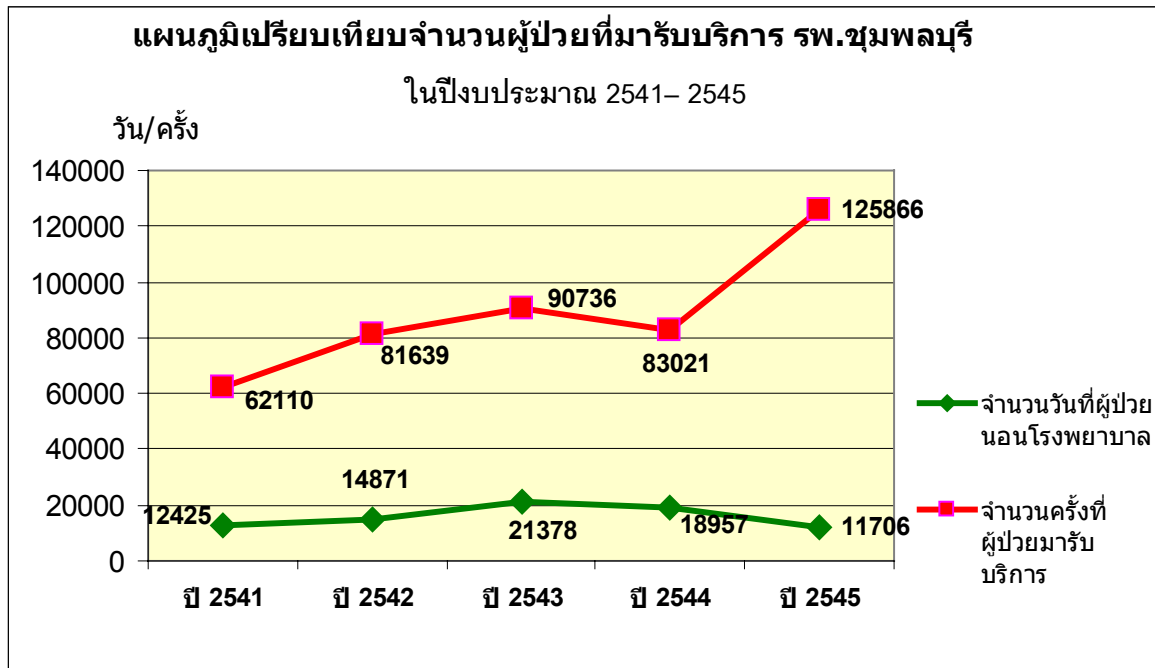
เพิ่มขึ้นของคุณภาพของการปฏิบัติงานด้วย (การรายงานของกรมอนามัยมีทั้งตัวแปรวัดเชิงปริมาณ และคุณภาพ) ในจังหวัดพังงาและลำพูน (แผนภูมิที่ 10 – 11) เป็นจังหวัดเล็กที่ปริมาณการเข้าถึง บริการภายหลัง UC ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก (รพ.แม่ทา ลำพูน ปี 44 OPD 58900 ราย ปี 45 OPD 62386 ราย) รพ.ท้ายเหมืองมีปริมาณกิจกรรมลดลง สาเหตุหลัก คือ การกระจายผู้ให้บริการและผู้รับ บริการไปใน PCU ที่สามารถทำได้ รพ.แม่ทา ปริมาณกิจกรรมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ประกอบกับจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าการรายงานจากส่วนต่าง ๆ มาสู่ CUP มีปัญหามาก

แผนภูมิแสดงการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มารับบริการทั้งการรักษาและส่งเสริมป้องกัน 2541 – 2545

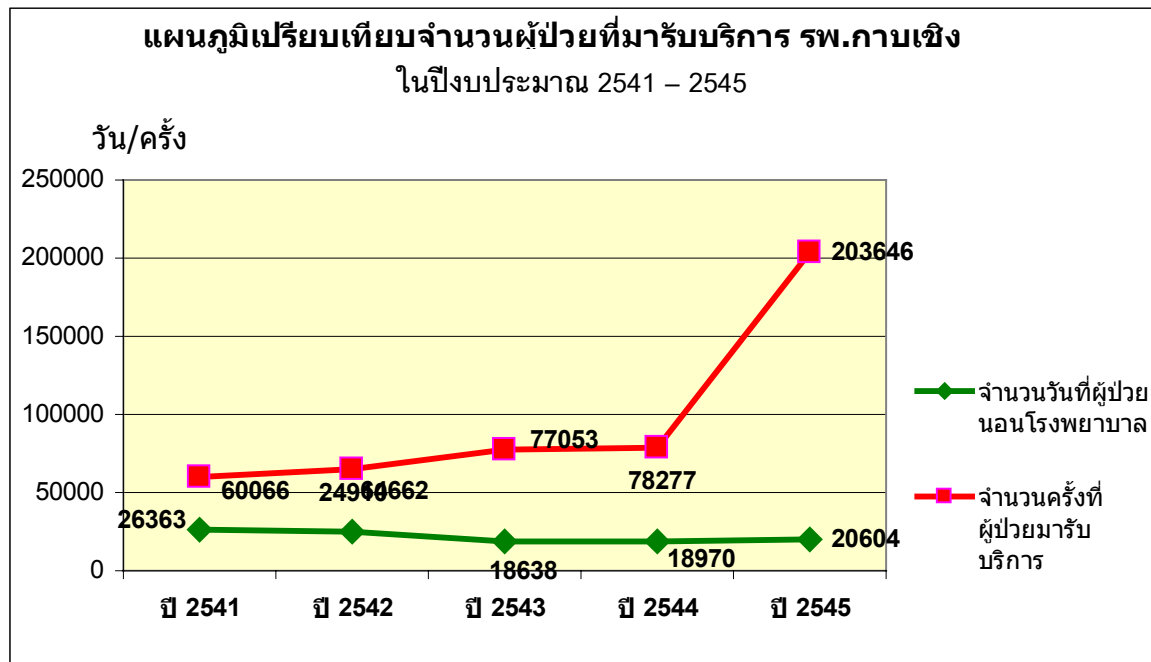
แผนภูมิที่ 4



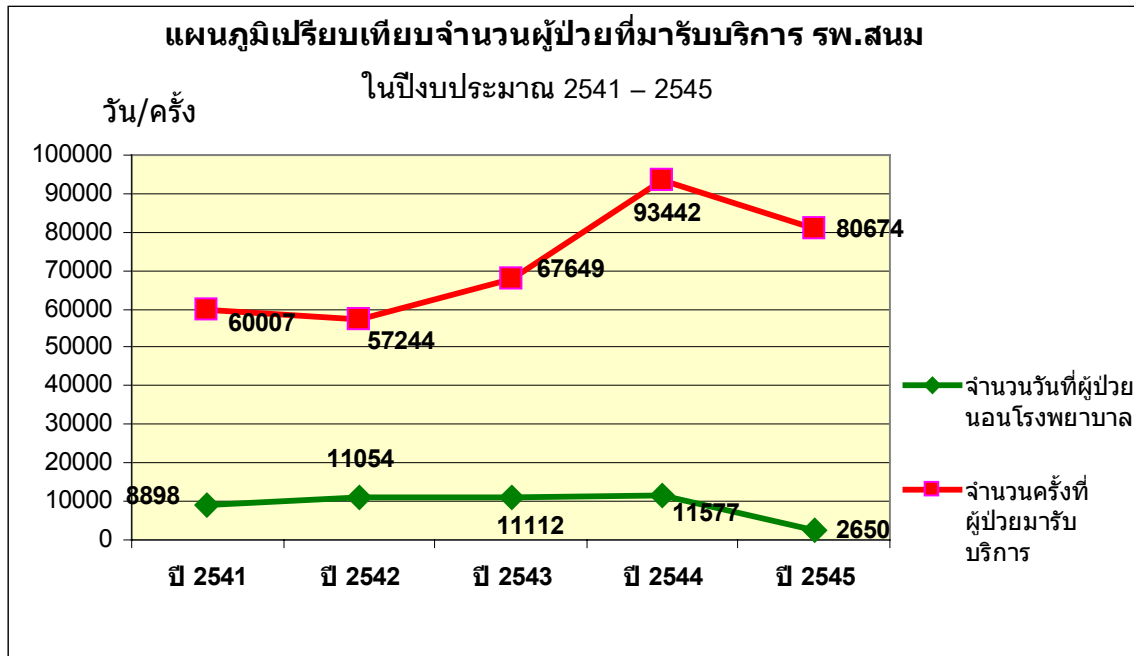
แผนภูมิที่ 5



แผนภูมิที่ 6

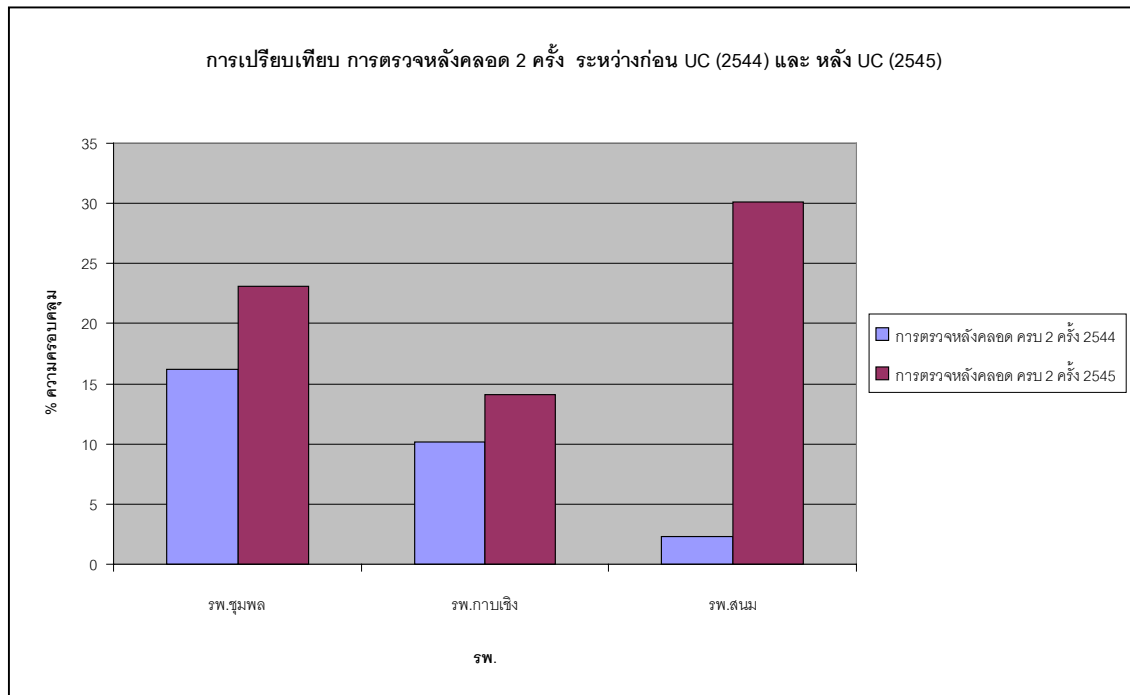


แผนภูมิที่ 7

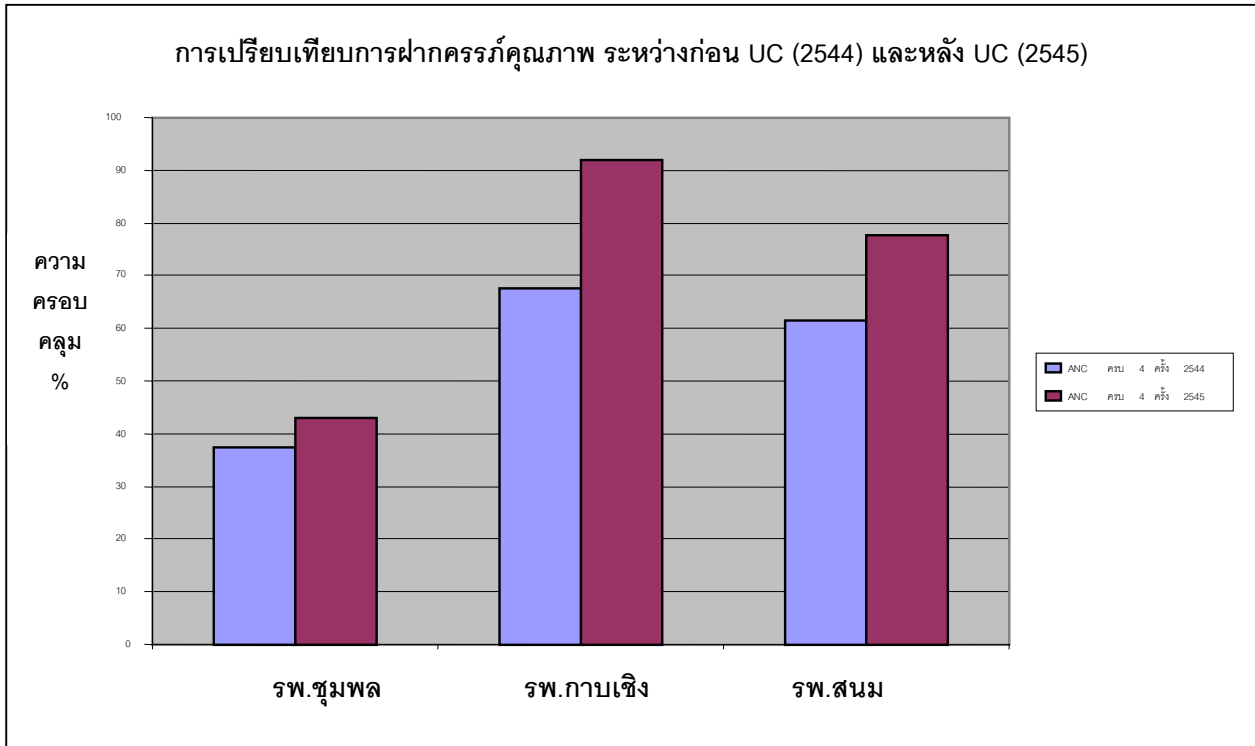


แผนภูมิแสดงการเปลี่ยนแปลงปริมาณของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2545 – 2546

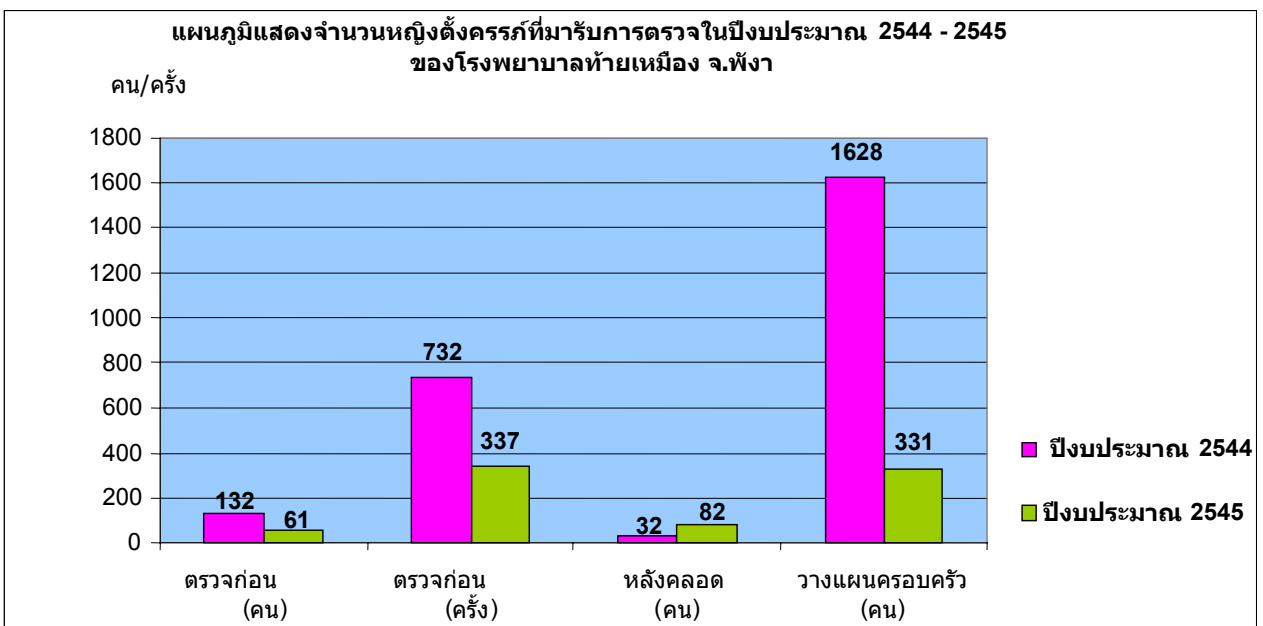
แผนภูมิที่ 8



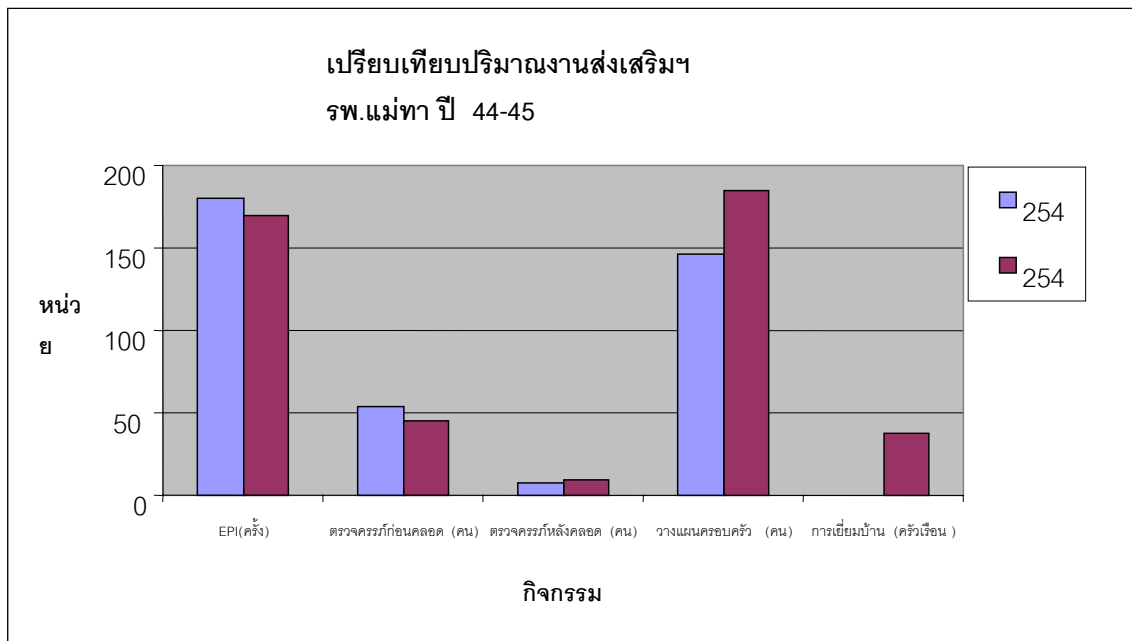
แผนภูมิที่ 9



แผนภูมิที่ 10



แผนภูมิที่ 11



อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.รูปแบบการจัดสรรงบประมาณจากจังหวัดลงสู่แม่ข่ายค่อนข้างจะมีรูปแบบที่ชัดเจน และเกิดความพอใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง แต่ผลงานวิจัยพบว่าการรูปแบบการจัดสรรจากแม่ข่ายไปยังสถานบริการยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละ CUP (วิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารงบประมาณ หน้า 37) ซึ่งอาจจะกระทบถึงงานส่งเสริมฯ ในอนาคตอันใกล้ ความแตกต่างดังกล่าวมีทั้งในแง่สัดส่วนที่จัดสรรและรูปแบบที่จัดสรรไปสู่ลูกข่าย บางงานวิจัยพบว่า มีความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพที่สถานบริการ ได้รับเท่ากับ 4 – 45 % ของงบประมาณเหมาะสมรายหัวหลังหักเงินเดือนและค่าจ้าง ที่สถานบริการเครือข่ายได้รับ (รายงานการติดตามและประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรมอนามัย 2546) ในงานวิจัยชิ้นนี้มีความแตกต่างของสัดส่วนดังกล่าวที่ประมาณ 10 – 30 % ของงบประมาณเหมาะสมรายหัวหลังหักเงินเดือนและค่าจ้าง ที่สถานบริการเครือข่ายได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องไปหางบประมาณจากแหล่งอื่น ๆ มาใช้เพื่อทำโครงการ เช่น เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งเป็นส่วนช่วยอย่างมากที่ทำให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนดีขึ้น แม้ งบประมาณจาก CUP ที่ได้น้อยลง ฉะนั้น เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพครบถ้วนตาม สิทธิ

ประโยชน์หลักๆ ควรมีการกำหนดสัดส่วนและรูปแบบการจัดสรรให้แน่ชัด ควรเป็นรูปแบบที่เหมือนกัน ในจังหวัดเดียวกัน และควรคิดสัดส่วนจากจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ไม่ใช่คิด เฉพาะผู้ที่มีบัตรในเขตรับผิดชอบ และควรต้องพิจารณาถึงสถานีนามัยที่จำเป็นต้องมี ค่าใช้จ่าย ประจำสูง ๆ เช่น สถานีนามัยบนเกาะ สถานีนามัยบนพื้นที่สูง ซึ่งมีปริมาณประชากรที่มีสิทธิมี จำนวนไม่ถึงเกณฑ์ที่สามารถจะเลี้ยงตัวเองได้ แต่ด้วยความห่างไกลของพื้นที่ที่จำเป็นต้องมีการบริการ อยู่ จึงควรมีการประกันขั้นต่ำของงบประมาณที่ได้รับ

2. ความไม่เป็นเอกภาพของเครือข่ายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมในในระดับ CUP Board นั้นไม่ได้เกิดจากความไม่เห็นความสำคัญของโครงการส่งเสริมสุขภาพฯ แต่มีสาเหตุมาจาก แม่ข่ายเกิดความไม่มั่นใจในการใช้งบประมาณของลูกข่าย (PCU/สอ.) ว่าอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ และไม่เกิดผลประโยชน์ต่อประชาชน ทำให้เกิดความขัดแย้งกับลูกข่าย การลดปัญหานี้ควรจะทำให้มี คนกลาง ซึ่งเป็นตัวแทนภาคประชาชนเข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายฯ เพื่อติดตาม กำกับการทำงานทั้งลูกข่ายและแม่ข่าย

3. งบประมาณดำเนินการงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น ค่าล่วงเวลาทำงาน ค่าใช้จ่ายในการออก ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพควรมีการจ่ายที่เป็นมาตรฐานใกล้เคียงกันในจังหวัดเดียวกัน อุปสรรคที่มี ในการเบิกจ่ายในระดับ CUP มีผลทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำของค่าตอบแทน ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ ให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง

4. ใน CUP ที่มีงบประมาณส่งเสริมสุขภาพน้อย มีแนวโน้มที่จะลดค่าใช้จ่ายด้านวัสดุ ส่งเสริม สุขภาพ หรือใช้งบประมาณส่วนอื่น ๆ มารวม เพราะวัสดุบางรายการตามสิทธิประโยชน์มีราคาสูงมาก เช่น น้ำยาตรวจโรคธาลัสซีเมีย ยาฝังคุมกำเนิด ดังนั้น ควรมีการกำหนดรายการในชุดสิทธิประโยชน์ ใหม่ให้แคบลง เช่น ให้ฟรีเฉพาะรายการบางอย่างเช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ถุงยาง อนามัย บางรายการควรต้องมีการร่วมจ่ายด้วย

5. การทำแฟ้มครอบครัวเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังมีโครงการฯ เป็นกิจกรรมที่ ใช้งบประมาณและบุคลากรมาก เป้าหมายที่ระดับจังหวัดยังคงเป็นภาพกว้างที่เน้นปริมาณ

ความครอบคลุมในการสำรวจมากกว่าการใช้งานจริง ๆ ด้วยสาเหตุหลายประการดังที่กล่าวแล้ว ฉะนั้น จึงควรมีการกำหนดนโยบายให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

- 5.1 กำหนดกลุ่มเป้าหมาย และให้ลำดับความสำคัญที่จะทำการสำรวจ และนำมาใช้งาน เช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ แล้วจึงค่อย ๆ ขยายไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ
- 5.2 กำหนดพื้นที่ที่พร้อม อาจจะเป็นระดับหมู่บ้านหรือระดับตำบลที่ PCU นั้น รับผิดชอบทำการสำรวจทุกครัวเรือน เพื่อทำการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนนั้น และนำแฟ้มครอบครัวมาใช้งานจริง

วิธีดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ในเรื่องงบประมาณ บุคลากร ภาระงาน ที่เพิ่มขึ้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การสื่อสารทางนโยบายให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ รวมทั้งแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนรับรู้ถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับการใช้งานแฟ้มครอบครัว

6. การบูรณาการข้อมูลในระดับจังหวัด จะลดความซ้ำซ้อนของการรายงาน ลดตัวแปรที่แต่ละฝ่ายต้องจัดเก็บ ส่วนกลางหรือสสจ. ควรพยายามปรับช่วงเวลาการตัดยอดการรายงานของฝ่ายต่างๆ ไปเป็นวันเดียวกันเพื่อความสะดวกในการส่งรายงาน

7. การประเมินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับเครือข่ายควรมีการทำอย่างต่อเนื่อง และนำผลการประเมินมาใช้ปรับปรุงงานในเครือข่าย โดยที่ตัวชี้วัดควรมีการกำหนดร่วมกันระหว่างลูกข่ายและแม่ข่าย เพื่อให้เป็นตัวชี้วัดที่เหมาะสมที่จะใช้ในพื้นที่ โดยอาจแบ่งระดับการประเมินเป็น 2 แบบ คือ

- 1) ระดับตัวบุคคล
- 2) ระดับหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อยอด

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกิจกรรมหลักของ PCU/สอ. ที่มีความสำคัญอย่างมาก และในระดับพื้นที่มีหลายภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นเรื่องงบประมาณ หรือ แนวทางปฏิบัติของแต่ละกิจกรรม เช่น กระทรวงสาธารณสุขโดย กรมต่าง ๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งานวิจัยนี้พยายามที่หาผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในภาพกว้าง และเจาะรายละเอียดในบางกิจกรรมที่น่าจะพอเป็นตัวแทนของกิจกรรมส่งเสริมได้ ผู้วิจัยตระหนักดีว่าในบางหัวข้อน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดเพราะแต่ละกิจกรรมอาจมีความแตกต่างของผลกระทบถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์แวดล้อม และเมื่อระยะเวลาดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายาวนานออกไป ผลกระทบที่เกิด จะเห็นเด่นชัดขึ้น จึงควรมีการศึกษาในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1. ผลของการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อสุขภาพของประชาชน
2. ทักษะคติของเจ้าหน้าที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ขอบเขตการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างกิจกรรมที่ทำเฉพาะบุคคลและที่ทำในชุมชน
4. วิธีการใช้ประโยชน์จาก Family Folder ให้สามารถแก้ไขปัญหาในชุมชนได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย รายงานการติดตามและประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าปี 2545-2546
- คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อเสนอ
งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 โรงพิมพ์
องค์การทหารผ่านศึก สิงหาคม 2545
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ การจัดตั้งองค์กรระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย สถาบัน
วิจัยระบบสาธารณสุข, 2541
- ผศ. ปัทพงษ์ เกษสมบุญ, ดร. อนุพงศ์ สุจริยากุล นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข, 2543
- นพ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข 5 ประเด็นเรียนรู้สู่หลักประกันสุขภาพของค์กรอนามัยโลก 2547
- นพ. พินิจ พ้าอานวยผล การวิเคราะห์ข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 สำนักนโยบายและ
แผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข , 2546
- พิสมัย จันทิมล นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข โครงการปฏิรูประบบบริการ
สาธารณสุข 2542
- รายงานผลงานประจำปี จังหวัด ลำพูน พังงา สุรินทร์ นครสวรรค์
- ลือชัย ศรีเงินยวง การวิจัยเชิงคุณภาพ โครงการสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล
- นพ. ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญไทย สถานการณ์และองค์ความรู้ในปี 2544 ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็น
ธรรมด้านสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2545
- ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะ
เปลี่ยนผ่าน มกราคม 2545 โรงพิมพ์ องค์การรับส่งการรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ มีนาคม 2545
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง การรักษาโรคเรื้อรัง(เบาหวาน)ก่อนและหลังการดำเนินการ 30
รักษาทุกโรค 2545

นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และ เพ็ญแข ลาภยั้ง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การศึกษาเชิง
คุณภาพเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา
จังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ต สมุทรปราการ อุบลราชธานี มีนาคม 2545
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ความเป็นมาของโครงการ
(www.moph.go.th/ops/hcrp)
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ไกล่บ้านใกล้ใจ เอกสารวิชาการลำดับที่หนึ่ง ใน
ชุดเอกสารเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ สิงหาคม 2545 หน้า 8
สำนักงานประกันสุขภาพ รายงานผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทย ในช่วง
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) กรกฎาคม 2545
สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข การประเมินผลการพัฒนาสุขภาพในส่วน
ของกระทรวงสาธารณสุข กันยายน 2544 หน้า 2,3
สุภางค์ จันทวานิช วิธีเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ สถาบันวิจัย และ พัฒนา มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น, 2536
รศ.นพ. สุรเกียรติ อาชานุกาพ วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพพระดัตถ์นานาชาติ สถาบันวิจัยระบบสา
ธารณสุข, 2541
ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ระบบหลักประกันสุขภาพ
ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ 2544
ดร.อดิญาณ์ ศรีเกษตรริน โครงการวิจัยปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและ
พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545
ศ.นพ. อารี วัลยะเสวี รูปแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า โครงการ
ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2543