

รายงานฉบับสมบูรณ์

การศึกษาผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
ต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน

จัดทำโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

กันยายน 2554



รายงานฉบับสมบูรณ์

การศึกษาผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
ต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน

จัดทำโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

รายนามคณะนักวิจัย

ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีวรุฒิ	สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.มุกดา สำนวนกลาง	ศูนย์อนามัยที่ 1 กทม. กรมอนามัย
คุณทัศนีย์ ญาณะ	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน
รศ.ดร.รัชนี้ สรรเสริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
คุณบุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
คุณพัฒนาวิไล อินใหม่	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
คุณอังสุมาลี ผลภาค	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
คุณอาณัติ วรรณศรี	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 เห็นชอบให้ จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งในการศึกษาค้างนี้เรียกว่า “กองทุน สุขภาพตำบล” โดยมีวัตถุประสงค์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน บริหาร จัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จำเป็นต่อ สุขภาพและการดำรงชีวิตในระดับท้องถิ่น นโยบายดังกล่าวยังสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจบน หลักแนวคิดลดบทบาทของรัฐส่วนกลางในการดำเนินการเอง ซึ่งในปีแรกที่มีการดำเนินงานนั้นเป็นการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดย บางพื้นที่จะมีเงินสมทบจากภาคส่วนชุมชนร่วมด้วย นอกจากนี้เงินสมทบจาก สปสช. ซึ่งเดิมจะโอน งบประมาณในส่วน “งบส่งเสริมสุขภาพชุมชน” จำนวน 37.50 บาทต่อหัวประชากร และปัจจุบันเพิ่มเป็น จำนวน 40 บาท ต่อหัวประชากร และเงินสมทบจาก อปท. ซึ่งจากเดิมในอัตราการสมทบอยู่ที่ร้อยละ 10, 20 และ 50 สำหรับพื้นที่ อปท.ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ตามลำดับ ปัจจุบันเพิ่มอัตราการ สมทบเป็นร้อยละ 20, 30 และ 50 ตามลำดับขนาดของพื้นที่ อปท.

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนกองทุนสุขภาพตำบลจากยุคก่อเกิดกองทุนในช่วงปี พ.ศ. 2549 – 2550 แสดงให้เห็นถึงความร่วมมืออันดีจากภาคส่วนท้องถิ่นที่ยินดีเข้าร่วมและปฏิบัติตาม เงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด นับจากจุดเริ่มต้นจนถึงยุคปัจจุบันซึ่งเป็นยุคที่มีกองทุนสุขภาพตำบลแทบใน ทุกพื้นที่ของประเทศไทยถือได้ว่าเป็นยุคแห่งการปรับตัว และเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลต่อกระบวนการทศน์ใน การทำงานด้านการสร้างเสริมป้องกันโรคและการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนของเจ้าภาพ ทั้งในและนอก ภาคสาธารณสุข ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่านับจากนี้ต่อไปกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งได้รับการยอมรับจากหลาย ภาคส่วนว่าเป็นกลไกที่มีศักยภาพในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ควรจะพัฒนาต่อไปในทิศทางใด และควรมีมาตรการรองรับอย่างไร ขณะเดียวกันประเด็นคำถาม เกี่ยวกับการมีกองทุนสุขภาพตำบลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทศน์การทำงานและบทบาทของ อปท. องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างไร

การศึกษาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกองทุนสุขภาพตำบลในการเสริมพลังอำนาจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน รวมถึงกับปรับตัวใน การทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากบริบทและสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งต้องการ

ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนได้เข้ามามีบทบาทการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนที่ซับซ้อนขึ้น รวมทั้งปัจจัยสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรม วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม นอกเหนือจากบุคลากรสาธารณสุขที่จะต้องมีการปรับตัวในการทำงานแล้ว โครงสร้างของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลที่เอื้อต่อการเรียนรู้และปรับตัวของภาคส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอื่น ๆ ในการทำงานร่วมกันอันเป็นการเสริมพลังภาคส่วนต่าง ๆ ในการทำงานสุขภาพชุมชนร่วมกัน ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่การปรับวิธีคิดและการทำงานกองทุนสุขภาพตำบลที่เอื้อต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ในยุคการปรับตัวเปลี่ยนแปลงของกองทุนสุขภาพตำบล โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาคีสามฝ่ายหลัก คือ อบต. องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การศึกษาแบบเสริมพลังอำนาจเป็นการให้ความสำคัญกับผู้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการทุกฝ่ายในการเข้าไปควบคุมการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นและเสริมสร้างความเข้าใจในบริบทของสังคมตนเองอย่างรอบด้าน ศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยพื้นที่ศึกษาคัดเลือกจากจังหวัดในความครอบคลุมของ สปสช. ทั้ง 12 เขต ที่มีความโดดเด่นด้านการสมทบทุนจากชุมชนและเป็นจังหวัดที่มีกองทุนรุ่นแรกเข้าร่วมโครงการ จำนวน 12 จังหวัด และในแต่ละจังหวัดจะทำการคัดเลือก 1 อำเภอเพื่อจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกองทุนตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 108 แห่ง จำแนกเป็นกองทุนสุขภาพตำบลประเภทเทศบาลเมือง 2 แห่ง ประเภทเทศบาลตำบล 34 แห่ง และประเภท อบต. 72 แห่ง ส่วน การศึกษาเชิงคุณภาพจัดเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล และผู้แทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานด้านสุขภาพในชุมชน รวมประมาณ 15 – 20 คนต่อหนึ่งกองทุน

ข้อค้นพบจากการศึกษามีดังนี้

1. การดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล พบว่า คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความชัดเจนในเป้าประสงค์ที่แท้จริงของกองทุนสุขภาพตำบลและโมทัศน์ในการทำงานว่าจะมีทิศทางและพัฒนาการต่อไปอย่างไร ความครอบคลุมการมีระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนดีขึ้นแต่ยังจำกัดอยู่ที่ข้อมูลด้านสาธารณสุข คือข้อมูลการป่วย การตาย และกลุ่มเสี่ยงของระบบสาธารณสุข การจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่พบว่ายังมิได้มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างเป็นระบบแม้จะมีการใช้กระบวนการประชาคมในการให้ชุมชนเสนอปัญหาและความต้องการก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่านโยบายของจังหวัดและส่วนกลางมีอิทธิพลแต่วิธีการคิดของท้องถิ่นและชุมชน ขณะเดียวกันท้องถิ่นและชุมชนยังขาดทักษะในการประยุกต์ใช้แผนงานดังกล่าวในการปัญหาในชุมชนได้อย่างเต็มที่ การจัดกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่องทำให้ประชาชนในชุมชนรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชนดีขึ้น อย่างไรก็ตาม

การเรียนรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับกองทุนสุขภาพตำบลในพื้นที่อื่นยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ในการบริหารจัดการกองทุนมีกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ผ่านการประชุม มีการแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อทำการติดตามประเมินผลโครงการ นอกจากนี้ยังมีการติดตามอย่างไม่เป็นทางการอาศัยฟังเสียงตอบรับจากประชาชนเป็นหลัก ประเด็นสำคัญประการหนึ่งที่ยังเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักคือ โครงการส่วนใหญ่ยังมีฐานจากงานนโยบายสาธารณสุขเป็นหลัก จึงไม่มีการบูรณาการงบประมาณกับกองทุนอื่นหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกอื่น ๆ

2. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล พบว่า มีเพิ่มขึ้นทั้งในด้านการอบรม การศึกษาดูงาน และการนิเทศติดตามจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพในการสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สปสช.เขต อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานชัดเจนในประสิทธิภาพของการพัฒนา และขาดการจัดลำดับความสำคัญของกองทุนกลุ่มเป้าหมายในแต่ละปี นอกจากนี้ ยังพบว่าขาดกลไกหลักในการจัดการเพื่อให้เกิดกระบวนการถอดบทเรียนและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุนต่างพื้นที่ในอำเภอเดียวกัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการเรียนรู้และพัฒนาอย่างก้าวกระโดด

3. ผลการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งพิจารณาจากรายรับกองทุน ประสิทธิภาพการใช้เงิน ลักษณะโครงการและกิจกรรมที่ดำเนินการ จะพบว่า เทศบาลตำบล และ อบต. มีแนวโน้มการสมทบเงินเข้ากองทุนสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงกว่าที่ สปสช. กำหนด และแม้ว่าประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินจะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังคงมีเงินสะสมคงเหลือในกองทุนสุขภาพตำบลถึงร้อยละ 40 โดยมีการใช้จ่ายเงินเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด รองลงมาคือการซื้อบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ในขณะที่สัดส่วนขององค์กรเครือข่ายชุมชนที่ทำงานด้านสุขภาพมีการเสนอโครงการเพิ่มมากขึ้น แต่บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนักเมื่อเทียบกับ อปท. ที่มีบทบาทลดลงอย่างเห็นได้ชัด สำหรับกิจกรรมในลักษณะการแจกจ่ายวัสดุสิ่งของยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่กิจกรรมสำหรับคนกลุ่มด้อยโอกาสมีได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่อย่างไร โดยกลุ่มเป้าหมายหลักของการดำเนินกิจกรรมยังคงเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป

4. ผลของการมีกองทุนสุขภาพตำบลต่อการมีส่วนร่วม การเปลี่ยนแปลง และการลงทุนด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น พบว่า บทบาทของผู้แทนที่มาจากภาคส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อปท. จะมีส่วนร่วมสูงกว่าภาคชุมชน และระดับการมีส่วนร่วมจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ และประเภทของกองทุนสุขภาพตำบล ในด้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการมีกองทุนสุขภาพตำบล พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงสูง ยกเว้นด้านนวัตกรรมยังมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก อย่างไรก็ตามทุกภาค

ส่วนมีความตื่นตัวเพิ่มขึ้นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในด้านการลงทุนด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นพบการมีกองทุนสุขภาพตำบลไม่ได้ส่งผลเทศบาลเมืองเกิดการเปลี่ยนแปลงมากนัก ส่วนกองทุนสุขภาพตำบลประเภทเทศบาลตำบลพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีที่สองและสามและลดลงในปีที่สี่ ในขณะที่ อบต. มีแนวโน้มการลงทุนด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นทุกปี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กองทุนสุขภาพตำบลนับเป็นกลไกในการเสริมพลังอำนาจภาคท้องถิ่นและชุมชน และเพื่อให้กลไกนี้มีความเข้มแข็งจึงจำเป็นต้องสร้างความชัดเจนให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านมโนทัศน์และเป้าประสงค์ของกองทุนสุขภาพตำบล ตลอดจนสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาชุมชนไปสู่ความเป็นชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง รวมทั้งสร้างความตระหนักในการจัดการระบบข้อมูล การใช้ข้อมูล การแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ระหว่างกองทุน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างแผนสุขภาพชุมชนและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ สามารถประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งทางส่วนกลางต้องให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าวอย่างมากเพื่อให้ท้องถิ่นและชุมชนสามารถปฏิบัติตามได้ง่ายไม่ยุ่งยาก โดยหน่วยงานสาธารณสุขอำเภออาจเป็นกลไกหลักในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นต่าง ๆ อาทิ การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ การสร้างองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อันนำไปสู่การขับเคลื่อนความก้าวหน้า และต่อยอดปฏิบัติการกองทุนสุขภาพตำบลได้

ประเด็นที่ควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่ดูผลของกองทุนสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน มิได้มีการเจาะเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นต่อไปนี้เพิ่มเติม 1) การวิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน 2) การประเมินการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 3) ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่แบบเสริมพลังอำนาจ และ 4) การเมืองในระบบสุขภาพชุมชนที่เป็นอุปสรรคหรือเอื้อต่อการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล โดยทั้ง 4 ประเด็นดังกล่าวนี้มุ่งเน้นกระบวนการเสริมพลังอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	3
สารบัญ	7
สารบัญตาราง	9
สารบัญภาพ	10
บทที่ 1 บทนำและทบทวนวรรณกรรม	11
1.1 ที่มาและความสำคัญ	11
1.2 พัฒนาการกองทุนสุขภาพตำบล	12
1.3. แนวคิดการศึกษาและประเด็นคำถามการวิจัย	14
บทที่ 2 วัตถุประสงค์และระเบียบวิธีวิจัย	17
2.1 วัตถุประสงค์การวิจัย	17
2.2 กรอบแนวคิดการศึกษา	18
2.3 ตัวแปรการศึกษา	19
2.4 ระเบียบวิธีวิจัย	21
2.5 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล	25
2.6 ข้อมูลทั่วไปของกองทุนสุขภาพตำบลตัวอย่าง	25
บทที่ 3 ผลการศึกษา: การดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล	28
3.1 มโนทัศน์ เจตคติต่อกองทุนสุขภาพตำบล	28
3.2 ระบบข้อมูลชุมชนของกองทุนสุขภาพตำบล	29
3.3 การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน	31
3.4 การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล	32
3.5 การบูรณาการกับโครงการและกองทุนอื่นที่มีในพื้นที่	35
3.6 สรุปข้อค้นพบ	36
บทที่ 4 ผลการศึกษา: การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล	38
4.1 การได้รับการอบรมของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล	38
4.2 การศึกษาดูงานกองทุนอื่น	39
4.3 การได้รับการนิเทศจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	40
4.4 สรุปข้อค้นพบ	42
บทที่ 5 ผลการศึกษา: ผลการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล	43
5.1 รายรับกองทุนสุขภาพตำบล	43
5.2 ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงิน	46
5.3 ประเภทโครงการและงบประมาณที่ใช้	47

5.4 ผู้เสนอและดำเนินการโครงการ	48
5.5 ลักษณะกิจกรรมของโครงการ.....	49
5.6 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ	50
5.7 สรุปข้อค้นพบ	50
บทที่ 6 ผลการศึกษา : กองทุนสุขภาพตำบลกับการมีส่วนร่วม การเปลี่ยนแปลง และการลงทุนด้าน สาธารณสุขของท้องถิ่น	52
6.1 การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในการดำเนินการกองทุนสุขภาพตำบล	52
6.2 การเปลี่ยนแปลงจากการมีกองทุนสุขภาพตำบล.....	56
6.3 กองทุนสุขภาพตำบลกับการลงทุนด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น.....	60
6.4 สรุปข้อค้นพบ	64
บทที่ 7 อภิปรายผลและข้อเสนอเชิงนโยบาย.....	65
7.1 มโนทัศน์และเป้าประสงค์การพัฒนากองทุนสุขภาพตำบล	65
7.3 การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน	68
7.4 การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล	69
เอกสารอ้างอิง	72
ภาคผนวก.....	74

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1 ข้อมูลทั่วไปของกองทุนสุขภาพตำบลในอำเภอตัวอย่าง	27
ตารางที่ 3.1 การประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนจำแนกตามลำดับปีเข้าร่วมโครงการ พ.ศ. 2550-2553	34
ตารางที่ 5.1 สัดส่วนการสมทบ (%) ของ อปท. จำแนกตามประเภทและลำดับปีที่เข้าร่วมโครงการ.....	44
ตารางที่ 5.2 ร้อยละความสอดคล้องของการจัดแบ่งกลุ่มกิจกรรมระหว่างกองทุนและนักวิจัย	47
ตารางที่ 6.1 รายจ่ายสาธารณสุขของ อปท. จำแนกตามประเภทและลำดับปีที่เข้าร่วมโครงการ	63
ตารางที่ 6.2 งบประมาณสาธารณสุขและรายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ปี 2550-2553.....	63

สารบัญภาพ

ภาพที่ 2.1 กรอบแนวทางการศึกษา	19
ภาพที่ 3.1 ความครอบคลุมการมีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของกองทุนตำบลในแต่ละ อำเภอตัวอย่าง	30
ภาพที่ 3.2 ความครอบคลุมการมีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของกองทุนสุขภาพตำบล จำแนกตามปีพ.ศ.ที่เข้าร่วม โครงการ	30
ภาพที่ 3.3 ร้อยละการมีและจำนวนคณะกรรมการฯเฉลี่ยต่อแห่งจำแนกตามประเภท อปท.	33
ภาพที่ 3.4 ความครอบคลุมและจำนวนคณะกรรมการเฉลี่ยต่อกองทุนจำแนกตามปี พ.ศ. ที่เข้าร่วม	33
ภาพที่ 4.1 ร้อยละของกองทุนที่คณะกรรมการกองทุนได้รับการอบรมตามปี พ.ศ. เข้าร่วมโครงการ .	38
ภาพที่ 4.2 ร้อยละของกองทุนที่ได้ไปศึกษาดูงานของกองทุนอื่นจำแนกตามปี พ.ศ.ที่เข้าร่วมโครงการ.....	39
ภาพที่ 4.3 ร้อยละของกองทุนได้รับนิเทศจากสาธารณสุขอำเภอจำแนกตามลำดับปีเข้าร่วม 2550-2553...	40
ภาพที่ 4.5 ร้อยละของกองทุนได้รับนิเทศจาก สปสช.เขต จำแนกตามปี พ.ศ. เข้าร่วมโครงการ	41
ภาพที่ 5.1 รายรับเฉลี่ยกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่จำแนกตามประเภท อปท.ปี 2550-2553...	45
ภาพที่ 5.2 จำนวนเงินสมทบกองทุนสุขภาพตำบลของเทศบาลตำบลที่ชุมชนมีส่วนร่วมสมทบ 3 กองทุน.....	45
ภาพที่ 5.3 จำนวนรายรับกองทุนสุขภาพตำบล อ.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร ปี 2553.....	46
ภาพที่ 5.5 สัดส่วนโดยรวมของการใช้จ่ายเงินกองทุนเพื่อกิจกรรมด้านต่างๆ	48
ภาพที่ 5.6 สัดส่วนมูลค่างบประมาณโครงการที่เสนอโดยกลุ่มต่างๆตามระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ .	49
ภาพที่ 5.8 สัดส่วนงบประมาณที่ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆตามระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ.....	50
ภาพที่ 6.2 ระดับคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมรวมทุกด้านจำแนกตามปีที่กองทุนเข้าร่วมโครงการ	53
ภาพที่ 6.3 ระดับคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมรวมทุกด้านของกองทุนจำแนกตามประเภทท้องถิ่น	54
ภาพที่ 6.5 ระดับการเปลี่ยนแปลงการจัดการปัญหาสุขภาพของกองทุนสุขภาพตำบลจำแนกตามปีเข้า ร่วมโครงการ.....	57
ภาพที่ 6.6 ระดับการเปลี่ยนแปลงการจัดการปัญหาสุขภาพของกองทุนสุขภาพตำบลจำแนกตาม ประเภทท้องถิ่น.....	58
ภาพที่ 6.9 รายจ่ายเฉลี่ยต่อแห่งต่อปีของเทศบาลเมือง ปิงปประมาณ 2550-2553 (N=2).....	61
ภาพที่ 6.10 รายจ่ายเฉลี่ยต่อแห่งต่อปีของเทศบาลตำบล ปิงปประมาณ 2550-2553.....	62
ภาพที่ 6.11 รายจ่ายเฉลี่ยต่อแห่งต่อปีขององค์การบริหารส่วนตำบล ปิงปประมาณ 2550-2553.....	62

บทที่ 1 บทนำและทบทวนวรรณกรรม

1.1 ที่มาและความสำคัญ

พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (9) และมาตรา 47 ได้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการ “ส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยให้คณะกรรมการสนับสนุน และประสาน กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน¹

ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 เห็นชอบให้จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพระดับพื้นที่ขึ้น ซึ่งต่อไปนี้จะขอเรียกว่า “กองทุนสุขภาพ ตำบล” แทน เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับท้องถิ่น และเพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น

ทั้งนี้ในการดำเนินงาน สปสช. จะโอนงบประมาณในส่วน “งบส่งเสริมสุขภาพชุมชน” จำนวน 37.5 บาท (ต่อมาเพิ่มเป็น 40 บาท/หัวประชากร ในปี พ.ศ. 2553) ให้ท้องถิ่นที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยท้องถิ่นต้องร่วมจ่ายสมทบในอัตราร้อยละ 10, 20, และ 50 สำหรับ อปท. ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ตามลำดับ (ในปี พ.ศ. 2553 ปรับเป็นร้อยละ 20, 30, และ 50 ตามลำดับ) และให้บริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการบริหาร โดยมีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ คือ ท้องถิ่น สาธารณสุข ชุมชน และกำหนดให้สามารถใช้จ่ายเงินกองทุนในลักษณะคือ สนับสนุนการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ แก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน และบริหารจัดการ จนมีผลการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลดังนี้

1.1.1 ความครอบคลุมพื้นที่ มีองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล เข้าร่วมในโครงการจำนวน 872 แห่งในปีแรกที่ดำเนินการ (พ.ศ. 2549 – พ.ศ. 2550) ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 2,674 แห่ง (ร้อยละ 34) และ 3,926 แห่ง (ร้อยละ 50) ในปีที่สองและสามตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2553 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการรวม 5,504 แห่งหรือคิดเป็นร้อยละ 70 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ

1.1.2 งบประมาณกองทุนและประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงิน รายรับของกองทุนสุขภาพตำบลมาจากทั้งในส่วนของการสมทบของ สปสช. อปท. ชุมชน และภาคส่วนอื่นๆ ทั้งนี้จำนวนวงเงินที่กองทุนตำบลได้รับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 – 2553 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2553 มีวงเงินถึง 1.88 พันล้านบาท โดยร้อยละ 71 เป็นเงินสมทบจาก สปสช. ร้อยละ 27 เป็นเงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเป็นเงินสมทบจากชุมชนเพียงร้อยละ 0.3

ทั้งนี้ข้อมูลจากรายงานของกองทุนสุขภาพตำบล พบว่าประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงินยังมีจำกัด กล่าวคือ จำนวนงบประมาณที่ได้รับในแต่ละปีงบประมาณนั้นสามารถใช้จ่ายไปในการดำเนินการได้เฉลี่ยเพียงร้อยละ 55 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2553 มีผลให้มีเงินคงเหลือสะสมในกองทุนตั้งแต่ต้นดำเนินการจนถึง ณ สิ้นปี 2553 เกือบสองพันล้านบาท

เมื่อพิจารณารายจ่ายของกองทุนสุขภาพตำบลในช่วงเวลาดังกล่าวจำแนกตามประเภทรายจ่ายที่กำหนดของ สปสช. พบว่า รายจ่ายในสองหมวดแรก คือ (1) ซื่อบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ และ (2) อุดหนุนหน่วยบริการในการจัดบริการ ซึ่งเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับปัจเจกชน มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 37 ของรายจ่ายรวมในปีแรก และเพิ่มเป็นร้อยละ 46 ในปีที่สอง ร้อยละ 53 และ 55 ในปี พ.ศ. 2552 และปี พ.ศ. 2553 ตามลำดับ แต่หากคิดเทียบเฉพาะงบที่มาจาก สปสช. พบว่า สัดส่วนงบกองทุนสุขภาพตำบลที่ใช้เพื่อบริการส่วนบุคคลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากไม่ถึงร้อยละ 10 ในปีแรก ได้เพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 30 ในปีที่สองและสาม และเพิ่มเป็นร้อยละ 55 ในปี 2552 และร้อยละ 69 ในปี 2553

1.1.3 การพัฒนาศักยภาพกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อให้การดำเนินการกองทุนสุขภาพตำบลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สปสช. ได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพกองทุนสุขภาพตำบลโดย จัดให้มีการอบรมคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล จัดทำคู่มือการบริหารกองทุนสุขภาพตำบล การถอดบทเรียนกองทุนสุขภาพตำบลที่มีความเข้มแข็ง นอกจากนั้นแผนงานร่วมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคกับระบบประกันสุขภาพได้สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพกองทุนสุขภาพตำบลในรูปแบบต่างๆ เช่น การถอดบทเรียนและจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุน การจัดทำเมนูสุขภาพ การอบรมเรื่องการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การพัฒนาศักยภาพกองทุนตำบลเพื่อเป็นศูนย์เรียนรู้ เป็นต้น

1.2 พัฒนาการกองทุนสุขภาพตำบล

พัฒนาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ เป็นการเปลี่ยนแปลงจากสังคมที่มีรูปแบบเรียบง่ายไปสู่รูปแบบที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และมีความเจริญก้าวหน้าไปเรื่อย ๆⁱⁱ เช่นเดียวกับกองทุนสุขภาพตำบลที่มีพัฒนาการตามแนวคิดนี้จำแนกเป็นแต่ละช่วงเวลาดังนี้

1.2.1 ยุคก่อเกิดกองทุน (พ.ศ. 2549 – พ.ศ. 2550)

ระยะนี้เป็นช่วงจัดให้มีกองทุนครอบคลุมพื้นที่ เริ่มต้นด้วยเป็นกองทุนนำร่องอำเภอละ 1 แห่ง โดย สปสช. เป็นผู้ดำเนินการผลักดันให้เกิดนโยบายนี้และแสวงหาความร่วมมือจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยินดีเข้าร่วม โดยต้องมีการสมทบเงินตามสัดส่วนที่ สปสช. กำหนด ร่วมกับปฏิบัติตามเงื่อนไข เช่น ต้องมีกรรมการที่มาจากตัวแทนสามภาคส่วน คือ ท้องถิ่น ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงมีแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุน

1.2.2 ยุคกองทุนเติบโต พัฒนา และขยายจำนวน (พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2553)

ระยะนี้มีการเพิ่มขึ้นของกองทุนอย่างก้าวกระโดด เช่นเดียวกับความครอบคลุมประชากรและเงินสบทบตั้งได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ขณะเดียวกัน สปสช. ได้สนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนฯ โดยเพิ่มกลไกและโครงสร้างการทำงานที่เอื้อต่อการขยายกองทุนมากขึ้นⁱⁱⁱ ทั้งข้อมูลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม และสนับสนุนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนหรือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ปรับเพิ่มกระบวนการบริหารกองทุน ให้มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอเป็นที่ปรึกษา มีผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ 2 คน เป็นรองประธาน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นกรรมการ เป็นต้น และมีการปรับเพิ่มงบต่อหัวประชากรและสัดส่วนเงินสมทบของ อปท. ในปี พ.ศ. 2553 ดังได้กล่าวไปแล้ว นอกจากนี้ยังมีการขยายกิจกรรมที่เน้นการคัดกรองโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ

ในระยะนี้ได้มีการติดตามประเมินการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลด้วยกันหลายชิ้น^{iv v} ซึ่งสาระสำคัญที่ค้นพบมีดังนี้^{vi vii viii}

- 1) กองทุนสุขภาพตำบลทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นเกิดความตื่นตัวและสนใจงานด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมมากขึ้น ขณะเดียวกันท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมเริ่มให้ความสนใจในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น
- 2) ความเข้มข้นในการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลมีความหลากหลาย ผ่านการนำของผู้บริหารท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก โดยพื้นที่ที่ดำเนินงานได้ดีมักเป็นพื้นที่ที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการไปด้วยดี
- 3) มิติด้านสุขภาพของท้องถิ่นและชุมชนกว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงมีกิจกรรมที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแต่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของปัญหาสุขภาพในปัจจุบันที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป
- 4) ลักษณะกิจกรรมที่ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสนใจมักเป็นกิจกรรมสร้างภาพลักษณ์และสามารถจับต้องได้เป็นรูปธรรม การดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชนยังมีลักษณะเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวมากกว่าการจัดบริการอย่างเป็นระบบ
- 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สามารถปรับแนวคิดและบทบาทคุณอำนวย (facilitator) ได้ดี มองว่าการมีกองทุนทำให้มีคนมาช่วยทำงานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่ขณะเดียวกันก็เหนื่อยขึ้นในการประสาน แต่พื้นที่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปรับแนวคิดและบทบาทไม่ได้ มักมีความขัดแย้งและมองว่าเงินส่วนนี้ควรเป็นของหน่วยบริการสำหรับทำงานสาธารณสุข

- 6) บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนเมื่อเทียบสัมผัสกับท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังคงค่อนข้างจำกัด และมีความหลากหลาย แต่หากชาวบ้านมีส่วนร่วมสมทบจะมีความเป็นเจ้าของและมีบทบาทร่วมในการบริหารจัดการและตรวจสอบมากขึ้น รวมถึงมักเน้นการจัดบริการมากขึ้น
- 7) กองทุนสุขภาพตำบลมีศักยภาพในการเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนด้านสุขภาพ จากการได้รับข้อมูลด้านปัญหาสุขภาพของชุมชนมากขึ้น (แม้มักจำกัดเฉพาะข้อมูลการป่วยและตาย) มีบทบาทในการเสนอ พิจารณา และร่วมดำเนินการโครงการต่าง ๆ แก้ปัญหาตรงตามความเห็นและความต้องการมากขึ้น และสามารถสร้างความตระหนักและระดมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ได้มากขึ้น หลายแห่งมีการตั้งคณะทำงานด้านการติดตามประเมินการดำเนินงานของกองทุน อย่างไรก็ตามก็ยังมีมติการประเมินพิจารณาจากเสียงตอบรับของประชาชนเป็นหลัก
- 8) ยังไม่พบว่าการมีกองทุนสุขภาพตำบลจะมีผลให้ท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณเพื่อการสาธารณสุขและการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนลดลง
- 9) การสนับสนุน เชื้อมโยง และกำกับติดตามการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลในพื้นที่ยังคงมีช่องว่างอยู่

1.2.3 ยุคกองทุนเต็มพื้นที่หรือยุคหลังมีกองทุน (พ.ศ. 2554 –อนาคต)

เป็นระยะเริ่มแรกเห็นการคลี่คลายเพื่อการปรับตัวเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลต่อกระบวนการทำงานด้านการสร้างเสริมป้องกันโรคและการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนของเจ้าภาพทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข ตามบทเรียนการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลผ่านมา

นโยบายดังกล่าวได้รับการยอมรับจากหลายภาคส่วนว่า กลไกดังกล่าวมีศักยภาพในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ ขณะเดียวกันก็ได้รับการสนับสนุนจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามก็มีความคืบหน้าและพัฒนาการที่ต่อเนื่องของกองทุนดังกล่าวในระยะต่อไปเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าควรจะพัฒนาต่อไปทิศทางใด และมาตรการอย่างไร ขณะเดียวกันก็เกิดคำถามว่า การมีกองทุนสุขภาพตำบลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง กระบวนทัศน์ กระบวนการทำงานและบทบาทของแต่ละภาคส่วนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างไร ทั้งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

1.3. แนวคิดการศึกษาและประเด็นคำถามการวิจัย

กองทุนสุขภาพตำบล ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (Public policy) ที่มุ่งหวังในการตอบสนองความต้องการของประชาชนจำนวนมาก ดังนั้นหากท้องถิ่นและชุมชนมีความตระหนัก และมีบทบาทร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชนมากขึ้น ด้วยการสร้างเสริม

สุขภาพ (health promotion) โดยมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็น “มิติทางสังคมเพื่อสุขภาพ” (Social determinant of health) ท้องถิ่นและชุมชนก็จะเป็นศูนย์กลาง (center of gravity) ของการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่างๆ^{ix} ในการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น

นอกจากนี้กองทุนสุขภาพตำบลยังเชื่อมโยงกับหลักการกระจายอำนาจ (Decentralize) ซึ่งมีแนวคิดลดบทบาทของรัฐส่วนกลางในการดำเนินการเอง รวมถึงให้ประชาชนมีส่วนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนมากขึ้น นับได้ว่า “กองทุนสุขภาพตำบล” เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจอย่างหนึ่ง ซึ่งมีใช่เป็นเพียงการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่แก่ท้องถิ่น แต่เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจแก่คณะกรรมการบริหารสุขภาพระดับตำบล (Area health board) เป็นการเพิ่มความสัมพันธ์ทางอำนาจ หน้าที่ใหม่ระหว่างส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น และชุมชน ให้สอดคล้องกับสภาพบ้านเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป ในสภาวะที่สังคมมีกลุ่มคนที่หลากหลาย มีความต้องการ และความคาดหวังจากรัฐในลักษณะที่หลากหลาย แตกต่างกัน ทั้งนี้รูปแบบการจัดการดังกล่าวอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการกระจายอำนาจ

อำนาจการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพชุมชนที่เดิมเดิมบริการสุขภาพระดับบุคคล (personal service) ให้ทั่วถึง มีคุณภาพ มีความต่อเนื่อง และต่อยอดเชื่อมโยง ด้วย “มิติและมาตรการทางสังคมเพื่อสุขภาพ” ให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ เนื่องจากท้องถิ่นมีการกิจส่วนใหญ่เป็นภารกิจด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพในการพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพและบางส่วนเป็นกิจกรรมที่บริการเฉพาะบุคคล ครอบครัว หรือภารกิจที่ดำเนินการในชุมชน รวมทั้ง ภูมิทัศน์ของพื้นที่ดี และสามารถแก้ปัญหาที่ตรงและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ดีกว่าส่วนกลาง ขณะเดียวกันก็สามารถเข้าถึงกลุ่มคนผู้ด้อยโอกาสในชุมชนได้ดีขึ้นตอบสนองต่อความคาดหวังของชุมชนได้ดีขึ้น^x

การศึกษาพัฒนาการของกองทุนสุขภาพตำบล จึงเป็นการศึกษากระแสวิเคราะห์การคลี่คลายเพื่อการปรับตัวเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นเครือข่ายสร้างระบบความสัมพันธ์ และรักษาสัมพันธ์ภาพอย่างยั่งยืนระหว่างระบบสุขภาพชุมชน และระบบสุขภาพทั้งมวล เจ้าภาพทั้งภาคในและนอกสาธารณสุขมีศักยภาพและแบ่งปันอำนาจด้านการจัดการสุขภาพอย่างสอดคล้องกัน บนฐานคิดแห่งกระบวนการทัศน์การพัฒนาที่มีเป้าหมายร่วมกัน ตามวิถีชีวิตสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ด้วยความสัมพันธ์ขององค์ความรู้ทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่น ชุมชนและวิชาการ จนเกิดเป็นนวัตกรรมสร้างสุขภาพ โดยทบทวนพัฒนาการกองทุนตั้งแต่เริ่มก่อเกิด ขยายตัวจนถึงปัจจุบัน เพื่อสังเคราะห์ให้เห็นแนวโน้มพัฒนาการและทิศทางต่อไป กองทุนสุขภาพตำบลที่จะศึกษาพัฒนาการในครั้งนี้ จึงเป็นกองทุนนับแต่ปี 2549 จนถึงปี 2553

ประเด็นคำถามในการวิจัย

“กองทุนสุขภาพตำบลถือเป็นยุทธศาสตร์การเสริมสร้างพลังแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน ซึ่งได้ดำเนินการมาระยะหนึ่งแล้ว จึงมีคำถามว่า กองทุนตำบลมีพัฒนาการและสัมฤทธิ์ผลในการเสริมพลังอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนด้านสุขภาพอย่างไร พิจารณาในมิติการอภิบาลกองทุน (ข้อมูล การมีส่วนร่วม ความโปร่งใส กระบวนการ), การมีนวัตกรรม, ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกองทุนกับหน่วยงานบริหารในอำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง รวมถึงลักษณะโครงการและการเข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชน”

บทที่ 2 วัดถูประสงค์และระเบียบวิธีวิจัย

2.1 วัดถูประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกองทุนสุขภาพตำบลในการเสริมพลังอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน รวมถึงการปรับตัวในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข

วัดถูประสงค์เฉพาะ

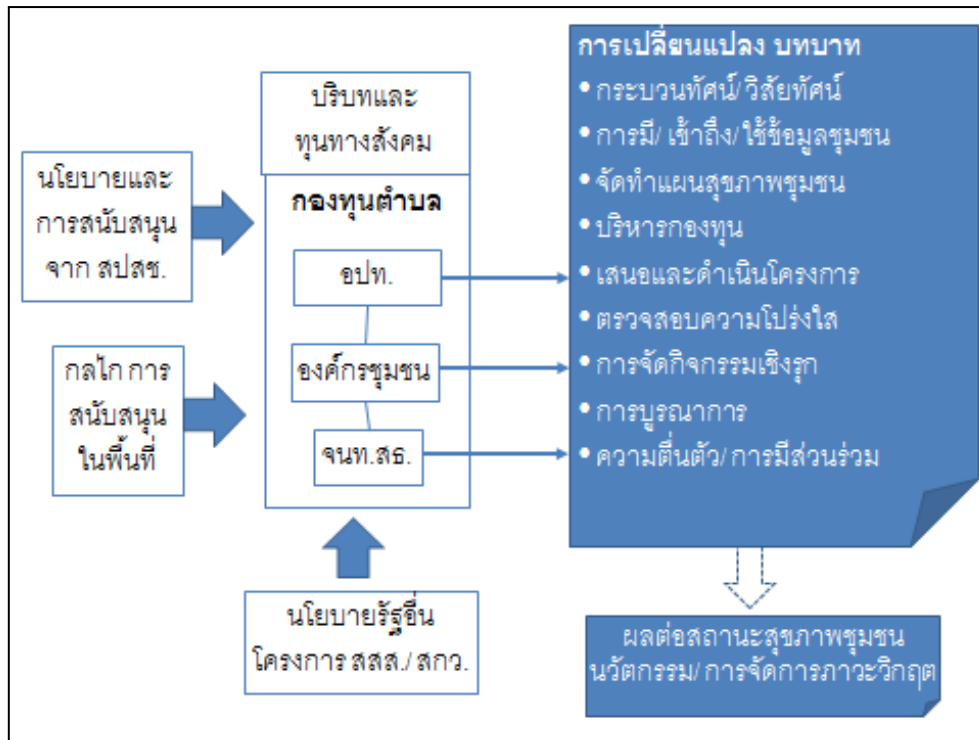
- เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อไปนี้ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้แนวโน้มการเสริมพลังอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ในด้าน
 - ก. การเข้าถึงแหล่งข้อมูลและรับรู้สถานการณ์สุขภาพของชุมชน
 - ข. มโนทัศน์ด้านสุขภาพ และเจตคติการทำงานระบบสุขภาพชุมชน
 - ค. การจัดทำและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ชุมชน
 - ง. การบริหารกองทุนสุขภาพตำบล (การประชุม จัดทำแผน พิจารณาโครงการ ติดตาม ประเมินผลโครงการ)
 - จ. การเสนอและดำเนินงานโครงการที่ได้รับสนับสนุนจากกองทุนตำบล
 - ฉ. การตรวจสอบและความโปร่งใส
 - ช. ลักษณะโครงการที่ดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา การเข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชน รวมถึงผลสัมฤทธิ์ที่เป็นนวัตกรรมการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน อันแสดงถึงคุณค่าของการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
 - ซ. การสนับสนุน นิเทศ ติดตามกำกับของหน่วยงานในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต
- เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนต่อการเสริมพลังอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนในด้านสุขภาพดังต่อไปนี้
 - ก. ต้นทุนทางสังคมเดิมของชุมชน ทั้งในด้าน 1) บริบทชุมชนทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม 2) ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน เครือข่ายองค์กรชุมชน การมีกองทุนที่เกิดจากส่วนร่วมของชุมชนและสนับสนุนการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชน 3) ลักษณะผู้นำและการเมืองท้องถิ่น 4) ศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารการเปลี่ยนแปลงและทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น

- ข. การสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลจาก สปสช. เช่น การนิเทศติดตาม การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การสนับสนุนด้านองค์ความรู้และทรัพยากร เป็นต้น
 - ค. การสนับสนุนจากกลไกในพื้นที่ระดับอำเภอ จังหวัด ในด้านนโยบาย การนิเทศ ติดตาม ฝึกอบรม จัดการความรู้ เป็นต้น
 - ง. การมีโครงการระบบสุขภาพชุมชนอื่น เช่น โครงการ สสส., สกว. รวมถึงนโยบายรัฐ อื่นๆ
- เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่เพื่อเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน

2.2 กรอบแนวคิดการศึกษา

การดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนในอดีตนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นตัวหลักในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ภายใต้อิทธิพลของบริบทและสภาพปัญหาที่เปลี่ยนไปซึ่งต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ได้เข้ามามีบทบาทการมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น เรื้อรัง และเกี่ยวข้องกับปัจจัยสังคมอื่นๆ เช่น พฤติกรรม วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม กองทุนสุขภาพตำบลถือเป็นยุทธศาสตร์และกลไกสำคัญในการเอื้อให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้มามีบทบาทในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน ทั้งนี้ความสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลขึ้นกับบทบาทของสามภาคส่วนหลัก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายชุมชน ซึ่งจากข้อมูลการประเมินที่ผ่านมาพบว่าบทบาทหลักยังคงอยู่ที่สองภาคส่วนแรก อย่างไรก็ตามกระบวนการทำงานของกองทุนสุขภาพตำบลย่อมส่งผลต่อการเรียนรู้และปรับตัวของทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกันอันเป็นการเสริมพลังภาคส่วนต่างๆในการทำงานสุขภาพชุมชนร่วมกัน ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่การปรับวิธีคิดและการทำงานกองทุนสุขภาพที่เอื้อต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ในยุคการปรับตัวเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลต่อกระบวนการทำงานด้านการสร้างเสริมป้องกันโรคและการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ทั้งนี้ปัจจัยที่จะมีผลต่อประสิทธิผลของการเสริมพลังอำนาจของกองทุนสุขภาพตำบลต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และการปรับตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น ยังขึ้นกับบริบท ต้นทุนทางสังคมเดิมของชุมชน การสนับสนุนจาก สปสช. เอง และการสนับสนุนจากปัจจัยอื่นรอบข้าง เช่น นโยบายกระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนจาก สสส./ สกว. เป็นต้น



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวทางการศึกษา

การศึกษานี้ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาคีสามฝ่ายหลัก คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชน ทั้งในด้านบทบาท เจตคติ การเข้าถึงข้อมูล การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านต่างๆ เช่น วางแผน การลงขัน การร่วมกิจกรรม การเสนอโครงการ การติดตามประเมินและตรวจสอบ เป็นต้น ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงด้านผลลัพธ์อาจไปยังไม่ถึง อย่างไรก็ดีการเกิดนวัตกรรม การเข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชน และการจัดการกับปัญหาวิกฤตด้านสุขภาพของชุมชน รวมถึงการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมน่าจะบ่งชี้ถึงความสำเร็จดังกล่าวได้ระดับหนึ่ง

2.3 ตัวแปรการศึกษา

กระบวนทัศน์และเจตคติต่อการดำเนินงานสุขภาพชุมชน ดูการเปลี่ยนแปลงของมโนทัศน์ด้านสุขภาพ รวมถึงเจตคติในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนของภาคีสามฝ่ายหลักกว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้างในช่วงที่ผ่านมา เหมือนหรือต่างกันอย่างไร

การเข้าถึงและการรับรู้สถานการณ์สุขภาพของชุมชน พิจารณาถึงพัฒนาการของความครบถ้วนของข้อมูลที่มีของกองทุนที่ใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ครอบคลุมทั้งข้อมูลเชิงบริบท ประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ และภาวะการเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และตาย

บทบาทการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล หมายถึงการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ภาควิชาเครือข่ายชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยพิจารณาจาก จำนวนครั้งของการประชุม และองค์ประกอบของคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุม การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์/การพิจารณาโครงการ จำนวนและสัดส่วนของโครงการที่เสนอโดยภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

การจัดทำและใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นกระบวนการให้ประชาชนทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการ ค้นหาปัญหา กำหนดสาเหตุของปัญหา จัดลำดับความสำคัญและวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ดังนั้นการมีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม ขณะเดียวกันหากจะให้อยู่ยืนก็ต้องมีการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ดังกล่าวเพื่อการพัฒนา ตลอดจนมีการติดตามและปรับให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา

ระบบการตรวจสอบและความโปร่งใส หมายถึงการมีกลไกการตรวจสอบภายใน มีระบบข้อมูลและบัญชีที่สามารถเข้าถึงและตรวจสอบได้

ลักษณะของโครงการ พิจารณาจากลักษณะของโครงการที่ดำเนินการไปตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบันว่ามีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ในด้าน

- ประเภทโครงการ (สี่ประเภทที่ สปสช.กำหนด)
- ลักษณะโครงการที่ดำเนินงาน (ให้บริการส่วนบุคคลในหน่วยบริการ/ ในชุมชน อบรมให้ความรู้/ เข้าค่าย/ ศึกษาดูงาน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนัก/ ประกวด กิจกรรมควบคุม/ป้องกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภค การเฝ้าระวังและจัดทำข้อมูลปัจจัยเสี่ยง/ปัญหาสุขภาพ/ ติดตามประเมิน การจัดทำนโยบายสาธารณะ/ แผนชุมชน/ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ประชุมคณะกรรมการ/ คณะทำงาน อุดหนุน/ แจกวัสดุ สิ่งของ/เงิน ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง และอื่น ๆ)

ระบบการสนับสนุน นิเทศ ติดตามกำกับของหน่วยงานในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต มองที่ปฏิสัมพันธ์และบทบาทขององค์กรที่จะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน ติดตาม นิเทศ และพัฒนาศักยภาพของกองทุนสุขภาพตำบล คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่

พฤติกรรมเชิงรุก และพฤติกรรมเชิงรับของคนและองค์กร บทบาท กลไกการ และวิธีการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล

การกระตุ้นและการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่การตัดสินใจใช้ทรัพยากรแบบมีส่วนร่วม การบูรณาการทุนและความร่วมมือ ความเสมอภาค ความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

ผลสัมฤทธิ์ที่เป็นนวัตกรรมอันแสดงถึงคุณค่าของการมีกองทุนสุขภาพตำบล หมายถึง กิจกรรม หรือแนวทางการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นมาจากเดิม หรือคิดค้นขึ้นมาใหม่ ว่ามีการปรับเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง เป็นที่ยอมรับหรือตรงกับความต้องการของคนในชุมชนหรือไม่ และความยั่งยืนหรือไม่ ยั่งยืนของนวัตกรรมเกิดมาจากสาเหตุใด โดยนวัตกรรมที่ทำการศึกษานั้นจะครอบคลุมในส่วนของ กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

- เกิดชุดความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ
- มีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ
- เกิดนวัตกรรมเชิงระบบสุขภาพชุมชน
- เกิดผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพชุมชน
- มีกระบวนการทางสังคมขึ้นในชุมชน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของชุมชน
- เกิดนโยบายสาธารณะของชุมชน/ท้องถิ่น ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ

2.4 ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการศึกษาแนวโน้มและทิศทางการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบล เป็นการศึกษาแบบเสริมพลังอำนาจภาคส่วนทั้งในและนอกสาธารณสุข (Empowerment evaluation) โดยให้ความสำคัญกับผู้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการทุกฝ่ายหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ซึ่งการเสริมพลังเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้าไปควบคุมทรัพยากรที่จำเป็นและมีความเข้าใจในบริบทของสังคมตนเองอย่างรอบด้าน^{xi} โดยใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.4.1 กลุ่มตัวอย่าง

ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

1. เลือกจังหวัด 1 แห่งในแต่ละเขต สปสช. รวม 12 จังหวัด โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกจังหวัด ตามลำดับดังนี้
 - 1) เป็นจังหวัดที่มีความเด่นในเรื่องการสมทบทุนจากชุมชนในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล ความเด่นในที่นี้พิจารณาจากตัวเลขงบประมาณการสมทบในภาพรวมทั้งจังหวัดหรือจากจำนวนกองทุนในจังหวัดที่มีการสมทบทุนจากชุมชน
 - 2) เป็นจังหวัดที่มีกองทุนสุขภาพตำบลที่ดำเนินการมาทั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปี พ.ศ. 2552

2. ในแต่ละจังหวัดเลือก 1 อำเภอ (รวม 12 อำเภอ)โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกอำเภอตามลำดับดังนี้

- 1) เป็นอำเภอที่มีกองทุนสุขภาพตำบลเกรด A+ อย่างน้อย 1 กองทุน
- 2) เป็นอำเภอที่มีกองทุนสุขภาพตำบลเกรดอื่นๆได้แก่ A B C D ครบทุกเกรด

หมายเหตุ เกรดของกองทุนสุขภาพตำบล เป็นไปตามการพิจารณาผลการจัดลำดับการประเมินตนเองในการบริหารจัดการกองทุน ของ สปสช. ในเรื่องการบริหาร การมีส่วนร่วมและนวัตกรรม^{xii}

2.4.2 ขอบเขตการศึกษา

1. การศึกษาเชิงปริมาณ ศึกษาและเก็บข้อมูลจากกองทุนสุขภาพตำบลในอำเภอ ทุกกองทุน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 108 กองทุน
2. การศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาและเก็บข้อมูลโดยการสุ่มเลือกกองทุนสุขภาพตำบลทุกเกรด ได้แก่เกรด A+ A B C D เกรดละ 1 แห่ง กรณีอำเภอใดมีกองทุนไม่ครบทุกเกรด ให้เก็บข้อมูลเฉพาะเกรดที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณ 50 กองทุน

2.4.3 การศึกษาเชิงปริมาณ

ใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงการพัฒนาของกองทุนสุขภาพตำบลทุกกองทุนในอำเภอ ดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของชุมชน ได้แก่

- ข้อมูลประชากรศาสตร์
- ข้อมูลทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ประวัติศาสตร์ชุมชน วิถีชีวิต และความเชื่อถือต่าง ๆ องค์การชุมชน รวมทั้งผู้นำของชุมชน อาชีพ ระดับรายได้ รายจ่าย ภาระหนี้สินการศึกษา กองทุนชุมชนต่างๆ เช่น กองทุนออมทรัพย์ กองทุนสวัสดิการ ฯลฯ
- ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- ข้อมูลนวัตกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น
- ข้อมูลเกี่ยวกับสถิติชีพและอนามัย
- ข้อมูลเกี่ยวกับกลไก ระบบ ด้านสุขภาพ เช่น บุคลากรและสถานบริการด้านสาธารณสุขการครอบคลุม การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและการใช้บริการด้านสุขภาพของชุมชนกองทุนสวัสดิการสุขภาพชุมชน เครือข่ายอาสาสมัครสุขภาพของชุมชน เครือข่ายหรือกลุ่มที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับสุขภาพ

- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเมืองท้องถิ่น
- 2) ข้อมูลพื้นฐานของกองทุนฯ
- ข้อมูลโครงสร้างการทำงาน
 - ข้อมูลงบประมาณรายได้และรายจ่าย เงินสะสมจากแหล่งต่างๆ
 - ข้อมูลวิธีการทำงาน เช่น การประชุม
- 3) ข้อมูลสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของกองทุนสุขภาพตำบลในระบบต่อไป
- การจัดการระบบข้อมูลและการรับรู้สถานการณ์สุขภาพของชุมชน ได้แก่ การรวบรวม การเข้าถึงข้อมูล การรับรู้ การเผยแพร่ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผน
 - บทบาทและกลไกการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล ได้แก่ บทบาทที่เป็นตัวหลักและบทบาทที่เป็นตัวยุทธศาสตร์ ในกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมมองตั้งแต่การร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมลงทุน ร่วมติดตาม ประเมินผล
 - การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ได้แก่ กระบวนการและวิธีทำแผน เทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการทำแผน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผน
 - ระบบการตรวจสอบและความโปร่งใส ได้แก่ ระบบข้อมูลและระบบบัญชีที่สามารถเข้าถึงและตรวจสอบได้
 - ลักษณะโครงการที่มีการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา รวมถึงผลสัมฤทธิ์ที่เป็นนวัตกรรมอันแสดงถึงคุณค่าของการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ได้แก่ ลักษณะโครงการที่ทำให้เกิดชุดความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาวะ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ นวัตกรรมเชิงระบบสุขภาพชุมชน ผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทางสังคมขึ้นในชุมชน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของชุมชน และเกิดนโยบายสาธารณะของชุมชน/ท้องถิ่นที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ

- ระบบการสนับสนุน นิเทศ ติดตามกำกับของหน่วยงานในระดับอำเภอ จังหวัด และ เขต ได้แก่ หน่วยงาน วิธีการ ระยะเวลา ประโยชน์ที่เกิดขึ้น

4) แบบสำรวจคณะกรรมการบริหารกองทุนและตัวแทนองค์กรชุมชนแต่มีได้เป็นกรรมการ กองทุนที่มีบทบาทในด้านสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการมีกองทุนสุขภาพ ตำบล

2.4.4 การศึกษาเชิงคุณภาพ

1) ใช้การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มคณะกรรมการกองทุน ตัวแทนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ผู้รับผิดชอบและกลุ่มเป้าหมายของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุน รวม 15-20 คนต่อตำบล เพื่อเก็บข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาของกองทุนสุขภาพตำบลและแนวโน้ม ทิศทางการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบล ในประเด็นต่อไปนี้

- ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการระบบข้อมูล และความต้องการในการสนับสนุนและการ หนุนเสริม
- โครงสร้างการทำงาน บทบาทของภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ที่มีผลต่อการ ดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนภาคีเครือข่าย และ บุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล โดยเฉพาะการร่วม ลงทุนจากทุกภาคส่วนในพื้นที่
- การจัดกลไกการทำงานที่เหมาะสมบนหลักการของความเสมอภาคและ ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะบทบาทการตัดสินใจร่วมกัน
- วิธีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นไปได้และไม่ยุ่งยาก
- กฎ ระเบียบ การใช้จ่ายเงินเพื่อการดำเนินงานที่มีความคล่องตัว
- ความต้องการหนุนเสริมและการพัฒนาระบบการตรวจสอบและความโปร่งใส โดยเฉพาะระบบข้อมูลและระบบบัญชีที่สามารถเข้าถึงและตรวจสอบได้จากทุกภาค ส่วน
- ลักษณะโครงการเชิงรุกและเชิงรับที่ตอบสนองสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพของ พื้นที่
- ระบบการสนับสนุน นิเทศ ติดตามกำกับของหน่วยงานในระดับอำเภอ จังหวัด และ เขต ที่เป็นการหนุนเสริมมากกว่าการตรวจสอบ

- ปัญหาและข้อเสนอแนะอื่นๆ

2) ใช้เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กองทุนระดับอำเภอเพื่อพัฒนาศักยภาพกองทุนด้วยการเสริมพลังการทำงานกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล โดยมีกรรมการกองทุนของทุกกองทุน และผู้เกี่ยวข้อง เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายอำเภอ (บางแห่ง) ในอำเภอเป้าหมายการวิจัยครั้งนี้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในด้านการบริหารจัดการ การดำเนินงาน ทิศทางการพัฒนา การเปลี่ยนแปลง การจัดการกับปัญหาและอุปสรรค การนำเสนอผลงานเด่นหรือนวัตกรรมที่เกิดจากการมีกองทุนสุขภาพตำบล ตลอดจนผลการศึกษาเบื้องต้นที่แต่ละกองทุนสามารถนำความรู้ทั้งที่ได้จากการศึกษาวิจัยและประสบการณ์ความสำเร็จของกองทุนรุ่นบุกเบิกไปเป็นแนวทางในการพัฒนากองทุนได้โดยเฉพาะกองทุนรุ่นที่เพิ่งเข้าโครงการหรือกองทุนที่ยังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจนมาก่อน

2.5 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ในด้านความครอบคลุมในกิจกรรมต่างๆที่มีการดำเนินงานด้านต่างๆ จำแนกตามประเภทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พื้นที่ ลำดับปีที่เข้าร่วมโครงการ

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วม และระดับความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่การวิเคราะห์แบบหลายปัจจัย (multivariate analysis)

3) วิเคราะห์ สาระสำคัญ(Content Analysis) จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และกรณีศึกษา เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

4) นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อทบทวนและเพิ่มเติม

5) สรุปผลและจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

2.6 ข้อมูลทั่วไปของกองทุนสุขภาพตำบลตัวอย่าง

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีทั้งหมด 108 กองทุน โดยแบ่งเป็นกองทุนในเขตเทศบาลเมือง (ทบม.) จำนวน 2 กองทุน เป็นกองทุนในเขตเทศบาลตำบล (ทบต.) จำนวน 34 กองทุน และเป็นกองทุนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 72 กองทุน โดยประชากรในทะเบียนโดยเฉลี่ยในเขต ทบม. เท่ากับ 3.3 หมื่นคน เขต ทบต. และ อบต. เท่ากับ 7.8 และ 6.8 พันคนตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าหลายพื้นที่มีประชากรแฝงอยู่ โดยเฉพาะในเขต อ.เมืองลำพูน มีประชากรวัยแรงงานแฝงสูงที่สุดเนื่องจากเป็นพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม รองลงมาเป็นพื้นที่เขต อ.เมืองสุรินทร์ และ อ.เมืองสกลนคร ตามลำดับ

ขณะเดียวกันแต่ละพื้นที่มีบริบทต่างกันมากทั้งในลักษณะการเป็นเมืองหรือชนบท ระบบเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ลักษณะความสัมพันธ์ของคนในชุมชน รวมไปถึงการเมืองท้องถิ่น ทั้งนี้การมีกองทุนอื่นที่ชาวบ้านร่วมสมทบ การมีเครือข่ายทำงานด้านสุขภาพ และการมีโครงการที่ได้รับการ

สนับสนุนจาก สสส./สกว. อาจเป็นปัจจัยกำหนดความเข้มแข็งของชุมชน เบื้องต้นพบว่ากองทุนที่อยู่ในภาคเหนือ/ภาคกลางตอนบน (ลำพูน พิษณุโลก พิจิตร) มีสัดส่วนของตำบลที่มีกองทุนที่เกิดจากการระดมทุนจากชาวบ้านในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่น เช่นกองทุนสวัสดิการในชุมชน กองทุนฌาปนกิจ เป็นต้น ส่วนภาคใต้ไม่นับพบเลยในพื้นที่ตัวอย่าง พื้นที่ส่วนใหญ่มีเครือข่ายองค์กรชุมชนที่ทำงานด้านสุขภาพ แต่พื้นที่เขต 6, 7, 11, 12 มีสัดส่วนต่ำกว่าเขตอื่นๆ สำหรับการมีโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส./สกว. นั้น เขต 10 และเขต 1 มีสัดส่วนกองทุนที่มีโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสองหน่วยงานค่อนข้างสูง ในขณะที่อ.เมืองสุรินทร์ และอ.ควนขนุน นครศรีธรรมราชไม่มีโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากสองหน่วยงานดังกล่าวเลย (ดังตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 ข้อมูลทั่วไปของกองทุนสุขภาพตำบลในอำเภอตัวอย่าง

เขต สปสช.	จังหวัด	อำเภอ	ประเภท อปท. ของ กองทุนฯ			รวมจำนวนกองทุน	จำนวน ประชากรใน ทะเบียน(คน)	ประชากร แฝง	ร้อยละ ปชก. แฝง	% มีกองทุนที่ ชาวบ้านร่วม สมทบ	% มีองค์กร เครือข่ายใน ชุมชน	จำนวนองค์กร เครือข่าย เฉลี่ย	% มีโครงการ สนับสนุนจาก สสส./สกว.
			ทบ. เมือง	ทบ. ตำบล	อบต.								
1	ลำพูน	เมืองลำพูน	1	11	4	16	142,719	54,653	28%	31.3	93.8	5	56.25
2	พิษณุโลก	เนินมะปราง		4	3	7	53,267	200	0.4%	42.9	71.4	2	14.29
3	พิจิตร	โพธิ์ประทับช้าง		1	6	7	44,591	3,190	7%	57.1	85.7	5	14.29
4	สระบุรี	บ้านหมอ		1	6	7	31,131	461	1%	14.3	85.7	3	28.57
5	กาญจนบุรี	ท่ามะกา		4	3	7	46,640	2,080	4%	28.6	85.7	4	28.57
6	ฉะเชิงเทรา	บ้านโพธิ์		1	9	10	29,065	1,847	6%	30.0	40.0	3	30.00
7	ขอนแก่น	ชุมแพ			11	11	78,064	104	0.1%	0	54.5	2	27.27
8	สกลนคร	เมืองสกลนคร	1	8	9	18	183,645	5,979	3%	11.1	88.9	8	33.33
9	สุรินทร์	เมืองสุรินทร์			6	6	80,218	10,923	12%	16.7	66.7	2	0
10	ยโสธร	คำเขื่อนแก้ว			6	6	29,158	83	0.3%	0	100.0	4	83.33
11	นครศรีธรรมราช	บางขัน			4	4	42,959	2,589	6%	0	50.0	1	0
12	พัทลุง	ควนขนุน		4	5	9	56,915	309	1%	0	44.4	4	44.44
รวมจำนวนกองทุน			2	34	72	108	900,790	818,372	9%				

บทที่ 3 ผลการศึกษา: การดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล

ในบทนี้จะนำเสนอผลการศึกษาด้านการบริหารกองทุนสุขภาพตำบล โดยแยกเป็นประเด็นหลัก คือ (1) มโนทัศน์และเจตคติการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล (2) ระบบข้อมูล (3) การทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กองทุนสุขภาพตำบล (4) การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล และ (5) การบูรณาการกับโครงการและกองทุนอื่น

3.1 มโนทัศน์ เจตคติต่อกองทุนสุขภาพตำบล

กรรมการกองทุนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เข้าใจนิยามคำว่าสุขภาพเป็นเรื่องการเจ็บป่วยทางการแพทย์และสาธารณสุข มีส่วนน้อยที่เข้าใจนิยามของสุขภาพ ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่หมายถึงสภาวะที่สมดุลทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และปัญญา ทั้งนี้การสะท้อนภาพของปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนกว่าโรคและการเจ็บป่วยของบางพื้นที่นั้น พบว่าส่วนใหญ่แล้วจะมีการสร้างความเข้าใจในเรื่องนี้มาก่อน เช่น ในพื้นที่ที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนเข้าไปทำงาน หรือพื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนทุนการพัฒนาจากองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หรือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เป็นต้น พื้นที่เหล่านี้จะสะท้อนภาพปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนกว่าปัญหาเรื่องโรคและความเจ็บป่วย ขณะเดียวกันก็เชื่อมโยงกับปัจจัยอื่นๆ ทางด้านสังคมมากขึ้น เช่น การทำมาหากิน ซึ่งส่งผลต่อรูปแบบและกรอบกิจกรรมในการพัฒนา

“...เขาว่าปลาของเขาสะอาดกว่าปลาของเรา น้ำเขาสะอาด แต่น้ำของเราที่เป็นหนอง เวลาฝนตกน้ำเสีย น้ำอะไรก็ลงที่หนองหาน ปลาก็กินวัชพืชนในหนองหาน พอเรามามาบริโภค ก็เป็นพยาธิใบไม้ในตับ หรืออย่างเรื่อง ยาฉีดกำจัดศัตรูพืช ที่ฉีดลงดิน มันมีอายุนาน บางครั้งไปใช้กับผักที่ปลูกที่อายุสั้นๆ แค่วัน 2 เดือน บางตัวยาใช้เวลาเป็น 4-5 เดือนก็มี คนกินก็รู้แต่คนใช้บอกว่ามันจะได้กิน (ได้ขาย) เร็วๆระยะหลังนี้เนื้อหาโครงการเปลี่ยน จากแรกๆ ทำเรื่องลดละ เลิก เหล้า ตอนนี้นำมาทำเรื่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตอนแรกเรามุ่งประเด็นพันธลงไปให้เหล่า เด็ก บางหมู่บ้านเด็กสำเร็จ บางหมู่บ้านไม่สำเร็จ เราก็ทำเรื่องปรับเปลี่ยน ไข่จะเป็นเฉพาะเรื่องแก้ไขปัญหาคอเลสเตอรอล ตอนนี้เป็นเรื่องของการสร้างสุขภาพ เราทำเรื่องอารมณ์เรื่องอะไรด้วย หลังๆมา เล่นเรื่อง อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ควบคู่กัน (อบต.เชียงเครือ)

ขณะเดียวกันคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่ได้คิดไปไกลว่ากองทุนสุขภาพตำบล จะเป็นกลไกหนึ่งในการสร้างการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement) อันจะนำไปสู่ความเป็นชุมชนเข้มแข็งในการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

ทั้งนี้คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลและผู้ที่เกี่ยวข้องรวมถึงตัวเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่า วัตถุประสงค์หลักของกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อทำการกิจด้านการส่งเสริมป้องกันโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมองภารกิจของกองทุนอยู่ในขอบเขตของงานสาธารณสุขเป็นหลัก ทำให้การดำเนินงานของกองทุนเป็นไปเพื่อการสนับสนุนงานของหน่วยงานสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ทั้งที่เป็นภารกิจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภารกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขสุขภาพ และภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะเดียวกัน ส่วนใหญ่เข้าใจว่างบประมาณของกองทุน เป็นไปเพื่อการทำกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในแต่ละปีนั้นๆ ตามการจัดสรรรายหัวและการสมทบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อย่างไรก็ตามพบว่า ในบางพื้นที่ เช่น บางชั้น และ ไทรย้อย เน้นกระบวนการทัศน์เรื่องสุขภาพ และการจัดการสุขภาพตามบริบทพื้นที่ตนเองเป็นหลัก จึงให้ความสำคัญต่อการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งมีแนวโน้มดีขึ้น และมีผลต่อรูปแบบการบริหารจัดการกองทุน รวมถึงมีการดำเนินงานที่ครบวงจร มีกิจกรรมเชิงรุกในการจัดการปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เป็นระบบ และมีนโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพชุมชนของตนเอง

3.2 ระบบข้อมูลชุมชนของกองทุนสุขภาพตำบล

3.2.1 ข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งพบว่าเกือบทั้งหมดมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงาน เช่น ประชากรกลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ อย่างไรก็ตามข้อมูลประชากรที่มีใช้กลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องมีโครงการชัดเจนของระบบสาธารณสุข เช่น ประชากรผู้ยากไร้ เด็กขาดโอกาสทางการศึกษา แรงงานต่างด้าว พบว่ามีจำกัดมาก มีเพียงหนึ่งในสี่ของกองทุนเท่านั้นที่สามารถให้ข้อมูลจำนวนประชากรกลุ่มด้อยโอกาสดังที่กล่าวมาข้างต้น

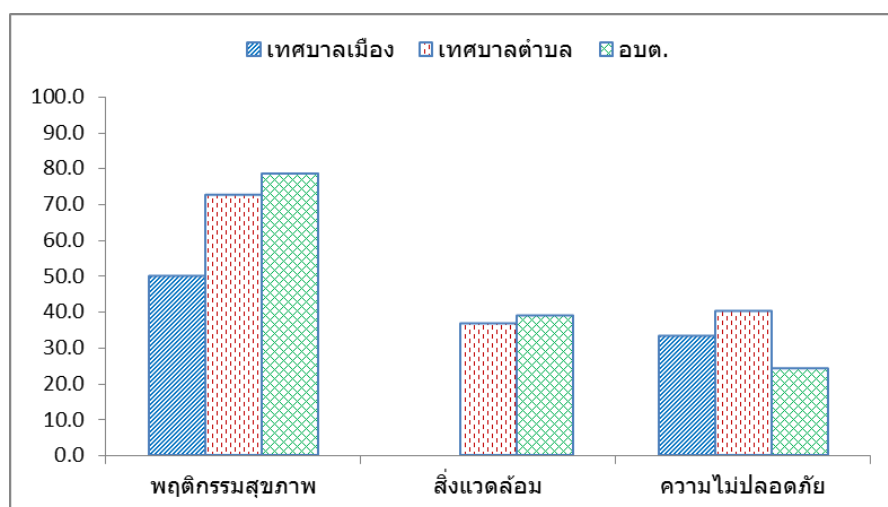
3.2.2 ข้อมูลสถานะสุขภาพประชาชน กองทุนสุขภาพตำบลเกือบทุกแห่งสามารถให้ข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ (การป่วย การตาย การเกิดอุบัติเหตุ) รวมถึงข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังในพื้นที่ โดยข้อมูลทั้งหมดมาจากหน่วยบริการ

3.2.3 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (จำนวนผู้มีภาวะอ้วน จำนวนผู้สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ) โดยพบว่ากองทุนสุขภาพตำบลในระดับ อบต.จะมีความครอบคลุมของข้อมูลดังกล่าวสูงกว่ากองทุนสุขภาพตำบลในเขตเทศบาลตำบลและเทศบาลเมืองตามลำดับ (ภาพที่ 3.1) ขณะเดียวกันกองทุนสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2550 มีความครอบคลุมของการมีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากองทุนที่เข้าร่วมในปีถัดๆ มา (ภาพที่ 3.2)

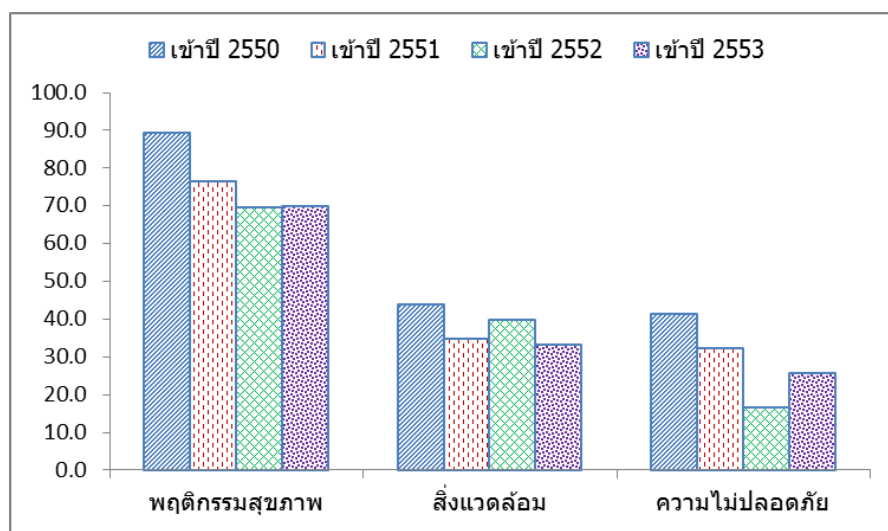
สำหรับข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (จำนวนโรงงานในชุมชน จำนวนครัวเรือนที่เสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีจากการเกษตร จำนวนครัวเรือนที่ได้มลภาวะทางอากาศ มลภาวะทางน้ำ) นั้นมีกองทุนไม่

ถึงครั้งที่มีข้อมูลดังกล่าว (ร้อยละ 40) ทั้งนี้เขตเทศบาลเมืองซึ่งมีอยู่เพียงสองแห่งไม่สามารถให้ข้อมูลด้านนี้ได้ ในขณะที่ความครอบคลุมของการมีข้อมูลดังกล่าวไม่ต่างกันระหว่างเทศบาลตำบลและอบต. กองทุนที่เข้าร่วมก่อนมีแนวโน้มความครอบคลุมสูงกว่ากองทุนที่เข้าร่วมภายหลังเช่นเดียวกับข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม

ในขณะที่ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม (จำนวนผู้ติดยาเสพติด ผู้มีพฤติกรรมเป็นภัยต่อชุมชน และแหล่งอบายมุข) มีกองทุนที่มีข้อมูลดังกล่าวประมาณหนึ่งในสาม เทศบาลตำบลมีความครอบคลุมของข้อมูลชุดดังกล่าวสูงกว่าเทศบาลเมืองและ อบต.ตามลำดับ และแนวโน้มความครอบคลุมตามปีที่เข้าร่วมมีลักษณะเช่นเดียวกับข้อมูลอีกสองชุด



ภาพที่ 3.1 ความครอบคลุมการมีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของกองทุนตำบลในแต่ละอำเภอตัวอย่าง



ภาพที่ 3.2 ความครอบคลุมการมีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของกองทุนสุขภาพตำบล จำแนกตามปีพ.ศ.ที่เข้าร่วมโครงการ

3.2.4 ในด้านการใช้ประโยชน์ข้อมูล พบว่า ข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำโครงการต่างๆ นั้นมักเป็นความเห็น ประสบการณ์ หรือเสียงสะท้อนจากชุมชนมากกว่าเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ผ่านการจัดการอย่างเป็นระบบ (ประเมินน้ำหนักปัญหา ความรุนแรง ความเร่งด่วน เพื่อจัดลำดับความสำคัญ) โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคีภาคส่วนในชุมชน และเป็นการใช้ข้อมูลเพื่อดำเนินงานกิจกรรมเฉพาะหน้ามากกว่าการประมวลและใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนงานโครงการและงบประมาณของกองทุนอย่างเป็นระบบ

3.2.5 การรับรู้โครงการ/ กิจกรรมต่างๆ ที่มีการดำเนินการในพื้นที่ของกองทุนสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่เป็นการรับรู้ของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลและผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการเป็นหลัก เว้นแต่กรณีผู้นำหมู่บ้านและอสม.ในพื้นที่แต่ละหมู่บ้านมีส่วนร่วมดำเนินการพร้อมประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล ประชาชนทั่วไปอาจรับรู้ถึงกิจกรรมต่างที่มีการดำเนินการ แต่ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีมาจากอานิสงส์ของกองทุนสุขภาพตำบล

3.2.6 การรับข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า มีการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นจากกิจกรรมที่มีการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มอสม. เช่น การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างไรก็ตามก็ยังไม่ชัดเจนว่าเป็นอานิสงส์จากกองทุนสุขภาพตำบลโดยตรง เนื่องจากทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ก็มีการรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง

3.2.7 มีเพียงบางพื้นที่ที่กองทุนสุขภาพตำบลมีการขยายการรับรู้และทำให้ชุมชนตระหนัก เห็นสภาพปัญหาที่ชัดเจนขึ้นด้วย โดยการจัดทำประชาคม และการจัดกระบวนการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในระดับตำบล

3.2.8 ประเด็นสำคัญ คือ ไม่ได้มีการใช้ข้อมูลเพื่อการเสริมพลังอำนาจให้กับกรรมการกองทุน และ ชุมชน ในที่นี้หมายถึง ข้อมูลที่มีอยู่เป็นเพียงการอธิบายสถานการณ์ปัญหาเท่านั้น ไม่ได้มีข้อมูลที่แสดงถึง แนวคิด วิธีการสำคัญ นวัตกรรม ที่จะใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังเป็นข้อมูลด้านการเจ็บป่วยในระบบมากกว่าข้อมูลเชิงป้องกัน เช่น ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง จึงไม่สามารถสนองตอบต่อเจตนารมณ์การมีกองทุนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้ ทั้งนี้เพราะไม่ได้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อเรียนรู้ทั้งในและระหว่างกองทุนด้วยกันเอง หรือระหว่างกองทุนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกับหน่วยงานสาธารณสุขและ สปสช. ในระดับเขต

3.3 การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน

กระบวนการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการทำแผน และเป็นกระบวนการที่สามารถพัฒนาศักยภาพของคนทำงาน และนำไปสู่การเสริมพลังอำนาจภาคท้องถิ่นและชุมชนได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีความพยายามใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล แต่ยังคงพบว่า

3.3.1 ผู้รับผิดชอบกองทุนสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ ยังไม่ให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความไม่เข้าใจ และไม่สามารถประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติงานจริงได้ ทำให้กิจกรรมของหลายกองทุนไม่เป็นไปตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่เขียนไว้

3.3.2 พื้นที่ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ผู้รับผิดชอบกองทุนสุขภาพตำบลจะมีทักษะในการบริหารจัดการได้ค่อนข้างดี ขณะเดียวกันทำให้แต่ละภาคส่วนได้มีโอกาสในการบูรณาการการทำงานร่วมกันได้ ไม่ว่าจะเป็น เป้าหมาย กระบวนการ รวมทั้งการใช้ทรัพยากร

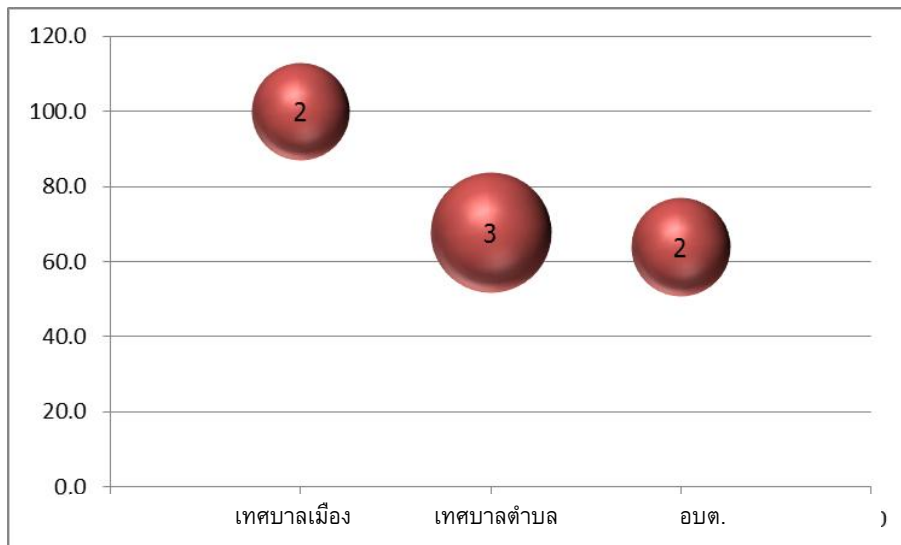
3.3.3 ในกระบวนการจัดทำแผน พื้นที่ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการประชาคมในการให้ชุมชนเสนอปัญหาสุขภาพ อย่างไรก็ตามพบว่าโครงการที่เกิดขึ้นในบางจังหวัดเป็นไปตามแนวนโยบายของจังหวัดในการขับเคลื่อน เช่น นโยบาย 5+2 นอกจากนี้พบว่าในบางพื้นที่ไม่มีโครงการที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็นที่รับรู้กันทั่วในชุมชนเลย เช่น ปัญหาอันเนื่องจากการใช้สารเคมีในภาคเกษตร การใช้ยาแก้ปวดยาชุดในกลุ่มเกษตรกร ปัญหาพยาธิใบไม้ในตับ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ยาเสพติด เป็นต้น

3.3.4 กฎระเบียบทางการเงิน สร้างภาวะอึดอัดสำคัญให้กับการบริหารจัดการกองทุนที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของกองทุนสุขภาพตำบล กรรมการกองทุนและผู้ที่เกี่ยวข้องมักมีความกังวลกับการใช้เงินที่เป็นไปตามระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตามหลักเกณฑ์ของ สปสช.

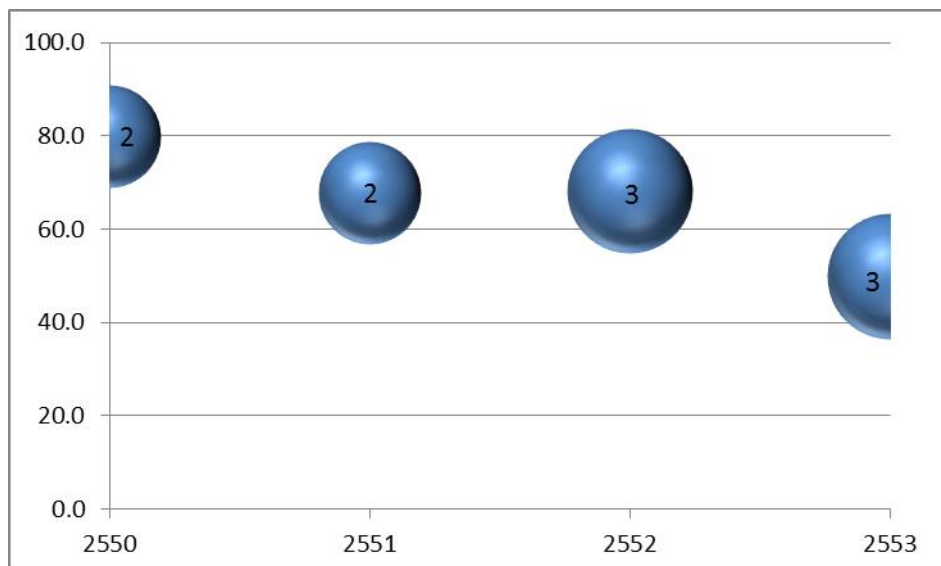
3.4 การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล

3.4.1 การแต่งตั้งคณะกรรมการด้านต่าง ๆ

พบว่ากองทุนส่วนใหญ่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านต่าง ๆ ในการดำเนินงาน โดยกองทุนในเขตเทศบาลเมืองมีการแต่งตั้งคณะกรรมการทุกแห่ง ส่วนเขตเทศบาลตำบลและอบต.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประมาณร้อยละ 60-70 โดยมีจำนวนคณะกรรมการเฉลี่ยแห่งละ 2-3 ชุด (ภาพที่ 3.3) ขณะเดียวกันพบว่า กองทุนที่เข้าร่วมก่อนมีสัดส่วนกองทุนที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสูงกว่ากองทุนที่เข้าร่วมภายหลังตามลำดับ (ภาพที่ 3.4)



ภาพที่ 3.3 ร้อยละการมีและจำนวนคณะอนุกรรมการเฉลี่ยต่อแห่งจำแนกตามประเภท อบต.



ภาพที่ 3.4 ความครอบคลุมและจำนวนอนุกรรมการเฉลี่ยต่อกองทุนจำแนกตามปี พ.ศ. ที่เข้าร่วม

3.4.2 การประชุมของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

การประชุมของคณะกรรมการกองทุน ที่มีผู้แทนกรรมการเข้าร่วมครบทั้งสามฝ่าย (อปท. จนท.สร. และชุมชน) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปีจากร้อยละ 77 ถึงร้อยละ 95 ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2553 และเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ โดยความครอบคลุมของการประชุมในปีแรกที่เริ่มดำเนินการอยู่ที่ร้อยละ 77 - 78 ของกองทุนที่เข้าร่วมในสามปีแรก และเพิ่มเป็นร้อยละ 90 ในปีี่สี่ (ตารางที่ 3.1) ขณะเดียวกันก็พบว่าความถี่ในการประชุมของคณะกรรมการเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เข้า

ร่วมโครงการ ส่วนสาธารณสุขอำเภอในฐานะที่ปรึกษาของกองทุนมีการเข้าร่วมประชุมเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นและไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ตารางที่ 3.1 การประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนจำแนกตามลำดับปีเข้าร่วมโครงการ พ.ศ. 2550-2553

	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
ร้อยละกองทุนที่มีการประชุมโดยมีตัวแทนครบสามฝ่าย				
เริ่มปี 2550	77	92	96	100
เริ่มปี 2551		77	90	93
เริ่มปี 2552			78	100
เริ่มปี 2553				90
รวม	77	84	89	95
จำนวนครั้งเฉลี่ยในการประชุมที่มีตัวแทนครบสามฝ่าย				
เริ่มปี 2550	3.0	3.9	4.0	4.8
เริ่มปี 2551		2.8	4.3	4.3
เริ่มปี 2552			2.1	3.8
เริ่มปี 2553				3.5
รวม	3.0	3.3	3.5	4.1
ร้อยละการประชุมที่มีสาธารณสุขอำเภอเข้าร่วมประชุม				
เริ่มปี 2550	30	25	28	38
เริ่มปี 2551		26	22	31
เริ่มปี 2552			31	26
เริ่มปี 2553				36
รวม	30	26	26	33

3.4.3 กระบวนการพิจารณาและจัดทำโครงการ

กองทุนสุขภาพตำบลน้อยแห่งที่มีการวางแผนและพัฒนาหลักเกณฑ์ขั้นตอนการพิจารณาโครงการและดำเนินการตามที่ตกลง กองทุนสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ใช้ข้อตกลงแบบสมานฉันท์ สื่อสารกันได้และไม่ได้อึดตามกรอบหลักเกณฑ์ดังที่กำหนดขึ้น (กรณีที่มีหลักเกณฑ์)

กระบวนการได้มาของโครงการมาจากการเสนอ ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชน โดยเวทีประชาคมเป็นเครื่องมือสำคัญให้คนในพื้นที่ได้พูดคุยกันและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชน โดยให้มีการเสนอโครงการรายหมู่บ้าน รายชุมชน และรายกลุ่มเป้าหมาย ตามสภาพการรับรู้ปัญหาและข้อมูลของแต่ละฝ่าย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และเมื่อได้

โครงการที่แต่ละพื้นที่หรือกลุ่มเสนอมาก็จะมีการจัดหมวดหมู่หรือผนวกเป็นโครงการใหญ่โดยเจ้าหน้าที่หรือประธาน อสม. เป็นคนเขียนโครงการให้ ส่วนใหญ่มักไม่ได้ใช้เกณฑ์ในกระบวนการพิจารณา แต่หลายแห่งกำหนดให้ผู้เสนอโครงการต้องเป็นหน่วยงานหรือเครือข่าย ทำให้ต้องมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มในการเสนอโครงการ ขณะเดียวกันพบว่ามักไม่มีการจำกัดวงเงินงบประมาณ สังเกตได้จากโครงการที่ถูกตัดออกในปีนี้จะมีการรอคิวเพื่อใช้งบประมาณ (ถ้าเหลือ) หรือใช้ในปีต่อไปในบางกองทุนที่ศึกษา มีข้อสังเกตอีกประการคือ โครงการที่ได้รับอนุมัติจะเป็นโครงการที่ดำเนินการสำหรับคนส่วนใหญ่มิใช่เฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเฉพาะแม้จะเป็นโครงการที่คนกลุ่มย่อยหรือเฉพาะพื้นที่เสนอก็ตาม แต่เมื่อได้รับอนุมัติก็จะให้ดำเนินการกับคนทั้งหมดหรือทำในทุกพื้นที่

3.4.4 การติดตามประเมินโครงการ

บทบาทดังกล่าวของคณะกรรมการยังทำได้จำกัด มีรูปแบบการติดตามความก้าวหน้าอย่างไม่เป็นทางการระหว่างการประชุมของคณะกรรมการ ส่วนใหญ่เป็นเพียงการติดตามประเมินว่ามีการทำตามกิจกรรมที่เสนอไว้ตามแผนหรือไม่ หลายแห่งประเมินโดยดูการตอบรับของประชาชน ดูจากจำนวนคนเข้าร่วมโดยใช้รูปถ่ายเป็นหลักฐาน สอบถามความเห็นของประชาชน ซึ่งหากพบว่าชาวบ้านตอบรับดี ปีต่อไปโครงการนั้นก็ได้รับการสนับสนุนอีก เป็นต้น ทั้งนี้การติดตามประเมินโครงการไม่มีการดูประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ เนื่องจากไม่ได้วางแผนไว้อย่างชัดเจนและเป็นจังหวะก้าว

รูปแบบการติดตามใช้การประชุมคณะกรรมการกองทุนเป็นหลัก อาจมีการเสนอในที่ประชุมของท้องถิ่นบ้างแต่ส่วนใหญ่เป็นเพื่อทราบมากกว่าเพื่อประเมินผลและตรวจสอบสิ่งที่ดำเนินการ ส่วนประชาชนที่เป็นกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล รวมทั้งประชาชนทั่วไปในชุมชนมีการรายงานผลงานน้อยมากถึงน้อยที่สุด แม้ว่าจะเห็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนแต่ไม่ได้สะท้อนเป็นผลงานกองทุนสุขภาพตำบล

3.5 การบูรณาการกับโครงการและกองทุนอื่นที่มีในพื้นที่

ในเชิงโครงการที่ได้รับการอนุมัติจากกองทุนสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ยังมีฐานจากงานนโยบายของสาธารณสุขเป็นหลัก ดังนั้นจะเป็นลักษณะวิธีดำเนินงานที่เชื่อมโยง/ บูรณาการรูปแบบวิธีการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นสำคัญ ส่วนใหญ่ในพื้นที่ไม่มีการบูรณาการงบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบลกับกองทุนอื่นที่มีในชุมชน แต่มีการแบ่งก้อนการใช้งบประมาณจากแหล่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในบางโครงการตามที่เป็นมติของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งพบได้ในบางพื้นที่ที่เชื่อมกับหน่วยสนับสนุนเช่น รพ.แม่ข่าย (เช่น งานเยี่ยมบ้าน งานกู้ชีพฉุกเฉิน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เป็นต้น) แต่กรณีนี้ไม่ได้เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นในพื้นที่ทั่วไป

3.6 สรุปข้อค้นพบ

1. ขาดความชัดเจนในเป้าประสงค์ที่แท้จริงของกองทุนสุขภาพตำบลและมโนทัศน์การทำงาน กองทุนว่าจะมีทิศทางและพัฒนาการต่อไปอย่างไร กิจกรรมที่กองทุนส่วนใหญ่ดำเนินการเป็นการ จัดบริการ และการทำกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน เพื่อตอบสนองต่อการแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่มากกว่าจะเป็นการสร้างสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมในชุมชน จึงขาดการ วางแผนระยะยาว ในการประยุกต์ใช้กองทุนสุขภาพตำบลให้เป็นกลไกการเคลื่อนไหวทางสังคมอันจะ นำไปสู่ความเป็นชุมชนเข้มแข็งในการจัดการปัญหาสุขภาพตนเอง

2. ความครอบคลุมการมีระบบข้อมูลสุขภาพของชุมชนดีขึ้นแต่ยังจำกัดอยู่ที่ข้อมูลด้าน สาธารณสุขเป็นหลัก คือข้อมูลการป่วย การตาย และกลุ่มเสี่ยงของระบบสาธารณสุข ในขณะที่ความ ครอบคลุมของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมที่มีผลต่อ สุขภาพนั้นยังมีจำกัด ทั้งๆ ที่เป็นข้อมูลเชิงป้องกันที่จะบอกทิศทางการทำงานของกองทุนในเรื่องการ สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้

3. การใช้ประโยชน์ของข้อมูลเป็นไปเพื่อการจัดทำแผนและโครงการสำหรับขอรับการสนับสนุน งบประมาณจากกองทุนเป็นหลัก ขณะเดียวกันพบว่ายังมิได้มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

4. การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชนดีขึ้น เนื่องจากการจัดกิจกรรม ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย

5. การใช้ข้อมูลเพื่อเสริมพลังอำนาจแก่คณะกรรมการและชุมชนผ่านกระบวนการจัดการความรู้ และแลกเปลี่ยนระหว่างกองทุนยังมีไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร โดยเฉพาะข้อมูลที่แสดงถึงแนวคิด วิธีการ สำคัญ นวัตกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน แต่ในบางพื้นที่ข้อมูลสุขภาพก็จะเป็น ปัจจัยกระตุ้นให้ผู้นำท้องถิ่นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายได้ เช่น กรณีของ เทศบาลตำบลไทรน้อย ใช้ในการจัดการสุขภาวะตนเองได้อย่างครบวงจร กรณีสถิติการเสียชีวิตของ ประชากรในพื้นที่จากโรคมะเร็ง ที่ต้องกลับมาให้ความสำคัญกับอาหารปลอดภัยตั้งแต่ Farm to Table มากขึ้นจนสามารถกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นได้ เป็นต้น

6. แม้จะมีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในหลายพื้นที่แต่พบว่าการประยุกต์ใช้แผนที่ ดังกล่าวในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนยังเป็นรูปธรรมยังคงมีน้อย เนื่องจากความไม่เข้าใจใน กระบวนการและเทคนิคที่มีความเฉพาะ ส่งผลให้ไม่สามารถประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการ แก้ปัญหาในชุมชนได้อย่างเต็มที่

7. พื้นที่ส่วนใหญ่มีการใช้กระบวนการประชาคมในการให้ชุมชนเสนอปัญหาสุขภาพของชุมชน อย่างไรก็ดีนโยบายของจังหวัดและส่วนกลางที่กำหนดการวัดผลงานตามระบบที่กำหนดไว้เป็น KPI

ยังคงมีอิทธิพลและครอบงำวิธีคิดของท้องถิ่นและชุมชน เห็นได้จากโครงการที่มีการจัดทำสอดคล้องกับแนวนโยบายของกระทรวงและจังหวัด ในขณะที่อาจไม่มีโครงการที่แม้ชุมชนจะตระหนักกันดีว่าเป็นปัญหา

8. ในการบริหารจัดการกองทุน มีกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ผ่านการประชุม การตั้งคณะอนุกรรมการต่างๆ และการใช้กระบวนการประชาคม อย่างไรก็ตามกระบวนการพิจารณาโครงการไม่ค่อยเคร่งครัดในกรอบหลักเกณฑ์ที่กำหนด และมีลักษณะใช้ข้อตกลงแบบสมานฉันท์ และกระจายผลประโยชน์กับทุกๆ กลุ่มมากกว่าที่จะเน้นกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งแทนที่จะเป็นการจัดโครงการเพื่อแก้ปัญหาอย่างแท้จริงของชุมชน

9. มีการติดตามประเมินผลโครงการในลักษณะการติดตามการทำกิจกรรมและกระบวนการดำเนินงานตามที่เสนอมากกว่าที่จะดูผลลัพธ์ และฟังเสียงตอบรับจากประชาชนเป็นหลัก

10. โครงการที่ดำเนินงานของกองทุนส่วนใหญ่ยังมิฐานจากงานนโยบายสาธารณสุขเป็นหลัก จึงเป็นการบูรณาการกับงานของสาธารณสุขเป็นสำคัญ แต่ไม่มีการบูรณาการงบประมาณกับกองทุนอื่น หรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นภายนอก

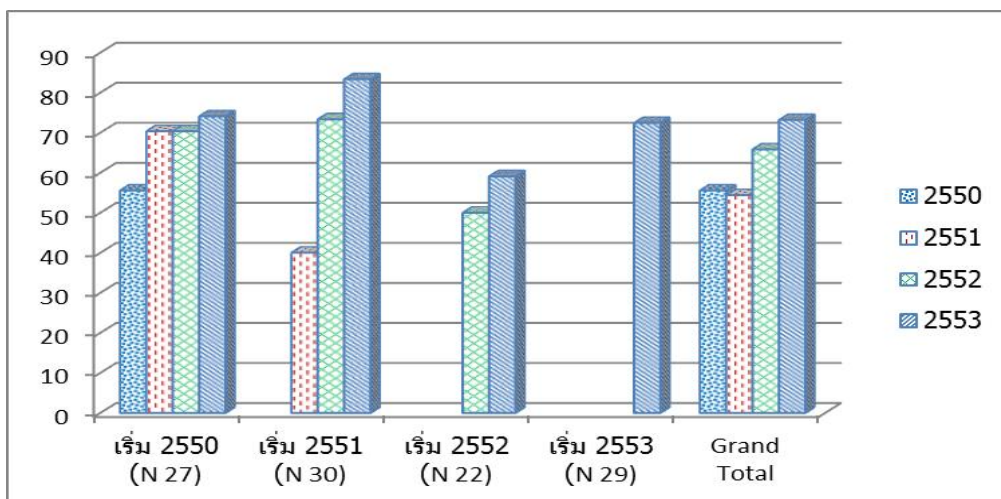
บทที่ 4 ผลการศึกษา:

การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

ศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลเป็นปัจจัยกำหนดสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานกองทุน ทั้งในด้านการจัดทำแผน การจัดทำโครงการ การบริหารโครงการ การติดตามประเมิน เป็นต้น โดย สปสช. ได้มีการสนับสนุนในด้านการพัฒนาศักยภาพโดยการอบรมคณะกรรมการกองทุน การจัดทำคู่มือการบริหารกองทุน การถอดบทเรียนกองทุนที่ดำเนินงานได้ดี การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุน การอบรมเรื่องการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และการพัฒนาพื้นที่บางแห่งให้เป็นศูนย์เรียนรู้ เป็นต้น ซึ่งในที่นี่จะนำเสนอข้อมูลการได้รับการพัฒนาของคณะกรรมการกองทุนในพื้นที่ศึกษาในด้าน การได้รับการอบรม การศึกษาดูงานกองทุนอื่น และการได้รับการนิเทศจากหน่วยงานสนับสนุนในพื้นที่

4.1 การได้รับการอบรมของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

สำหรับการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล พบว่าคณะกรรมการกองทุนได้รับการอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสัดส่วนสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในภาพรวมจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 70 ของกองทุนที่คณะกรรมการได้รับการอบรม (ภาพที่ 4.1) หากจำแนกตามลำดับปีที่เข้าร่วมโครงการพบว่า สัดส่วนของกองทุนที่คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลได้รับการอบรมในปีแรกที่เข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหากไม่นับรวมปี พ.ศ. 2550 โดยเพิ่มจากร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 70 ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2553 อย่างไรก็ตามก็เป็นที่สังเกตว่าสัดส่วนของกองทุนที่คณะกรรมการได้รับการอบรมในปี 2553 ไม่ค่อยแตกต่างกันระหว่างกองทุนที่มีลำดับปีการเข้าร่วมต่างกัน (ไม่มีการจัดลำดับความสำคัญสำหรับกองทุนใหม่หรือเก่า)

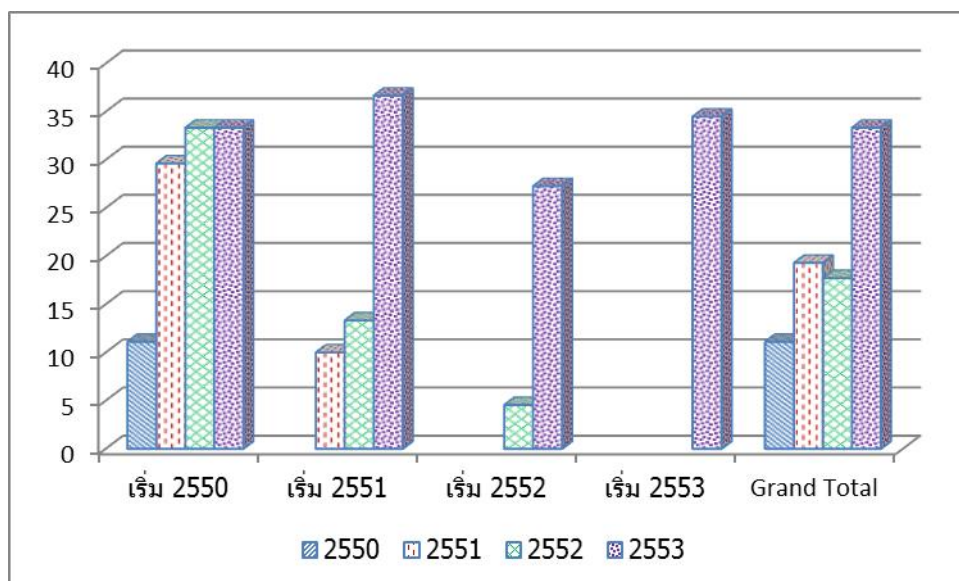


ภาพที่ 4.1 ร้อยละของกองทุนที่คณะกรรมการกองทุนได้รับการอบรมตามปี พ.ศ. เข้าร่วมโครงการ

การอบรมคณะกรรมการกองทุนส่วนใหญ่เป็นการอบรมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ หลักการ และระเบียบปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกองทุนสุขภาพตำบล ทั้งนี้ไม่ชัดเจนว่าทำไมคณะกรรมการกองทุนจึงไม่ได้รับการอบรมทุกแห่ง

4.2 การศึกษาดูงานกองทุนอื่น

การศึกษาเรียนรู้จากกองทุนอื่นซึ่งดำเนินงานได้ดีถือเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ และอาจทำให้การพัฒนาเป็นไปได้อย่างก้าวกระโดด ที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาเรียนรู้ระหว่างกองทุนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเพียงประมาณร้อยละ 10 เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 20 ในปีที่สองและสามในภาพรวมและเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 33 ในปีี่สี่ ทั้งนี้หากพิจารณาในช่วงสามปีแรกจะพบว่า ปีแรกของกองทุนที่เข้าร่วมในช่วงดังกล่าวมิได้มีความครอบคลุมของการไปเรียนรู้จากกองทุนอื่นเพิ่มขึ้นเลย (กองทุนที่ได้ไปเรียนรู้จากกองทุนอื่นในปีแรกที่เข้าร่วมอยู่ที่ร้อยละ 10, 10, และ 4 ของกองทุนที่เข้าร่วมในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 ตามลำดับ) การก้าวกระโดดของการไปเรียนรู้ระหว่างกันเกิดขึ้นในปี 2553 ดังแสดงในภาพที่ 4.2



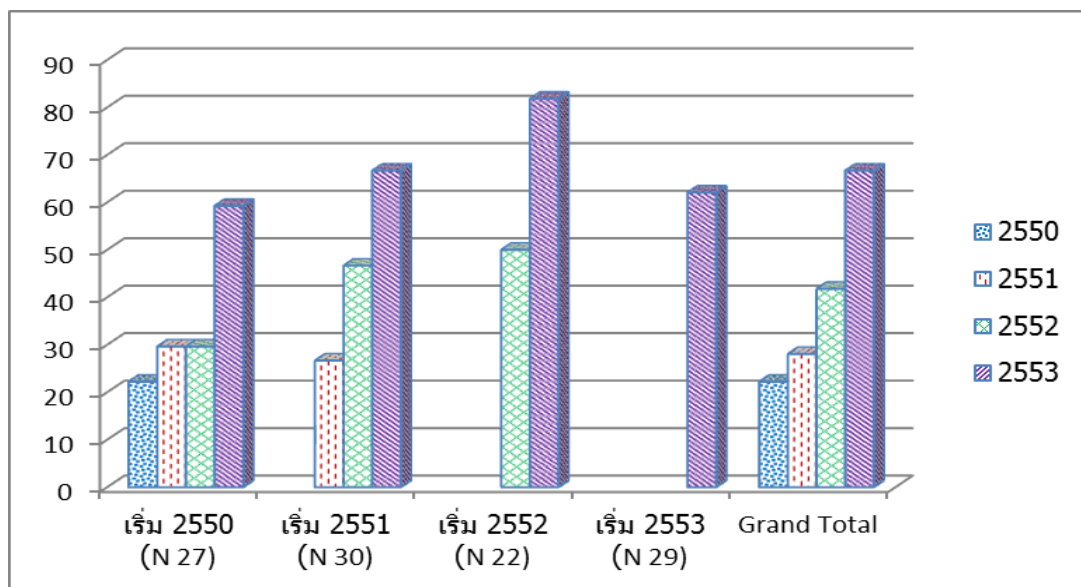
ภาพที่ 4.2 ร้อยละกองทุนที่ได้ไปศึกษาดูงานของกองทุนอื่นจำแนกตามปี พ.ศ.ที่เข้าร่วมโครงการ

การไปศึกษาดูงานส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่กองทุนสนใจหรือได้รับข้อมูลมา และส่วนใหญ่จะเป็นการไปศึกษาดูงานในต่างจังหวัด ไม่ค่อยพบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลระหว่างพื้นที่ภายในอำเภอ ในพื้นที่ที่มีการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุนภายในอำเภอเดียวกันนี้ใช้ลักษณะของผู้แทน 2-3 คนที่ได้รับการคัดเลือกไปร่วมติดตามงานกองทุนใน

นามคณะกรรมการติดตามประเมินผลในระดับอำเภอ อย่างไรก็ตามยังมีข้อค้นพบจากเกือบทุกกองทุนว่า ยังมีข้อจำกัดของเนื้อหาการเรียนรู้ในเชิงวิธีคิด วิธีพัฒนากองทุนหรือการแลกเปลี่ยนความรู้ วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการขับเคลื่อนการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลเพื่อสุขภาวะจากความร่วมมือภาคส่วนต่างๆ

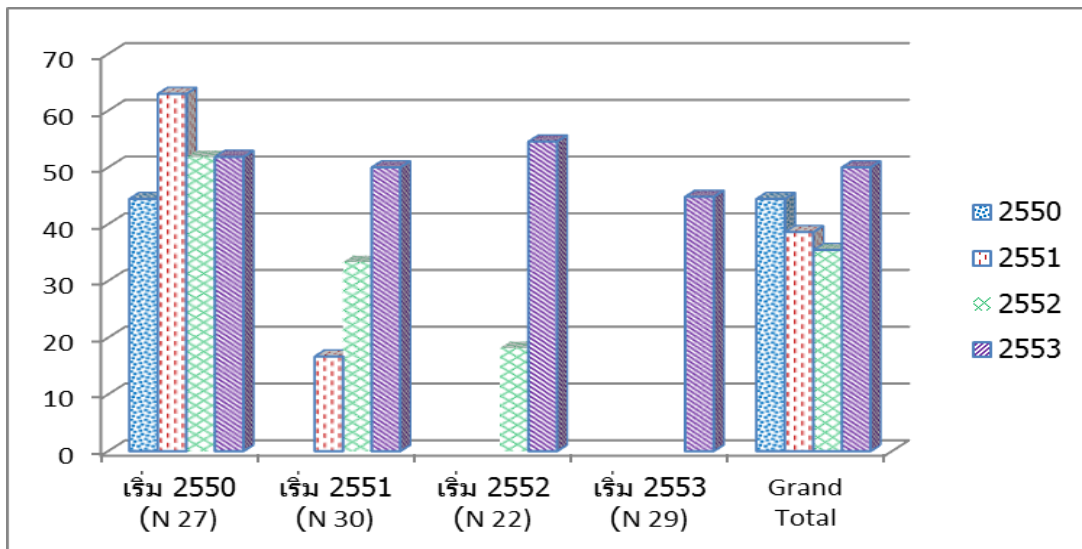
4.3 การได้รับการนิเทศจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการได้รับการสนับสนุนโดยการนิเทศแนะนำในการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับอำเภอ จังหวัด และ สปสช.เขต แสดงในภาพที่ 4.3, 4.4 และ 4.5 ตามลำดับ โดยรวมพบว่า กองทุนที่ได้รับการนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากประมาณร้อยละ 20 ในปีแรกเพิ่มเป็นร้อยละ 30, 40 และ 70 ในปีถัดไปตามลำดับ อย่างไรก็ตามก็มีข้อสังเกตว่าการเพิ่มขึ้นนั้นเพิ่มในทุกกลุ่มตามลำดับปีเข้าร่วมโดยมิได้มีการจัดลำดับความสำคัญ



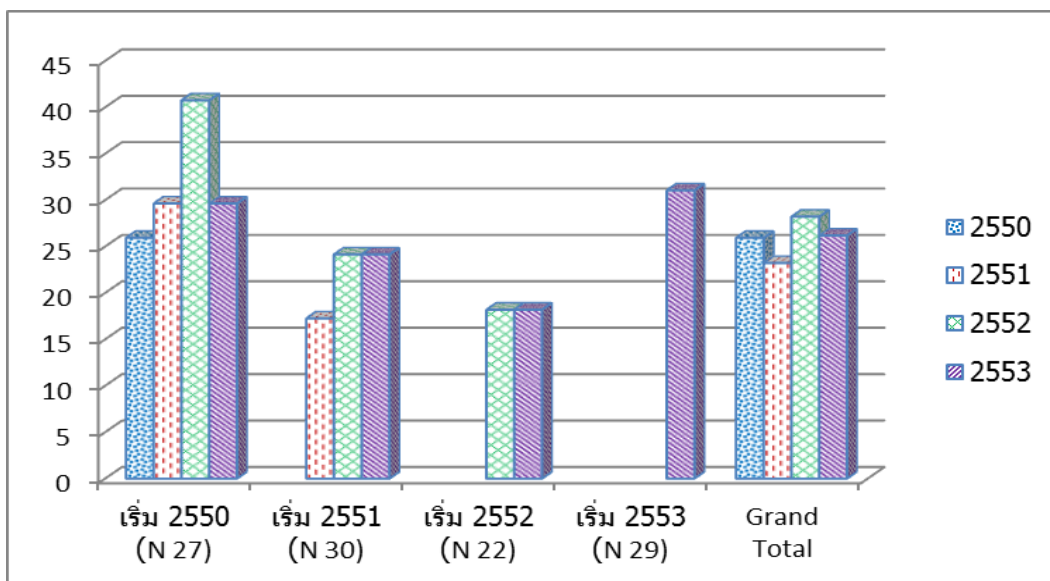
ภาพที่ 4.3 ร้อยละกองทุนได้รับนิเทศจากสาธารณสุขอำเภอจำแนกตามลำดับปีเข้าร่วม 2550-2553

สำหรับการได้รับการนิเทศจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) พบว่าความครอบคลุมของกองทุนที่ได้รับการนิเทศจาก สสจ. มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในช่วงสามปีแรกและกระโดดขึ้นในปี 2553 โดยรวมประมาณร้อยละ 40 – 50 ของกองทุนเท่านั้นที่ได้รับการนิเทศจากจังหวัด (ภาพที่ 4.4) หากพิจารณาเฉพาะปีแรกที่เข้าร่วมโครงการของแต่ละกลุ่ม พบว่ากองทุนรุ่นแรกได้รับการนิเทศจาก สสจ. ร้อยละ 40 และลดลงเหลือไม่ถึงร้อยละ 20 สำหรับรุ่นที่สองและสาม และเพิ่มเป็นร้อยละ 40 ในรุ่นปี 2553



ภาพที่ 4.4 ร้อยละกองทุนได้รับนิเทศจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำแนกตามปี พ.ศ. ที่เข้าร่วมโครงการ

สำหรับการนิเทศจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตมีเพียงประมาณร้อยละ 25 ของกองทุนที่รายงานว่าได้รับการนิเทศ และไม่เห็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงชัดเจนนัก (ภาพที่ 4.5)



ภาพที่ 4.5 ร้อยละกองทุนได้รับนิเทศจาก สปสช.เขต จำแนกตามปี พ.ศ. เข้าร่วมโครงการ

4.4 สรุปข้อค้นพบ

1. โดยสรุป คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลมีแนวโน้มได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการอบรม การศึกษาดูงาน และการนิเทศติดตามจากหน่วยงานในพื้นที่ โดยเฉพาะจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นในการพัฒนาเชิงปริมาณ อย่างไรก็ตามไม่มีหลักฐานชัดเจนในประสิทธิผลการพัฒนา
2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนยังขาดการจัดการอย่างเป็นระบบเพื่อมุ่งเน้นประสิทธิผล เช่น การจัดลำดับความสำคัญของกองทุนกลุ่มเป้าหมายในแต่ละปี ประเด็นการพัฒนาในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละรุ่นของการเข้าร่วมโครงการให้มีลักษณะการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพในการสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สปสช.เขต โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาในประเด็นความครอบคลุมของการนิเทศงานกองทุนสุขภาพตำบล และโอกาสในการเข้าถึงกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่ามีความเข้าใจธรรมชาติและบริบทของกองทุนแต่ละแห่งดีกว่าหน่วยงานอื่นที่กล่าวถึงแล้ว
4. ขาดกลไกหลักในการจัดการเพื่อให้เกิดกระบวนการถอดบทเรียนและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุนต่างพื้นที่ในอำเภอเดียวกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างก้าวกระโดดของกองทุน ทั้งนี้ด้วยกระบวนการวิจัยแบบเสริมพลังของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กองทุนระดับอำเภอที่แต่ละกองทุนเกิดการเรียนรู้ตนเองและมีพลังมุ่งสู่การพัฒนากองทุนอย่างก้าวกระโดดได้ ดังเช่นกรณีกองทุนสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก นั้นได้ค้นพบว่ากองทุนระดับ D ตามหลักเกณฑ์ สปสช. เช่น กองทุนสุขภาพตำบลองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านน้อย ชุมชี่เหล็ก เมื่อผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รู้ทุนตนเอง รู้ตัวตนตนเองว่าพัฒนาอยู่ในระดับใดและจะพัฒนาต่อไปสู่เป้าหมายของตนในระดับใด นั่นคือ ใช้ตนเองเป็นตัวเปรียบเทียบหรือ benchmark เกิดพลังจูงนำห้องถิ่นยกทีมเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และใช้บทเรียนพัฒนา แนวทางปฏิบัติที่ดีจากบทเรียนผู้นำการเปลี่ยนแปลงรุ่นพี่ที่ต้องการนำมาปรับใช้แบบต่อยอดตามบริบทของพื้นที่ตนเองมากกว่าการเลียนแบบให้เกิดการพัฒนาแบบก้าวกระโดด

บทที่ 5 ผลการศึกษา: ผลการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล

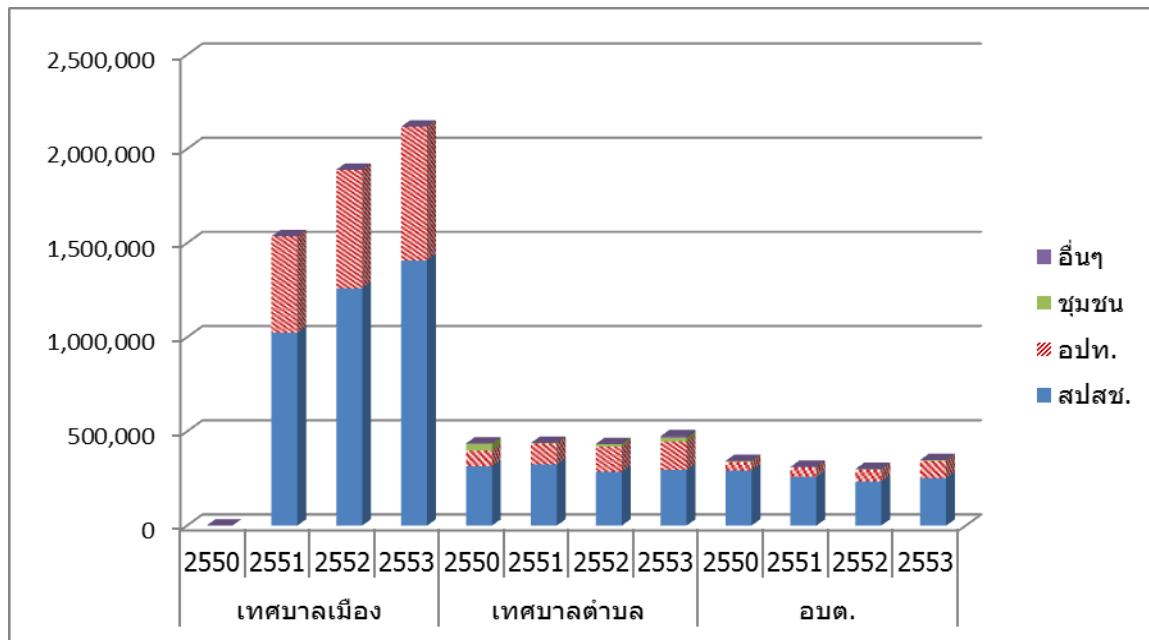
ในบทนี้นำเสนอผลการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล โดยพิจารณาจากรายรับของกองทุน ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงิน ประเภทโครงการและงบประมาณที่ใช้ ลักษณะกิจกรรมที่ดำเนินงาน และกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน

5.1 รายรับกองทุนสุขภาพตำบล

รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนในกองทุนของเทศบาลเมืองสำหรับกองทุนของเทศบาลตำบลและ อบต. นั้นเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปีสุดท้าย (ภาพที่ 5.1) กองทุนของเทศบาลเมืองมีรายได้รวมเพิ่มจาก 1.5 ล้านบาท/ปีเป็น 2.1 ล้านบาทต่อปีต่อแห่งระหว่าง พ.ศ. 2551-2553 โดยสัดส่วนรายได้จากการสมทบของเทศบาลคิดเป็นร้อยละ 50 ของเงิน สปสช.คงที่ทุกปี แสดงว่าจำนวนเงินที่เพิ่มเกิดจากการเพิ่มของจำนวนประชากรและการเพิ่มของงบรายหัวกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นเหตุให้ท้องถิ่นต้องเพิ่มเงินสมทบด้วยเป็นหลัก

รายรับรวมกองทุนของเทศบาลตำบลไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก 4.3 แสนบาทระหว่างปี พ.ศ.2550 – 2552 และเพิ่มเป็น 4.7 แสนบาทในปี พ.ศ. 2553 อย่างไรก็ตามพบว่าสัดส่วนการสมทบของเทศบาลตำบลเพิ่มจากร้อยละ 26 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 51 ในปี 2553 เมื่อเทียบกับงบ สปสช.ที่กองทุนได้รับ แสดงว่ารายรับรวมเฉลี่ยของกองทุนเกิดจากการเพิ่มการสมทบและการเพิ่มงบรายหัวของ สปสช.

สำหรับกองทุนของ อบต. นั้นมีรายรับเฉลี่ยต่อแห่งอยู่ที่ 3 - 3.4 แสนบาท โดยมีแนวโน้มลดลงในช่วงแรกและเพิ่มในปีสุดท้าย สัดส่วนรายได้จากเงินสมทบของท้องถิ่นอยู่ที่ร้อยละ 16 – 36 ของงบ สปสช. ต่อปี การเพิ่มของรายรับในปีสุดท้ายนั้นเป็นเหตุผลเดียวกับกองทุนสุขภาพตำบลประเภทอื่นๆ



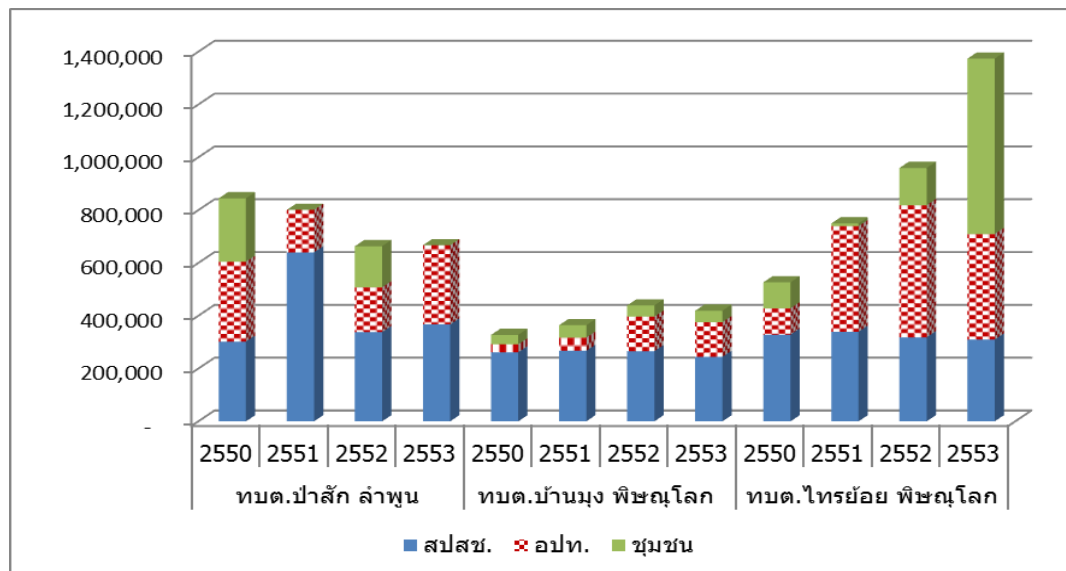
ภาพที่ 5.1 รายรับเฉลี่ยกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่จำแนกตามประเภท อบท.ปี 2550-2553

เมื่อจำแนกกองทุนตามลำดับปีที่เข้าร่วมโครงการพบว่า สัดส่วนการสมทบจากท้องถิ่นของกองทุนสุขภาพตำบลประเภทเทศบาลตำบลเพิ่มขึ้นต่อเนื่องและอยู่ที่ 61 - 42 ตามลำดับปีที่เข้าร่วมโครงการ (ตารางที่ 5.1) กองทุนสุขภาพตำบลประเภท อบต. ก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 5.1 สัดส่วนการสมทบ (%) ของ อบท.จำแนกตามประเภทและลำดับปีที่เข้าร่วมโครงการ

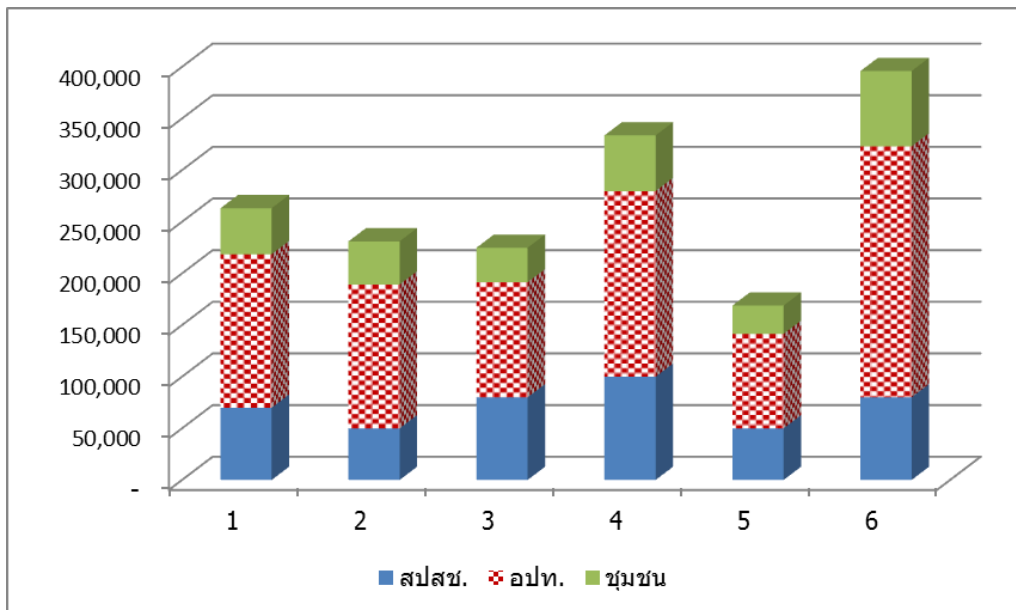
ปีที่เริ่มเข้าร่วม	ปีงบประมาณ			
	2550	2551	2552	2553
เทศบาลเมือง				
2551		50	50	50
เทศบาลตำบล				
2550	26	34	55	61
2551		33	45	52
2552			35	43
2553				42
อบต.				
2550	16	14	27	35
2551		25	29	35
2552			24	26
2553				42

สำหรับกองทุนที่ชาวบ้านร่วมสมทบนั้นมีการดำเนินการเป็นกิจลักษณะเพียง 3 แห่ง ซึ่งเป็นกองทุนสุขภาพตำบลประเภทเทศบาลตำบล โดยทั้งหมดเป็นกองทุนที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2550 คือเทศบาลตำบลป่าสัก อ.เมืองลำพูน จ.ลำพูน เทศบาลตำบลบ้านมุง และเทศบาลตำบลไทรย้อย อ.เนินมะปราง จ.พิษณุโลก



ภาพที่ 5.2 จำนวนเงินสมทบกองทุนสุขภาพตำบลของเทศบาลตำบลที่ชุมชนมีส่วนร่วมสมทบ 3 กองทุน ทั้งนี้พบว่าสามกองทุนดังกล่าวมิใช่มีเฉพาะการสมทบเงินจากชุมชนเท่านั้น แต่พบว่าการสมทบของเทศบาลก็มีสัดส่วนสูงเช่นกันดังแสดงในภาพที่ 5.2 และเป็นที่น่าสังเกตว่าเงินสมทบจากชุมชนของเทศบาลตำบลไทรย้อยในปี พ.ศ. 2553 นั้นมีสัดส่วนที่สูงกว่าเงินสมทบทั้งจาก สปสช. และของเทศบาลเอง

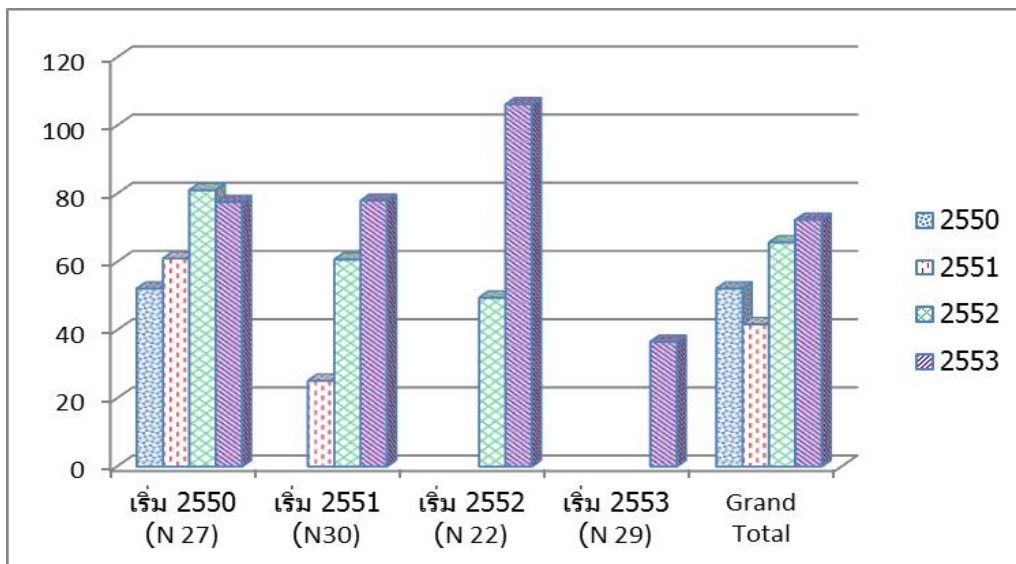
สำหรับกองทุนสุขภาพตำบลประเภท อบต. นั้นพบว่ามีเพียงกองทุนของอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ที่มีการระดมทุนจากชาวบ้านเป็นกิจลักษณะในทุกกองทุน นอกนั้นเป็นรายได้จัดเก็บเข้ากองทุนในลักษณะการบริจาคเป็นหลัก โดยกองทุนสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอคำเขื่อนแก้วเข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ. 2553 และเดิมเป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาแนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาก่อน ทั้งนี้พบว่าท้องถิ่นร่วมสมทบในสัดส่วนมากกว่าที่สปสช. จัดสรรให้ทุกกองทุนดังแสดงในภาพที่ 5.3



ภาพที่ 5.3 จำนวนรายรับกองทุนสุขภาพตำบล อ.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร ปี 2553

5.2 ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงิน

พบว่าประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินเมื่อเทียบกับรายรับในแต่ละปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ โดยปีแรกที่เข้าร่วมโครงการมีการใช้จ่ายเงินไม่ถึงร้อยละ 50 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีที่สองและสามตามลำดับ เช่น เป็นร้อยละ 60 และ 80 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.4) อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีเงินคงค้างในกองทุนประมาณร้อยละ 40 ของรายรับรวมตั้งแต่เริ่มโครงการของทุกกองทุน



ภาพที่ 5.4 ร้อยละการใช้จ่ายเงินเมื่อเทียบกับรายรับของกองทุนสุขภาพตำบล จำแนกตามปี พ.ศ. ที่เข้าร่วมโครงการ

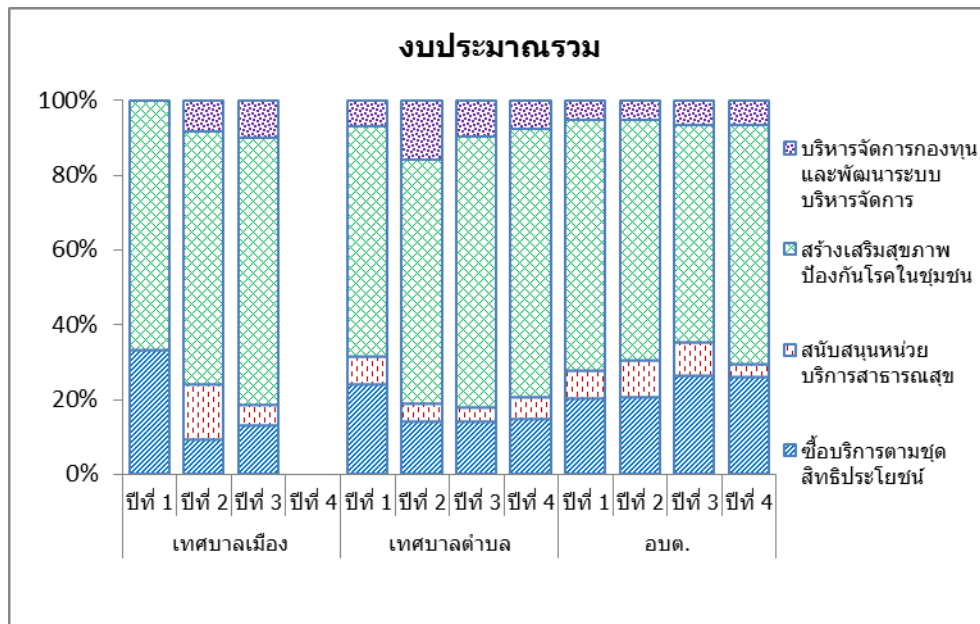
5.3 ประเภทโครงการและงบประมาณที่ใช้

สำหรับการจัดกลุ่มประเภทรายจ่ายของกองทุนสุขภาพตำบลนั้นพบว่าเมื่อนักวิจัยในพื้นที่ได้ทำการจัดใหม่ตามหลักเกณฑ์ที่ควรจะเป็นมีความแตกต่างกันพอสมควรโดยเฉพาะในเรื่องการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (ประเภท 1) โดยนักวิจัยจำกัดนิยามไว้เฉพาะบริการที่จัดให้แก่บุคคลโดยตรงในขณะที่พื้นที่นั้นหมายรวมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการจัดบริการด้วย เช่น การจัดอบรมให้ความรู้โดยมิได้มีการให้บริการ สำหรับกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกันมากที่สุดคือกิจกรรมในประเภทที่สี่คือเรื่องการบริหารจัดการกองทุนและการพัฒนาระบบ ส่วนกิจกรรมในประเภทที่สองที่เป็นการสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการนั้นพบว่าหลายแห่งรวมกิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้เสนอโครงการเข้าไว้ด้วย

ตารางที่ 5.2 ร้อยละความสอดคล้องของการจัดแบ่งกลุ่มกิจกรรมระหว่างกองทุนและนักวิจัย

	จัดโดยนักวิจัยในพื้นที่			
	ประเภท 1	ประเภท 2	ประเภท 3	ประเภท 4
ประเภท 1	44.53	4.5	16.0	0.5
ประเภท 2	34.3	72.1	13.6	1.1
ประเภท 3	20.9	22.5	69.4	2.4
ประเภท 4	0.2	0.9	1.0	96.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0

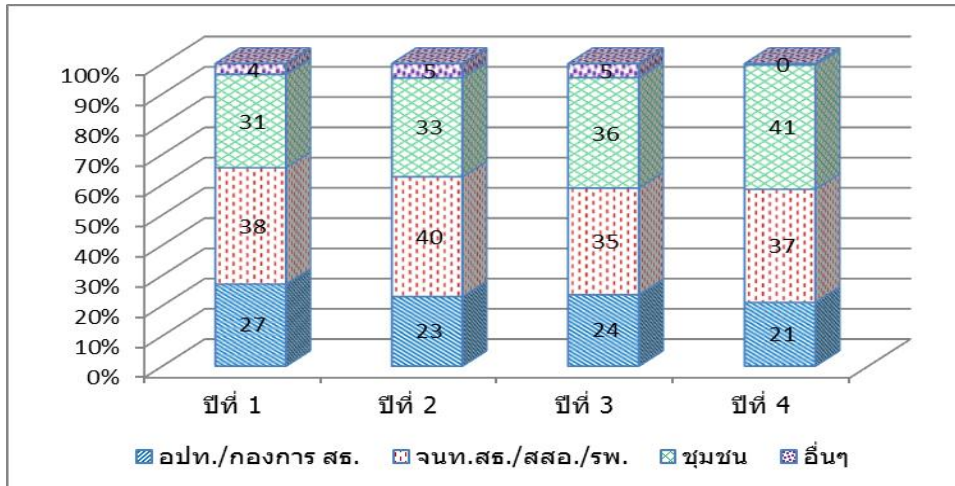
สำหรับกิจกรรมที่มีการดำเนินการส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสำคัญ รองลงมาเป็นการซื้อบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ในขณะที่การสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขนั้นมีสัดส่วนต่ำ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากนักวิจัยจัดกลุ่มใหม่ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการนั้นเป็นการอุดหนุนเงินแก่หน่วยบริการโดยตรง ไม่รวมโครงการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เสนอแต่ดำเนินการในชุมชนไว้ในหมวดนี้



ภาพที่ 5.5 สัดส่วนโดยรวมของการใช้จ่ายเงินกองทุนเพื่อกิจกรรมด้านต่างๆ

5.4 ผู้เสนอและดำเนินการโครงการ

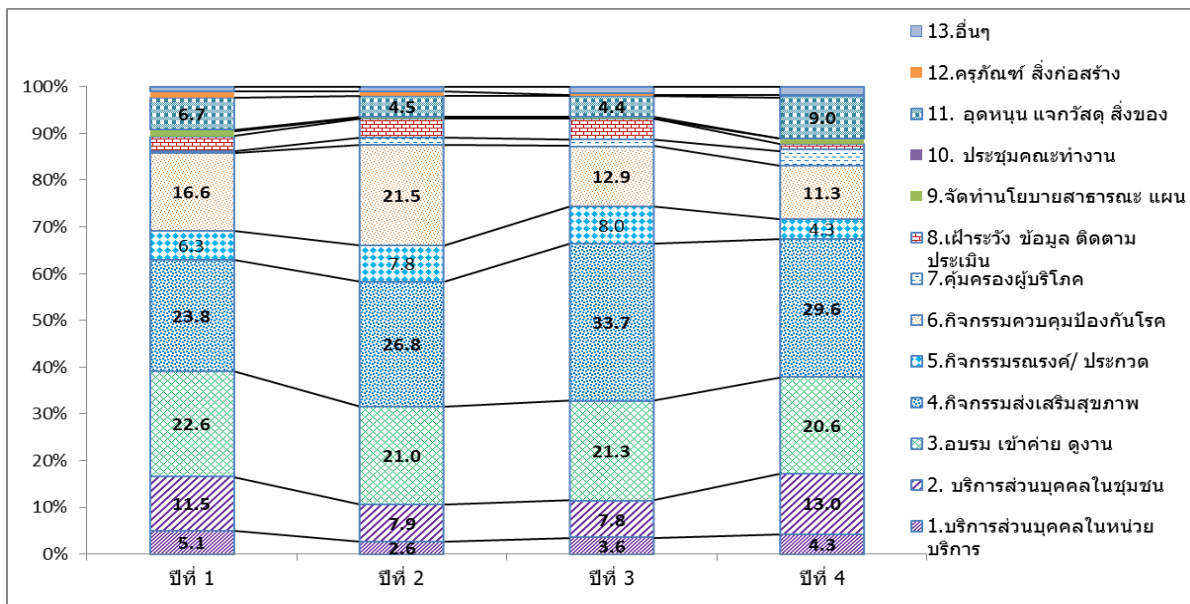
สัดส่วนงบประมาณที่ใช้ในโครงการจำแนกตามผู้เสนอโครงการ พบว่างบประมาณที่ใช้สำหรับโครงการที่เสนอโดยชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ กล่าวคือเพิ่มจากร้อยละ 30 ในปีแรกเป็นร้อยละ 40 ในปีที่สอง อย่างไรก็ตามก็ดีตัวแทนชุมชนที่เป็นผู้เสนอโครงการส่วนใหญ่คืออาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนสัดส่วนงบประมาณโครงการที่เสนอโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขค่อนข้างคงที่ร้อยละ 35-40 และสัดส่วนงบประมาณโครงการที่เสนอโดย อบต.เองมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.6)



ภาพที่ 5.6 สัดส่วนมูลค่ายุทธศาสตร์โครงการที่เสนอโดยกลุ่มต่างๆตามระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ

5.5 ลักษณะกิจกรรมของโครงการ

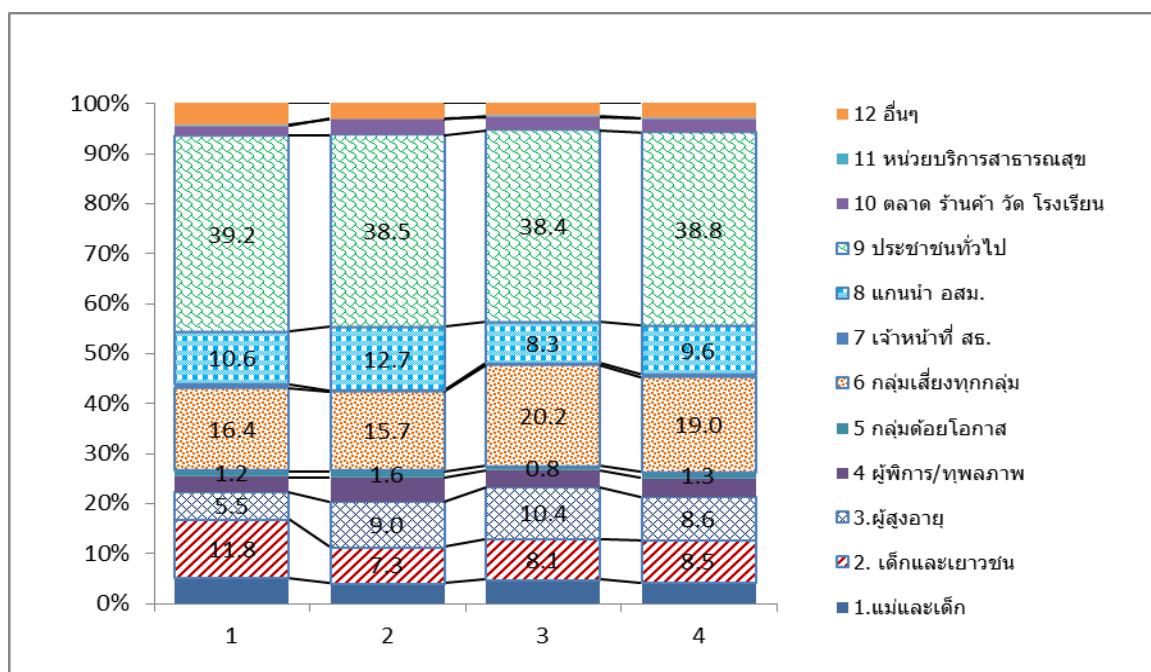
สำหรับกิจกรรมที่มีการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อดำเนินการในสัดส่วนสูงสุด คือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 24 - 30 รองลงมาคือกิจกรรมการอบรม เข้าค่าย หรือศึกษาดูงาน แต่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 22 - 20 ถัดมาเป็นกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคในชุมชนแต่มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 20 - 11 การจัดบริการส่วนบุคคลทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน รวมกันประมาณร้อยละ 10-17 ส่วนกิจกรรมในลักษณะการอุดหนุน แจกจ่ายสิ่งของวัสดุมีประมาณร้อยละ 5-9 (ภาพที่ 5.7)



ภาพที่ 5.7 สัดส่วนงบประมาณที่ใช้จำแนกตามประเภทโครงการและระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ

5.6 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ

การใช้งบประมาณสำหรับดำเนินโครงการกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆแสดงในภาพที่ 5.8 ซึ่งพบว่า กองทุนให้ความสำคัญกับกลุ่มประชาชนทั่วไปเป็นหลักมีได้เน้นให้ความสำคัญกับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะ โดยมีการใช้งบประมาณสำหรับโครงการที่มุ่งเน้นประชาชนทั่วไปประมาณร้อยละ 40 ถัดมาเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่มร้อยละ 20 ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่ามีการใช้จ่ายงบประมาณสำหรับกลุ่มผู้พิการ/ทุพพลภาพและกลุ่มด้อยโอกาสเพียงร้อยละ 5 ไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการแต่อย่างใด



ภาพที่ 5.8 สัดส่วนงบประมาณที่ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆตามระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ

5.7 สรุปข้อค้นพบ

1. เทศบาลตำบลและ อบต. มีแนวโน้มของการสมทบเงินเข้ากองทุนสุขภาพตำบลสูงกว่าที่ สปสช.กำหนดและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2. กองทุนที่ชาวบ้านมีส่วนร่วมสมทบอย่างเป็นกิจลักษณะมีผลให้ อบต. ต้องสมทบเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ปกติท้องถิ่นจะต้องสมทบไม่น้อยกว่าที่ชาวบ้านสมทบนอกเหนือจากการสมทบปกติ
3. ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินของกองทุนมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังคงมีเงินสะสมคงเหลือในกองทุนอยู่ถึงประมาณร้อยละ 40

4. การจัดกลุ่มประเภทโครงการของกองทุนสุขภาพตำบลไม่สอดคล้องกับนิยามการแจกแจงประเภทโครงการ โดยเฉพาะเรื่องการจัดบริการตามสิทธิประโยชน์ ทั้งนี้มีการใช้จ่ายเงินเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชนในสัดส่วนที่สูงที่สุด รองลงมาเป็นการซื้อบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีแนวโน้มลดลงในเขตเทศบาลเมืองแต่เพิ่มขึ้นในพื้นที่เทศบาลตำบลและ อบต.

5. องค์กรเครือข่ายในชุมชนที่ทำงานด้านสุขภาพมีบทบาทในการเสนอโครงการเพิ่มขึ้น ตรงข้ามกับ อบต. ซึ่งมีบทบาทลดลง ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทไม่เปลี่ยนแปลงนัก

6. กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการสร้างความรู้ ความตระหนัก และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และกิจกรรมในลักษณะการแจกจ่ายวัสดุสิ่งของยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่กิจกรรมในลักษณะการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพยังอยู่ในระดับต่ำ

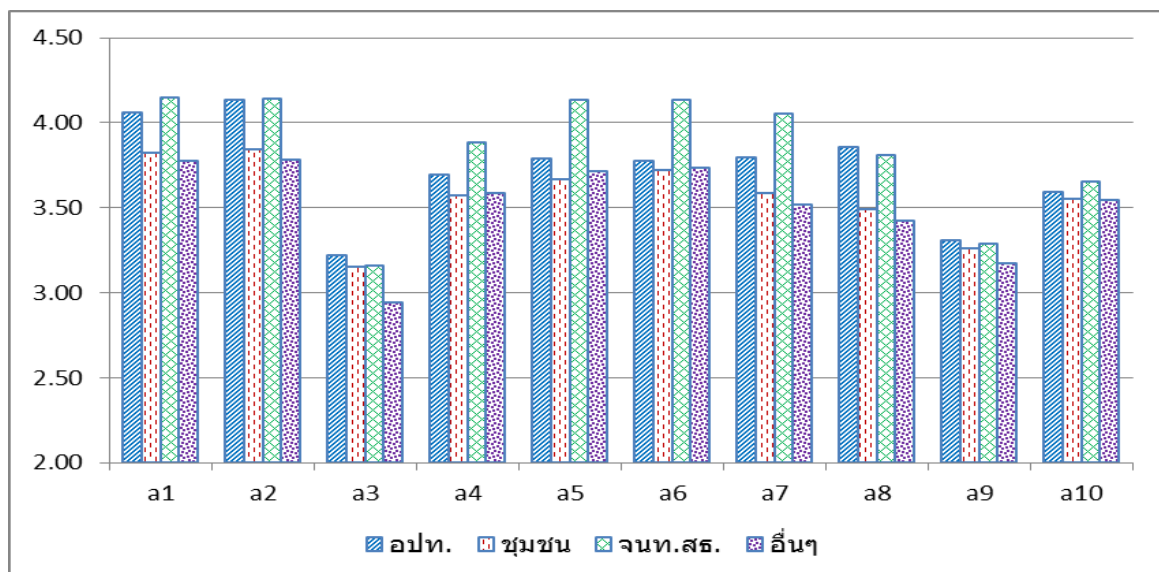
7. กิจกรรมที่ดำเนินงานของกองทุนเป็นไปเพื่อคนส่วนใหญ่เป็นหลัก กิจกรรมสำหรับกลุ่มคนด้อยโอกาสในชุมชนมีได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

บทที่ 6 ผลการศึกษา : กองทุนสุขภาพตำบลกับ การมีส่วนร่วม การเปลี่ยนแปลง และการลงทุนด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น

ในตอนนี้งานตอบประเด็นคำถามว่า การมีกองทุนสุขภาพตำบลนั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่เพียงใด ขณะเดียวกันส่งผลต่อระดับการเปลี่ยนแปลงการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนเพียงใด รวมถึงมีผลกระทบต่อการลงทุนด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นหรือไม่อย่างไร

6.1 การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการดำเนินการกองทุนสุขภาพตำบล

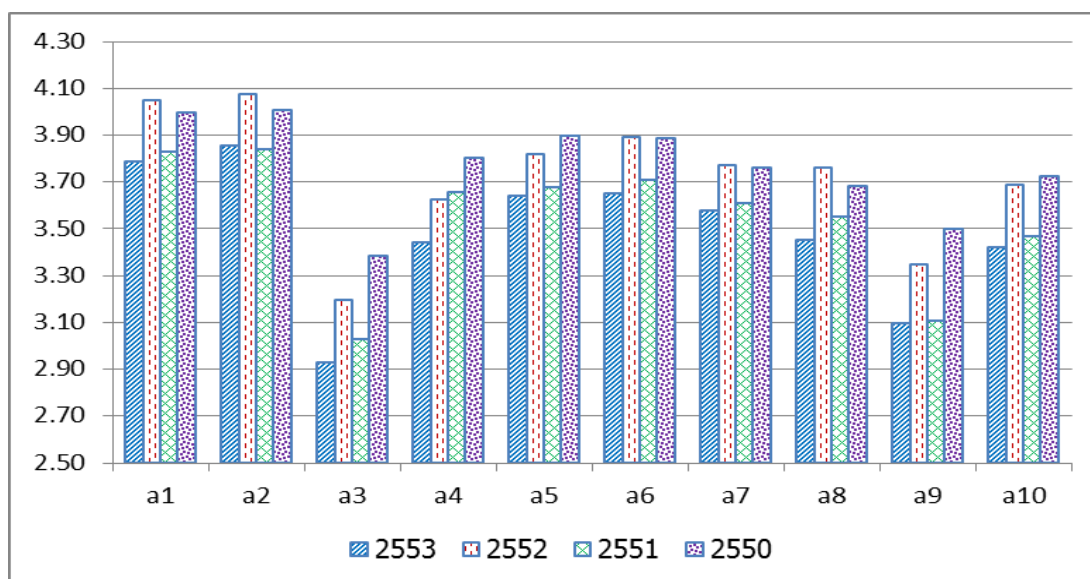
เมื่อจำแนกการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนและตัวแทนองค์กรชุมชนอื่นที่มีได้เป็นกรรมการในสิบด้าน (ภาพที่ 6.1) พบว่า 8 ใน 10 ด้านที่มีคะแนนของการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง (คะแนนมากกว่า 3.5) สำหรับสองด้านที่มีคะแนนต่ำกว่า 3.5 คือการมีส่วนร่วมในการลงขันสมทบกองทุน (a3) และการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานภายนอก เช่น สสส. สกว. ในการจัดทำโครงการด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามก็มีข้อสังเกตคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่าตัวแทนองค์กรชุมชนในเกือบทุกด้านยกเว้น ในเรื่องการลงทุน (a3) การทำงานร่วมกับหน่วยงานนอกชุมชน (a9) และการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในชุมชน (a10)



ภาพที่ 6.1 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมกองทุนสุขภาพตำบลของภาคส่วนต่าง ๆ
หมายเหตุ a1 ร่วมวางแผน a2 ร่วมประชุม a3 ร่วมลงขัน a4 ร่วมกิจกรรม a5 ร่วมทำแผนยุทธศาสตร์
a6 จัดทำโครงการ a7 ติดตามประเมิน a8 ตรวจสอบ a9 ร่วมกับหน่วยงานนอกชุมชน a10 ร่วมกับหน่วยงานอื่นใน
ชุมชน

ทั้งนี้หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนชุมชน พบว่าระดับการมีส่วนร่วมที่อยู่ในระดับสูง (คะแนนมากกว่า 3.5) จะประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมในการวางแผนของกองทุนสุขภาพตำบล การร่วมประชุมของคณะกรรมการกองทุน การร่วมทำกิจกรรมของกองทุน การร่วมทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของกองทุน การร่วมจัดทำและเสนอโครงการแก่กองทุนเพื่อดำเนินงาน และการร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการของกองทุนสุขภาพตำบล

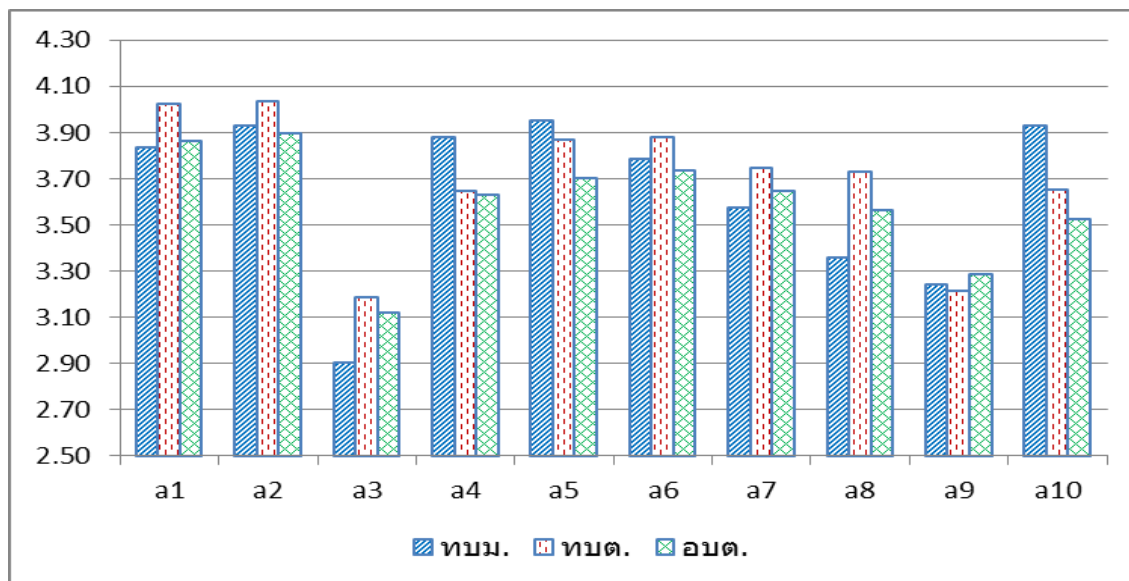
เมื่อจำแนกระดับการมีส่วนร่วมจำแนกตามกองทุนที่เข้าร่วมในแต่ละปี พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมมีลักษณะเป็นฟันปลา คือ สูงปีต่ำปีสลับกัน (ภาพที่ 6.2) โดยระดับการมีส่วนร่วมสูงในกลุ่มกองทุนที่เข้าร่วมปี 2550 และ 2552 จะสูงกว่าระดับการมีส่วนร่วมในกลุ่มกองทุนที่เข้าร่วมโครงการปี 2551 และ 2553 ยกเว้นในด้านการร่วมกิจกรรม (a4) ที่ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่กองทุนเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้ระดับการมีส่วนร่วมที่สูงต่ำสลับกันในแต่ละปีนั้นน่าจะอธิบายได้จากอายุกรรมการกองทุนที่อยู่ในวาระเพียง 2 ปี และต้องเปลี่ยนกรรมการชุดใหม่ ส่วนระดับการมีส่วนร่วมกิจกรรม (a4) ที่ไม่ขึ้นลงตามปีที่เข้าร่วมนั้นอธิบายได้ว่าแม้มิได้เป็นกรรมการก็สามารถรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ ดังนั้นเมื่อมีระยะเวลาในการร่วมโครงการมานานจึงมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมกิจกรรมของกองทุนสูงกว่ากองทุนที่เข้าร่วมภายหลัง ขณะเดียวกันก็พบว่าการมีส่วนร่วมในการลงขัน การร่วมทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การร่วมทำงานกับหน่วยงานภายนอกและภายในชุมชนมีแนวโน้มสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ



ภาพที่ 6.2 ระดับคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมรวมทุกด้านจำแนกตามปีที่กองทุนเข้าร่วมโครงการ

หมายเหตุ a1 ร่วมวางแผน a2 ร่วมประชุม a3 ร่วมลงขัน a4 ร่วมกิจกรรม a5 ร่วมทำแผนยุทธศาสตร์ a6 จัดทำโครงการ a7 ติดตามประเมิน a8 ตรวจสอบ a9 ร่วมกับหน่วยงานนอกชุมชน a10 ร่วมกับหน่วยงานอื่นในชุมชน

เมื่อลองจำแนกคะแนนเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมรวมทุกด้านของกองทุนจำแนกตามประเภทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ภาพที่ 6.3) พบว่า กองทุนประเภทเทศบาลเมืองมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในด้านการร่วมกิจกรรม (a4) การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (a5) และการร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในชุมชนในการทำงานด้านสุขภาพ (a10) สูงกว่ากองทุนอีกสองประเภท สำหรับกองทุนประเภท อบต. นั้นมีระดับการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกพื้นที่ (a9) เช่น สสส./ สกว. สูงกว่ากองทุนประเภทเทศบาล ส่วนด้านอื่น ๆ ที่เหลือนั้นกองทุนเทศบาลตำบลมีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่ากองทุนอีกสองประเภท



ภาพที่ 6.3 ระดับคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมรวมทุกด้านของกองทุนจำแนกตามประเภทท้องถิ่น

หมายเหตุ a1 ร่วมวางแผน a2 ร่วมประชุม a3 ร่วมลงขัน a4 ร่วมกิจกรรม a5 ร่วมทำแผนยุทธศาสตร์ a6 จัดทำโครงการ a7 ติดตามประเมิน a8 ตรวจสอบ a9 ร่วมกับหน่วยงานนอกชุมชน a10 ร่วมกับหน่วยงานอื่นในชุมชน

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

เมื่อทำการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมโดยพิจารณาจาก ประเภท อบต. ของกองทุนสุขภาพตำบล (type, 1 เทศบาลเมือง, 2 เทศบาลตำบล และ 3 อบต.) ปีที่กองทุนสุขภาพตำบลเข้าร่วมโครงการ (year_first, 2550, 2551, 2552, 2553) ประเภทตัวแทนกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลที่ตอบแบบสอบถาม (status, 1 ตัวแทน อบต., 2 ตัวแทนองค์กรชุมชนที่เป็นกรรมการ, 3 จนท.สร., และ 4 ตัวแทนหน่วยงานและองค์กรในชุมชนอื่นๆ ที่มีได้เป็นกรรมการกองทุน) และพื้นที่ (nhso จำแนกตามเขตพื้นที่ 1 - 12) โดยใช้สมการถดถอยพหุ (multiple regression) และตัวแปรตามคือ คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมรวมทั้งสิบด้านของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละท่าน (ค่า 0 - 5)

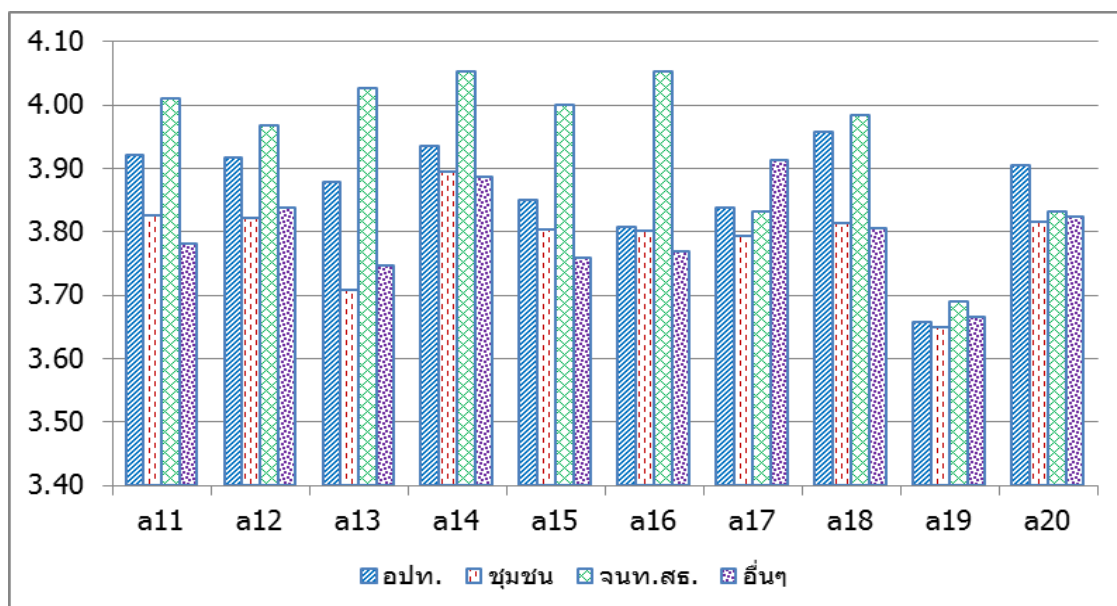
ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุ พบว่า โดยรวมความสามารถในการพยากรณ์ของสมการที่ใช้ก่อนข้างต่ำ (ค่า adjust R^2) เพียง 0.079 โดยพบว่าคณะกรรมการกองทุนและตัวแทนองค์กรชุมชนอื่นในเขตเทศบาลเมืองจะมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมสูงกว่าตัวแทนในเขตท้องถิ่นประเภทอื่น (ค่า coefficient มีค่าติดลบ) และสูงกว่าตัวแทนในเขต อบต. อย่างมีนัยสำคัญ (ค่า $p < 0.05$) ขณะเดียวกันตัวแทนกรรมการกองทุนและองค์กรชุมชนอื่นของกองทุนที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2550 ก็มีระดับคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมสูงกว่ากองทุนที่เข้าร่วมปีถัด ๆ มา (2551 – 2553) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กรรมการที่เป็นตัวแทนจาก อปท. ก็มีระดับคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมสูงกว่ากรรมการที่เป็นตัวแทนจากชุมชนและองค์กรอื่นอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมรวมน้อยกว่ากรรมการที่เป็นตัวแทนจนท.สธ. ขณะเดียวกันคะแนนการมีส่วนร่วมก็แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ (ตัวอย่างกองทุนที่ใช้ในแต่ละเขตคัดเลือกเพียงหนึ่งอำเภอในแต่ละเขต ดังนั้นไม่สามารถเป็นตัวแทนของเขตได้) ทั้งนี้พบว่าบริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันมาก ทั้งในแง่ ระบบเศรษฐกิจ (เกษตรกรรม อุตสาหกรรม บริการ) สังคม (เมือง ชนบท) วัฒนธรรม (ชาติพันธุ์ วัฒนธรรมชุมชน) และการเมือง (ความแตกแยก หรือความกลมเกลียวของกลุ่มคนในชุมชน)

Source	SS	Df	MS	Number of obs	=	1744
				F(19, 1724)	=	8.97
Model	81.19059	19	4.273189	Prob > F	=	0
Residual	821.5044	1724	0.476511	R-squared	=	0.0899
				Adj R-squared	=	0.0799
Total	902.695	1743	0.517897	Root MSE	=	0.6903
mean1	Coef.	Std. Err.	T	P>t	[95% Conf.	Interval]
Type						
2	-0.1311	0.1174569	-1.12	0.265	-0.36147	0.099272
3	-0.2439	0.1187137	-2.05	0.040	-0.47676	-0.01109
year_first						
2551	-0.23063	0.050226	-4.59	0.000	-0.32914	-0.13212
2552	-0.13046	0.0530168	-2.46	0.014	-0.23445	-0.02648
2553	-0.34696	0.0600143	-5.78	0.000	-0.46467	-0.22925
Status						
2	-0.18807	0.0409763	-4.59	0.000	-0.26844	-0.1077
3	0.14568	0.0606703	2.4	0.016	0.02668	0.26467
4	-0.22971	0.0524413	-4.38	0.000	-0.33257	-0.12685
Nhso						
2	0.42005	0.0800659	5.25	0.000	0.26301	0.57708
3	0.36473	0.0812564	4.49	0.000	0.20535	0.5241
4	0.29231	0.0894876	3.27	0.001	0.11679	0.46783
5	0.32957	0.0830136	3.97	0.000	0.16675	0.49239
6	0.22262	0.0812476	2.74	0.006	0.06326	0.38197
7	0.16706	0.0773743	2.16	0.031	0.0153	0.31882

8	0.18131	0.0575854	3.15	0.002	0.06836	0.29425
9	0.11253	0.0922508	1.22	0.223	-0.06841	0.293462
10	-0.30277	0.1282979	-2.36	0.018	-0.5544	-0.05113
11	0.27356	0.1224472	2.23	0.026	0.0334	0.51373
12	0.05677	0.0885032	0.64	0.521	-0.11681	0.230356
_cons	3.94207	0.1252033	31.49	0.000	3.696506	4.187639

6.2 การเปลี่ยนแปลงจากการมีกองทุนสุขภาพตำบล

คณะกรรมการกองทุนและตัวแทนเครือข่ายชุมชนที่ทำงานด้านสุขภาพเห็นการเปลี่ยนแปลงในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนในระดับมาก (คะแนนมากกว่า 3.5 จากเต็ม 5) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรายงานเห็นการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงกว่าตัวแทนชุมชนและท้องถิ่น โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ระดับคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ คือ การมีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน (a19) ขณะเดียวกันตัวแทนจากอปท.ก็ให้ระดับคะแนนการมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสูงกว่าตัวแทนภาคส่วนอื่นๆ ดังแสดงในภาพที่ 6.4

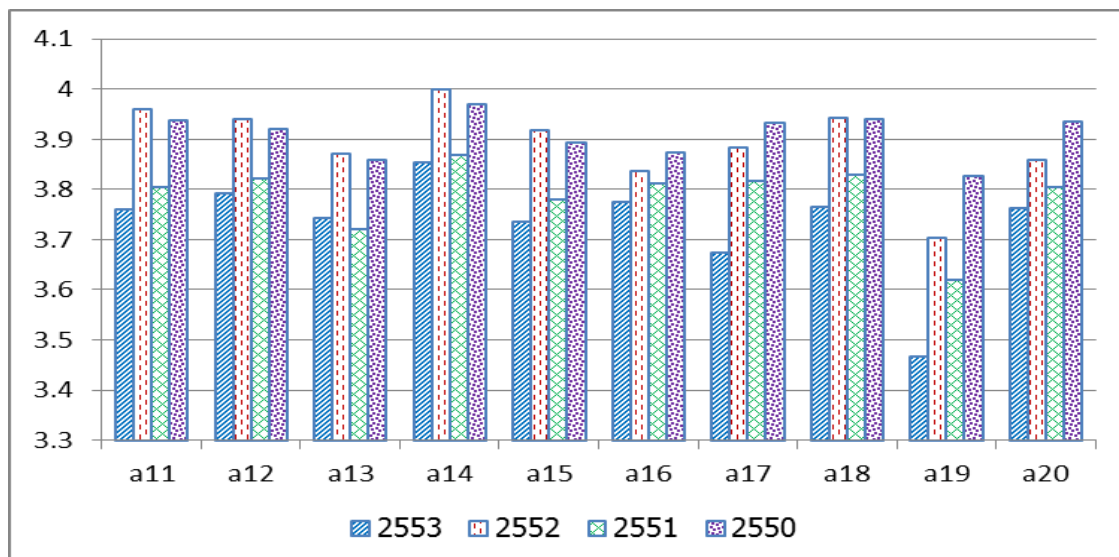


ภาพที่ 6.4 คะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงที่ตัวแทนภาคส่วนต่างๆเห็นต่อการดำเนินกิจกรรมกองทุนสุขภาพตำบล

หมายเหตุ a11 แลกเปลี่ยนความเห็น a12 กิจกรรม/โครงการเพิ่มขึ้น a13 ใช้งบประมาณเพิ่ม a14 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ a15 ร่วมมือจัดการปัญหา a16 บริการเชิงรุก a17 ชาวบ้านตื่นตัว a18 อปท.ตื่นตัว a19 นวัตกรรม a20 นโยบายสาธารณะ

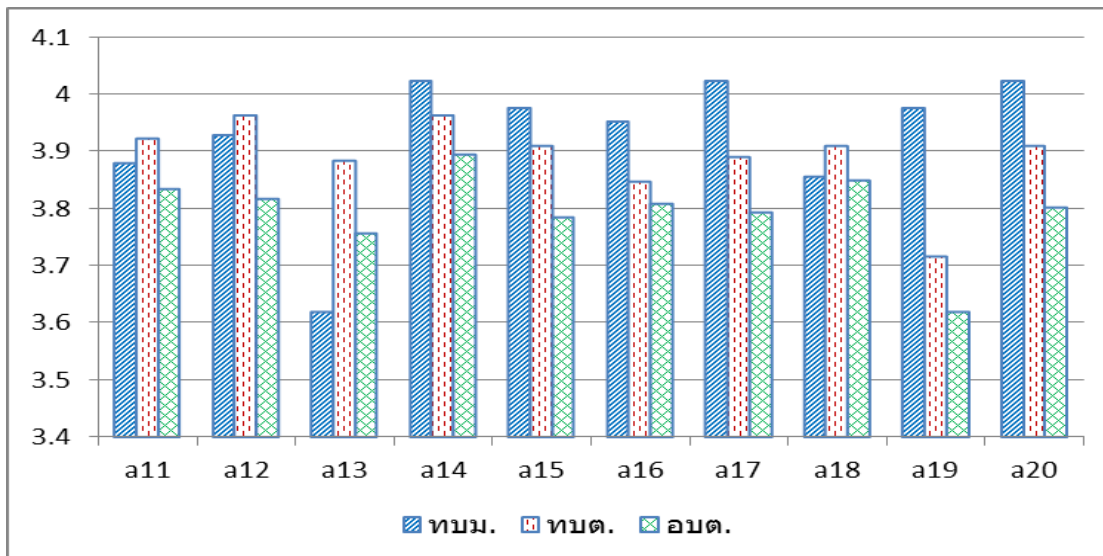
เมื่อจำแนกตามปีที่เข้าร่วมก็พบในลักษณะเดียวกับระดับการมีส่วนร่วมคือ ระดับการเปลี่ยนแปลงของกองทุนที่เข้าร่วมในปี 2550 และ 2552 สูงกว่าระดับการเปลี่ยนแปลงในกองทุนที่เข้าร่วมในปี 2551 และ 2553 เหตุผลน่าจะเป็นลักษณะเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วม ทั้งนี้ระดับการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ คือการเปลี่ยนแปลงด้าน การให้บริการเชิงรุกในชุมชน (a16) การตื่นตัวของชาวบ้านด้านสุขภาพ (a17) การมีนวัตกรรมด้านการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน (a19) และการมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (a20) ดังแสดงในภาพที่ 6.4

เมื่อจำแนกระดับการเปลี่ยนแปลงตามประเภทของท้องถิ่นพบว่าโดยรวมระดับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่เทศบาลเมืองมีระดับสูงกว่าท้องถิ่นประเภทอื่นในภาพรวม อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงด้านการใช้งบประมาณด้านสาธารณสุขเป็นสิ่งที่เกิดน้อยที่สุดในระดับเทศบาลเมือง การเปลี่ยนแปลงที่ระดับเทศบาลตำบลมีระดับสูงกว่า อบต. และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุดของเทศบาลตำบลและ อบต. คือการมีนวัตกรรม (ภาพที่ 6.5)



ภาพที่ 6.5 ระดับการเปลี่ยนแปลงการจัดการปัญหาสุขภาพของกองทุนสุขภาพตำบลจำแนกตามปีเข้าร่วมโครงการ

หมายเหตุ a11 แลกเปลี่ยนความเห็น a12 กิจกรรม/โครงการเพิ่มขึ้น a13 ใช้งบประมาณเพิ่ม a14 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ a15 ร่วมมือจัดการปัญหา a16 บริการเชิงรุก a17 ชาวบ้านตื่นตัว a18 อปท.ตื่นตัว a19 นวัตกรรม a20 นโยบายสาธารณะ



ภาพที่ 6.6 ระดับการเปลี่ยนแปลงการจัดการปัญหาสุขภาพของกองทุนสุขภาพตำบลจำแนกตามประเภทท้องถิ่น

หมายเหตุ a11 แลกเปลี่ยนความเห็น a12 กิจกรรม/โครงการเพิ่มขึ้น a13 ใช้งบประมาณเพิ่ม a14 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ a15 ร่วมมือจัดการปัญหา a16 บริการเชิงรุก a17 ชาวบ้านตื่นตัว a18 อปท.ตื่นตัว a19 นวัตกรรม a20 นโยบายสาธารณะ

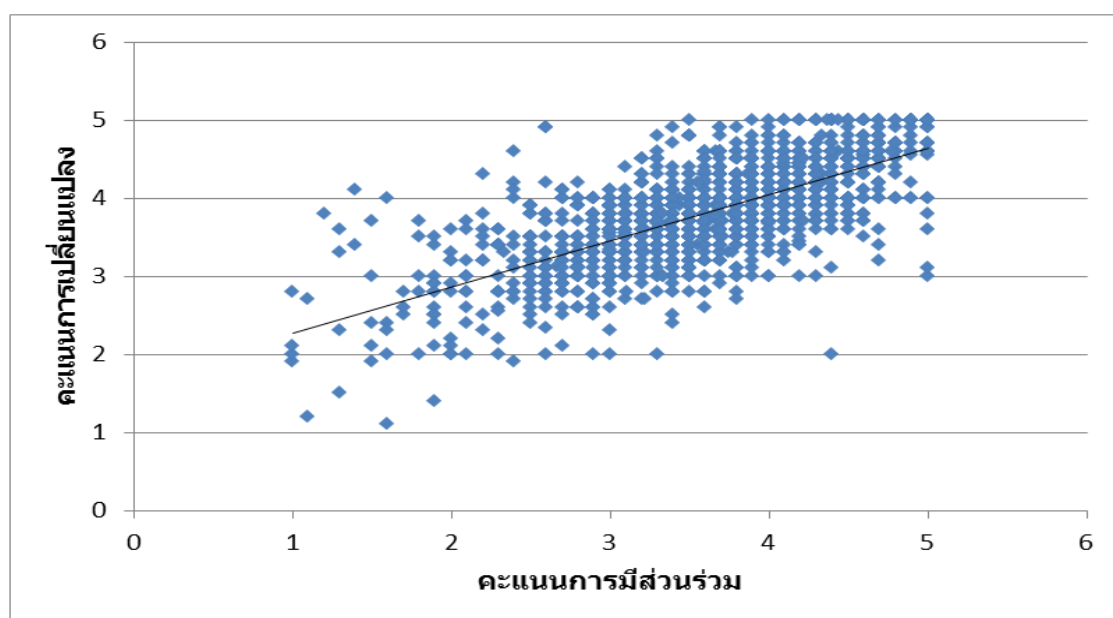
ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องจากการมีกองทุนสุขภาพตำบล พบว่าสมการที่ใช้มีความสามารถในการพยากรณ์ค่อนข้างดี ค่า adjust R^2 เท่ากับ 0.47 และตัวแปรด้านคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วม (mean1) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดในการกำหนดระดับคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยด้านพื้นที่มีผลบ้างในขณะที่ตัวแปรอื่นๆ (ประเภท อปท., ปีพ.ศ.ที่เข้าร่วมโครงการ, และประเภทของตัวแทนกรรมการ) ไม่มีผลต่อระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลง

Source	SS	Df	MS	Number of obs	=	1727
				F(20, 1706)	=	78.81
Model	317.0474	20	15.85237	Prob > F	=	0
Residual	343.1362	1706	0.201135	R-squared	=	0.4802
				Adj R-squared	=	0.4741
Total	660.1836	1726	0.382493	Root MSE	=	0.44848
mean2	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf. Interval]	
mean1	0.58940	0.0157541	37.41	0.000	0.5585	0.6203
Type						
2	-0.0409	0.0763563	-0.54	0.592	-0.19069	0.108835
3	-0.1024	0.0772329	-1.33	0.185	-0.25393	0.049036
year_first						
2551	0.0068	0.032846	0.21	0.837	-0.05766	0.071181

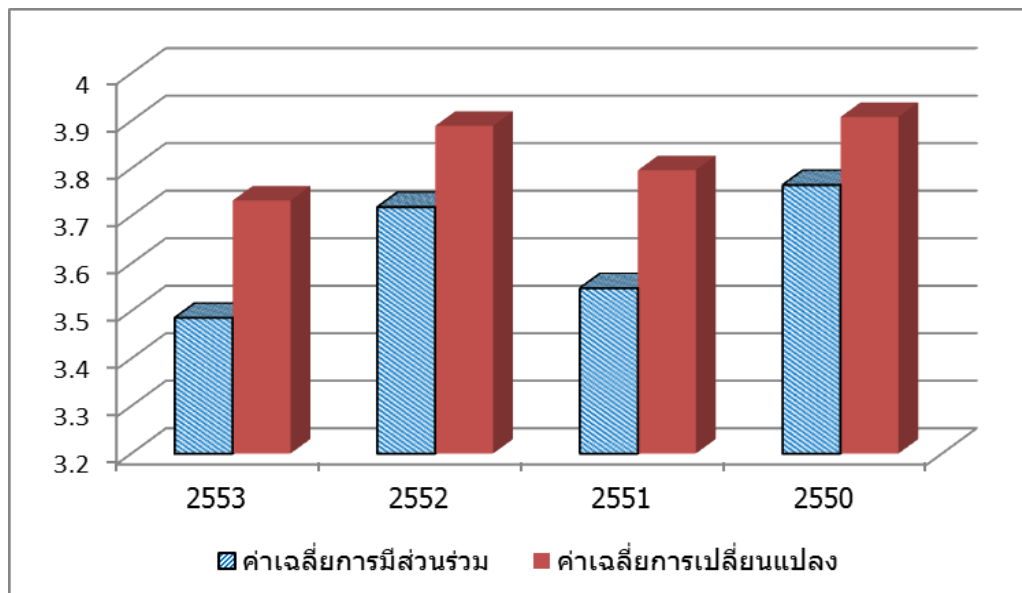
2552	-0.0088	0.0345121	-0.25	0.799	-0.07649	0.058894
2553	-0.0438	0.0399516	-1.1	0.273	-0.12219	0.034529
Status						
2	0.0285	0.026942	1.06	0.290	-0.02434	0.081343
3	0.0173	0.0397152	0.44	0.663	-0.06058	0.095213
4	0.0639	0.0345394	1.85	0.064	-0.00382	0.131673
Nhso						
2	-0.0347	0.0525371	-0.66	0.509	-0.13774	0.068351
3	0.0037	0.0531976	0.07	0.945	-0.10065	0.108029
4	0.0510	0.0585554	0.87	0.384	-0.06385	0.165841
5	0.0769	0.0542391	1.42	0.157	-0.02953	0.183233
6	-0.0769	0.0538302	-1.43	0.153	-0.18248	0.028677
7	0.0684	0.0504826	1.36	0.176	-0.03061	0.167419
8	-0.0327	0.0375291	-0.87	0.384	-0.10629	0.040923
9	0.1315	0.0600583	2.19	0.029	0.0137	0.249291
10	0.0065	0.0838782	0.08	0.938	-0.15803	0.170995
11	0.1520	0.0810224	1.88	0.061	-0.00692	0.310908
12	-0.1245	0.0575265	-2.16	0.031	-0.23734	-0.01168
_cons	1.7512	0.1024242	17.1	0.000	1.550334	1.952114

ภาพที่ 6.7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนการมีส่วนร่วมรวมเฉลี่ยของแต่ละบุคคลและระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงรวมเฉลี่ย ซึ่งจะเห็นว่ามีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกชัดเจน กล่าวคือหากระดับคะแนนการมีส่วนร่วมสูงขึ้นก็ทำให้ระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงสูงตามไปด้วย



ภาพที่ 6.7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลง

ขณะเดียวกันพบว่าระดับคะแนนการมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลงที่เห็นนั้น กองทุนที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2550 จะมีคะแนนการมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลงที่เห็นสูงกว่ากองทุนที่เข้าร่วมทีหลัง ขณะเดียวกันกองทุนที่เข้าร่วมปี 2553 มีคะแนนการมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลงต่ำกว่ากองทุนที่เข้าร่วมก่อนหน้านั้นดังแสดงในภาพที่ 6.7

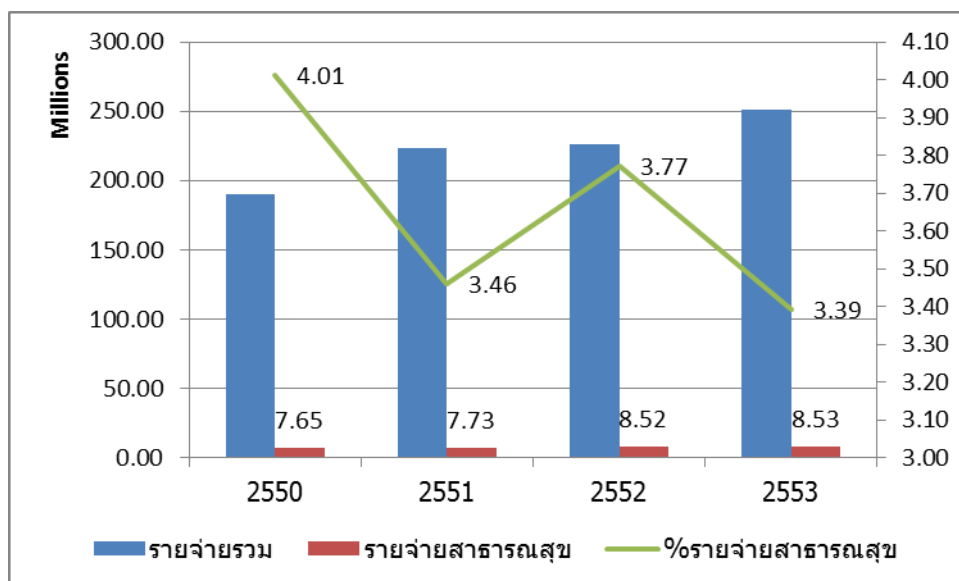


ภาพที่ 6.8 คะแนนการมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยจำแนกตามปีแรกที่เข้าร่วมโครงการ

6.3 กองทุนสุขภาพตำบลกับการลงทุนด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น

การมีกองทุนประกันสุขภาพในพื้นที่มีผลให้ท้องถิ่นเกิดความตื่นตัวและสนใจในการทำงานด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นวัดโดยการใช้จ่ายงบประมาณด้านสาธารณสุข หรืออาจทำให้ท้องถิ่นลดการลงทุนในด้านนี้ลงเนื่องจากมีกองทุนดังกล่าวแล้ว เป็นประเด็นโจทย์ที่มีความสำคัญที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังและรายงานในส่วนนี้มุ่งพิสูจน์และตอบคำถามนี้สำคัญ โดยพิจารณาแยกตามประเภทของ อปท.

รายจ่ายรวมเฉลี่ยของเทศบาลเมือง เพิ่มขึ้นจาก 190 ล้านบาทในปี 2550 เป็น 250 ล้านบาท ในปี 2553 ในขณะที่รายจ่ายด้านสาธารณสุขของเทศบาลเมืองเปลี่ยนแปลงไม่มากนักอยู่ที่ 7.6 - 8.5 ล้านบาท ทำให้สัดส่วนของรายจ่ายด้านสาธารณสุขของเทศบาลเมืองมีแนวโน้มลดลง ดังในภาพที่ 6.8

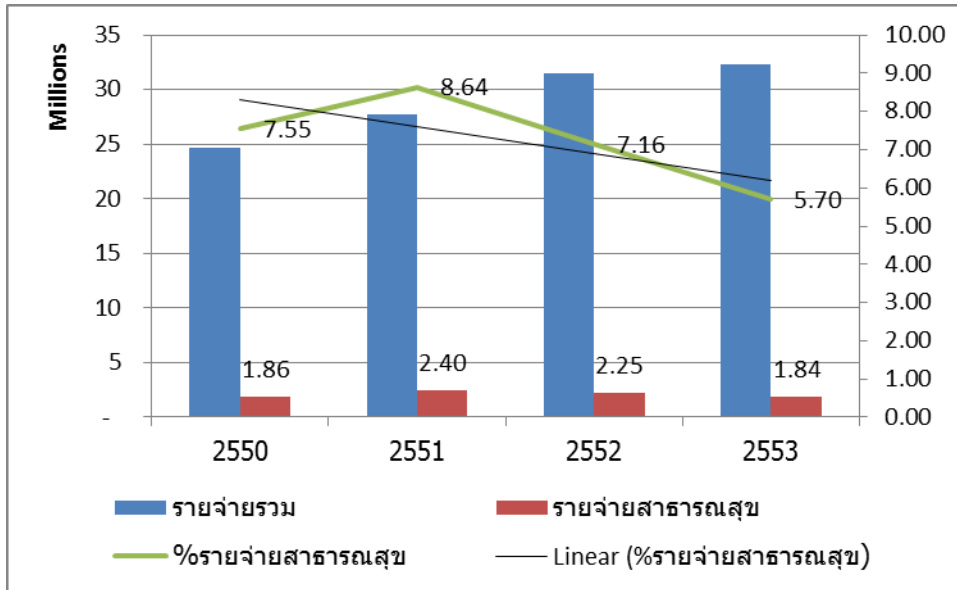


ภาพที่ 6.9 รายจ่ายเฉลี่ยต่อแห่งต่อปีของเทศบาลเมือง ปิงปประมาณ 2550-2553 (N=2)

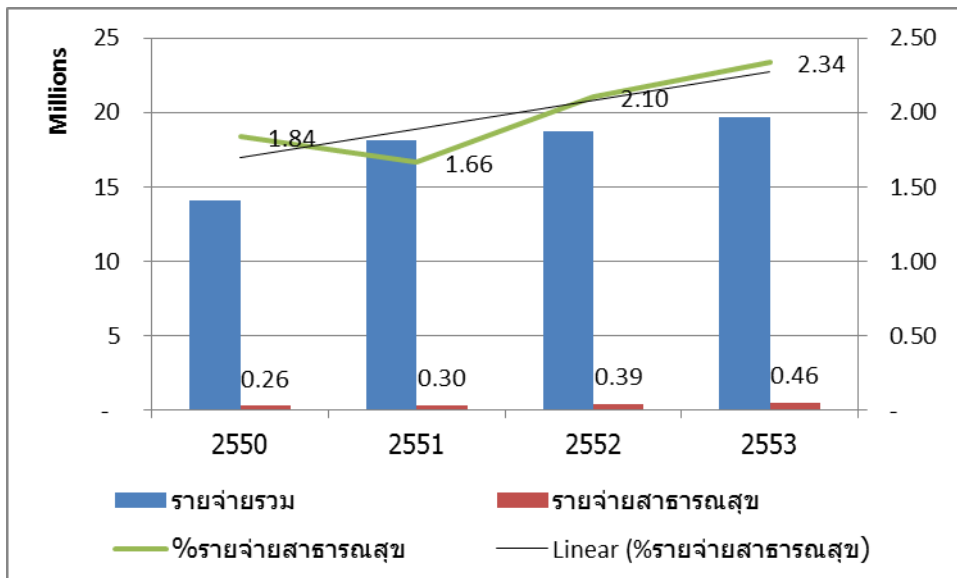
สำหรับเทศบาลตำบลมีรายจ่ายรวมเฉลี่ยเพิ่มจากประมาณ 25 ล้านบาท/แห่ง/ปี เป็น 32 ล้านบาท/แห่งต่อปี ระหว่างปี 2550-2553 ในขณะที่รายจ่ายด้านสาธารณสุขอยู่ที่ปีละ 1.8 – 2.4 ล้านบาท ในช่วงเวลาเดียวกันโดยเพิ่มขึ้นในช่วงแรกและลดลงในสองปีหลัง โดยสัดส่วนรายจ่ายด้านสาธารณสุขของเทศบาลตำบลมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละประมาณ 7.5 – 8.5 ในช่วงสองปีแรก และลดลงเหลือร้อยละ 7.1 และ 5.7 ในสองปีหลัง (ภาพที่ 6.9)

ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีรายจ่ายรวมเฉลี่ยเพิ่มจากปีละ 14 ล้านบาทเป็น 20 ล้านบาทระหว่างปี 2550-2553 ในขณะที่มีรายจ่ายด้านสาธารณสุขอยู่ที่ 3 – 5 แสนบาทต่อแห่งต่อปี ซึ่งเมื่อเทียบกับรายจ่ายรวมพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากร้อยละ 1.8 - 2.3 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ภาพที่ 6.10)

หากคิดคำนวณงบประมาณด้านสาธารณสุขที่ อบต.แต่ละประเภทจ่ายในแต่ละปีเทียบกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบจะพบว่ามีความแตกต่างกันค่อนข้างมากกล่าวคือ เทศบาลเมืองจ่ายต่อหัวประชากรปีละสองร้อยกว่าบาท ในขณะที่เทศบาลตำบลจ่ายน้อยกว่าบาท/หัว ส่วน อบต.นั้นใช้เงินด้านสาธารณสุขไม่ถึงร้อยบาทต่อหัว



ภาพที่ 6.10 รายจ่ายเฉลี่ยต่อแห่งต่อปีของเทศบาลตำบล ปิงปประมาณ 2550-2553



ภาพที่ 6.11 รายจ่ายเฉลี่ยต่อแห่งต่อปีขององค์การบริหารส่วนตำบล ปิงปประมาณ 2550-2553

เนื่องจากกองทุนสุขภาพตำบลต่างๆ เริ่มเข้าร่วมโครงการไม่พร้อมกัน เพื่อให้เห็นผลชัดเจนขึ้น จึงแจกแจงสัดส่วนการลงทุนของท้องถิ่นตามลำดับปีที่เข้าร่วมโครงการ ดังแสดงในตารางที่ 6.1 พบว่า จำนวนเงินที่เทศบาลเมืองสองแฉ่งใช้ด้านสาธารณสุขมีได้ลดลงในขณะที่เทศบาลตำบลมีแนวโน้มการลงทุนด้านสาธารณสุขลดลง ในขณะที่กองทุนในเขต อบต.ที่เข้าร่วมโครงการในปีแรกมีแนวโน้มการลงทุนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

ตารางที่ 6.1 รายจ่ายสาธารณสุขของ อปท. จำแนกตามประเภทและลำดับปีที่เข้าร่วมโครงการ

	ปีงบประมาณ			
ปีที่เข้าร่วม	2550	2551	2552	2553
เทศบาลเมือง				
2551 (N=2)	7,647,716.72	7,732,165.01	8,515,532.30	8,531,565.00
เทศบาลตำบล				
2550 (N=10)	1,778,931.90	2,473,628.21	1,398,381.94	1,274,476.80
2551 (N=5)	2,025,931.20	2,482,117.38	3,245,049.06	2,307,653.59
2552 (N=5,7)	2,049,952.00	2,259,016.00	2,364,021.51	2,165,608.57
2553 (N=5,6,7)	1,658,973.32	2,320,836.32	2,713,260.76	1,976,789.26
อปท.				
2550 (N=14,15,16)	356,565.90	419,874.75	501,986.38	598,917.31
2551 (N=18,19,20)	191,195.17	244,169.91	361,338.50	303,928.49
2552 (N=8,9,10)	153,862.50	190,811.11	273,610.00	327,520.00
2553 (N=12,13)	311,326.92	330,698.33	409,923.46	616,871.19
Grand Total	951,383.46	1,157,904.71	1,169,199.04	1,089,829.15

เป็นไปไดว่าการที่งบด้านสาธารณสุขของเทศบาลตำบลลดลงนั้นเป็นผลจากการโยกเงินไปใส่ในกองทุนสุขภาพตำบลแทน ดังนั้นเพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้นจึงนับรวมงบสาธารณสุขของท้องถิ่นและรายรับของกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อดูว่ามีงบประมาณรวมสำหรับงานด้านนี้มีแนวโน้มเป็นอย่างไร ผลแสดงในตารางที่ 6.2 ยืนยันว่างบประมาณที่ใช้สำหรับงานด้านนี้ของ เทศบาลตำบลในปี 2553 ลดลง

ตารางที่ 6.2 งบประมาณสาธารณสุขและรายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ปี 2550-2553

	2550	2551	2552	2553
เทศบาลเมือง (N 2)	15,295,433	18,535,355	20,810,165	21,299,270
งบ สร. ทบม.	15,295,433	15,464,330	17,031,065	17,063,130
รายรับกองทุน	0	3,071,025	3,779,100	4,236,140
เทศบาลตำบล(N 34)	35,625,952.61	50,254,385.96	58,415,597.59	52,933,171.08
งบสร. อปท.	31,263,561.61	42,798,007.96	47,151,017.05	36,939,528.77
รายรับกองทุน	4,362,391.00	7,456,378.00	11,264,580.54	15,993,642.31
อปท. (N 70)	16,904,152	25,408,440	32,709,455	44,932,989
งบ สร. ทบม.	11,696,046	14,075,724	17,957,411	20,619,947
รายรับกองทุน	5,208,106	11,332,716	14,752,045	24,313,042

6.4 สรุปข้อค้นพบ

1. ระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ยกเว้น การร่วมลงขัน ร่วมกับหน่วยงานภายนอก และร่วมตรวจสอบ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงมีบทบาทสูงกว่าตัวแทนภาคส่วนชุมชน
2. ระดับการมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้ามาเป็นกรรมการของกองทุน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาในการดำเนินงานของกองทุนเกือบทุกด้าน
3. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมคือ ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ทบม. มีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่า อบต.) ระยะเวลาการเข้าร่วมของกองทุน (เพิ่มขึ้นตามระยะเวลา) สถานภาพตัวแทนในชุมชน (จนท.สธ. มีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่า ท้องถิ่น และท้องถิ่นสูงกว่าชุมชน) และบริบทของพื้นที่
4. คณะกรรมการกองทุนมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการมีกองทุนในระดับสูงในทุกด้าน แต่ด้านการมีนวัตกรรมจะมีระดับต่ำกว่าด้านอื่น โดย จนท.สธ. และ ตัวแทน อบต. จะเห็นการเปลี่ยนแปลงสูงกว่าตัวแทนชุมชน ทั้งนี้ระดับการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่มีการดำเนินการกองทุนฯ โดยเฉพาะด้านการจัดบริการเชิงรุก ความตื่นตัวของชาวบ้าน การมีนวัตกรรมและนโยบายสาธารณะในชุมชน
5. ระดับการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการมีส่วนร่วมค่อนข้างมาก
6. การมีกองทุนสุขภาพตำบลไม่ได้มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการลงทุนด้านสาธารณสุขของเทศบาลเมืองนัก ในขณะที่ของเทศบาลตำบลพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีที่สองและสามและกลับลดลงในปีที่สี่ ส่วนของ อบต.พบว่าการลงทุนด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

บทที่ 7 อภิปรายผลและข้อเสนอเชิงนโยบาย

โดยสรุปกองทุนสุขภาพตำบลมีศักยภาพในการเสริมพลังอำนาจของท้องถิ่นและชุมชนได้ดี เมื่อพิจารณาในด้านการเข้าถึง การมี และ การใช้ประโยชน์ข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล รวมไปถึงกระบวนการติดตามประเมินการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้ทั้งท้องถิ่นและชุมชนเกิดความตื่นตัวด้านสุขภาพ โดยท้องถิ่นมีการสมทบงบประมาณในกองทุนสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้น ยกเว้นเทศบาลเมือง ในขณะที่องค์กรชุมชนก็มีบทบาทในการเสนอโครงการเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ดีประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนยังจำกัด นอกจากนี้การเข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชนมิได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างที่คาดหวัง และลักษณะโครงการที่ทำส่วนใหญ่ยังอยู่ภายใต้ร่มเงาของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ขณะเดียวกันประเด็นที่น่าสนใจคือ การมีกองทุนสุขภาพตำบลนั้นจะส่งผลต่อการลงทุนด้านสาธารณสุขของภาคท้องถิ่นอย่างไร ทั้งนี้พบว่าไม่มีผลกระทบต่อการลงทุนด้านสาธารณสุขของเทศบาลเมือง ในขณะที่ อบต. นั้นพบว่าการลงทุนด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนเทศบาลตำบลนั้นพบว่าการลงทุนเพิ่มขึ้นในช่วงแรกแต่ลดลงในช่วงปีที่สี่

ในตอนนี้เป็นารอภิปรายผลการศึกษาในประเด็นหลักๆคือ เป้าประสงค์และโมทัศน์ในการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล การมีและใช้ข้อมูลสุขภาพชุมชน การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล และประเด็นที่ควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป

7.1 มโนทัศน์และเป้าประสงค์การพัฒนากองทุนสุขภาพตำบล

การขาดความชัดเจนในเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลของผู้ปฏิบัติในระดับเขตและพื้นที่ น่าจะเป็นปัจจัยทำให้กองทุนสุขภาพตำบลถูกใช้เพื่องานสาธารณสุขเป็นหลัก แม้จะมีโครงการที่มีมิติที่กว้างกว่าปัญหาสาธารณสุขเป็นการจัดการสุขภาวะในชุมชนบ้างก็ตามแต่ก็มีจำกัด ทั้งนี้การใช้ท้องถิ่นและชุมชนมาทำงานสาธารณสุขอาจจะมีใช้ทิศทางที่เหมาะสม แต่กองทุนสุขภาพตำบลควรเป็นเครื่องมือในการไปเสริมพลังอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองในขอบเขตที่ชุมชนและท้องถิ่นสามารถจัดการเองได้ ทั้งนี้แม้ผู้บริหารของ สปสช. อาจมีเป้าหมายดังกล่าวชัดเจนแต่มิได้ส่งสัญญาณหรือทำความเข้าใจกับหน่วยงานต่างๆทำให้การดำเนินงานดังกล่าวยังคงขาดความชัดเจน

ที่มาของงบประมาณอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการสร้างความสับสนต่อเป้าประสงค์ของกองทุนดังกล่าว กล่าวคือ งบประมาณที่นำมาใช้ในการสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลนั้นมาจากงบเหมาจ่ายรายหัวหมวดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคซึ่งเป็นงบสำหรับการจัดบริการรายบุคคล ทำให้ต้องมีการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์เป็นหนึ่งในกิจกรรมที่กองทุนต้องดำเนินการ ทั้งที่เป็นกิจกรรมปกติของการจัดบริการของหน่วยบริการอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามได้มีการย้ำเน้นให้ผู้ปฏิบัติทราบว่าหากจะให้กองทุนดำเนินการควรมุ่งเน้นไปยังกลุ่มด้อยโอกาสที่เข้าไม่ถึงบริการในหน่วยบริการปกติ

ข้อมูลจากการดำเนินงานของกองทุนจึงไม่เห็นว่ามีการดำเนินงานสำหรับคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้การจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนนั้นเป็นการจัดกิจกรรมในลักษณะรวมหมู่สำหรับประชาชนทั่วไป รวมไปถึงการสาธารณสุข และหากต้องการให้กองทุนนี้ดำเนินกิจกรรมไปถึงการจัดการปัญหาสังคมที่มีผลต่อสุขภาพด้วยแล้วนั้น อาจจำเป็นต้องเปลี่ยนหมวดเงินงบประมาณที่จะให้เพื่อการนี้

ข้อเสนอแนะ

1. หากต้องการให้กองทุนสุขภาพตำบลเป็นกลไกในการเสริมพลังอำนาจภาคท้องถิ่นและชุมชน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจในด้านมโนทัศน์และเป้าหมายของกองทุนสุขภาพตำบล ที่มุ่งเป้าหมายเชิงกระบวนการคือ “กองทุนสุขภาพตำบลเป็นเครื่องมือในการไปเสริมพลังอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองในขอบเขตที่ชุมชนและท้องถิ่นสามารถจัดการเองได้” และเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่กองทุนขับเคลื่อนเชิงระบบของสุขภาพภาคท้องถิ่น ชุมชนจนบรรลุสุขภาวะในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ เช่นเป้าหมายว่า “ชาวไทยย่อมได้กินอาหารปลอดภัย” รวมถึงทำความเข้าใจกับกรรมการกองทุนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้รับรู้ตรงกันว่า กองทุนสุขภาพตำบล มีวัตถุประสงค์เพื่อการใด

2. ทิศทางที่ควรเป็นคือ การสร้างการเคลื่อนไหวทางสังคม เพื่อให้ชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และมีกระบวนการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม ทำให้ชุมชนท้องถิ่นมีการจัดการตนเองโดยใช้เรื่องสุขภาพเป็นตัวเริ่มต้น และคาดหวังว่าจะเป็นการพัฒนาไปสู่ความเป็นชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยลดอำนาจเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพิ่มอำนาจการจัดการสุขภาพให้ท้องถิ่น ชุมชน ด้วยหลักการดังกล่าวจะสอดคล้องกับทิศทางต่อไปนี้ คือ

- ทิศทางการปฏิรูปประเทศไทย ซึ่งมุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรม เพิ่มบทบาทให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง การปรับสมดุลอำนาจจากส่วนกลางสู่ชุมชน
- ทิศทางการกระจายอำนาจและรองรับการถ่ายโอนภารกิจ เป็นการปรับโครงสร้าง วิถีปฏิบัติโดยเฉพาะในระบบสุขภาพ
- ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน และเป็นการใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่เน้นการใช้พลังจากความร่วมมือทั้งภาคชุมชน ภาครัฐ ภาคท้องถิ่นภายใต้การทำงานโดยฐานความรู้และปัญญา

3. เพื่อป้องกันความสับสนอาจต้องมีการเปลี่ยนหมวดงบประมาณ โดยให้มีการแยกหมวดเงินสำหรับการอุดหนุนกองทุนสุขภาพตำบลออกมาให้ชัดเจน เพื่อลดความสับสนกับงบประมาณสำหรับการจัดบริการของหน่วยบริการ

4. ควรต้องสร้างความเข้าใจกับท้องถิ่นในเป้าประสงค์หลักของกองทุนขณะเดียวกันควรต้องมีการเฝ้าระวังการลงทุนด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นว่าเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดร่วมด้วย

7.2 การมี การเข้าถึง การใช้ข้อมูล

แม้ว่ากระบวนการรับรู้และการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มดีขึ้น โดยพบว่า ส่วนใหญ่กองทุนสุขภาพตำบล ทราบและมีข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชนและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อดำเนินการ แต่มีข้อสังเกต ดังนี้

- ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นสภาพปัญหาที่เผชิญในชุมชน ซึ่งได้จากการปฏิบัติงาน หรือการติดตามเยี่ยมพื้นที่ หรือรับฟังเสียงสะท้อนจากกลุ่มเป้าหมาย หรือเวทีชุมชน
- เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ที่เกิดจากการรวบรวมข้อมูลของหน่วยงาน และเป็นข้อมูลที่ใช้ในการรายงานต่อผู้บังคับบัญชาในระบบปกติ โดยเฉพาะภาคสาธารณสุข
- เป็นข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล โดยเฉพาะเพื่อเสนอต่อกรรมการกองทุน และโดยส่วนใหญ่ข้อมูลมักไม่มีหลักฐานอ้างอิงที่ชัดเจน และต้องเป็นข้อมูลเชิงป้องกันไม่ใช่เพียงข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาล
- กรรมการกองทุนส่วนใหญ่ จึงรับรู้และใช้ข้อมูลเพิ่มขึ้น ขณะที่การรับรู้และเข้าถึงข้อมูลของชุมชนไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก เนื่องจากเป็นฐานข้อมูลด้านสาธารณสุข แต่หากเป็นฐานข้อมูลภาคประชาชน ประชาชนก็สามารถรับรู้ได้ แต่เจ้าหน้าที่ต่างหากที่ต้องใช้หลักวิชาการอธิบายหรือแปลงข้อมูลที่ประชาชนรับรู้มาสู่ความเป็นวิชาการและอธิบายได้ด้วยหลักวิชาการ
- ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนในระยะยาว มักใช้ข้อมูลเพื่อการพิจารณาโครงการ จึงไม่พบการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดลำดับความสำคัญ แต่มักใช้ความเห็นร่วมของคณะกรรมการ ในการตัดสินใจความเร่งด่วน และบางพื้นที่ใช้ความต้องการแก้ปัญหาของชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณาโครงการ

อย่างไรก็ตาม พบว่า บางพื้นที่กองทุนสุขภาพตำบลมีการขยายการรับรู้และทำให้ชุมชนตระหนัก เห็นสภาพปัญหาที่ชัดเจนขึ้นด้วย โดยการจัดทำประชาคม และในกระบวนการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในระดับตำบล

ประเด็นสำคัญ คือ ไม่ได้มีการใช้ข้อมูลเพื่อการเสริมพลังอำนาจให้กับกรรมการกองทุน และ ชุมชน ในที่นี้หมายถึง ข้อมูลที่มีอยู่เป็นเพียงการอธิบายสถานการณ์ปัญหาเท่านั้น ไม่ได้มีข้อมูลที่แสดงถึง แนวคิด วิธีการสำคัญ นวัตกรรม ที่จะใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนแต่พบผู้นำท้องถิ่นบางแห่งเท่านั้นที่เรียนรู้และเท่าทันต่อการใช้ข้อมูลให้มีพลังในการขับเคลื่อนสุขภาวะของประชากรในพื้นที่ได้ ทั้งนี้เพราะไม่ได้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อเรียนรู้ทั้งในระหว่างกองทุนด้วยกันเอง หรือระหว่างกองทุนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกับหน่วยงานสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับเขต

ข้อเสนอแนะ

1. หากต้องการให้กองทุนสุขภาพตำบลเป็นกลไกในการเสริมพลังอำนาจภาคท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการระบบข้อมูล จำเป็นต้องการการพัฒนาทั้งในเรื่องความตระหนักและการให้ความสำคัญของการใช้ข้อมูล โดยมีการออกแบบ (1) ชนิดและประเภทข้อมูลที่ต้องการนำมาใช้ที่ครอบคลุมทั้งในมิติการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ และปัจจัยด้านสังคม (2) กระบวนการเก็บข้อมูล (3) การจัดทำฐานข้อมูลที่ต้องเป็นข้อมูลสองฐานทั้งภาคสาธารณสุขและภาคประชาชน และ (4) การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลแบบมีส่วนร่วมเพื่อการจัดทำแผน

2. ควรมีกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ระหว่างกองทุนต่างๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพ สร้างแรงจูงใจ สร้างพลังร่วม ตามแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน

7.3 การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน

กระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือสำคัญหนึ่งในการทำแผน และเป็นกระบวนการที่สามารถพัฒนาศักยภาพของคนทำงาน และนำไปสู่การเสริมพลังอำนาจภาคท้องถิ่นและชุมชนได้ โดยให้คนมาช่วยกันคิดช่วยกันทำ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้รับผิดชอบกองทุนสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ ยังไม่ให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เท่าที่ควร ไปเน้นการมีตัวแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์แทน นอกจากนั้นหลายแห่งไม่สามารถประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติจริงได้ ทำให้กิจกรรมของกองทุนไม่เป็นไปตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่เขียนไว้ ทั้งนี้หากประเด็นหลักที่ต้องการ คือ กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน เป็นหลัก ก็อาจไม่จำเป็นต้องไปจำกัดที่ตัวเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งเฉพาะ ควรเป็นไปตามความเหมาะสมของบริบทชุมชนและความถนัดของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

หากต้องการให้กองทุนสุขภาพตำบลเป็นกลไกในการเสริมพลังอำนาจภาคท้องถิ่นและชุมชน จึงจำเป็นต้องสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่จะช่วยในการบริหารจัดการกองทุน โดยอาจจะดำเนินการดังนี้

1. พัฒนาหลักเกณฑ์ แนวทาง คู่มือในการบริหารจัดการใหม่ โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดทำแผน
2. พัฒนาระบบการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ให้ปฏิบัติง่ายไม่ยุ่งยาก

3. พัฒนาหลักเกณฑ์ แนวทาง คู่มือในการจัดกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ควบคู่กับการทำแผน โดยอาจประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนานโยบายสาธารณะของชุมชน
 4. พัฒนาเครื่องมือเชิงคุณภาพ เชิงลึก เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ การติดตาม ประเมินผลในเชิงคุณค่า
 5. พัฒนาระบบหรือวิธีการพิจารณาโครงการที่มุ่งพัฒนาโครงการไปสู่นโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นจะช่วยให้เห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงประจักษ์ในพื้นที่มากกว่าจากตัวชี้วัดใดๆ
- ทั้งนี้เครื่องมือที่มีอยู่และพัฒนาขึ้นใหม่จะต้องมีความสอดคล้องกัน ไม่ซ้ำซ้อน และง่ายต่อการนำไปใช้

7.4 การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

แม้ที่ผ่านมา สปสช. ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ได้มีการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนที่เริ่มดำเนินการในแต่ละระลอกอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามข้อดีข้อมูลจากการศึกษาที่บ่งชี้ว่า ยังขาดความครอบคลุม ขาดการจัดการอย่างเป็นระบบ นอกจากนั้นประสิทธิผลของการพัฒนาก็อาจยังจำกัด การอบรมมุ่งเน้นไปที่สร้างความเข้าใจในระเบียบวิธีปฏิบัติเป็นหลัก ซึ่งก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกองทุนที่เริ่มดำเนินการ อย่างไรก็ตามก็ควรต้องมีการวางระบบการพัฒนาให้มีลักษณะต่อยอดอย่างต่อเนื่องสำหรับกองทุนที่เข้าร่วมแล้วในปีต่อไป เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการเสริมพลังอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากปัจจุบันมีกองทุนสุขภาพตำบลเกือบครบทุกพื้นที่แล้ว ดังนั้นควรมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อนำไปสู่ยุคที่มีนวัตกรรมและชื่นชมดอกผล ซึ่งมุ่งสู่สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล เปลี่ยนจากการให้ลองผิดลองถูกมาเป็นการเรียนรู้จากต้นแบบเพื่อให้มีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด

ข้อเสนอในเชิงหลักแนวคิดในการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลคือ

- ท้องถิ่นและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (center of gravity) ของการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพ “มิติทางสังคมเพื่อสุขภาพ” (Social determinant of health) และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่างๆ (นวัตกรรม) ในการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น

- ลดบทบาทของรัฐส่วนกลางในการดำเนินการเอง(ผ่อนปรนระเบียบ/หนุนเสริม พี่เลี้ยง) เพิ่มอำนาจการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นด้านสุขภาพ (กระบวนการเรียนรู้และตรวจสอบภาคประชาชน)
- การพัฒนาจากโครงการไปสู่นโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นจะช่วยให้เห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เห็นได้ในพื้นที่มากกว่าจากตัวชี้วัดใดๆ
- เป็นกองทุนที่มีเข็มมุ่งไปสู่เป้าหมายมากกว่าเพียงการพิจารณา พัฒนาโครงการ การดำเนินงานตามโครงการ

โดยมีข้อเสนอเชิงปฏิบัติดังนี้

1. ให้มีกลไกในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลในพื้นที่ ในที่นี้เสนอให้สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน
2. มีระบบ **Coaching** ด้วยกองทุนชั้นนำ (ผู้บุกเบิกที่ประสบความสำเร็จ) เป็นพี่เลี้ยงในระดับพื้นที่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้หรือนิเทศแบบเสริมพลัง
3. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นกระบวนการเสริมพลังเพื่อนำบทเรียนของกองทุนไปใช้ในการบริหารจัดการกองทุนตนเอง
4. เพื่อให้กองทุนต่างๆ ได้วิเคราะห์และทราบว่าตนเองอยู่ในระดับใด อาจจัดให้มีการเปรียบเทียบความแตกต่าง หรือ **benchmarking** ให้เกิดการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด
5. พัฒนาให้มีศูนย์เรียนรู้กองทุนสุขภาพตำบลในระดับพื้นที่ ในรูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันแบบข้ามพื้นที่ โดยประยุกต์แนวคิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติร่วมกัน
6. เสริมพลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่อยู่ในระยะปรับตัวทำงานกับผู้คนต่างภารกิจและต่างความรู้เรื่องสุขภาพให้เข้มแข็งด้วยฐานความรู้วิชาการที่ต่อยอดปฏิบัติการและทุนของพื้นที่

ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพด้วยการอบรมประจำปีโดย สปสช.เขต หรือส่วนกลางที่เอื้อต่อการทำงานกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล หากปรับแนวคิดและกระบวนการอบรมไปในทิศทางที่เสริมพลังอำนาจ และต่อทุนความรู้เดิมของกองทุนที่มีประสบการณ์แล้วไปพร้อมๆ กับสิ่งที่ระดับนโยบายต้องการให้กองทุนรับรู้และปฏิบัติ

7.5 ประเด็นที่ควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่พยายามดูผลของกองทุนสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน มิได้มีการเจาะเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถลงลึกได้เพียงพอในการเสนอในแต่ละด้านได้ชัดเจน ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นต่อไปนี้เพิ่มเติม

1. การวิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนที่มีการเสริมพลังอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การประเมินการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชนและระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล
3. ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่แบบเสริมพลังอำนาจ
4. การเมืองในระบบสุขภาพชุมชนที่เป็นอุปสรรคและเอื้อต่อการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

- ⁱ พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- ⁱⁱ เฉลียว ฤกษ์จุฬิมล. (2544). บทที่ 10 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม. มนุษย์กับสังคม. พวงเพชร สุรัตน์วิกุล และเมธามาลย์ ราชภัฏทาร์กซ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ⁱⁱⁱ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(กองทุนอบต./เทศบาล) ข้อมูล ณ วันที่ 19 กรกฎาคม 2553
- ^{iv} ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ (2550) การวิจัยนโยบายสาธารณะ: ประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัย
- ^v ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ บรรณาธิการ (2552) การวิจัยประเมินกองทุนสุขภาพตำบล กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัย
- ^{vi} สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, ภูษิต ประคองสาย, สุณี วงศ์คงคาเทพ, และ อังคณา จรรยากุลวงศ์ (2553) โครงการประเมินเพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพกองทุนสุขภาพระดับตำบลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี นนทบุรี: แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคกับระบบประกันสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ^{vii} จิรยุทธ์ คงนุ่น และคณะ (2552) การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (ตำบล) ของจังหวัดพิจิตร ปี 2551 พิจิตร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
- ^{viii} สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2552) บทสังเคราะห์การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 3/2552 วันอังคาร ที่ 18 สิงหาคม 2552 นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
- ^{ix} ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. รายงานการวิจัยประเมินกองทุนสุขภาพตำบล พ.ศ. 2552
- ^x วินัย ลิสมิทธิ (2553) รูปแบบ แนวทาง ระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

^{xi} Fetterman, D. M. and Wandersman, A. (Eds). (2005). Empowerment evaluation principle in practice. New York: The Guilford Press.

^{xii} http://www.nhso7kkn.info/fund/53view_score1.php แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2553

ภาคผนวก

เครื่องมือในการศึกษาวิจัย

- เครื่องมือการศึกษาเชิงปริมาณ

- I. แบบสอบถามชุดที่ 1 ประเมินผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน
- II. แบบสอบถามชุดที่ 2 การประชุมของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล
- III. แบบสอบถามชุดที่ 3 ผลการดำเนินกิจกรรมของกองทุนสุขภาพตำบลในแต่ละปีงบประมาณ
- IV. แบบสอบถามชุดที่ 4 ผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน

- เครื่องมือการศึกษาเชิงคุณภาพ

- I. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เรื่อง ผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน

(เขต สปสช.) (รหัสจังหวัด) (รหัสอำเภอ) ()()()

แบบสอบถามชุดที่ 1

ประเมินผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาสถานการณ์ และแนวโน้มการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลในมิติ การเสริมพลังอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากที่มีการดำเนินการมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว ทั้งนี้คณะนักวิจัยมีสมมุติฐานว่า กองทุนสุขภาพตำบลเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชน การเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลด้านปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพของชุมชน อันจะนำไปสู่กลวิธีในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือจาก เลขานุการ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักกองทุนตำบล โปรดสละเวลาเพื่อกรอกแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง ทั้งนี้ผลการสำรวจที่ได้จะนำไปวิเคราะห์เพื่อประเมินสัมฤทธิ์ผลของการเสริมพลังอำนาจแก่ อปท. และองค์กรชุมชน และประสิทธิผลการดำเนินงาน เพื่อหาทิศทางในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพต่อไป

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ปี 2553

ตอนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของชุมชน

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

ตอนที่ 4 ข้อมูลกองทุนสุขภาพตำบล

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากทุกท่านและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ชื่อกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail:

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ปี 2553

1. ข้อมูลประชากร
 - 1.1 ตำบลนี้ประกอบด้วยหมู่บ้านจำนวน.....หมู่
 - 1.2 มีครัวเรือนทั้งหมด.....หลัง
 - 1.3 มีประชากรในทะเบียนจำนวน.....คน
 - 1.4 ประชากรแฝงจำนวนคน
2. จำนวนเด็กแรกเกิดใหม่ที่มีชีวิตรอดในรอบปี จำนวน.....คน
3. จำนวนประชากรในตำบลที่เสียชีวิตในรอบปี จำนวน.....คน
4. จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่ 30 มิ.ย. 2553 จำนวน.....คน
5. จำนวนผู้พิการ/ทุพพลภาพ ณ ปัจจุบัน (5.1).....คน ขึ้นทะเบียนผู้พิการแล้วจำนวน (5.2).....คน
6. จำนวนผู้ยากไร้ที่ไม่มีที่อยู่อาศัยและที่ทำกินของตนเอง ณ ปัจจุบัน.....คน
7. จำนวนผู้ขาดโอกาสทางการศึกษา ณ ปัจจุบัน.....คน
8. จำนวนผู้ไร้รัฐ ณ ปัจจุบัน.....คน
9. จำนวนแรงงานต่างด้าว ณ ปัจจุบัน.....คน
10. การเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (อุบัติเหตุจราจร, พลัดตกหกล้ม, เพลิงไหม้, จมน้ำ, สารพิษ, สัตว์มี พิษ ทำร้ายร่างกาย ฯลฯ) ในรอบปี มีจำนวน.....ราย โดยสาเหตุหลัก 3 อันดับแรก คือ
 - 10.1)
 - 10.2)
 - 10.3)

⁶ ผู้ยากไร้ หมายถึง บุคคลที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน ไร้ที่อยู่อาศัยและไม่มีที่ทำกินเป็นของตนเอง เป็นบุคคลที่สมควรได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ โดยความเห็นของผู้นำชุมชน

⁷ ผู้ขาดโอกาสทางการศึกษา หมายถึง ผู้ไม่มีเงินเรียน ขาดโอกาสศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาขั้นพื้นฐานกำหนด

11. สาเหตุการป่วย 3 อันดับแรกในรอบปี

- 11.1)
 11.2)
 11.3)

12. สาเหตุการตาย 3 อันดับแรกในรอบปี

- 12.1)
 12.2)
 12.3)

13. โปรดระบุ กองทุนชุมชนที่ชาวบ้านมีส่วนร่วมสมทบเงิน 5 อันดับแรกที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญมากที่สุด และระบุยอดเงินทุนทรัพย์สะสมรวม ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2553 ลงในตาราง (หากมีน้อยกว่า 5 องค์กร ให้ระบุทั้งหมด)

ชื่อกองทุน	ยอดเงินทุนสะสมรวม (บาท)
13.1a)	13.1b)
13.2a)	13.2b)
13.3a)	13.3b)
13.4a)	13.4b)
13.5a)	13.5b)

14. มีองค์กรเครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพคนในชุมชน จำนวน.....

แห่ง โปรดระบุรายชื่อองค์กรเครือข่ายชุมชนที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญในการพัฒนาสุขภาพคนในชุมชน 5 อันดับแรก (หากมีน้อยกว่า 5 องค์กร ให้ระบุทั้งหมด)

- 14.1)
 14.2)
 14.3).....

14.4).....

14.5).....

15. ในตำบลของท่านมีโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หรือสำนักงาน
กองทุนวิจัย (สกว.) หรือไม่

☐

1. ไม่มี

☐

2. มี

ตอนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงในชุมชน ณ ปัจจุบัน

1. จำนวนผู้ที่มีพฤติกรรมเป็นภัยต่อชุมชน.....คน
2. จำนวนผู้ติดยาเสพติดในชุมชน.....คน
3. จำนวนผู้ที่มีภาวะอ้วนในชุมชน.....คน
4. จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ.....คน
5. จำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ.....คน
6. จำนวนโรงงานที่ตั้งอยู่ในชุมชน.....แห่ง
7. จำนวนครัวเรือนที่เสี่ยงจากการได้รับสารเคมีทางการเกษตร.....ครัวเรือน
8. จำนวนครัวเรือนที่เสี่ยงจากการได้รับสารพิษทางอากาศ.....ครัวเรือน
9. จำนวนครัวเรือนที่เสี่ยงจากการได้รับสารพิษทางน้ำ.....ครัวเรือน
10. จำนวนแหล่งอบายมุข (แหล่งบ่อนพนัน, สถานเรีงมย์ ฯลฯ).....แห่ง

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. งบประมาณองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (บาท)

รายละเอียด	2550	2551	2552	2553
1.1) รายรับ อปท.จากทุกแหล่งต่อปี				
1.2) งบประมาณรายจ่ายต่อปี				
1.3) งบประมาณด้านสาธารณสุขต่อปี				

ตอนที่ 4 ข้อมูลกองทุนสุขภาพตำบล

1. รายรับกองทุนสุขภาพตำบลต่อปี (บาท)

รายละเอียด	2550	2551	2552	2553
1.1) เงินจาก สปสช.				
1.2) เงินสมทบจาก อปท.				
1.3) เงินสมทบจากชุมชน				
1.4) เงินสมทบจากแหล่งอื่น				

2. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานเพิ่มเติมนอกเหนือจากคณะกรรมการกองทุนหรือไม่ (ถ้ามี โปรดแนบ

เอกสารการแต่งตั้งเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง)

☐

1. ไม่มี

☐

2. มี (2a) ระบุจำนวน.....ชุด ชุดใดบ้าง โปรดระบุ

2.1)

2.2)

2.3)

2.4)

2.5)

3. การนิเทศและสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล

รายละเอียด	2550	2551	2552	2553
3.1) จำนวนครั้งที่ได้รับนิเทศโดย <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</u>				
3.2) จำนวนครั้งการได้รับนิเทศโดย <u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</u>				
3.3) จำนวนครั้งการได้รับนิเทศโดย <u>สปสช. สาขาเขตพื้นที่</u>				
3.4) จำนวนครั้งที่คณะกรรมการกองทุนฯ ได้รับการอบรม				
3.5) จำนวนครั้งที่คณะกรรมการได้ไปศึกษาดูงานกองทุนสุขภาพตำบลอื่น				
3.6) จำนวนครั้งที่มีการมีกองทุนสุขภาพตำบลอื่นมาศึกษาดูงานที่กองทุนของท่าน				

หมายเหตุ: ข้อ 4-6 กรอกข้อมูลโดยไม่ต้องแยกระดับหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือให้การสนับสนุน

4. กองทุนสุขภาพตำบลของท่านเคยได้รับรางวัลนวัตกรรมในระดับสูงสุด หรือไม่

☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคย

4.1) ระบุ ปีที่ได้รับรางวัล.....

4.2) ระดับสูงสุดของรางวัลนวัตกรรมที่เคยได้รับ คือ

☐ 1. ระดับประเทศ

☐ 2. ระดับภูมิภาค

☐ 3. ระดับจังหวัด

(เขต สปสช.) (รหัสจังหวัด) (รหัสอำเภอ) ()()()

แบบสอบถามชุดที่ 2

การประชุมของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาสถานการณ์ และแนวโน้มการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลในมิติ การเสริมพลังอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากที่มีการดำเนินการมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว ทั้งนี้คณะนักวิจัยมีสมมุติฐานว่า กองทุนสุขภาพตำบลเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชน การเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลด้านปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพของชุมชน อันจะนำไปสู่กลวิธีในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้จึงใคร่ขอให้ นักวิจัยในพื้นที่ กรอกแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง โดยให้รวบรวมรายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และคณะทำงานทุกครั้งตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปีงบประมาณ 2553 และทำการวิเคราะห์แจกแจงตามประเด็นที่กำหนดด้านล่าง

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากทุกท่านและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ชื่อกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail:

การประชุมของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

จำนวนและประเด็นของการประชุมในรอบปี

รายละเอียด	2550	2551	2552	2553
1. จำนวนครั้งที่มีการประชุมของคณะกรรมการกองทุนฯ				
2. จำนวนครั้งที่มิ ผอ.รพ./ สาธารณสุขอำเภอ ในฐานะที่ปรึกษา เข้าร่วมประชุม				
3. จำนวนครั้งที่ประธานกองทุนตำบลเข้าร่วมประชุม				
4. จำนวนครั้งของการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ที่มีผู้เข้าร่วมประชุมครบสามฝ่าย (อปท., จนท.สอ., ตัวแทนชุมชน)				
5. จำนวนครั้งที่มีการประชุมของคณะกรรมการ/ คณะทำงาน เพื่อทบทวนปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่				
6. จำนวนครั้งที่มีการประชุมของคณะกรรมการ/ คณะทำงาน เพื่อพิจารณาโครงการ				
7. จำนวนครั้งที่มีการประชุมของคณะกรรมการ/ คณะทำงาน เพื่อติดตามผลการดำเนินงานโครงการ				
8. จำนวนครั้งที่มีการประชุมของคณะกรรมการ/ คณะทำงาน เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ชุมชน				

หมายเหตุ: โปรดแนบรายงานการประชุมทุกฉบับเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง

(เขต สปสช.) (รหัสจังหวัด) (รหัสอำเภอ) ()()()

แบบสอบถามชุดที่ 3

ผลการดำเนินงานกิจกรรมของกองทุนสุขภาพตำบลในแต่ละปีงบประมาณ

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาสถานการณ์ และแนวโน้มการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลในมิติ การเสริมพลังอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากที่มีการดำเนินการมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว ทั้งนี้คณะนักวิจัยมีสมมุติฐานว่า กองทุนสุขภาพตำบลเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชน การเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลด้านปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพของชุมชน อันจะนำไปสู่กลวิธีในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ขอให้ นักวิจัยในพื้นที่ รวบรวมโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งแต่เริ่มดำเนินการ จนถึงปีงบประมาณ 2553 ทุกโครงการ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้จากฐานข้อมูลรายละเอียดกิจกรรมบนเว็บไซต์ สปสช. โดยให้วิเคราะห์และแจกแจงข้อมูลของโครงการต่าง ๆ และ กรอกรายการความเป็นจริง ทั้งนี้ผลการสำรวจที่ได้จะนำไปวิเคราะห์เพื่อประเมินสัมฤทธิ์ผลของการเสริมพลังอำนาจแก่ อปท. และองค์กรชุมชน และประสิทธิผลการดำเนินงาน เพื่อหาทิศทางในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพต่อไป

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากทุกท่านและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ชื่อกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail:.....

ผลการดำเนินกิจกรรมของกองทุนสุขภาพตำบลในแต่ละปีงบประมาณ

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	ประเภทของโครงการ		ผู้รับผิดชอบ/ เสนอโครงการ	ลักษณะกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการ	งบประมาณ
		กำหนดโดยกองทุน	จัดโดยนักวิจัย				
		1. การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ 2. การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข 3. การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น 4. การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	1. การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ 2. การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข 3. การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น 4. การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	1. อปท. / กองการ สธ. 2. จนท.สธ. / สสอ. /รพ. 3. ชุมชน (อสม./รร./ตัวแทนชุมชน) 4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....	1. ให้บริการส่วนบุคคลในหน่วยบริการ 2. ให้บริการส่วนบุคคลในชุมชน 3. อบรมให้ความรู้/ เข้าค่าย/ ศึกษาดูงาน 4. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5. กิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนัก/ ประกวด 6. กิจกรรมควบคุม/ป้องกันโรค 7.การคุ้มครองผู้บริโภค 8. การเฝ้าระวังและจัดทำข้อมูลปัจจัยเสี่ยง/ปัญหาสุขภาพ/ ติดตามประเมิน 9. การจัดท้านโยบายสาธารณะ/ แผนชุมชน/ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 10. ประชุมคณะกรรมการ/ คณะทำงาน 11. อุดหนุน/ แจกวัสดุ สิ่งของ เงิน 12.ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง 13. อื่น ๆ โปรดระบุ.....	1. กลุ่มแม่และเด็ก (0-6ปี) 2. กลุ่มเด็กและเยาวชน (7-25ปี) 3. กลุ่มผู้สูงอายุ (60ปีขึ้นไป) 4. กลุ่มผู้พิการ/ทุพพลภาพ 5. กลุ่มผู้ด้อยโอกาส/ยากไร้ 6. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม 7. กลุ่มเจ้าหน้าที่ สธ. 8. แกนนำ/อสม. 9. กลุ่มประชาชนทั่วไป 10. ตลาด/ร้านค้า/วัด/โรงเรียน 11. สถานีนอมนัย 12. กลุ่มอื่น ๆ ระบุ.....	

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดที่ 3

1. การจัดซื้อบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่จัดแก่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลโดยตรง ใน 5 กลุ่มเป้าหมาย คือ อนามัยหญิงมีครรภ์ อนามัยเด็กก่อนวัยเรียน อนามัยเด็กวัยเรียน การตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการและทุพพลภาพ
2. การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการในพื้นที่ ทั้งในลักษณะการอุดหนุนงบประมาณ และวัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง
3. การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น หมายถึง การสนับสนุนงบประมาณ โครงการต่างๆ ที่จัดทำขึ้นเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน ทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่เกิดจากความคิดริเริ่มของประชาชนและองค์กรในชุมชนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ หมายถึง การสนับสนุนงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการหรือพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการหรือคณะกรรมการหรือคณะทำงานอื่นๆ ที่กรรมการกองทุนแต่งตั้ง รวมถึงการจัดซื้อครุภัณฑ์ที่ราคาไม่เกิน 20,000 บาท ต่อหน่วย ทั้งนี้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเบี้ยประชุมกรรมการ/ คณะทำงาน การจัดทำแผนชุมชน/แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การพิจารณาโครงการ การติดตามประเมินผลโครงการ การอบรม/ดูงานของคณะกรรมการ การจัดทำข้อมูลเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง/ปัญหาสุขภาพชุมชน
5. ให้บริการส่วนบุคคลในหน่วยบริการ หมายถึงการให้บริการที่จัดแก่ปัจเจกชนโดยตรง เช่น การตรวจคัดกรอง การให้วัคซีน การให้คำปรึกษา ที่จัดในหน่วยบริการ
6. ให้บริการส่วนบุคคลในชุมชน หมายถึงการจัดบริการแก่ปัจเจกชนโดยตรงในลักษณะเดี่ยวหรือกลุ่มนอกหน่วยบริการ เช่น การจัดบริการให้ที่บ้านผู้ป่วย การจัดบริการในชุมชน/โรงเรียน เป็นต้น เช่น การตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การให้สุขศึกษากลุ่ม การให้คำปรึกษา การให้วัคซีน เป็นต้น
7. อบรมให้ความรู้/ เข้าค่าย/ ศึกษาดูงาน เป็นกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมของกองทุน (เช่น กรรมการหรือคณะทำงานของกองทุน) หรือศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง
8. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เช่น การออกกำลังกาย การแข่งขันกีฬา โภชนาการ การสร้างพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น

9. **กิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนัก/ ประกวด** หมายถึงกิจกรรมในการสร้างกระแสและความตระหนักแก่ประชาชนในชุมชนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์ การประกวด
10. **กิจกรรมควบคุมป้องกันโรค** หมายถึงการจัดกิจกรรมในการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน เช่น การลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การกำจัดขยะการสอบสวนและควบคุมโรคระบาด การป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น
11. **การคุ้มครองผู้บริโภค** หมายถึงกิจกรรมในการควบคุมผู้ผลิต ผู้จำหน่าย หรือผู้ให้บริการให้ผลิตสินค้า อาหาร ยา และบริการที่มีคุณภาพปลอดภัยกับผู้บริโภค ตลอดจนการจัดช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลและร้องเรียนกรณีไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ
12. **การเฝ้าระวังและจัดทำข้อมูลปัจจัยเสี่ยง/ปัญหาสุขภาพ/ ติดตามประเมิน** หมายถึงกิจกรรมในการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง หรือปัญหาสุขภาพของประชาชน เพื่อให้มีข้อมูลมาใช้ในการจัดทำแผนหรือติดตามประเมินระบบการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของชุมชน
13. **การจัดทำนโยบายสาธารณะ การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน/ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์** ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการจัดกระบวนการจัดทำนโยบายสาธารณะ เช่น การจัดประชาคม การจัดทำแผนสุขภาพชุมชนหรือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
14. **ประชุมคณะกรรมการและคณะทำงาน** หมายถึงค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมคณะกรรมการกองทุน และคณะทำงานชุดต่างๆ เพื่อพิจารณาจัดทำแผน พิจารณาโครงการ จัดสรรงบประมาณ บริหารกองทุน ติดตามประเมินโครงการ เป็นต้น
15. **อุดหนุน/ แจกวัสดุ สิ่งของ เงิน** หมายถึงโครงการที่มีลักษณะจ่ายเป็นเงินหรือ แจกจ่ายสิ่งของวัสดุ แก่ประชาชนหรือหน่วยบริการ
16. **ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง** หมายถึงโครงการที่มีลักษณะเป็นการสนับสนุนครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้างหน่วยบริการหรือองค์กรในชุมชน ที่มีให้บริการหรือกิจกรรมที่จัดแก่ประชาชนในชุมชนโดยตรง

(เขต สปสช.) (รหัสจังหวัด) (รหัสอำเภอ) () () ()

แบบสอบถามชุดที่ 4

ผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพต่อการเสริมพลังอำนาจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลจากการมีกองทุนสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน

โดยแบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง สำหรับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และองค์กรชุมชนที่ทำงานด้านสุขภาพในชุมชน (ที่มีได้เป็นกรรมการกองทุนฯ)

ในการนี้ ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามด้วยความถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพื่อประโยชน์ต่อการนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลต่อไป โดยข้อมูลจากคำตอบของท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น

ส่วนที่ 1 รายละเอียดของผู้ตอบแบบสอบถาม

ชื่อกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น.....

อำเภอ.....

จังหวัด.....

สถานภาพของท่าน

1. เป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยเป็นตัวแทนในภาคส่วน

() 1. อบท. () 2. ชุมชน () 3. จนท.สร. () 4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. เป็นตัวแทนองค์กรชุมชนอื่นที่มีได้เป็นกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

ระบุองค์กร.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกองทุนสุขภาพตำบล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย V ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่องในแต่ละข้อ

การมีส่วนร่วม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1) ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานของกองทุนตำบล					
2) ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมของกองทุนตำบล					
3) ท่านมีส่วนร่วมในการร่วมลงขัน/ลงทุนของกองทุนตำบล					
4) ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นๆ ของกองทุน (เช่น ฝึกอบรม, ดูนาน, แลกเปลี่ยนเรียนรู้)					
5) ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์สุขภาพชุมชน					
6) ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนเสนอต่อกองทุนตำบล					
7) ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ที่รับทุนจากกองทุนตำบล					
8) ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินของกองทุนตำบล					
9) ท่านได้ทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกชุมชน (เช่น สสส., สกว.) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน					
10) ท่านได้ทำงานร่วมกับหน่วยงานภายในชุมชน (เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชน) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน					

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น(ในทิศทางที่เพิ่มขึ้น)ของกองทุนตำบล เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2550-2552	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
11) การประชุมกันในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น					
12) การเสนอกิจกรรม/โครงการด้านสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น					
13) จำนวนเงินที่ใช้จ่ายเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น					
14) ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเพิ่มขึ้น					
15) ความร่วมมือของคนในชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น					
16) บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนแก่กลุ่มด้อยโอกาสที่มีปัญหาในการไปรับบริการที่หน่วยบริการเพิ่มขึ้น					
17) ความตื่นตัวของชาวบ้านเรื่องการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเพิ่มขึ้น					
18) ความตื่นตัวของอปท.เรื่องการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเพิ่มขึ้น					
19) มีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น					
20) มีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพชุมชนในพื้นที่เพิ่มขึ้น					

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

เรื่อง ผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพต่อการเสริมพลังอำนาจ องค์กรปกครองท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลของการการมีกองทุนสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆของ
องค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ อบต. องค์กรชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปรับตัวของ
หน่วยงานรัฐ และภาคประชาชน

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มที่มีส่วนร่วมเป็นกรรมการกองทุนฯ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ตัวแทนองค์กร
ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. ตัวแทนองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นพ.สสจ., ผอ.รพ., สสอ.
3. ตัวแทนภาคประชาชน หรือองค์กรชุมชนที่มีได้เข้าเป็นกรรมการกองทุนฯ

แนวคำถาม

1) การจัดการกองทุน

1.1 ระบบข้อมูลชุมชน (ประเมินการมี/เข้าถึง/รับรู้ข้อมูล)

- ท่านทราบหรือไม่ว่าปัญหาสุขภาพหลักของชุมชนคืออะไร?
- ท่านทราบหรือไม่ว่าปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนที่สำคัญมีอะไรบ้าง?
- การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา และเกิดขึ้น
จากปัจจัยใด?
- ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวางแผนและจัดทำโครงการต่างๆของกองทุนตำบลประกอบด้วยข้อมูล
อะไรบ้าง? และมีการปรับเปลี่ยนไปอย่างไรในช่วงปีที่ผ่านมา?
- ท่านคิดว่าประชาชนรับทราบปัญหาสุขภาพหลักของชุมชนหรือไม่? ทราบได้อย่างไร?
- ท่านได้รับข้อมูลเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นหรือไม่ ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา และจาก
ปัจจัย/แหล่งใด หรือ ใครเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ท่าน?
- ท่านทราบหรือไม่ว่า มีโครงการ/กิจกรรมอะไรบ้างที่ดำเนินการโดยกองทุนตำบล? และได้ข้อมูล
จากแหล่งใด ?

1.2 กระบวนการดำเนินงาน (ดูรูปแบบการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วม)

- รูปแบบการตัดสินใจในเรื่องการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ในคณะกรรมการกองทุนเป็นแบบใด? (ประชาธิปไตย เผด็จการ) และมีการปรับเปลี่ยนไปหรือไม่อย่างไรในช่วงที่ผ่านมา?
- การวางแผนในประเด็นเหล่านี้ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในช่วงที่ผ่านมา ?
 - บทบาทการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการแต่ละฝ่ายในการจัดทำแผน
 - หลักเกณฑ์และกระบวนการในการพิจารณาโครงการ
 - โครงการที่อนุมัติสอดคล้องกับแผนที่ยุทธศาสตร์ของชุมชนหรือไม่ อย่างไร ?
 - โครงการที่อนุมัติตอบสนองต่อความต้องการของคนในชุมชนหรือไม่ อย่างไร ?
 - โครงการที่อนุมัติสามารถเข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชนมีมากน้อยแค่ไหน เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ? (เช่น กลุ่มพิการ/ทุพพลภาพ, กลุ่มผู้ยากจน/ยากไร้)

1.3 ระบบการติดตามประเมิน ตรวจสอบและความโปร่งใส

- ระบบการติดตามประเมิน ตรวจสอบและความโปร่งใสในประเด็นเหล่านี้ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงที่ผ่านมา ?
 - บทบาทและหน้าที่คณะกรรมการ
 - ความสม่ำเสมอในการติดตามประเมิน ตรวจสอบหรือไม่ อย่างไร ?
 - การรายงานผลการดำเนินงานของกองทุนให้ภาคส่วนต่าง ๆ ทราบอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ อย่างไร ? (เช่น รายไตรมาส, รายปี)

2) การสนับสนุนจากระบบสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง?

- นโยบายของหน่วยงานระดับต่าง ๆ (อำเภอ/จังหวัด/เขต)
- บทบาทการนิเทศ สนับสนุนและติดตามผล
- การปรับบทบาทการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3) พฤติกรรมเชิงรุกและเชิงรับของคนและองค์กร

- มีกิจกรรมเชิงรุกในการจัดการปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นระบบหรือไม่อย่างไร?
- มีโครงการให้บริการเชิงรุกกับผู้ด้อยโอกาสในชุมชนหรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ในช่วงที่ผ่านมา?
- โครงการที่เกิดขึ้นซ้ำซ้อนกับงานประจำหรือไม่ อย่างไร ?
- มีโครงการที่ส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องหรือไม่ อย่างไร ?

4) การกระตุ้น/สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงาน

- กองทุนตำบลทำให้ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (เช่น สิ่งแวดล้อม, พฤติกรรม) ลดลงหรือไม่ อย่างไร ในด้านใดบ้าง ?
- อปท.ตื่นตัวกับเรื่องการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร ?
- ชาวบ้านตื่นตัวกับเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร ?
- ความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน เพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร
- มีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนที่เป็นรูปธรรมหรือไม่อย่างไร ?
- มีนโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพชุมชนของตนเองหรือไม่ อย่างไร ?

5) ศักยภาพของคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนได้รับการพัฒนาให้เพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร ในช่วงที่ผ่านมา? (เช่น การฝึกอบรม การดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง คณะกรรมการกองทุนด้วยกันเองและคณะกรรมการกองทุนอื่น ๆ)

6) การบูรณาการกับโครงการต่าง ๆ ในพื้นที่ (เช่น การบูรณาการกับโครงการ รพ.สต./ ระบบสุขภาพชุมชน ฯลฯ) มีมากขึ้นหรือไม่ อย่างไรในช่วงที่ผ่านมา?

7) การบูรณาการกับกองทุนอื่น ๆ ในพื้นที่ (เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชน) มีเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร ในช่วงที่ผ่านมา