



OHPP
Thailand

รายงานการวิจัย

โครงการการประเมินผลเพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพ
กองทุนสุขภาพระดับตำบล
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี

คณะผู้วิจัย

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ
ภูษิต ประคองสาย
สุณี วงศ์คงคาเทพ
อังคณา จรรยากุลวงศ์

โครงการได้รับทุนอุดหนุนภายใต้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มกราคม 2553



กองสมุดงานบริหารระบบสารสนเทศ

ข้อมูลนักวิจัย

นักวิจัย

สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

อังคณา จรรยากุลวงศ์

สำนักงานพัฒนานโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ภูษิต ประคองสาย

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

สุณี วงศ์คงคาเทพ

ผู้ช่วยนักวิจัยภาคสนาม

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

นางสารศิริ อาจคงหาญ

นางอัจฉรา เนตรศิริ

นางวนิดา รุจจนเวท

นางสุภาวร มนินนากร

ดร. อริยะ บุญงามชัยรัตน์

สถาบันพระบรมราชชนก

ดร. สาลิกา เมธนาวิน

นางสาวอลิสรา ศิริเวชสุนทร

ดร. จุรีรัตน์ กิจสมพร

นางสาว พรพรรณ แก้ววันทา

กองทันตสาธารณสุข

นายกฤตวิทย์ จันทน์แจ่มใส

นางสาวบุญนภัส มีรัตน์

สำนักงานพัฒนานโยบาย

สาธารณสุขระหว่างประเทศ

นายราเชิด จันดี๊ะ

เลขหมู่

เลขทะเบียน

วันที่

สารบัญ

สารบัญ	หน้า
สารบัญเนื้อหา	ก
สารบัญตาราง	ข
สารบัญรูปภาพ	จ
คำนำ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สรุปสาระสำคัญ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
บทที่ 3 สรุปผลการศึกษาเชิงปริมาณ	34
	ข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี 2551
บทที่ 4 กองทุนหลักประกันสุขภาพ ภายใต้เทศบาลนครและเทศบาลเมือง	56
บทที่ 5 กองทุนหลักประกันสุขภาพภายใต้เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่	84
บทที่ 6 กองทุนหลักประกันสุขภาพภายใต้องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง/ขนาดเล็ก	115
บทที่ 7 ความเห็นของผู้บริหารต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพ	135
บทที่ 8 การวิเคราะห์ผลการศึกษา	157
บทที่ 9 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	176
บรรณานุกรม	184
เอกสารผนวก 1 แบบสำรวจข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี 2551	187

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 จำนวนกองทุนสุขภาพระดับตำบลจำแนกตามประเภทของอปท. และสาขาเขตพื้นที่ของ สปสช.	2
1.2 จำนวน อปท. ตัวอย่าง เทียบกับจำนวนอปท.ที่ได้จัดตั้งกองทุนแล้ว และจำนวนอปท. ทั้งหมด (ข้อมูลทะเบียนปี 2551)	2
1.3 รายชื่อกองทุนที่คัดเลือกเพื่อศึกษาเชิงคุณภาพ	9
3.1 อัตราการตอบกลับของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทกลุ่มตัวอย่าง	34
3.2 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามประเภทท้องถิ่นและประเภทกลุ่มตัวอย่าง	35
3.3 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามผู้ให้ข้อมูลและประเภทกลุ่มตัวอย่าง	35
3.4 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลที่เข้าร่วมโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	36
3.5 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามวิธีได้มาซึ่งกรรมการกองทุน	37
3.6 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามการประชุมคณะกรรมการปี 2551 และแผนการใช้จ่ายเงินกองทุน ปี 2551	38
3.7 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนงบประมาณแก่งานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ก่อนจัดตั้งกองทุนฯ	38
3.8 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนงบประมาณแก่งานบริการสาธารณสุขก่อนและหลังจัดตั้งกองทุนฯ	38
3.9 ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามการมีส่วนร่วมในการประชุมคณะกรรมการกองทุน	39
3.10 ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามประเภทผู้ตอบและการมีส่วนร่วมในการประชุม	39
3.11 ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามจำนวนครั้งที่เข้าร่วมประชุม	40
3.12 ร้อยละตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามการมีแผนการใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ	40
3.13 ร้อยละตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามผู้มีบทบาทในการจัดทำแผนของกองทุนฯ	40
3.14 ร้อยละตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามการเบิกจ่ายเงินกองทุนตามแผน	41

ตารางที่		หน้า
3.15	ร้อยละตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามการเสนอโครงการและการสนับสนุนจากท้องถิ่นปี 2551	41
3.16	ร้อยละกลุ่มโครงการที่ได้และไม่ได้รับการสนับสนุนจำแนกตามชื่อกลุ่มโครงการ	42
3.17	ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามประเด็นวิชาการที่สนับสนุน	43
3.18	ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามการสนับสนุนวิชาการแก่สนับสนุนวิชาการแก่กองทุน	44
3.19	ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามประเด็นวิชาการที่สนับสนุน	44
3.20	ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามประสบการณ์ฝึกอบรมเรื่อง "แผนที่ยุทธศาสตร์"	44
3.21	ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามความเข้าใจต่อสาระแผนที่ยุทธศาสตร์	45
3.22	ร้อยละกลุ่มสาธารณสุขอำเภอจำแนกตามบทบาทการมีส่วนร่วม	45
3.23	ร้อยละกลุ่มสาธารณสุขจำแนกตามความเข้าใจในสาระ"แผนที่ยุทธศาสตร์"	46
3.24	ร้อยละกลุ่มสาธารณสุขอำเภอจำแนกตามผลการประเมินศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพของกองทุน	47
3.25	ร้อยละโครงการ / กิจกรรม ของกองทุนที่กลุ่มสาธารณสุขอำเภอเห็นว่าได้ใช้เงินอย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อชุมชน	48
3.26	ร้อยละโครงการ / กิจกรรม ของกองทุนที่กลุ่มสาธารณสุขอำเภอเห็นว่าได้ใช้เงินไม่เหมาะสมและไม่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน	49
3.27	ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเข้าใจงานสาธารณสุขมาก-มากที่สุดและตัวอย่าง	50
3.28	ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมาก-มากที่สุดและกลุ่มตัวแทน	51
3.29	ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเด็นปัญหาอุปสรรคที่ระดับมาก-มากที่สุดและกลุ่มตัวแทน	52
3.30	ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเด็นในการปรับปรุงการบริหารงานกองทุนและกลุ่มตัวแทน	53
3.31	ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความพร้อมในการถ่ายโอนกลุ่มภารกิจด้านสาธารณสุขและกลุ่มตัวแทน	54

ตารางที่		หน้า
3.32	ร้อยละหน่วยงานบริการจำแนกตามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ ที่ผ่านมา	54
3.33	ร้อยละหน่วยงานบริการจำแนกตามความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงาน กองทุนฯ ในอนาคต	55
4.1	ข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุขของเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง และกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่	63
4.2	ข้อมูลการใช้จ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างเทศบาลนครและเทศบาลเมือง	72
5.1	งบประมาณและโครงการด้านสาธารณสุขตามข้อบัญญัติประจำปีของ อบต. ตัวอย่างดีเด่น (อต/ก1-3) ปี 2549-2552	88
5.2	ข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุขของเทศบาลตำบล/อบต.ขนาดใหญ่และกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่	92
5.3	จำแนกประเภทโครงการ ของ อบต. ตัวอย่าง (อต/ก1-3)	99
5.4	ข้อมูลการใช้จ่ายรายปีงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างกองทุนขนาดกลาง	104
5.5	ข้อมูลการใช้จ่ายในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างกองทุนขนาดกลาง	105
6.1	ข้อมูลบริบทของพื้นที่ตัวอย่างเทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล	115
6.2	งบประมาณและโครงการด้านสาธารณสุขในแผนประจำปี ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดกลางและขนาดเล็ก	119
6.3	ข้อมูลการใช้จ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง อบต.ขนาดกลางและขนาดเล็ก	129
7.1	ตัวอย่าง กิจกรรมที่จังหวัดให้การสนับสนุนการดำเนินงานกองทุน	146

ตารางที่		หน้า
3.32	ร้อยละหน่วยงานบริการจำแนกตามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ ที่ผ่านมา	54
3.33	ร้อยละหน่วยงานบริการจำแนกตามความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงาน กองทุนฯ ในอนาคต	55
4.1	ข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุขของเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง และกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่	63
4.2	ข้อมูลการใช้จ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างเทศบาลนครและเทศบาลเมือง	72
5.1	งบประมาณและโครงการด้านสาธารณสุขตามข้อบัญญัติประจำปีของ อบต. ตัวอย่างดีเด่น (อต/ก1-3) ปี 2549-2552	88
5.2	ข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุขของเทศบาลตำบล/อบต.ขนาดใหญ่และกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่	92
5.3	จำแนกประเภทโครงการ ของ อบต.ตัวอย่าง (อต/ก1-3)	99
5.4	ข้อมูลการใช้จ่ายรายปีงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างกองทุนขนาดกลาง	104
5.5	ข้อมูลการใช้จ่ายในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างกองทุนขนาดกลาง	105
6.1	ข้อมูลบริบทของพื้นที่ตัวอย่างเทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล	115
6.2	งบประมาณและโครงการด้านสาธารณสุขในแผนประจำปี ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดกลางและขนาดเล็ก	119
6.3	ข้อมูลการใช้จ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง อบต.ขนาดกลางและขนาดเล็ก	129
7.1	ตัวอย่าง กิจกรรมที่จังหวัดให้การสนับสนุนการดำเนินงานกองทุน	146

คำนำ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกิดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรในกำกับรัฐตามกฎหมายมีอำนาจหน้าที่บริหารเงินทุนอุดหนุนรายปีจากรัฐ เพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ เป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมแก่ประชาชนทุกคน ภารกิจหนึ่งของ สปสช. ตามมาตรา 47 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้กำหนดให้ สปสช. ต้องดำเนินงาน “ส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 เห็นชอบให้จัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นขึ้น หรือที่เรียกกันว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล”

สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานพัฒนานโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ร่วมกันดำเนินการเพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี ในเรื่องการจัดตั้งกองทุน รูปแบบการดำเนินงาน แผนหรือกิจกรรม การจัดการด้านการเงิน การประสานงานกับระบบบริหารราชการส่วนภูมิภาค การมีส่วนร่วมของประชาชนกับกองทุนฯ ตลอดจนความคิดเห็นต่อบทบาทและแนวทางการสนับสนุนจากส่วนกลางทั้ง สปสช. กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนากองทุนสุขภาพระดับตำบล ของผู้เกี่ยวข้องกับกองทุนที่ก่อตั้งขึ้นระหว่างปี 2549-2551 เพื่อสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการบริหารงานกองทุนสุขภาพระดับตำบล และเสนอรูปแบบการบริหารจัดการ โครงสร้างภายใต้หลักธรรมาภิบาล และระบบสนับสนุนที่เหมาะสมต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลต่อไป

คณะที่มิวิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารรายงานการวิจัยนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการและการดำเนินการจัดบริการด้านสุขภาพของกองทุนในพื้นที่ต่างๆ ที่สนองตอบต่อความต้องการของประชาชนระดับท้องถิ่นในอนาคต

คณะผู้วิจัย

มกราคม 2553

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จได้ ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจาก

ทีมงานสาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ศึกษาเชิงคุณภาพทั้ง 12 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัด ขอนแก่น พะเยา นครราชสีมา นครสวรรค์ สุโขทัย ระยอง ประจวบคีรีขันธ์ กาฬสินธุ์ พัทลุง พระนครศรีอยุธยา สุราษฎร์ธานี และอุบลราชธานี ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดเทศบาล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 36 กองทุนในพื้นที่ 12 จังหวัด ที่กรุณาอนุเคราะห์และเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ และนักวิชาการที่รับผิดชอบงานกองทุนฯ ได้แก่ ขอนแก่น ระยอง นครสวรรค์ เชียงใหม่ และสุราษฎร์ธานี ที่กรุณาให้ข้อมูลในส่วนของหน่วยงานและความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 918 แห่ง ได้แก่ ประธานกรรมการ เลขานุการคณะกรรมการ ผู้แทนหน่วยงานบริการสาธารณสุข และสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ดังกล่าว ที่กรุณาเสียสละเวลาตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณทั้ง 4 ชุด

และผู้ที่มีส่วนสำคัญยิ่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ซึ่งต้องอาศัยทั้งประสบการณ์ ความตั้งใจ ความชำนาญ และความเสียสละเวลา จนทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณค่า นำมาซึ่งความสมบูรณ์ของรายงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยผู้ช่วยนักวิจัยภาคสนามจำนวน 12 ท่าน จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กองทุนสาธารณสุข และสำนักงานพัฒนานโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้

สรุปสาระสำคัญ

การศึกษาเรื่องการประเมินผลเพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงานโดยรวมของกองทุน 2) วิเคราะห์สภาพจริงของการบริหารจัดการของกองทุนฯ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ สปสช. รวมทั้งความสัมพันธ์กับหน่วยงานส่วนภูมิภาคในระดับพื้นที่ 3) เพื่อศึกษาบทบาทและแนวทางการสนับสนุนจากส่วนกลางทั้ง สปสช. และ กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และ 4) สังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อจัดทำข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณสถานภาพและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุนในภาพรวมทั้งประเทศ สำรวจในสัดส่วนร้อยละ 30 ของกองทุนฯ ที่จัดตั้งในปี 2549-2551 จากผู้เกี่ยวข้องกับกองทุน 4 กลุ่ม คือกลุ่มประธานกรรมการกองทุน กลุ่มปลัด อบต. หรือ ปลัดเทศบาลที่เป็นเลขานุการกองทุน กลุ่มผู้แทนหน่วยบริการที่เป็นกรรมการ และกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยคัดเลือกกองทุนฯ ที่ศึกษา 1 อำเภอ ๆ ละ 3 กองทุนต่อ 1 จังหวัดในแต่ละเขต รวม 12 อำเภอ 36 กองทุน โดยสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ตัวอย่าง / กองทุน ได้แก่ กรรมการกองทุนละ 4 คน ผู้เกี่ยวข้องระดับอำเภอ 1 คน ผู้บริหารหน่วยงานระดับจังหวัด/เขต 2 คน

ผลการศึกษา

บริบทของท้องถิ่น

งานสาธารณสุขในบทบาทและความรับผิดชอบของท้องถิ่นที่ผ่านมายังค่อนข้างอยู่ในวงจำกัด และแตกต่างกันตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและศักยภาพของผู้บริหารท้องถิ่น จะเห็นว่า เทศบาลนครและเทศบาลเมืองเป็น อบท. ที่มีศักยภาพมากที่สุดเนื่องจากมีงบประมาณจากรายได้ของตนเอง องค์กรมีโครงสร้างและบุคลากรค่อนข้างพร้อม แต่กลับพบว่าเทศบาลกลุ่มนี้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่องานส่งเสริมป้องกันเพียงร้อยละ 2-3 ของงบประมาณปีเท่านั้น หรือคิดเป็น 22-33 บาทต่อหัวประชากร ซึ่งต่ำกว่าเงินกองทุนสุขภาพที่ สปสช. จัดสรรให้ (37.50 บาทต่อหัวประชากร) ในขณะที่เทศบาลตำบลหรือ อบต.ขนาดใหญ่ มีการจัดสรรงบส่งเสริมป้องกันและสาธารณสุขแบบกระจายตัว ตั้งแต่ 12-33 บาทต่อหัวประชากร กลุ่ม 40-100 บาทต่อหัว และกลุ่มที่มากกว่า 100 บาทต่อหัว ขณะเดียวกันพบปัญหาความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่และการประสานงานระหว่างเทศบาลกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลประจำจังหวัดมาโดยตลอด การจัดตั้งกองทุนฯ โดยเทศบาล

นครและเทศบาลเมืองจึงเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในงานสาธารณสุขเขตเมือง โดยที่ สปสช. ได้โอนงบส่งเสริมป้องกันในชุมชนจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม มาจัดตั้งเป็นกองทุนฯ ซึ่งส่งผลให้เทศบาลให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมป้องกันมากขึ้น และมีแนวโน้มที่เทศบาลจะขยายบทบาทไปสู่การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับประชากรในเขตพื้นที่ทั้งหมดในอนาคต จุดอ่อนที่สำคัญของเทศบาลยังคงเป็นเรื่องการขาดแคลนบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการ

ในส่วนกองทุนที่จัดตั้งในเขตเทศบาลตำบลหรือ อบต.ขนาดใหญ่ นั้น ยังไม่พบปัญหาการดำเนินงานมากนัก เนื่องจากขนาดกองทุนและประชากรที่รับผิดชอบไม่มากเกินไป หน่วยบริการในพื้นที่ได้แก่โรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างเข้มแข็งและส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยใกล้ชิดกัน อีกทั้งเทศบาล/อบต. ซึ่งได้รับการจัดตั้งหรือยกฐานะไม่นานนัก ยังไม่มีส่วนงานสาธารณสุข หรือมีบุคลากรรองรับเพียง 1-2 คน การทำงานร่วมกันระหว่างท้องถิ่นกับโรงพยาบาลชุมชนจึงอาศัยซึ่งกันและกันไปด้วยดี แม้ว่างบส่งเสริมป้องกันในชุมชนที่เดิมจัดให้กับโรงพยาบาลชุมชน (PP community) จะถูกโอนจัดตั้งเป็นกองทุนฯ ก็ตาม แต่ก็ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลชุมชนไม่มากนัก

เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้บริหารท้องถิ่นหลายแห่งโดยเฉพาะเทศบาลตำบลหรือ อบต.ขนาดใหญ่ เริ่มให้ความสนใจการทำงานของ อสม. มากขึ้น เช่น พยายามที่จะกระตุ้นให้ อสม. รู้จักเสนอปัญหาของชุมชนและจัดทำโครงการด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามเจ้าหน้าที่ สอ. ทั้งหมด มีการสนับสนุนสวัสดิการ การฝึกอบรม และบุดหนุนการปฏิบัติงานของ อสม. และมีข้อวิจารณ์ว่า สอ. มีการเสนอแต่โครงการเดิมๆ ขาดการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ บทบาทของเทศบาลกลุ่มนี้ จึงได้พัฒนาไปสู่การเป็นคนกลาง (Mediator) ที่จะประสานการพัฒนาจากทุกภาคส่วนในท้องถิ่นนั้น ให้เกิดความเป็นเอกภาพ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน และมีความเป็นสมดุลงัน

ส่วนเขตพื้นที่ อบต. ขนาดกลางและขนาดเล็กเป็นจุดที่มีผลกระทบต่องานสาธารณสุขของสถานีนามัยค่อนข้างชัดเจน เนื่องจาก สอ. เคยได้รับงบส่งเสริมป้องกันในชุมชน (งบ PP community) เพื่อใช้ในการทำงานพื้นที่ค่อนข้างมาก ยังเข้าใจในระยะแรกว่าบส่วนนี้เป็นงบสนับสนุน สอ. จนต่อมาจึงเริ่มเข้าใจมากขึ้น การจัดตั้งกองทุนฯ ภายใต้ อบต. กลุ่มนี้จึงมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่าง สอ. กับท้องถิ่นซึ่งเป็นความสัมพันธ์ส่วนบุคคลเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม การจัดตั้งกองทุนฯ มีผลทำให้ อบต. มีความสนใจต่อกิจกรรมสาธารณสุขมากขึ้นอย่างชัดเจน

การจัดตั้งกองทุน

การศึกษาได้ข้อสรุปในเชิงนโยบายว่า การจัดตั้งกองทุนฯ เป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายเห็นด้วย ทั้งฝ่ายท้องถิ่น ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ และผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดและอำเภอ เช่น ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ มีกิจกรรมสุขภาพที่ชุมชนริเริ่มเอง สนับสนุนการกระจายอำนาจ เป็นต้น

การแต่งตั้งคณะกรรมการในกองทุนต่างๆ ทำได้ครบถ้วนทุกแห่ง กองทุนในเขตเทศบาลนครหรือเทศบาลเมืองจะมีคณะกรรมการค่อนข้างใหญ่ 30-70 คน เนื่องจากมีจำนวนชุมชนมาก ทุกชุมชนต้องการมีผู้แทนเพื่อรักษาผลประโยชน์ของตน วิธีการได้มาของกรรมการผู้แทนชุมชน หรือผู้แทน อสม. ยังต่างกันอยู่ พบว่า ครึ่งหนึ่งของกองทุนใช้วิธีเลือกกันเองภายในชุมชนหรือกลุ่ม อสม. แต่อีกครึ่งหนึ่งใช้วิธีการกำหนดตามตำแหน่ง หรือตัวประธานกองทุนเป็นผู้เลือก ทั้งนี้ น่าจะบ่งชี้อิทธิพลและความสัมพันธ์ที่แท้จริงระหว่างผู้บริหารท้องถิ่นในกระบวนการคัดเลือกผู้แทนชุมชน หรือผู้แทน อสม. ด้วย นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งอนุกรรมการ คณะทำงาน เพื่อช่วยเหลือคณะกรรมการบริหารในด้านต่างๆ

การจัดตั้งกองทุนฯ ที่ผ่านมาเป็นเรื่องที่ สปสข. ประสานงานโดยตรงกับ อบต. ในช่วงแรกของการจัดตั้งกองทุน พบว่าแต่ละแห่งต่างประสบปัญหามากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นกับความเข้าใจและวิธีการทำงานของผู้บริหารท้องถิ่น แต่ก็ปรับตัวไปตามสภาพ ภายหลังจากผ่านปีแรกแล้ว ซึ่งกองทุนส่วนใหญ่สะท้อนว่าเวลาที่มีปัญหา ไม่รู้จะปรึกษาใคร สปสข. เองก็ไม่สามารถติดตามเยี่ยมเยียนกองทุนได้ทุกแห่ง แม้ว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปตามขั้นตอนของ สปสข. เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการ การจัดประชุม การอนุมัติโครงการ ในปี 2551 สปสข. ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของกองทุนมากขึ้น เช่น การฝึกอบรม การจัดทีมวิทยากรระดับจังหวัด เป็นต้น

ผลจากการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนในระยะแรก ทำให้เห็นว่า การพัฒนาสุขภาพต้องการการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายอย่างจริงจัง การเปลี่ยนผ่านบ่งเสริมป้องกัน PP community จากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเดิมเป็นผู้ดูแลเรื่องนี้ ไปยังเทศบาลหรือ อบต. ในทันที ทำให้โอกาสที่ฝ่ายสาธารณสุขกับฝ่ายท้องถิ่นต่างฝ่ายต่างไม่เข้าใจกัน และเห็นห่างกัน ย่อมมีมากขึ้น

การที่ สปสข. ติดต่oprสานงานกับ อบต. โดยตรง ไม่ได้ให้ สสจ. รับรู้และมีส่วนในการคัดเลือก มีผลทำให้ผู้บริหารในระดับจังหวัดต่างไม่นำพาต่อความเป็นไปของกองทุน โดยเห็นว่าเป็นเรื่องของ สปสข. เอง มิใช่หน้าที่ความรับผิดชอบของตน บางส่วนมองว่าการให้จังหวัดกลั่นกรองความพร้อมของกองทุนที่สมัครเข้าโครงการเป็นเพียงขั้นตอนที่กำหนดไว้เท่านั้น ไม่มีผลในทางปฏิบัติ แม้ในส่วนของ สปสข. สาขาเขตพื้นที่บางแห่งก็เห็นว่า ไม่ควรเร่งรีบขยายกองทุนเร็วเกินไป เนื่องจากท้องถิ่นหลายแห่งยังไม่มีความพร้อม

การบริหารกองทุน

การบริหารจัดการกองทุน ถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จของกองทุน และควรพัฒนาให้ เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล การวิจัยได้พบจุดอ่อนของการบริหารจัดการกองทุนที่ควรปรับปรุงแก้ไขหลายประการ การบริหารกองทุนอยู่ในมือของผู้บริหารท้องถิ่นค่อนข้างเบ็ดเสร็จ กล่าวคือ นายกเทศบาลหรือนายก อบต. เป็นประธานกรรมการบริหารกองทุนด้วย แม้ว่าโครงสร้างดังกล่าวมีข้อดี ทำ

ให้ผู้บริหารท้องถิ่นเห็นความสำคัญของงานสาธารณสุข ต้องเป็นประธานการประชุม และตัดสินใจอนุมัติงบประมาณท้องถิ่นสมทบกองทุน แต่ข้อเสียก็คือ การบริหารงบกองทุนซึ่งรวมงบท้องถิ่นที่สมทบแล้วทั้งหมด จะอยู่ในมือของผู้บริหารท้องถิ่น โดยมีเพียงคณะกรรมการบริหารกองทุนเท่านั้นที่จะเห็นชอบหรือคัดค้าน อีกทั้งสภาท้องถิ่นไม่มีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบการบริหารงบกองทุน โดยปกติลักษณะการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุน เป็นการสนับสนุนหรือรองรับการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่า โดยปลัดท้องถิ่นและฝ่ายสาธารณสุขทำหน้าที่เลขานุการและดูแลการใช้จ่ายงบกองทุน ภายใต้แนวทางของผู้บริหารท้องถิ่นโดยตรง

การดำเนินงานกองทุน

ข้อมูลจากเอกสารกองทุนและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่า การดำเนินงานของกองทุนไม่มีความแตกต่างจากโครงการเดิมที่สถานีอนามัยเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งมีการระบุชื่อโครงการให้สอดคล้องกับนโยบายพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และตัวโครงการเน้นเพียงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ได้ผลงานตามตัวชี้วัดเท่านั้น เอกสารที่เป็นแผนงานมักเขียนชื่อโครงการสั้นๆ เท่านั้น จะขาดรายละเอียดความชัดเจนในกลยุทธ์และมาตรการแก้ไขปัญหานอกจากนี้ ยังพบว่า โครงการที่กองทุนให้การสนับสนุนจะแตกต่างจากโครงการในข้อบัญญัติท้องถิ่นอยู่บ้าง เพื่อมิให้เกิดความซ้ำซ้อนในส่วนที่เทศบาลหรือ อบต. ยังคงตั้งงบประมาณด้านสาธารณสุขอยู่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค การรักษาความสะอาด การจัดการสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น

ผลการดำเนินงานของกองทุนแต่ละแห่ง พิจารณาจากอัตราการเบิกจ่ายเงินกองทุนในแต่ละปีมีความแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ระดับดีมากจนถึงระดับที่ควรปรับปรุง โดยส่วนใหญ่จะอยู่ที่ระดับปานกลางถึงต่ำ ผลดังกล่าวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสนใจ บทบาทและวิธีการทำงานของผู้บริหารท้องถิ่น ซึ่งเป็นประธานกรรมการ ทั้งนี้ ในส่วนบทบาทของคณะกรรมการในทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจนนัก และคณะกรรมการมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยตามวาระการดำรงตำแหน่งของกรรมการ อีกทั้งกรรมการส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจงานสาธารณสุขเท่าที่ควร

ในสภาพท้องถิ่นที่มีกองทุนขนาดเล็ก พบว่า ผู้ปฏิบัติอย่างฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล หรือผู้แทนหน่วยบริการสุขภาพ มักมีลักษณะโอนอ่อนผ่อนตาม ส่วนใหญ่ไม่กล้าโต้แย้งหรือแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม ต่างจากกรณีเทศบาลขนาดใหญ่ที่ฝ่ายข้าราชการค่อนข้างเข้มแข็งและมีบทบาทมากกว่า เนื่องจากเทศบาลมีโครงสร้างและระบบการทำงานราชการที่ยาวนานพอควร

การจัดตั้งกองทุนจึงเป็นช่องทางที่ทำให้เกิดการกระจายงบประมาณด้านสุขภาพไปสู่ท้องถิ่นมากขึ้น เป็นการสนับสนุนระบบบริหารราชการส่วนท้องถิ่นให้เข้มแข็ง ประกอบกับมีแนวคิดที่ต้องการสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินงานกองทุนด้วยตนเอง แต่ปัจจุบันกองทุนยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับ

ชุมชนได้เท่าที่ควร ชุมชนยังขาดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ แม้แต่การมีผู้แทนชุมชนในคณะกรรมการยังเป็นเพียงสัญลักษณ์ หรือแสดงบทบาทและทัศนะส่วนตัว มากกว่าบทบาทที่สะท้อนปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้บริหารท้องถิ่นหลายแห่ง มีความโน้มเอียงที่จะสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้เสนอโครงการมากกว่าสถานีนอามัย

ในกองทุนขนาดกลาง สถานีนอามัย/โรงพยาบาล และฝ่ายสาธารณสุขของท้องถิ่น เป็นสองหน่วยงานที่มีบทบาทมากที่สุดในการผลักดันโครงการต่างๆ ต่างจากกองทุนขนาดใหญ่ที่ฝ่ายสาธารณสุขของเทศบาลนครหรือเทศบาลเมืองจะเป็นผู้ดำเนินการเองเป็นส่วนใหญ่ โดยอาศัยผู้แทนชุมชนเป็นฐานในการเสนอโครงการด้วย

ทั้งนี้ เมื่อ สปสช. และจังหวัดเตรียมขยายการจัดตั้งกองทุนเพิ่มขึ้นในปี 2553 และ 2554 เป็นจำนวน 6,000-8,000 แห่ง ย่อมไม่มีหน่วยใดทำหน้าที่ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนอย่างเป็นกิจจะลักษณะ ซึ่งผลการดำเนินการของกองทุนมีความแตกต่างกันอย่างมากดังที่กล่าวมาแล้ว จึงจำเป็นต้องสร้างระบบกำกับติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนอย่างใกล้ชิด

กรณีจังหวัดตัวอย่างแห่งหนึ่งที่ได้จัดตั้งกองทุนเต็มพื้นที่ พบว่าสภาพการดำเนินงานของกองทุนไม่มีความแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ สืบเนื่องจากการผลักดันมาจากความต้องการในระดับนโยบาย ไม่ได้คำนึงถึงความพร้อมในพื้นที่ ซึ่งผู้บริหารระดับจังหวัดได้สะท้อนทั้งความไม่พร้อมทั้งขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งไม่มีระบบสนับสนุนรองรับแต่อย่างใด

การสนับสนุนกองทุน

การวิจัยพบว่า การดำเนินงานกองทุนในช่วง 3 ปีแรก ยังมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นหลายด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการ ระเบียบปฏิบัติ จำนวนงบประมาณของกองทุน ความพร้อมและศักยภาพของคณะกรรมการ รูปแบบการให้คำปรึกษาด้านวิชาการ การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดทำแผนงานและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นที่สังเกตว่า ความคิดเห็นในด้านต่างๆ เหล่านี้ ระหว่างฝ่ายท้องถิ่นและฝ่ายสาธารณสุข มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ซึ่งน่าจะเป็นผลจากพื้นฐานและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน และปัญหาทัศนคติต่อการดำเนินงานของกองทุนที่แตกต่างกันด้วย

นอกจากนี้ ยังพบว่าการดำเนินงานของกองทุน ยังขาดการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ กล่าวคือ มีช่องว่างของการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างจังหวัดกับ สปสช. เขต และระหว่างจังหวัด สปสช. กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และระหว่างจังหวัด สปสช. กับกองทุนและท้องถิ่นในพื้นที่ ตลอดจนการติดตาม การกำกับดูแล และการประเมินผล ก็นับว่าเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องเช่นกัน

ผลกระทบจากการดำเนินงานกองทุน

การทำหน้าที่ในกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลหรือ อบต. ทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นเริ่มหันมาสนใจงานสาธารณสุขมากขึ้น ในเวลาเดียวกัน ตัวองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองก็เริ่มมีความสำคัญและมีบทบาทในฐานะเป็นหน่วยรับผิดชอบงานสาธารณสุขในพื้นที่มากขึ้น ในที่สุด ท้องถิ่นจะทำหน้าที่ตัวกลางในการเชื่อมต่อกับหน่วยบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข กับ อสม. ซึ่งได้ชื่อว่า เป็นผู้ที่ทราบปัญหาของชาวบ้านดี และถือเป็นตัวแทนของชาวบ้าน

บทบาทของ อสม. ดังกล่าวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และช่วยให้ อสม. ทำหน้าที่เป็นของตัวเองมากขึ้น จนสามารถแยกออกจากบทบาทของสถานีอนามัยได้ ทั้งนี้ การที่ผู้บริหารท้องถิ่นหลายแห่งเริ่มให้ความสนใจและมีส่วนสนับสนุนบทบาทของ อสม. ทำให้องค์ประกอบด้านพัฒนาสุขภาพในชุมชนได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข และชุมชน ซึ่ง อสม. เป็นแกนหลัก เด่นชัดขึ้น

สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลที่ดูแลรับผิดชอบการจัดบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และมุมมองการทำงานชุมชน โดยต่อไปจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบจัดการสุขภาพในชุมชน การมีกองทุนมีส่วนช่วยให้เจ้าหน้าที่ สอ. เกิดความตระหนักในบทบาทการประสานงานกับท้องถิ่นมากขึ้น มีใจทำงานเป็นเอกเทศอย่างแต่ก่อน ต้องพัฒนาทักษะการทำงานอย่างมีส่วนร่วม และสร้างพื้นฐานของตัวเองด้านวิชาการให้เข้มแข็ง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ได้รับผลกระทบค่อนข้างชัดเจน ควรที่จะปรับกระบวนทัศน์การทำงานเช่นเดียวกัน สสอ. ควรพัฒนารูปแบบการทำงานแนวราบให้มากขึ้น โดยทำงานเชิงประสานนโยบายและสร้างแนวร่วมในการทำงานสาธารณสุข ตลอดจนพัฒนาศักยภาพในการกำกับดูแล และประเมินผล แทนที่จะทำงานแนวตั้งตามสายงานบังคับบัญชาเช่นที่เป็นอยู่

ในเขตเมืองที่มีปัญหาสาธารณสุขค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนตามสภาพสังคมเศรษฐกิจนั้น การจัดตั้งกองทุนในเขตเทศบาลนครหรือเทศบาลเมืองถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ เป็นการโอนย้ายผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขเขตเมือง จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลประจำจังหวัด ไปสู่สำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล นอกจากนี้ เทศบาลนครบางแห่งยังต้องการแสดงบทบาทเป็นผู้จัดบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่ายรายหัวของ สปสช. อีกด้วย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลกระทบอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อการจัดบริการส่งเสริมป้องกันแก่ประชาชนในเขตเทศบาล ขึ้นอยู่กับความพร้อมของเทศบาล ศักยภาพของผู้บริหารท้องถิ่น และความสัมพันธ์กับกลุ่มเวชกรรมสังคม ทั้งนี้ ควรมีการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างเป็นระบบ เพื่อสะท้อนสภาพปัญหาตามความเป็นจริง ส่วนกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจำเป็นต้องปรับพื้นฐานการทำงานไปสู่บทบาททางวิชาการอย่างเร่งด่วน

แนวโน้มและผลกระทบ

การสาธารณสุขเขตเมืองน่าจะมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างชัดเจน จากเดิมที่เป็นบทบาทของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลประจำจังหวัด เริ่มปรับเปลี่ยนไปสู่บทบาทของเทศบาลซึ่งเป็นระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมืองมากขึ้น ทั้งในด้านการจัดบริการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้บริหารเทศบาลในเมืองใหญ่เริ่มให้ความสนใจกับภารกิจการจัดบริการสุขภาพ ด้วยการขอจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการลงทุนขยายศูนย์บริการสาธารณสุข หรือการจัดตั้งโรงพยาบาลของเทศบาลในพื้นที่ช่องว่างในเขตเมือง ซึ่งมีส่วนคล้ายกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ที่ต้องการลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ด้วยการสนับสนุนให้โรงพยาบาลเปิดคลินิกผู้ป่วยนอกแยกออกไปจากที่ตั้งของโรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งใหม่

ในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดตั้งกองทุนฯ ระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมือง ส่งผลให้ สปสช. โอนย้ายงบ PPcommunity ของประชากรทั้งเขตเทศบาล จากเดิมในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ไปให้กองทุนเป็นผู้บริหารจัดการ ซึ่งงบประมาณดังกล่าวมีจำนวนมากกว่า งบประมาณรายจ่ายประจำปีด้านสาธารณสุขของเทศบาล ทำให้สำนักหรือกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาลมีความกระตือรือร้นในการดำเนินงานมากขึ้น ในอนาคตหากเทศบาลได้ขยายการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชากรในเขตเทศบาลได้เต็มรูปแบบ งบจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP expressed demand) ก็ย่อมจัดสรรให้แก่เทศบาลนั้นๆ ด้วยเช่นกัน

เมื่อกองทุนในเทศบาลเขตเมืองได้ขยายครบทุกพื้นที่ รวมทั้งการจัดบริการของเทศบาลเป็นเช่นนี้ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมจำเป็นต้องปรับภารกิจของตนด้วยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดยควรเน้นงานวิชาการด้านต่างๆ ให้มากขึ้น เช่น ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านระบาดวิทยา ด้านการควบคุมป้องกันโรค ด้านศึกษาวิจัย ฯลฯ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพทางวิชาการสาธารณสุข พร้อมทั้งจะเป็นเสาหลักให้กับหน่วยงานต่างๆ ในท้องถิ่นและจังหวัด

ในส่วนเทศบาลตำบลและ อบต. แม้ว่าอนาคตคงยังไม่สามารถจัดหน่วยบริการสุขภาพของตนเองได้ในเร็ววัน แต่ก็ได้รับการส่งเสริมให้จัดตั้งกองทุนฯ เต็มพื้นที่เช่นเดียวกัน การที่งบ PP community ถูกบริหารจัดการทั้งหมดที่ อบต. ย่อมมีผลต่อการบริหารงานสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานในสังกัด ซึ่งในปี 2553 คาดว่าจะเป็นปีแรกที่งบด้านส่งเสริมป้องกันของจังหวัดได้รับจัดสรรน้อยกว่างบ PP community ที่จัดสรรให้แก่ท้องถิ่นโดยผ่านกองทุน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการกองทุน

1. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารท้องถิ่น กับสถานบริการในพื้นที่ มีความสำคัญต่อความก้าวหน้าของการดำเนินงานกองทุน เนื่องจากอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวและไม่เป็นทางการ จะช่วยได้มาก ซึ่งมีทั้งฝ่ายสาธารณสุขเป็นผู้ริเริ่ม (เทศบาลมาบตาพุด) หรือจากฝ่ายท้องถิ่น (อบต.ตะพง)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างจังหวัดกับ สปสช. เป็นกุญแจสำคัญในการผลักดันการพัฒนากองทุนผู้บริหารระดับจังหวัด (นพ.สสจ.) เป็นผู้มีความสำคัญมากต่อการสนับสนุนหรือผลักดันการดำเนินงานของกองทุน เนื่องจากอยู่ในสถานะหัวหน้าส่วนราชการที่ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสนใจ สามารถเชื่อมโยงกับผู้ว่าราชการจังหวัดและท้องถิ่นจังหวัดได้ และมีหน่วยงานในสายบังคับบัญชาที่ตรงกับระดับท้องถิ่นได้ สาธารณสุขยังเป็นหน่วยงานที่ท้องถิ่นให้การยอมรับว่ามีวิชาความรู้ สามารถให้ข้อเสนอแนะได้ ที่ผ่านมา ตัวบุคคลที่ดำรงตำแหน่ง นพ.สสจ. จึงมีผลอย่างมาก ทั้งเชิงบวกในการสนับสนุนผลักดัน (กาฬสินธุ์ สุราษฎร์ธานี ระยอง) หรือเชิงลบ รู้สึกสูญเสียและวางเฉยปล่อยให้ท้องถิ่นดำเนินงานกองทุนโดยเอกเทศฝ่ายเดียว (ประจวบ) หรือกลางๆ คือทำเท่าที่จะทำได้ (นครสวรรค์ ขอนแก่น อุดรฯ)

จังหวัดที่จัดตั้งกองทุนครอบคลุมหรือเกือบครอบคลุมทั้งจังหวัด ได้รับผลกระทบจากการขาดงบประมาณที่เคยได้ PP community (พัทลุง) ทำให้อำเภอและตำบลต้องปรับตัวทางใดทางหนึ่ง จังหวัดเองก็ต้องพยายามหางบประมาณแหล่งต่างๆ มาสนับสนุนงานของพื้นที่ เช่น งบพัฒนาจังหวัด

ผอ.สปสช.สาขาเขตพื้นที่ เป็นผู้มีความสำคัญในการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนได้มาก เนื่องจากที่ตั้งของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ค่อนข้างห่างไกลพื้นที่และมีบุคลากรจำกัดมาก ไม่สามารถให้คำปรึกษา หรือติดตามกองทุนอย่างใกล้ชิดได้ แต่การแสดงบทบาทดังกล่าวได้ตั้น ผู้บริหาร สปสช. ต้องเข้าใจบทบาท จุดแข็งจุดอ่อนของทุกฝ่ายในการทำงานร่วมกัน และคำนึงถึงการสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม โดยเฉพาะ สสจ. และกระจายอำนาจการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ไม่มีระบบและช่องทางในการสื่อสารและประสานงานในระดับส่วนกลาง เป็นผลให้ต่างคนต่างทำตามนโยบายของตน ในกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ปรากฏว่า มีหน่วยงานใดทำหน้าที่ประสานงานในเรื่องกองทุน ไม่มีแนวทางหรือตัวชี้วัดในการติดตามผล ด้วยมีช่องว่างเชิงโครงสร้าง จึงได้ปล่อยให้ สสจ. ดำเนินงานไปตามความเห็นความรู้สึกส่วนตัว ส่วน สปสช. ก็มุ่งผลักดันนโยบายกองทุนฝ่ายเดียว ด้วยเชื่อมั่นว่าเป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน

มีสัญญาณว่า สปสช.สาขาเขตพื้นที่ มองเห็นความจำเป็นที่จะประสานงานกับจังหวัดมากขึ้น เช่น ขอให้จังหวัดจัดทีมติดตามประเมินผล (ระยอง-ทีม 9 อรหันต์) หรือให้อำเภอรับไปดำเนินการ (ขอนแก่น)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ในเชิงนโยบาย การจัดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมและชุมชน สอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นของรัฐบาล การดำเนินงานที่ผ่านมา มีส่วนช่วยระดับและกระตุ้นให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลให้ความสำคัญและจัดโครงสร้างและงบประมาณรายจ่ายประจำปีของท้องถิ่นเพื่อรองรับงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้มากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้น การสนับสนุนให้กองทุนหลักประกันสุขภาพพัฒนาไปสู่ความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ควรผลักดันให้กองทุนมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยรวมกองทุนขนาดเล็กเข้าด้วยกันและสมทบงบประมาณจาก อบจ. เพื่อให้เป็นองค์คณะที่กำหนดแนวนโยบาย

ความร่วมมือกันระหว่าง กสธ. สปสช. และ กมท. ในการพัฒนาท้องถิ่น ในทุกระดับ

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์

1. ในเชิงยุทธศาสตร์ การส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นและชุมชนในงานสาธารณสุขนั้น ด้านหนึ่งเป็นการตอบสนองปัญหาและความต้องการของชุมชนได้ดี อีกด้านหนึ่งจำเป็นต้องมีทิศทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐ โดยเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด ดังนั้น การสร้างกลไกการประสานร่วมมือระหว่างราชการบริหารส่วนภูมิภาค กับส่วนท้องถิ่น ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของจังหวัด และทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้ ไม่มีลักษณะต่างคนต่างทำนั้น นับเป็นสิ่งที่ท้าทาย

3. การบริหารโครงการที่ผ่านมา สปสช. ยังไม่สร้างระบบและกลไกรองรับอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขาดระบบกำกับดูแลการดำเนินงานของกองทุน กลไกการกำกับติดตามที่ระดับจังหวัด เพื่อให้การใช้จ่ายมีประสิทธิภาพ และเป็นการมอบบทบาทของส่วนภูมิภาคในการกำกับ

ผลการวิจัยพบว่า ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของแต่ละกองทุนขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลมากที่สุด โดยเฉพาะตัวผู้บริหารเทศบาลหรือ อบต. ซึ่งมีวาระการดำรงตำแหน่งและเลือกตั้งใหม่ จะส่งผลต่อการดำเนินงานกองทุน ทำให้ขาดความมั่นคงและต่อเนื่องในระยะยาว ในประเด็นการบริหารจัดการ มีข้อเสนอควรพิจารณา ดังต่อไปนี้

2.1 สปสช. ควรจัดให้มีระบบตรวจสอบโดยภาคประชาชน ตั้งแต่แผนงานและการใช้จ่ายงบประมาณ โดยแจ้งเป็นประกาศท้องถิ่นในที่สาธารณะก็ดี การรายงานต่อสภาท้องถิ่นก็ดี หรือเปิดโอกาสให้สภาองค์กรชุมชนตำบลมีส่วนร่วม เป็นต้น

2.2 สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันออกแบบระบบกำกับดูแลกองทุน โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำกับดูแลกองทุนทั้งในจังหวัดหรือในอำเภอนั้น ทั้งนี้ควรให้เป็นบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัดนั้น

2.3 ให้มีการสื่อสารประสานงานระหว่าง สปสช. กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. การประเมินผล

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. การพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่น

อย่างที่กล่าวข้างต้น องค์ประกอบของท้องถิ่นมิได้มีศักยภาพและความพร้อมในมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่และทรัพยากรพร้อมกว่าทั้งโครงสร้างองค์กร กำลังคนและกำลังงบประมาณ อย่างเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง ย่อมที่จะแบกรับการบริหารงานกองทุนฯ ได้ดีกว่าท้องถิ่นขนาดเล็กที่กระจายตามตำบลต่างๆ หากมีระบบการบริหารจัดการที่ดีในองค์กรมาช่วยเสริม ศักยภาพและความพร้อมของท้องถิ่นพิจารณาตามหลักการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านองค์กร ด้านผู้บริหาร และด้านการจัดการ การพัฒนาความพร้อมทั้ง 3 ด้านนี้เป็นเงื่อนไขจำเป็นต่อการพัฒนาท้องถิ่น อันใด ย่อมเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาการบริหารกองทุนให้มีประสิทธิภาพด้วย

ด้านองค์กร ประกอบด้วย โครงสร้างองค์กรของสำนักงานท้องถิ่น เช่น ท้องถิ่นที่ยังไม่มีหน่วยงานสาธารณสุข ย่อมขาดความพร้อมที่จะบริหารจัดการด้วยตนเอง สำนักงานยังต้องมีบุคลากรเพียงพอทั้งจำนวนและความรู้ความสามารถ ได้แก่ เจ้าหน้าที่และนักวิชาการสาธารณสุข สูดทัยทรัพยากรและงบประมาณเป็นปัจจัยขับเคลื่อนการพัฒนาเช่นกัน

ด้านผู้บริหารท้องถิ่น ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ เช่น ผู้บริหารท้องถิ่นที่เข้าใจงานสาธารณสุข มิใช่เน้นกิจกรรมเฉพาะหน้าที่สร้างแต่คะแนนนิยม โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างองค์รวม ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมระบบบริการสุขภาพ ในด้านภาวะผู้นำนั้นต้องการผู้บริหารท้องถิ่นที่เปิดใจกว้าง รับรู้ปัญหาและความต้องการของชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง สามารถระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในท้องถิ่น และกระจายงบประมาณเพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาได้ สุดท้ายคือทักษะการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ด้านการจัดการ ประกอบด้วย การพัฒนาระบบการวางแผนสาธารณสุข กระบวนการแก้ไขปัญหาด้วยวิชาการและเทคโนโลยี กระบวนการกำกับดูแลและระบบตรวจสอบ เพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลในการจัดการ

2. พัฒนาศักยภาพทางวิชาการของหน่วยงานสาธารณสุขอย่างเร่งด่วน

การขยายบทบาทของท้องถิ่นในด้านสาธารณสุข โดยจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพขึ้นทั่วประเทศนั้น แม้ว่าเป็นนโยบายที่ดีและก้าวหน้า แต่ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญที่สุดคือ การบริหารจัดการโครงการ ซึ่งเน้นการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้แก่คณะกรรมการบริหารกองทุนฝ่ายเดียว โดยมิได้จัดระบบการกำกับดูแลและประเมินผล การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านวิชาการจากฝ่ายสาธารณสุข

บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขที่พร้อมจะสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่นในทุกรูปแบบของการกระจายอำนาจนั้น จำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนจากบทบาทการเป็นหน่วยปฏิบัติโดยตรง คือ เป็นผู้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนแต่ผู้เดียว มาเป็นบทบาทส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนและท้องถิ่นสามารถระดมทรัพยากรที่มีอยู่ นำมาใช้พัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต

3. สปสช. ควรจัดระบบการตรวจสอบทางบัญชีและการเงิน เนื่องจากเป็นหน่วยงานเจ้าของงบประมาณ

บทที่ 1

บทนำ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกิดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรในกำกับรัฐตามกฎหมายมีอำนาจหน้าที่บริหารเงิน ทุนอุดหนุนรายปีจากรัฐ เพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ เป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมแก่ประชาชนทุกคน

ภารกิจหนึ่งของ สปสช. ตามมาตรา 47 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้ สปสช. ต้องดำเนินงาน “ส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยให้คณะกรรมการฯ สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน” ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 เห็นชอบให้จัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นขึ้น หรือที่เรียกกันว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล” ทั้งนี้ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับท้องถิ่น และให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น ในปีงบประมาณ 2549 สปสช. ได้โอนงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหมวดเงินอุดหนุนจำนวน 37.50 บาทต่อจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ให้ อปท. ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และสมทบเงินรายได้ท้องถิ่นของแต่ละแห่งตามระดับของ อปท. อีกไม่น้อยกว่าร้อยละ 10-50 เพื่อจัดตั้งกองทุนฯ (รูปที่ 1) ทั้งนี้วัตถุประสงค์ของกองทุนฯ คือ จัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชน ตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่และแผนพัฒนาสุขภาพของท้องถิ่น โดยมีคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สามารถให้ความเห็นชอบโครงการหรือกิจกรรมใน 4 ลักษณะคือ

1. การให้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มในชุมชน
2. สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานแก่หน่วยบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น
3. ส่งเสริมสุขภาพโดยประชาชนกลุ่มเป้าหมายในชุมชนท้องถิ่น
4. บริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุน

ในการดำเนินการรองรับนี้ สปสช. ได้ออก “ประกาศ สปสช.” ขึ้น 3 ฉบับคือ

1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องจัดตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ลงวันที่

2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดวิธีปฏิบัติทางการเงินการบัญชี

3) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง

โดยมีเป้าหมายที่ดำเนินการกองทุนสุขภาพตำบลในปี 2549 – 2551 รวม 2,698 แห่ง (ตารางที่ 1)

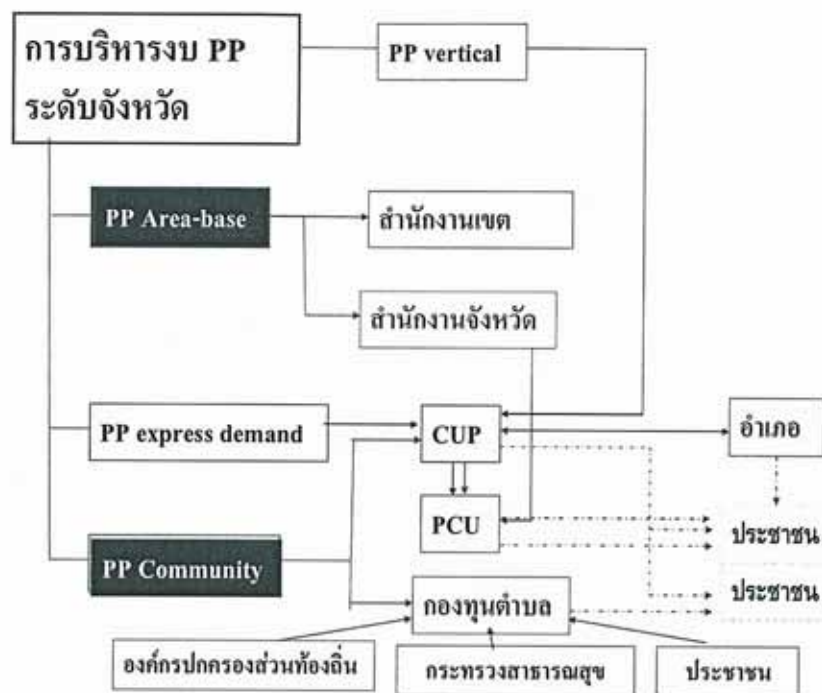
ตารางที่ 1 จำนวนกองทุนสุขภาพระดับตำบลจำแนกตามประเภทของอปท. และสาขาเขตพื้นที่ของ สปสช. สรุปถึงปี 2551

สาขาเขตพื้นที่ของ สปสช.	พื้นที่ปี 2549	พื้นที่ปี 2551	สรุปพื้นที่ปี 2549-2551	จำแนกตามประเภทของ อปท. (แห่ง)			
				เทศบาลนคร	เทศบาลเมือง	เทศบาลตำบล	อบต.
เชียงใหม่	112	327	439	2	3	63	371
พิษณุโลก	55	117	172	0	3	21	148
นครสวรรค์	55	128	183	1	3	16	163
สระบุรี	81	199	280	0	3	36	241
ราชบุรี	70	70	140	0	2	18	120
ระยอง	76	172	248	1	7	30	210
ขอนแก่น	133	161	294	0	3	21	270
สกลนคร	60	160	220	0	2	25	193
นครราชสีมา	99	166	265	1	3	17	244
อุบลราชธานี	60	120	180	1	6	20	153
สุราษฎร์ธานี	50	55	105	1	2	5	97
สงขลา	32	140	172	4	5	21	142
รวม	883	1,815	2,698	11	42	293	2,352

ตารางที่ 2 จำนวน อปท. ตัวอย่าง เทียบกับจำนวนอปท.ที่ได้จัดตั้งกองทุนแล้ว และจำนวน อปท. ทั้งหมด
(ข้อมูลทะเบียนปี 2551)

ประเภท อปท.	จำนวน	จำนวนที่จัดตั้ง กองทุน ปี 2551	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง สำรวจ	จำนวนตัวอย่าง เชิงคุณภาพ
เทศบาลนคร	23	11	47.8		3
เทศบาลเมือง	140	42	30.0		5
เทศบาลตำบล	1,464	293	20.0		12
อบต. ขนาดใหญ่	42	2,352	36.9		16
อบต. ขนาดกลาง	223				
อบต. ขนาดเล็ก	6,111				
รวม	8,003	2,698	33.7		36

รูปที่ 1 โครงสร้างการบริหารงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด



สปสข.ได้กำหนดแผนการดำเนินการพัฒนากองทุนสุขภาพระดับตำบลปีงบประมาณ 2551 ดังนี้

- ก. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ต้องรับรู้ เข้าใจและร่วมติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง โดยจัดให้มีทีมวิทยากรระดับจังหวัด
- ข. ทุกพื้นที่ที่ดำเนินการ มีการอบรมการบริหารจัดการคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ โดยใช้แผนที่ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือ และมีการจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชน รวมทั้งมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน
- ค. ทุกจังหวัดรวบรวมข้อมูลพื้นที่ที่มีผลงานประสบความสำเร็จโดดเด่นเพื่อเป็นต้นแบบการศึกษาเรียนรู้ อย่างน้อย 1-2 แห่ง โดยมีการถอดบทเรียนเพื่อเผยแพร่ในวงกว้าง
- ง. ทุกพื้นที่มีระบบสารสนเทศข้อมูลสุขภาพชุมชนและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ต่างๆ เพื่อประสานกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และการติดตามการรายงานผลรายได้ไตรมาส โดยประสานข้อมูลกับ สปสข.ส่วนกลาง สาขาเขตและจังหวัด

จากข้อมูลผลการดำเนินงานเบื้องต้นของกองทุนสุขภาพระดับตำบล ที่จัดตั้งขึ้นเป็นปีแรกในปีงบประมาณ 2549 และขยายไปสู่พื้นที่อื่นๆ ในปีงบประมาณ 2551 นั้น พบว่าการดำเนินงานของกองทุนต่างๆ ยังไม่เป็นเอกภาพเท่าที่ควร และยังประสบปัญหาทั้งในเชิงบริหารจัดการ ระเบียบกฎหมาย และเชิงวิชาการที่เป็นอุปสรรค ตลอดจนปัญหาการประสานงานและการจัดความสัมพันธ์ระหว่างราชการบริหารส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่กับการดำเนินการกองทุนฯ ยังไม่ชัดเจน ดังนั้น จึง

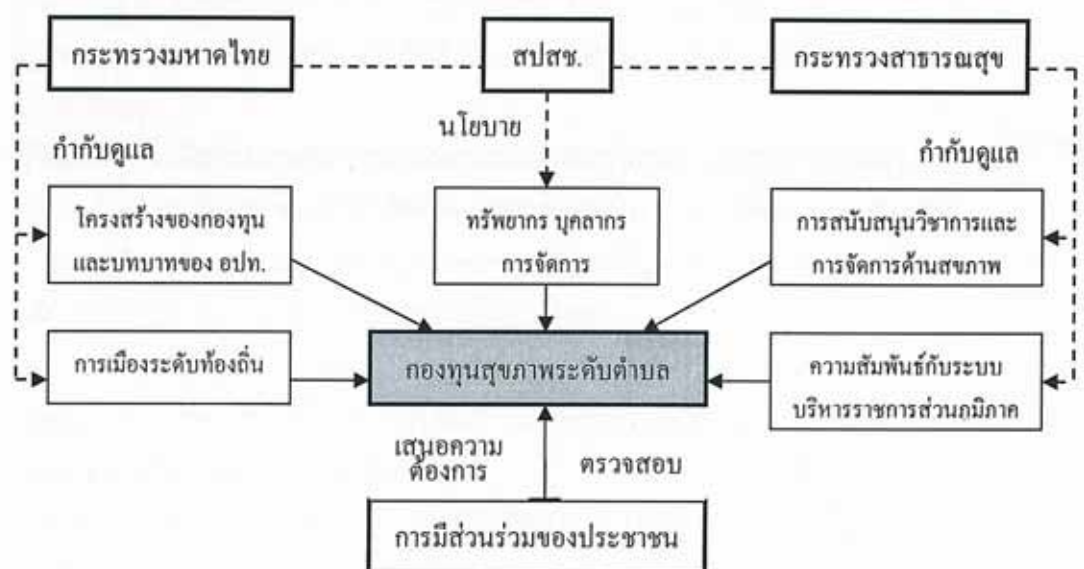
ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนฯ รวมทั้งศึกษาปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับกองทุนสุขภาพระดับตำบล เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะในด้านโครงสร้างและการบริหารจัดการ รวมทั้งระบบธรรมาภิบาลที่เหมาะสมของกองทุนสุขภาพระดับตำบล เพื่อให้กองทุนฯ สามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงานโดยรวมของกองทุนสุขภาพระดับตำบลในเรื่องการจัดตั้งกองทุน รูปแบบการดำเนินงาน แผนหรือกิจกรรม การจัดการด้านการเงิน การประสานงานกับระบบบริหารราชการส่วนภูมิภาค การมีส่วนร่วมของประชาชนกับกองทุนฯ ตลอดจนความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกองทุนที่ก่อตั้งขึ้นระหว่างปี 2549-2551
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สภาพจริงของการบริหารจัดการของกองทุนฯ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสปสช. รวมทั้งความสัมพันธ์กับหน่วยงานส่วนภูมิภาคในระดับพื้นที่ ได้แก่ สสจ. สสอ. และ รพช. ระหว่างกองทุนที่บริหารจัดการโดยเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และ อบต. ในพื้นที่ที่จัดตั้งกองทุนเต็มจังหวัดและไม่เต็มพื้นที่ทั้งจังหวัด
3. เพื่อศึกษาบทบาทและแนวทางการสนับสนุนจากส่วนกลางทั้ง สปสช. และ กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
4. เพื่อสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และให้ข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการ โครงสร้างภายใต้หลักธรรมาภิบาล และระบบสนับสนุนที่เหมาะสมต่อกองทุนสุขภาพระดับตำบล

กรอบแนวคิดของการศึกษา

รูปที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล



จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเบื้องต้นพบว่า ปัจจัยที่น่าจะส่งผลต่อความสำเร็จและการมีธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพระดับตำบลของ อบท. ประกอบด้วย (รูปที่ 2)

- โครงสร้างของคณะกรรมการกองทุนฯ และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- การมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่
- การสนับสนุนด้านวิชาการและทักษะการบริหารจัดการด้านสุขภาพจากทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- ปัจจัยด้านทรัพยากร (งบประมาณ) และบุคลากร และการบริหารจัดการ
- ความสัมพันธ์ระหว่างกองทุน / อบท. กับระบบบริหารราชการส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบในพื้นที่ สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
- การสนับสนุนจากการเมืองท้องถิ่นและความสนใจประเด็นด้านสุขภาพของนายก อบต. หรือเทศบาล
- ลักษณะโครงสร้าง จำนวนบุคลากร และทักษะที่แตกต่างกันของบุคลากรใน อบท. ระดับต่างๆ

ด้วยสมมติฐานดังกล่าว เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจและเก็บข้อมูลจะมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเหล่านี้ในกลุ่มตัวอย่างของกองทุนสุขภาพชุมชนในระดับที่แตกต่างกัน (เทศบาลนคร / เมือง / ตำบล และ อบต. ขนาดใหญ่ / กลาง / เล็ก)

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยจะเป็นการศึกษาตามลำดับขั้น (sequential) เมื่อจบการศึกษาในระยะที่ 1 จะนำข้อมูลและข้อค้นพบจากระยะที่ 1 มาเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาระยะที่ 2

ระยะที่ 1 การสำรวจสถานภาพของกองทุน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในภาพรวมทั้งประเทศ โดยการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ

- 1.1 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของกองทุนฯ ในระดับประเทศและระดับเขต เช่น กฎหมาย ประกาศ มติการประชุม หนังสือโต้ตอบ หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ และการดำเนินงานตามลำดับเวลา
- 1.2 สร้างแบบสำรวจข้อมูล (survey) การดำเนินงานของกองทุนฯ และแบบสำรวจความคิดเห็น (self-reported questionnaire) จากผู้เกี่ยวข้องจำนวนร้อยละ 30 ของกองทุนฯ ทั้งหมดคือ 900 แห่งๆ ละ 4 คน ได้แก่ ประธานกรรมการกองทุน ผู้แทนหน่วยบริการที่เป็นกรรมการ ปลัด อบต. หรือ ปลัดเทศบาลที่เป็นเลขานุการกองทุน และสาธารณสุขอำเภอ
- 1.3 วิเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิจากแบบสำรวจและข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับกองทุนฯ และจัดแบ่งลักษณะการดำเนินงานออกเป็นกลุ่มต่างๆ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น
- 1.4 วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการศึกษาระยะที่ 1

เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ข้อ 1 และบางส่วนของวัตถุประสงค์ข้อ 2 ของการศึกษา คณะผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดตั้งกองทุนฯ ในปี 2549-2551 โดยแบ่ง

กองทุนฯ ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) เทศบาลนคร 2) เทศบาลเมือง 3) เทศบาลตำบล และ 4) อบต. ขนาดใหญ่ / กลาง / เล็ก

การสำรวจเชิงปริมาณจะใช้วิธีการคัดเลือกกองทุนตัวอย่างแบบผสมผสาน โดยใช้วิธีการ n) census สำหรับกองทุนฯ ในระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมือง เนื่องจากมีจำนวนกองทุนฯ เพียง 11 และ 42 แห่งทั่วประเทศตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ ใช้วิธีการสุ่มแบบ quota sampling ประมาณร้อยละ 30 สำหรับกองทุนฯ ที่ดำเนินการในระดับเทศบาลตำบลและ อบต. ที่เหลือจำนวน 2,638 แห่งในแต่ละจังหวัด เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบ 900 แห่งและเพื่อให้ได้ภาพที่เป็นตัวแทนของกองทุนฯ ที่ดำเนินการอยู่ทั่วประเทศโดยกระจายในทุกจังหวัด ทั้งนี้รายละเอียดจำนวนกองทุนฯ ที่ดำเนินการใน อบต. แต่ละระดับในพื้นที่ 12 สาขาเขตของ สปสช. ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

วิธีการการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population) คือ กองทุนในระดับเทศบาลตำบล อบต. ระดับใหญ่ กลาง และเล็ก ที่สปสช. ได้สนับสนุนงบประมาณในปี 2549 และ 2551 จำนวน 2,638 กองทุน โดยกองทุนที่เป็นระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมืองทั้งหมด 53 แห่งจะถูกดำเนินการศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่าง (sample) คือ กองทุนในระดับเทศบาลตำบล อบต. ระดับใหญ่ กลาง และเล็ก ที่สปสช. ได้สนับสนุนงบประมาณในปี 2551 จำนวน จำนวน 348 กองทุน ซึ่งคำนวณสูตรที่ทราบประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตรยามาเน่ และสุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 : ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เพื่อป้องกันความลำเอียง (bias) จากการที่มีบางกลุ่มประชากรในกลุ่มตัวอย่างมากหรือน้อยเกินไป (Bowling 2002) โดยการจัดกองทุนเป็นชั้นภูมิกองทุนของแต่ละจังหวัด และคำนวณจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนกองทุนในแต่ละจังหวัด

ขั้นตอนที่ 2: ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ในแต่ละชั้นภูมิจังหวัดโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel version 2007 สุ่มเพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างตามที่ต้องการ

วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ ดังนี้

$$n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร (2,638 กองทุน)

e = ความคลาดเคลื่อน (0.05)

$$\text{วิธีการคำนวณ} \quad n = \frac{2,638}{[1 + 2,638 (0.05)^2]}$$

แทนค่า $n = 347.3$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างสำหรับเทศบาลตำบลและ อบต. ที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดคือ 348 กองทุน

อย่างไรก็ตาม ทางคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของ กองทุนสุขภาพตำบลทั้งหมดโดยใช้สูตรของยามานะ และการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ในกองทุนระดับเทศบาลตำบลและ อบต. พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการเป็นตัวแทน ของประชากรทั้งหมดคือ $348+53 = 401$ แห่ง ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ 900 แห่งจึงเพียงพอ สำหรับการเป็นตัวแทนของประชากรกองทุนสุขภาพระดับตำบลทั้งหมด

ในกรณีที่ผู้รับผิดชอบกองทุนฯ ระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมืองไม่ตอบกลับแบบสำรวจ ทาง คณะผู้วิจัยจะดำเนินการติดตามผ่านทางจดหมาย 1 ครั้งและทางโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง หลังจากนั้น หากยัง ไม่ได้รับข้อมูล จะถือว่าไม่สามารถเก็บข้อมูลจากกองทุนฯ นั้นได้ สำหรับกรณีกองทุนฯ ระดับเทศบาลตำบลและ อบต. จะใช้วิธีการติดตามผ่านทางจดหมายและโทรศัพท์ในจำนวนครั้งเช่นเดียวกัน และหากยังไม่ได้รับข้อมูล คณะผู้วิจัยจะดำเนินการคัดเลือกกองทุนฯ อื่นๆ ในเขตอำเภอและจังหวัดเดียวกันทดแทนก่อนเพื่อป้องกันความ ลำเอียงจากการคัดเลือก (Selection bias) ซึ่งหากยังได้ข้อมูลไม่ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งเป้าหมายไว้ คณะผู้วิจัยจะดำเนินการคัดเลือกกองทุนฯ ในระดับเดียวกันจากจังหวัดข้างเคียงในเขตพื้นที่ดังกล่าวเพื่อทดแทน ให้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นโดย กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ

- 2.1 คัดเลือกกองทุนฯ ทั้ง 4 ระดับภายในอำเภอที่ศึกษา 1 อำเภอต่อ 1 จังหวัดในแต่ละเขต รวม 12 อำเภอ 36 กองทุน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยหน่วยที่ใช้ในการศึกษาคือ ระดับอำเภอ
- 2.2 ศึกษาเอกสารการดำเนินการของกองทุนฯ ที่อยู่ในระดับอำเภอและตำบล เช่น ประกาศของกองทุนฯ มติการประชุมของคณะกรรมการ หนังสือโต้ตอบ หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ แผนการปฏิบัติ รายละเอียดงบประมาณ และการดำเนินงานตามลำดับเวลา
- 2.3 สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ตัวอย่าง / กองทุน ได้แก่
 - กรรมการกองทุนละ 4 คน ประกอบด้วย นายกหรือปลัด อบต. ผู้แทนชุมชน ผู้แทน อสม. และ หัวหน้าสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - ผู้เกี่ยวข้องระดับอำเภอ 1 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือสาธารณสุขอำเภอ
 - ผู้บริหารหน่วยงานระดับจังหวัด/เขต 2 คน ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ ผช.ว. และผอ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่
- 2.4 วิเคราะห์ข้อมูลจากสาระการสัมภาษณ์ (Content Analysis) และข้อมูลทุติยภูมิ รวมทั้งเอกสารที่ เกี่ยวข้องของกองทุน
- 2.5 วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง และจัดทำข้อเสนอแนะในบทบาทและการสนับสนุนจากหน่วยงาน ส่วนกลาง ทั้ง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย
- 2.6 วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง และจัดทำข้อเสนอแนะในด้านบทบาทและการสนับสนุนจากหน่วยงาน ในพื้นที่ เช่น สปสช. สาขาเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของประชาชน
- 2.7 วิเคราะห์ผลและรายงานผลการศึกษาระยะที่ 2

เพื่อวิเคราะห์สภาพการบริหารจัดการของกองทุนฯ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ สปสช. รวมทั้งความสัมพันธ์กับหน่วยงานส่วนภูมิภาคในระดับพื้นที่ดังระบุไว้ในวัตถุประสงค์ข้อ 2 การศึกษานี้จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของกองทุนฯ ที่อยู่ในพื้นที่อำเภอเดียวกันจำนวน 12 อำเภอ โดยตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานของกองทุนฯ นอกจากขึ้นอยู่กับภาระงานและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในระดับตำบลแล้ว การดำเนินการและการสนับสนุนระดับอำเภอเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน การดำเนินงานของกองทุนในพื้นที่อำเภอเดียวกันควรจะมีทิศทางที่สอดคล้องกัน และฝ่ายสาธารณสุขในระดับอำเภอควรมีบทบาทและให้คำปรึกษาโดยรวมแก่กองทุนในอำเภอได้ ทั้งนี้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่าง ดังนี้

1) คัดเลือกจังหวัดพื้นที่ศึกษา ที่มีกองทุนเต็มพื้นที่ 1 จังหวัด (จากที่มีอยู่ 5 จังหวัด) กับ สุ่มจังหวัดที่มีกองทุนเป็นบางพื้นที่ 11 จังหวัด โดยกระจายเขต สปสช. ละ 1 จังหวัด รวม 12 จังหวัด

2) ในแต่ละจังหวัดที่ศึกษาให้คัดเลือก 1 อำเภอแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทำการเก็บข้อมูลทุกกองทุนที่มีอยู่ในอำเภอนั้นแต่ไม่เกินร้อยละ 30 ของจำนวนตำบลทั้งหมด ตัวอย่างกองทุนในอำเภอจะคัดเลือกแบบกระจายตัวอย่างตามระดับของ อปท. ประมาณการตัวอย่างทั้งสิ้น 36 กองทุน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ประเด็นสำคัญในการเก็บข้อมูล

- กระบวนการจัดทำแผนงานและการตัดสินใจในการใช้งบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่
- ความสัมพันธ์ภายในโครงสร้างการบริหารงานของกองทุน และการมีส่วนร่วมของกรรมการกองทุนฯ
- ความสัมพันธ์กับระบบบริหารราชการส่วนภูมิภาค
- ระบบการตรวจสอบและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของกองทุนฯ
- ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของกองทุนฯ

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกองทุนฯ เพื่อทำการศึกษาเชิงคุณภาพนั้นประกอบด้วย

- ก. เป็นกองทุนฯ ที่ดำเนินการโดย อปท. ระดับต่างกัน ได้แก่ เทศบาลขนาดใหญ่ / กลาง / เล็ก และ อบต. หากในอำเภอมีกองทุนไม่ครบทุกระดับ ก็ให้เก็บข้อมูลจากอำเภออื่นมาทดแทน
- ข. ผู้นำในระดับท้องถิ่น / อำเภอ / จังหวัดยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาและให้ข้อมูลกับคณะผู้วิจัย

การวิเคราะห์ผล

ข้อมูลการสำรวจจะแปลผลด้วยสถิติเชิงบรรยาย (คำร้อยละ) ส่วนการวิเคราะห์สาระ (Content Analysis) จะใช้สำหรับข้อมูลสัมภาษณ์ และการศึกษาเอกสาร

ตารางที่ 3 รายชื่อกองทุนที่คัดเลือกเพื่อศึกษาเชิงคุณภาพ

เขต	จังหวัด	เทศบาลนคร	เทศบาลเมือง	เทศบาลตำบล	อบต.
1	ขอนแก่น			เทศบาลตำบลลำน้ำพอง อ.น้ำพอง เทศบาลตำบลม่วงหวาน อ.น้ำพอง	อบต.วังชัย อ.น้ำพอง
2	พะเยา		เทศบาลเมืองพะเยา อ. เมือง	เทศบาลตำบลบ้านเก่า อ.ดอกคำใต้	อบต. บ้างสา อ. เมือง
3	นครราชสีมา	เทศบาลนคร นครราชสีมา		เทศบาลตำบลโพธิ์กลาง อ.เมือง	อบต.สุรนารี อ.เมือง
4	นครสวรรค์	เทศบาลนคร นครสวรรค์		เทศบาลตำบลบ้านแดน อ.บรรพตพิสัย	อบต.หนองกรด อ.เมือง
5	สุโขทัย		เทศบาลสุโขทัยธานี อ. เมือง	เทศบาลตำบลบ้านกล้วย อ.เมือง	อบต.ตาลเดี่ยว อ.เมือง
6	ระยอง		เทศบาลเมืองมาบตาพุด อ.เมือง	เทศบาลตำบลบ้านเพ อ.เมือง	อบต.กระทัง อ.เมือง
7	ประจวบคีรีขันธ์			เทศบาลตำบลไร่ใหม่ อ.สามร้อยยอด	อบต.ไร่เก่า อ.สามร้อยยอด อบต.ไร่ใหม่ อ.สามร้อย ยอด
8	กาฬสินธุ์			เทศบาลตำบลห้วยโพธิ์ อ. เมือง	อบต. เหนือ อ.เมือง อบต. โพธิ์ทอง อ.เมือง
9	พัทลุง **			เทศบาลตำบลนาทราย อ.ควนขนุน	อบต.ดอนทราย อ.ควนขนุน อบต.พนมวัง อ.ควนขนุน
10	พระนครศรีอยุธยา		เทศบาลเมืองอยุธยา อ. เมือง		อบต.บ้านใหม่ อ.เมือง อบต.วัดตูม อ.เมือง
11	สุราษฎร์ธานี	เทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี		เทศบาลตำบลช้างซ้าย อ.กาญจนดิษฐ์	อบต.บางโพธิ์ อ.เมือง
12	อุบลราชธานี		เทศบาลเมืองพิบูลมังสา หาร อ.พิบูลมังสาหาร	เทศบาลตำบลอ่างศิลา อ.พิบูลมังสาหาร	อบต.โพธิ์ไทร อ.พิบูลมังสาหาร
รวม	12 จังหวัด	3 แห่ง	5 แห่ง	12 แห่ง	16 แห่ง

หมายเหตุ ** จังหวัดที่มีกองทุนสุขภาพตำบลเดิมพื้นที่

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย

ผลพวงหลังจากรัฐธรรมนูญฉบับที่ 16 ปี 2540 ประกาศใช้ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการเมือง การปกครองส่วนท้องถิ่น การถ่ายโอนภารกิจถูกกำหนดขึ้น โดยกฎหมายให้เป็นแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นดังนี้

1.1 รัฐธรรมนูญกับการปกครองส่วนท้องถิ่น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ส่งผลต่อการปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะเป็นจุดเริ่มต้นการปฏิรูปการปกครองท้องถิ่นที่สำคัญยิ่ง เช่น การแก้ไขปัญหาคอขวดของท้องถิ่น โครงสร้างของการปกครองส่วนท้องถิ่น การแก้ไขปัญหาคอขวดของท้องถิ่น ภาษีอากร ค่าธรรมเนียมของ อบต. และการแก้ไขปัญหการบริหารงานบุคคลของท้องถิ่น ตลอดจนการแก้ไขปัญหาคอขวดของท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งส่งผลให้มีกฎหมายสำคัญๆ หลายฉบับ (โกวิทย์ พวงงาม 2550)

บทบัญญัติที่สำคัญของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 เกี่ยวกับการปกครองส่วนท้องถิ่น (สมคิด เลิศไพฑูรย์ 2550) ได้แก่

มาตรา 52 หมวดสิทธิเสรีภาพ วรรค 2 การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

มาตรา 282 ภายใต้บังคับมาตรา 1 รัฐจะต้องให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น

มาตรา 283 ท้องถิ่นใดมีลักษณะที่จะปกครองตนเองได้ ย่อมมีสิทธิได้รับจัดตั้งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องทำเท่าที่จำเป็นตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่ต้องไปเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ จะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น หรือนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้ มิได้

มาตรา 284 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหลายย่อมมีความเป็นอิสระ ในการกำหนดนโยบาย การปกครอง การบริหาร การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ

การกำหนดอำนาจและหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ โดยคำนึงถึงการกระจายอำนาจเพิ่มขึ้นให้แก่ท้องถิ่นเป็นสำคัญ

ต่อมาในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มีบทบัญญัติที่สำคัญและมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เรื่องการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มาตรา 282 การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำเท่าที่จำเป็นและมีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ชัดเจน สอดคล้องและเหมาะสมกับรูปแบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ โดยต้องเป็นไปเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม และจะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น หรือนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้มิได้

ในการกำกับดูแลตามวรรคหนึ่ง ให้มีการกำหนดมาตรฐานกลางเพื่อเป็นแนวทางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเลือกไปปฏิบัติได้เอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความแตกต่างในระดับของการพัฒนาและประสิทธิภาพในการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละรูปแบบโดยไม่กระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจดำเนินงานตามความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งจัดให้มีกลไกการตรวจสอบดำเนินงานโดยประชาชนเป็นหลัก"

มาตรา 283 ท้องถิ่นใดมีลักษณะที่จะปกครองตนเองได้ ย่อมมีสิทธิได้รับการจัดตั้งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องทำเท่าที่จำเป็นตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่ต้องเป็นไปเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น หรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม ทั้งนี้จะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น หรือนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้มิได้

เมื่อเปรียบเทียบดูจากสาระเรื่องการกำกับดูแลของรัฐธรรมนูญทั้งสองฉบับ จะเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญ ปี 2550 มีบทบัญญัติแตกต่างจากรัฐธรรมนูญปี 2540 ดังนี้

1. การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำเท่าที่จำเป็น จะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น หรือนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้มิได้

2. การจัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำกับดูแลที่ชัดเจน สอดคล้องและเหมาะสมกับรูปแบบของการปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ

3. การจัดทำมาตรฐานกลางเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเลือกไปปฏิบัติได้เอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสม และความแตกต่างในระดับของการพัฒนาและประสิทธิภาพในการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละรูปแบบ โดยไม่กระทบถึงความสามารถในการตัดสินใจดำเนินงานตามความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. การจัดให้มีกลไกการตรวจสอบ การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยประชาชนเป็นหลัก
จะเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญ ปี 2550 ได้ขยายความเรื่องการกำกับดูแลไว้ค่อนข้างมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ในช่วงหลังรัฐธรรมนูญ ปี 2540 การกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีปัญหาที่ต้องแก้ไข

2.2 กรอบแนวคิดและหลักการของการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น

2.2.1 กรอบแนวคิด

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีขึ้น เพื่อต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสะท้อนปัญหาความต้องการของประชาชน มาเป็นกรอบในการกำหนดนโยบาย โดยยึดหลักการและสาระสำคัญ 3 ด้าน คือ (คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2543)

1) ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ

อปท. ย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารจัดการ การบริหารงานบุคคล และการเงินการคลังของตนเอง ภายใต้ความเป็นรัฐและเอกภาพของประเทศ

2) ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

รัฐต้องปรับบทบาทและภารกิจของราชการบริหารส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ให้รับผิดชอบในภารกิจมหภาคและภารกิจที่เกินกว่าขีดความสามารถของ อปท. และเพิ่มบทบาทให้ส่วนท้องถิ่นเข้าดำเนินการแทน โดยกำกับดูแล อปท. ในด้านนโยบายและด้านกฎหมายเท่าที่จำเป็น ให้การสนับสนุนส่งเสริมด้านเทคนิควิชาการ และตรวจสอบติดตามประเมินผล

3) ด้านประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รัฐต้องกระจายอำนาจให้ อปท. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณะที่ดีขึ้นหรือไม่ต่ำกว่าเดิม มีคุณภาพมาตรฐาน การบริหารจัดการมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชน ภาคประชาสังคม และชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

2.2.2 การถ่ายโอนภารกิจ

ในการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นผลสำเร็จได้นั้น การถ่ายโอนภารกิจจากรัฐสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเงื่อนไขที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการถ่ายโอนภารกิจได้ถูกกำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543 โดยมีหลักการทั่วไป (วุฒิสภา ต้นไชย 2546) ดังนี้

1) หลักการแบ่งความรับผิดชอบระหว่างอำนาจหน้าที่ของรัฐกับ อปท. และระหว่าง อปท.

ด้วยกัน

2) หลักความสามารถของ อปท. โดยพิจารณาว่าความพร้อมของ อปท. ไม่ได้เป็นเงื่อนไขของการที่จะมอบหรือไม่มอบภารกิจให้ อปท. หากแต่เป็นเงื่อนไขในการกำหนดเงื่อนไขเวลาและความพยายามที่จะไปเพิ่มขีดความสามารถของ อปท.

3) หลักการจัดโครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) หลักของการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการ

5) การสร้างหลักประกันในการจัดบริการสาธารณะ

6) กลไกการกำกับดูแล หรือการส่งเสริมสนับสนุน อปท.

2.2.3 รูปแบบการถ่ายโอน

รูปแบบการถ่ายโอนจะมีทั้งการถ่ายโอนอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะตามที่ระบุในกฎหมาย และการปรับปรุงอำนาจหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับการถ่ายโอนภารกิจ ดังนั้น แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2550 จึงได้กำหนดรูปแบบการถ่ายโอนเป็น 6 ลักษณะ ดังนี้

- 1) ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการหรือผลิตบริการสาธารณะเอง สามารถรับโอนได้ทันที และขอบเขตการทำงานอยู่ในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจซื้อบริการจากภาคเอกชน หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
- 3) ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ ในลักษณะความร่วมมือหรือรูปแบบสหการ
- 4) ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐ
- 5) ภารกิจที่รัฐยังคงดำเนินการอยู่ แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการเองได้
- 6) ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายเอกชนดำเนินการแทน

2.2.4 แนวทางการพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประกอบด้วยแนวทางที่สำคัญ 2 ประการ คือ การเพิ่มประสิทธิภาพระบบการคลังท้องถิ่น และระบบการบริหารท้องถิ่น กล่าวคือ

1) แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการคลังท้องถิ่น

ประกอบด้วยการพัฒนาปรับปรุงรายได้ที่ อปท. จัดเก็บเอง การปรับปรุงภาษีอากรที่รัฐจัดแบ่งจัดสรร หรือจัดเก็บเพิ่มให้แก่ อปท. และการจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่ อปท.

2) แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารของ อปท.

2.1 การปรับโครงสร้างของ อปท. ให้ อปท. มีอิสระที่จะปรับปรุงโครงสร้างได้ตามต้องการที่จะตอบสนองภารกิจ เพิ่มขยายโครงสร้างเท่าที่จำเป็น มีขนาดที่เหมาะสมในการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ตลอดจนการจัดตั้งคณะกรรมการระดับพื้นที่จังหวัด เพื่อให้คำปรึกษาและกำกับดูแลในเรื่องที่ต้องการความชำนาญเฉพาะด้าน และการมองภาพรวมในระดับจังหวัด

2.2 การปรับระบบบริหารงานภายใน อปท. พัฒนาระบบการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น ให้เป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาระยะยาว สอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัด พัฒนาระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน พัฒนาระบบฐานข้อมูลท้องถิ่น และระบบบัญชีแบบพึ่งพิงจ่าย

2.3 การเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรและผู้บริหารท้องถิ่น

2.4 การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อ อปท. พัฒนาการมีส่วนร่วมจากประชาชน ภาคประชาสังคม องค์กรอาสาสมัคร และภาคเอกชน ตั้งแต่การเสนอความเห็นในกระบวนการตัดสินใจด้านนโยบาย การดำเนินงาน และการตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.5 การพัฒนาปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจ

- ปรับปรุงกฎหมายงบประมาณ เพื่อรองรับการจัดสรรเงินจากภาครัฐไป อปท.
- ปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยระบบงบประมาณท้องถิ่นและระบบการตรวจสอบทางการเงินการคลัง
- ปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการกำกับดูแลของส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- ปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับโครงสร้างของส่วนภูมิภาค
- ให้มีกฎหมายว่าด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนและความโปร่งใส
- ให้มีกฎหมายเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลเพื่อรองรับการถ่ายโอน

2.6 การสร้างระบบประกันคุณภาพบริการสาธารณะของ อปท.

1.3 ปัญหาอุปสรรคของการกระจายอำนาจ

1) ปัญหาของการถ่ายโอนภารกิจของรัฐไปสู่ท้องถิ่น

ปัญหาสำคัญในช่วงแรกของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การเปลี่ยนแปลงขาดผู้นำทางการเมืองที่เข้มแข็ง และทิศทางการเปลี่ยนแปลงยังไม่ชัดเจนเป็นเอกภาพ ส่งผลให้การปกครองส่วนท้องถิ่นยังอ่อนแอ โดยเฉพาะ อบต. ที่ก่อตั้งเป็นจำนวนมาก ตลอดจนความล้มเหลวของการปฏิรูปการศึกษา ซึ่งไม่สามารถสร้างความตื่นตัวทางการเมืองในหมู่ประชาชนทั่วไปได้ (ธนศวร์ เจริญเมือง 2545) การแก้ไขปัญหของการกระจายอำนาจดังกล่าว ได้มีข้อเสนอด้านยุทธศาสตร์การปฏิรูป อปท. ของนักวิชาการต่างๆ ได้แก่

- สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย (2543) ได้วิเคราะห์ว่า ปัญหาความพร้อมของท้องถิ่นเป็นอุปสรรคสำคัญในการรับโอนภารกิจ นอกจากนี้ยังมีเรื่องความไม่ชัดเจนของภารกิจ เนื่องจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ได้กำหนดหน้าที่ของท้องถิ่นแต่ละรูปแบบไว้แต่เพียงกว้างๆ และมีความซ้ำซ้อนกัน

- การกำหนดกลยุทธ์การพัฒนา อปท. โดยยึดเครื่องมือทางกฎหมายเป็นด้านหลัก (Regulation Driven) แทนการพึ่งพาอาศัยเครื่องมือทางนโยบาย (Policy Driven) ของรัฐบาล ซึ่งไม่มีความต่อเนื่องแน่นอน และไม่มีเสถียรภาพเพียงพอ ที่จะหวังผลการพัฒนาก้าวหน้าในระยะยาวได้รวมทั้งการกำหนดเงื่อนไขเป็นสภาพจูงใจให้ อปท. ทำการเร่งรัดพัฒนาและสนับสนุน "องค์กรเครือข่ายประชาคมพัฒนาท้องถิ่นชุมชน" (Community Voice) เพื่อเป็นองค์กรภาคประชาชนที่มีสถานะเป็นที่ปรึกษาทำหน้าที่เป็นตัวแทนประชาชน เสนอแนะปัญหา แนวทางแก้ไข ข้อเรียกร้องต้องการ การจัดให้ประชาชนเข้าร่วมในกิจการหรือกิจกรรมสำคัญของ อปท. (เชาวนะ ไตรมาศ 2550)

- การให้ความสำคัญต่อหลักประกันความมีอิสระของส่วนท้องถิ่น ตามมาตรา 284 คือ ท้องถิ่นสามารถออกข้อบัญญัติท้องถิ่น ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ และเป็นหลักทั่วไปที่สำคัญ (ทีมวิจัยปัญหาตุลาการศาสตร์ 2550)

2) ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารราชการส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น

เนื่องจากการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจ และภารกิจจากภาครัฐส่วนกลางให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณะในท้องถิ่น จึงต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐบาลและ อปท. ทั้งนี้ มีหลักการสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (จรัส สุวรรณมาลา 2542)

1. รัฐบาลต้องรับผิดชอบต่อประสิทธิภาพ ความโปร่งใส และความน่าเชื่อถือได้ของระบบการปกครองท้องถิ่น

รัฐบาลย่อมสามารถควบคุม กำกับดูแล อปท. ให้ดำเนินกิจกรรมในกรอบของกฎหมายและการปกครองแบบประชาธิปไตย เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน ชุมชน และประเทศโดยรวม นอกจากนั้น รัฐบาลยังสามารถยับยั้ง แทรกแซง หรือฟ้องร้อง อปท. เมื่อเห็นว่า อปท. ดำเนินการที่ผิดกฎหมาย ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ หรือไม่สามารถดำเนินกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพหรือเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมได้อย่างชัดเจน ในขณะเดียวกัน อปท. ย่อมมีสิทธิฟ้องร้องการใช้ดุลพินิจของรัฐบาลในการแทรกแซงกิจการของท้องถิ่น ในกรณีที่เห็นว่ารัฐใช้ดุลพินิจไม่ถูกต้อง

2. อปท. จะต้องร่วมกันรับผิดชอบต่อในการดำเนินนโยบายของรัฐบาล

กรณีเช่นนี้ อปท. อาจทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติงานตามนโยบายของรัฐบาลได้

3. รัฐบาลและ อปท. ร่วมกันรับผิดชอบต่อเรื่องความเท่าเทียม คุณภาพ และมาตรฐานของบริการสาธารณะ ซึ่งหมายถึง

- รัฐบาลมีหน้าที่กำหนดมาตรฐานคุณภาพของบริการสาธารณะ และจัดให้มีมาตรการที่เพียงพอในการกำกับดูแลและจูงใจให้ได้มาตรฐาน
- รัฐบาลมีหน้าที่จัดสรรเงินอุดหนุนเพื่อลดความแตกต่างในทางการคลังระหว่างท้องถิ่นต่างๆ เพื่อสร้างหลักประกันความเท่าเทียมในคุณภาพและมาตรฐาน
- กรณีที่ท้องถิ่นไม่สามารถจัดบริการบางอย่างได้ ก็อาจร้องขอให้รัฐบาลเข้ามาดำเนินการในพื้นที่ของตนได้ หรือรัฐบาลอาจร้องขอให้ท้องถิ่นข้างเคียงดำเนินการให้

ระบบการจัดบริการสาธารณะแบบใหม่ เป็นการเปลี่ยนจากระบบรวมศูนย์ไว้ที่หน่วยงานรัฐในส่วนกลาง ไปเป็นระบบกระจายอำนาจสู่หน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการในชุมชนมากที่สุด **การกระจายอำนาจดังกล่าวนี้อาจทำลาย "หลักความรับผิดชอบร่วมขององค์กรในภาครัฐ" ได้ ถ้าหากไม่มีมาตรการที่จะสร้างความรับผิดชอบร่วมกันที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ**

โดยสรุป รัฐบาลและ อปท. จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน สนับสนุน เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ในขณะที่ต่างก็เป็นอิสระจากกันและกันในระดับหนึ่ง การดำรงรักษาสสมดุลของความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้เป็นกระบวนการเชิงพลวัตที่สามารถปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์แวดล้อม

นอกจากนี้ การศึกษาประสบการณ์จากฟิลิปปินส์ (Sosmena & Gaudioso C. 2002) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับท้องถิ่นยังต้องพิจารณาในแง่ของ Good governance, operationalization และ political dimension การศึกษายังพบว่า ความสำเร็จของ Implementation strategy หรือการดำเนินงานในระยะผ่านของการกระจายอำนาจให้แก่การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับประเทศนั้น ขึ้นอยู่กับแรงสนับสนุนจากผู้นำทางการเมือง และระยะเวลาที่เหมาะสม (time for decentralization) และสอดคล้องกับความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การศึกษาได้ให้ข้อเสนอว่า ส่วนกลางต้องมีการถ่ายทอดนโยบายและข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ อปท. มีระบบ Feedback

Mechanism และ Monitoring and Evaluation system เพื่อติดตามดูประสิทธิภาพของการกระจายอำนาจ ดังนั้นจึงต้องพัฒนา Performance Indicators

3) ปัญหาขีดความสามารถและความพร้อมของ อบต.

การศึกษาด้านศักยภาพและความพร้อมของ อบต. ในช่วงหลังจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 บังคับใช้ ส่วนใหญ่พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพและความพร้อมในการพัฒนาท้องถิ่นแตกต่างกัน โดยเฉพาะร้อยละ 90 เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลระดับ 5 ปัญหาความพร้อมที่สำคัญของ อบต. (โกวิทย์ พวงงาม 2546) ได้แก่

1. ปัญหาความพร้อมในด้านรายได้ หรือการเงินการคลัง กล่าวคือ อบต. ควรมีรายได้มากพอที่จะเลี้ยงตัวเองได้ และอย่างน้อยที่สุดเพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำ

2. ปัญหาความพร้อมด้านประชาชน กลุ่มองค์กรชุมชน ในแนวทางของประชาคมตำบล หมายถึง การที่ภาคประชาชนต้องมีความตื่นตัวและมีความกระตือรือร้น มีการเคลื่อนไหวของกลุ่มองค์กรชุมชนต่างๆ เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการปกครองตนเอง และ อบต. จะเป็นกลไกการบริหารจัดการ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของท้องถิ่นอย่างจริงจัง

3. ปัญหาความพร้อมด้านการบริหารและการจัดการหน่วยงานปกครองท้องถิ่น กล่าวคือ สมาชิกสภาท้องถิ่น และคณะผู้บริหารท้องถิ่น จะต้องเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการบริหารจัดการท้องถิ่น มีขีดความสามารถในการออกกฎระเบียบ และกฎหมายท้องถิ่นได้อย่างถูกต้อง

สำนักงาน ก.พ. กระทรวงมหาดไทย และ UNDP (2543) ได้ศึกษาสรุปว่า **โครงสร้างของเทศบาลและ อบต. เป็นโครงสร้างที่ขึ้นอยู่กับเงินหรือรายได้ของท้องถิ่น จึงเป็นโครงสร้างที่แข็งตัว ทำให้ขาดอิสระในการบริหารงานบุคคลและการจัดโครงสร้างภายใน**

นอกจากนี้ การศึกษาของ พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2544) เกี่ยวกับรูปแบบและกระบวนการบริหารและความขัดแย้งของการบริหารระดับท้องถิ่น พบว่ากรณีเทศบาลนั้นผู้บริหารสามารถใช้อำนาจบริหารอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้บริหารของ อบต. การแทรกแซงจากรัฐมีบ้างแต่ไม่มากเท่ากับ อบต. ปัญหาการบริหารที่สำคัญ ได้แก่ การที่โครงการต่างๆ เป็นแหล่งทรัพยากรที่ผู้บริหารใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงหาผลประโยชน์ ปัญหาการแทรกแซงการบริหารจากส่วนกลาง โดยอาศัยการจัดสรรงบประมาณเป็นเครื่องมือตามความต้องการของหน่วยงานมากกว่าความต้องการของ อบต. ปัญหาการที่ประชาชนยังมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารน้อยมาก เป็นเพียงระดับการรับและให้ข้อมูลข่าวสารอย่างผิวเผินหรือเพื่อสร้างความชอบธรรมเท่านั้น และการจัดสรรโครงการของ อบต. ไม่เป็นไปตามความต้องการของแต่ละหมู่บ้าน

การศึกษาของ ปธาน สุวรรณมงคล (2547) เกี่ยวกับแนวโน้มในอนาคตของการปกครองท้องถิ่นไทย ได้สรุปความเห็นที่น่าสนใจว่า

1. การปกครองท้องถิ่นจะมีบทบาทสำคัญระดับฐานรากในการพัฒนาการเมืองการปกครองแบบประชาธิปไตย ประชาชนจะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่นเพิ่มขึ้น การปกครองท้องถิ่นจะมีความเป็นสถาบัน (Institutionalization) เพิ่มขึ้น

2. การเมืองท้องถิ่นจะแข่งขันกันอย่างรุนแรงมาก เนื่องจากบทบาทของการปกครองท้องถิ่น และผลประโยชน์ในท้องถิ่นมีเพิ่มขึ้น การเมืองท้องถิ่นจะกลายเป็นเวทีของการต่อสู้แย่งชิงฐานการเมืองระหว่างพรรคการเมือง

3. กลไกของรัฐต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลการปกครองท้องถิ่นให้มีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้

4. ภายใน 20 ปีข้างหน้า จะเหลือเพียงเทศบาลองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ทั้งจังหวัด และการปกครองท้องถิ่นในรูปแบบพิเศษในบางพื้นที่เท่านั้น ซึ่งมีผลต่อโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก

5. อาจมีการนำรูปแบบผู้จัดการเมือง (City Manager) มาใช้ในเขตเมืองพิเศษที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ ซึ่งต้องการผู้บริหารมืออาชีพมากกว่านักบริหารการเมืองที่มาจากการเลือกตั้ง

6. อปท. จะหันมาร่วมมือกันทำกิจการบางอย่างที่เป็นประโยชน์แก่ท้องถิ่นมากขึ้น แทนที่จะต่างคนต่างทำ เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่เกินกว่าที่ อปท. หนึ่งจะดำเนินการเองเพียงลำพังได้ โดยจะมีการจัดตั้งสหการระหว่างเทศบาลด้วยกัน หรือบริษัทพัฒนาเมืองระหว่างเทศบาลและ อปท. ภายในจังหวัด

7. จำนวน อปท. จะลดลง เนื่องจากรัฐใช้มาตรการด้านเงินอุดหนุน เพื่อให้มีการรวม อปท. เข้าด้วยกัน (Amalgamation)

1.4 การกำกับดูแล ส่งเสริมสนับสนุน อปท.

การกำกับดูแลท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 283 บัญญัติไว้ 4 ประการ (โกวิทย์ พวงงาม 2550) ซึ่งต่อมารัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ได้คงไว้ในมาตรา 283 เช่นเดิม โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. การกำกับต้องทำเท่าที่จำเป็น ตามที่กฎหมายบัญญัติ

2. วัตถุประสงค์ของการกำกับดูแล คือ

ก. เพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น หรือ

ข. เพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม

3. การกำกับดูแลจะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่นไม่ได้

4. การกำกับดูแลจะกระทำนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้ไม่ได้

มาตรการกำกับดูแล อปท. ที่รัฐบาลมีอำนาจตามกฎหมาย จำแนกได้ 3 ลักษณะ (โกวิทย์ พวงงาม 2550)

ประกอบด้วย

1. การกำกับด้านการปกครองและตัวบุคคล โดย พรบ. ระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

2. การกำกับด้านการเงิน ได้แก่ เรื่องรายได้และทรัพย์สิน เรื่องงบประมาณ เรื่องการเก็บรักษาเงิน เรื่องการเบิกจ่าย เรื่องการตรวจสอบบัญชี เป็นต้น

3. การกำกับด้านกิจการ คือ การกำกับดูแลตรวจสอบการบริหารกิจการให้เป็นไปตามกฎหมาย รวมถึงการอนุมัติการตรวจสอบข้อบัญญัติท้องถิ่น

นอกจากนี้ ผู้ศึกษายังเสนอว่า ต้องเพิ่มกลไกการตรวจสอบโดยภาคประชาชนในท้องถิ่น เพื่อเปิดช่องให้ประชาชนมีโอกาสกำกับดูแล อปท. ได้ง่ายขึ้น ตลอดจนการจัดให้มีคณะกรรมการกำกับ ติดตาม การกระจายอำนาจ

ให้แก่ อปท. ทั้งในระดับชาติ ระดับจังหวัด โดยให้ คกก. มาจากบุคคลผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก นักวิชาการ ประชาคม จังหวัด และท้องถิ่น

มนัส สุวรรณ และคณะ 2546 ได้ศึกษาการตรวจสอบขององค์กรภาคประชาชนในระบบบริหารและกิจการสาธารณะของท้องถิ่น โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรงจากประชากรศึกษา 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหารองค์กรบริหารส่วนตำบล 2) กลุ่มประชาชน องค์กรประชาชน และสื่อมวลชน 3) กลุ่มนักวิชาการ ผลการศึกษาพบว่า

1) ทุกฝ่ายทั้งประชาชน องค์กรประชาชน ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น นักวิชาการ และผู้นำองค์กรชุมชน มีความเห็นว่าการตรวจสอบการบริหารงานและกิจการ

สาธารณะขององค์กรปกครองท้องถิ่นโดยภาคประชาชนมีความจำเป็นและสำคัญ

2) ประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองมีสิทธิในการตรวจสอบการบริหารงาน

ขององค์กรปกครองท้องถิ่นได้หลายลักษณะตามบัญญัติของกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติกลับมีข้อจำกัดหลายประการที่ทำให้การตรวจสอบไม่ประสบผลเท่าที่ควร

3) สภาพการปกครองท้องถิ่นโดยคณะผู้บริหารและสมาชิกสภา (อบจ. เทศบาล และ อบต.) ต่างทราบดีว่า รัฐธรรมนูญได้ให้สิทธิแก่ประชาชนในการตรวจสอบการบริหารงานและกิจการสาธารณะที่พวกตนได้ดำเนินการ แต่ก็เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบน้อยมาก

4) รูปแบบการตรวจสอบไม่ควรให้ภาครัฐหรือภาคประชาชนทำการตรวจสอบ แต่เพียงฝ่ายเดียว แต่ควรประสานความร่วมมือในการตรวจสอบเพื่อให้เกิดความโปร่งใสและเป็นธรรมมากที่สุดสำหรับการบริหารงานขององค์กรปกครองท้องถิ่น

5) ในประเด็นของกฎหมาย พบว่า ก่อนหน้าที่จะมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปีพุทธศักราช 2540 การตรวจสอบการบริหารงานขององค์กรปกครองท้องถิ่นเปิดช่องให้เฉพาะองค์กรภาครัฐ ในส่วนของภาคประชาชนยังไม่มีกฎหมายรองรับอย่างชัดเจน การตรวจสอบของภาคประชาชนขณะนั้นจึงออกมาในรูปแบบของการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movement) เป็นส่วนใหญ่

6) รัฐธรรมนูญฉบับปี พุทธศักราช 2540 ซึ่งมีผลบังคับใช้อยู่ในปัจจุบันให้สิทธิกับภาคประชาชนทำการตรวจสอบการบริหารงานขององค์กรปกครองท้องถิ่นไว้หลายลักษณะ เพียงแต่ต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่ง เพื่อให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by doing) การตรวจสอบจึงจะบังเกิดผลอย่างเต็มที่

7) ยังมีปัญหาและอุปสรรคอีกหลายประการที่ทำให้ภาคประชาชนไม่สามารถทำการตรวจสอบการบริหารงานและกิจการสาธารณะขององค์กรปกครองท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวจะได้กล่าวในลำดับต่อไป

ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบ

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า สาเหตุที่การตรวจสอบการบริหารขององค์กรปกครอง คือ

1) ระบบราชการที่การบริหารงานผูกขาดโดยรัฐและข้าราชการที่ปลูกฝังจน

เป็นวัฒนธรรมทางการเมืองการปกครองมานาน ทำให้ประชาชนซึ่งแท้จริงคือผู้เป็นเจ้าของอำนาจตามระบอบประชาธิปไตยขาดความตระหนักและความสนใจอย่างจริงจัง ประชาชนมีความคิดและความรู้สึกในลักษณะ "ธุระไม่ใช่" ไม่มีความสนใจเรื่องการตรวจสอบ คิดว่าสิทธิและหน้าที่ของตัวเองคือการเลือกตั้งผู้แทนเข้าไปทำงานเท่านั้น

2) ประชาชนส่วนใหญ่ยังเข้าใจว่า การตรวจสอบการบริหารงานและกิจการ

สาธารณะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ เช่น สตง. ปปช. อำเภอบ. และจังหวัด รวมไปถึงการทำหน้าที่ตรวจสอบโดยสมาชิกสภาองค์กรปกครองท้องถิ่นแล้ว ภาคประชาชนไม่จำเป็นต้องเข้าทำการตรวจสอบอีก เพราะอาจเป็นการทำงานซ้ำซ้อน

3) นักการเมืองหรือผู้ที่สนใจจะเป็นนักการเมืองท้องถิ่นยังขาดวุฒิภาวะทาง

การเมือง (Political maturity) นักการเมืองท้องถิ่นจำนวนมากยังเข้าใจว่า การได้รับเลือกเป็นตัวแทนของประชาชนเข้าไปในสภาคือ การเข้าไปใช้อำนาจและเข้าไปบริหารจัดการ (ซึ่งอาจมีผลประโยชน์ตามมาในภายหลัง) ยังขาดความสำนึกหรือความผูกพันต่อสาธารณะ (Public minded) ในการเป็นตัวแทนที่อาสาเข้าไปเพื่อรักษาประโยชน์ของประชาชน

4) นักการเมืองท้องถิ่นส่วนหนึ่งมีระบบเครือข่ายเกื้อกูลสนับสนุนจากนักการเมือง

ในระดับสูงกว่าขึ้นไป เช่น ส.อบต. เป็นเครือข่ายของ สจ. ซึ่งเป็นเครือข่ายของ สส. อีกต่อหนึ่ง เป็นต้น การบริหารงานของท้องถิ่นจึงอาจเป็นการสั่งการกันเป็นทอดๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของการเมืองในระดับที่สูงกว่า ความต้องการของท้องถิ่นมักไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร การตรวจสอบการบริหารงานขององค์กรท้องถิ่นกรณีนี้ทำได้ยาก หรือทำได้ก็ไม่บังเกิดผล

5) เท่าที่ประมวลได้ส่วนหนึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ คือ มีองค์กรปกครองท้องถิ่น

บางแห่งเปิดโอกาสให้ประชาชนทำการตรวจสอบได้อย่างกว้างขวางทั่วถึง แต่กลับกลายเป็นว่ากลุ่มประชาชนที่ถูกเปิดโอกาสให้ตรวจสอบนั้น คือ กลุ่มจัดตั้งของผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นนั่นเอง

6) ระบบเครือญาติ คืออีกเหตุปัจจัยหนึ่งที่ถูกจัดว่าเป็นอุปสรรคสำคัญที่

ทำให้การตรวจสอบการบริหารงานขององค์กรปกครองท้องถิ่นโดยภาคประชาชนไม่ค่อยประสบผลสำเร็จ สภาพการณ์ที่พบมากในท้องถิ่นชนบท คือ กรรมการบริหาร และ/หรือสมาชิกสภาองค์กรปกครองท้องถิ่น รวมไปถึงพนักงานบางส่วน คือ เครือญาติของประชาชนในท้องถิ่นนั่นเอง

7) ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นพยายามหลีกเลี่ยงกฎหมายหรือปิดโอกาส

การตรวจสอบการบริหารงานของตนเองโดยภาคประชาชน เช่น การใช้กลุ่มจัดตั้งให้ตรวจสอบและการกำหนดเวลาประชุมที่แจ้งในช่วงที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สะดวก เป็นต้น

8) หน่วยงานรัฐส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคมีภาระหน้าที่การงานประจำมาก

ทำให้ภาระการกำกับดูแลองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นไปอย่างหละหลวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวกับภาคประชาชนที่ควรได้รับการกระตุ้น สนับสนุน และส่งเสริมให้ทำหน้าที่ตรวจสอบ

วิทยาลัยพัฒนาการปกครองท้องถิ่น (2550) ได้ศึกษารูปแบบในการกำกับดูแลและรูปแบบการตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า รูปแบบที่ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายอำเภอ ใช้ทำหน้าที่องค์กรกำกับดูแล ประกอบด้วย

1. การกำกับดูแลองค์กรและตัวบุคคล ได้แก่ การยุบสภาท้องถิ่น การให้สมาชิกสภาพ้นจากตำแหน่ง การให้ผู้บริหารและคณะผู้บริหารพ้นจากตำแหน่ง และการสั่งพักการปฏิบัติราชการของผู้บริหารหรือคณะผู้บริหาร (กรณีถูกสอบสวน)

2. การกำกับดูแลการกระทำของ อปท. ได้แก่ การอนุมัติ การอนุญาต การให้ความเห็นชอบ การยับยั้ง การกระทำและการเพิกถอนการกระทำ และการสั่งให้ อปท. อยู่ในความควบคุมของส่วนกลาง

3. การกำกับดูแลโดยมาตรการทางอ้อมอื่นๆ อันเกิดจากการที่กฎหมายระบุ "ให้การดำเนินกิจการนั้นๆ เป็นไปตามกฎหรือระเบียบของทางราชการ" เพื่อความสะดวก เรียบร้อย และถูกต้อง ได้แก่ มาตรการด้านระเบียบ ข้อบังคับ และประกาศ ทั้งที่ออกโดยกระทรวงมหาดไทย และส่วนราชการอื่นตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การใช้มาตรการกำกับดูแลดังกล่าวมีแนวโน้มเกิดผลกระทบและข้อจำกัดต่อความเป็นอิสระของ อปท. และกลายเป็นสิ่งขัดขวางการพัฒนาของ อปท. ด้วย

รูปแบบการตรวจสอบ ประกอบด้วย

1. โดยสภาท้องถิ่น ได้แก่ การพิจารณาร่างข้อบัญญัติงบประมาณ ร่างข้อบัญญัติท้องถิ่น การตั้งกระทู้ถาม และการเปิดอภิปรายทั่วไป
2. การตรวจสอบทางการเงินและทรัพย์สิน
3. การตรวจสอบโดยองค์กรตามรัฐธรรมนูญ ได้แก่ ศาลปกครอง ปปช. และ คตง.
4. การตรวจสอบโดยประชาชน ได้แก่ ตรวจสอบการดำเนินงานโดยตรง ขอให้เปิดเผยข้อมูล และการขอถอดถอนสมาชิกสภาหรือผู้บริหาร

การตรวจสอบโดยองค์กรตามรัฐธรรมนูญ โดยเฉพาะศาลปกครอง มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับ อปท. จากอำนาจการใช้ดุลยพินิจของฝ่ายบริหารที่มีความได้เปรียบ ไปสู่กลไกที่เป็นกลาง และหลักประกันความเป็นอิสระของ อปท. มากขึ้น การตรวจสอบโดยองค์กรผู้ตรวจสอบตามรัฐธรรมนูญ จึงนับว่ามีบทบาทมากขึ้นในการกำกับดูแลตรวจสอบ อปท. เนื่องจากเป็นการใช้อำนาจบนหลักการตามรัฐธรรมนูญ ต่างจากการใช้อำนาจของกลไกฝ่ายบริหารที่ใช้อำนาจในรูปของการพิจารณา วินิจฉัยตีความตามดุลยพินิจ

2. บทบาทของ อปท. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในท้องถิ่น

2.1 บทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอดีตที่ผ่านมา

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) รวมถึงกรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา เป็นองค์กรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น และเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐในการจัดบริการสาธารณะสำหรับประชาชน บทบาทของ อปท. ด้านสุขภาพที่ผ่านมาจะเห็นได้เด่นชัดใน อปท. ขนาดใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร เทศบาล และเมืองพัทยา ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ในส่วนของ อปท. ที่เพิ่งเริ่มพัฒนาได้เพียง 10 ปีเศษ โดยเฉพาะ อบต. และ อบจ. ในระยะแรกก่อนที่ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 บังคับใช้นั้น พบว่ายังไม่มีบทบาทและศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพมากนัก ยกเว้นงานด้านกำจัดขยะ เนื่องจากปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร บุคลากร งบประมาณ และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่แท้จริง โดยเฉพาะการจัดการเรื่องสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (ประยงค์ เต็มขวาลา 2540, ชูชัย ศุภวงศ์ 2542)

บทบาทด้านสุขภาพของ อปท. หลังปี 2542

จากการศึกษาของวินัย ลิสมิทธิ และคณะ (2545) ศึกษาพบว่า อปท. มีบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น และปรากฏอยู่ในภารกิจด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะ อบต. เนื่องจากมีความใกล้ชิดประชาชนในท้องถิ่น

บทบาทของ อบจ. มีน้อยมาก ข้อมูลปี 2542 อบจ. ให้ความสำคัญกับโครงสร้างพื้นฐาน (75.9%) และการจัดหาน้ำสะอาด (7.6%) ด้านคุณภาพชีวิต (5.2%) ส่วนด้านสุขภาพมีเพียงร้อยละ 0.2% ของงบประมาณ การดำเนินงานของ อบจ. มีปัญหาการทับซ้อนกับเทศบาลหรือ อบต. รวมทั้งผลกระทบจากการจัดเก็บรายได้ของ อบต.

บทบาทของเทศบาล มีการจัดทำแผนสาธารณสุขโดยประสานกับสาธารณสุขอำเภอในรูปของ คปสอ. และดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ร้านอาหารสะอาด ตลาดสดน้ำเชื้อ การฉีดวัคซีนสุนัข และการกำจัดมูลฝอยป้องกันโรคไข้เลือดออก เทศบาลจะให้ความสำคัญด้านบริการสุขภาพเพราะส่วนใหญ่มีสถานบริการสาธารณสุขเป็นของตนเอง

บทบาทของ อบต. ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ สอ. ได้ดี เนื่องจาก อบต. ไม่มีสถานบริการเป็นของตัวเอง แต่จะรับผิดชอบประชาชนในพื้นที่ร่วมกัน อบต. จะเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณให้แก่ สอ. ในการปรับปรุงอาคาร สอ. และการจัดซื้อเครื่องมือ เช่น ยูนิตทำฟัน เครื่องพ่นหมอกควัน รวมทั้งการสนับสนุนโครงการต่างๆ เช่น การกำจัดมูลฝอยและวัคซีนสุนัข

สัดส่วนงบประมาณด้านสุขภาพของ อบต. ยังน้อยมาก เพียงร้อยละ 0.7 เมื่อเทียบกับการสร้างถนน ร้อยละ 91.4 และการศึกษา ร้อยละ 5.8 ในปี 2542

ข้อเสนอของผู้วิจัยให้รวมเขตกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ทุกระดับร่วมกันรับผิดชอบเป็นภาพจังหวัด เพื่อให้เกิดขนาดที่ประหยัด (Economy of Scale) และแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์เชิงบริหารจัดการระบบ

2.2 แนวคิดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ อปท.

สืบเนื่องจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งบัญญัติขึ้นตามรัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ได้นำไปสู่แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 แผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าวมีจุดเด่นในเรื่องการกำหนดภารกิจที่ควรถ่ายโอนไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ 2 ประการ (คณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอามัย 2549) กล่าวคือ

การให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการถ่ายโอนในลักษณะเครือข่าย รวมทั้งให้มีการถ่ายโอนงานหลักประกันสุขภาพให้แก่ กสพ. ภายในปี 2546

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 34 ภารกิจ จาก 7 กรมของกระทรวงสาธารณสุข

แม้ว่าการถ่ายโอนภารกิจที่ผ่านมาจะมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน แต่แนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังมีการพัฒนาต่อเนื่องโดยเฉพาะภารกิจด้านการจัดบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ จนนำมาสู่การจัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) โดยเนื้อหาด้านการถ่ายโอนภารกิจ มีสาระสำคัญของงานสาธารณสุขปรากฏอยู่ในด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ดังนี้

1) ภารกิจที่ถ่ายโอน โดยเฉพาะภารกิจในระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่

- ถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณพร้อมกับสถานีนอามัยและบุคลากร ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมดำเนินการ ในระยะแรกให้ถ่ายโอนตามความพร้อมของ อปท. โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดทำหลักเกณฑ์ความพร้อมของ อปท. ที่จะรับถ่ายโอนเสนอดังคณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ ให้ความเห็นชอบ ส่วนในระยะสุดท้ายหาก อปท. ใดไม่พร้อม ก็ให้ถ่ายโอนให้ อบจ. ดำเนินการ

- การถ่ายโอนโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ให้เป็นทางเลือก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถรับโอนได้ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยอาจดำเนินการในรูปแบบสหการหรือรูปแบบอื่นตามที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ และกระทรวงสาธารณสุขเห็นชอบ

- ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยดำเนินการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง หรืออาจดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือถ่ายโอนให้ อปท. ที่มีความพร้อมสูงกว่า

2) อปท. อาจดำเนินการระบบบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นได้หลายแนวทาง ได้แก่ การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น (สถานีนอามัย) ให้ อปท. ดำเนินการเอง หรือร่วมกับ อปท. อื่น หรือร่วมกับรัฐ ส่วนการบริการระดับโรงพยาบาลให้เป็นทางเลือก อปท. อาจดำเนินการเอง หรือร่วมกับ อปท. อื่น หรือสหการ หรือร่วมกับรัฐ หรือซื้อบริการจากเอกชน หน่วยงานรัฐ หรือ อปท.

3) ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถ่ายโอนงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้แก่ อปท. และถ่ายโอนงบประมาณด้านบุคลากรให้แก่

อปท. ที่รับโอนสถานีนามัยและโรงพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ คณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

4) การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการของ อปท. ให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ช่วยเหลือสนับสนุน ให้คำปรึกษา แนะนำทางเทคนิควิชาการ และการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพให้แก่ อปท. โดยให้กำหนดมาตรฐานทั่วไปของการจัดบริการสาธารณสุขและตัวชี้วัดต่างๆ ให้กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจในการเข้าไปประเมินผลการดำเนินการ และให้จัดทำหลักสูตรและคู่มือการปฏิบัติงาน

5) กลไกการบริหารจัดการและกำกับดูแล ประกอบด้วยกลไก 3 ระดับ

- ระดับชาติ ได้แก่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนเกี่ยวกับสาธารณสุขฯ กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานงานบริการสาธารณสุข

- ระดับจังหวัด ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด และคณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ อปท. ระดับจังหวัด

- ระดับท้องถิ่น ได้แก่ คณะกรรมการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จะเห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพฯ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ถูกระบุในแผนการกระจายอำนาจฯ โดยให้มีการถ่ายโอนงบประมาณตามภารกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้แก่ อปท. และถ่ายโอนงบประมาณด้านบุคลากรให้แก่ อปท. ที่รับโอนสถานีนามัย การจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของ สปสช. จึงเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามที่จะตอบสนองการกระจายอำนาจ

3) ผลการดำเนินงานการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ อปท.

การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 มีความก้าวหน้าระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และสถานการณ์ได้เปลี่ยนแปลงไปมาก เช่น การกำเนิดของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 การปฏิรูประบบราชการตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 เป็นต้น โดยสรุปได้ปรากฏผลการดำเนินงาน ดังนี้

1) การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งแต่งตั้ง กสพ. ให้ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Board) ใน 52 จังหวัด และเน้นหนักใน 10 จังหวัด แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ล้มเหลวเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ และความไม่แน่นอนนโยบายที่ให้ ความสำคัญกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) เป็นเหตุให้ กสพ. ไม่เข้มแข็ง อีกทั้งไม่มีการมอบอำนาจให้ กสพ. มีสถานะที่จะเป็นผู้รับการถ่ายโอนได้ การเป็นเพียงที่ปรึกษาของ กสพ. จึงไม่บังเกิดผลใดๆ

2) การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข 34 ภารกิจ ดำเนินการจนถึงปัจจุบันได้เพียง 7 ภารกิจ ได้แก่

2.1 สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (เงินอุดหนุนการทำงานของ อสม.) โดยตัดโอนไปตั้งจ่ายที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ตั้งแต่ปี 2547

2.2 การแก้ไขปัญหาลูกค้าหนักแน่นกว่าเกณฑ์

- 2.3 การจัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด
- 2.4 การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก
- 2.5 การส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน
- 2.6 การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
- 2.7 การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

3) คณะกรรมการการกระจายอำนาจ (กกด.) ได้เห็นชอบเมื่อการประชุมวันที่ 15 มีนาคม 2549 ให้กระทรวงสาธารณสุขปรับแผนปฏิบัติการฯ โดยถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบต. แบบแยกส่วนได้ ทำให้มีการถ่ายโอนสถานีนอนมัยตามโครงการนำร่องจำนวน 22 แห่งตั้งแต่ปี 2550 ให้กับ อบต. และเทศบาลที่ได้รับรางวัลการบริหารจัดการดีเด่นระหว่างปี 2548-2549 และผ่านการประเมินความพร้อมตามที่ กกด. เห็นชอบรวม 18 อบต. โดยกระทรวงสาธารณสุขได้โอนบุคลากรจำนวน 75 คนและเงินบำรุงของสถานีนอนมัยในขณะนั้นไปด้วย ขณะนี้อยู่ระหว่างการประเมินผลการถ่ายโอน

3. ระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ตำบล กับบทบาทของ อบต.

1) แนวคิดของระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ตำบล หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกิดขึ้นภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรในกำกับรัฐตามกฎหมาย มีอำนาจหน้าที่บริหารเงินอุดหนุนรายปีจากรัฐ เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ เป็นไปอย่างทั่วถึง เป็นธรรม แก่ประชาชนทุกคน

ภารกิจหนึ่งของ สปสช. ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้กำหนดให้ สปสช. ต้องสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและท้องถิ่นในการระบบหลักประกันสุขภาพ ดังนี้

มาตรา 47 "ส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน"

ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 เห็นชอบให้จัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นขึ้น หรือ "กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล" และหลักเกณฑ์การสนับสนุนและบริหารจัดการระบบหลักประกันฯ โดยโอนงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหมวดเงินอุดหนุน เพื่อให้ อบต. หรือเทศบาลที่ได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ปี 2549 สมทบเงินรายได้ท้องถิ่นในแต่ละแห่งอีกไม่น้อยกว่าร้อยละ 10-50 เพื่อจัดตั้งกองทุนเพื่อจัดบริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่นเป็นหลัก

2) วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

1. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น รวมทั้งสถานบริการทางเลือก โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

2. เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพอย่างน้อยตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3. เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในท้องถิ่นหรือพื้นที่

3) เป้าหมาย

สปลช. และสมาคม อบต. แห่งประเทศไทย ได้กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ดังต่อไปนี้

ปี 2549 อบต. หรือเทศบาลนาร่อง 800 แห่งทั่วประเทศ

ปี 2550 อบต. หรือเทศบาลที่มีความพร้อม

ปี 2551-2552 อบต. หรือเทศบาลทุกแห่ง

หลักเกณฑ์การคัดเลือกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนาร่อง

1. องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อม และมีความประสงค์เข้าร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

2. เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีประสบการณ์และการดำเนินงานด้านการสร้างสุขภาพ และป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อนแล้ว

3. เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อมในการอุดหนุนเงินงบประมาณ เพื่อสมทบกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามอัตราส่วนที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดังนี้

- เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริหารสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่าบริหารสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของค่าบริหารสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) แหล่งที่มาของกองทุน

1. เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2. เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ตามที่กฎหมายบัญญัติ

3. เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน
4. รายได้อื่นๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของระบบหลักประกันสุขภาพ

สำหรับเงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้จากหมวดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) โดย สปสช. โอนเข้าบัญชีกองทุนเป็นรายปีภายหลังจากที่ อบต./เทศบาล โอนงบประมาณสมทบเข้าบัญชีเป็นรายรับกองทุนแล้ว โดยคิดตามจำนวนหัวประชากรทั้งหมดในพื้นที่นั้นๆ จัดสรรในจำนวนคงที่ 37.50 บาท/หัวประชากรตั้งแต่ปี 2549-2552 และได้ปรับเพิ่มเป็น 40 บาท/หัวประชากรในปี 2553 เป็นต้นไป

ยอดงบประมาณที่ สปสช. โอนให้กับกองทุนต่างๆ และการสมทบจาก อปท. มีรายละเอียดดังนี้

- ปี 2549 งบ สปสช. จำนวน 256.6 ล้านบาท ครอบคลุมประชากร 6.8 ล้านคน อปท. สมทบงบประมาณจำนวน 43.6 ล้านบาท
- ปี 2550 งบ สปสช. จำนวน 172.6 ล้านบาท ครอบคลุมประชากร 4.6 ล้านคน อปท. สมทบงบประมาณจำนวน 36.2 ล้านบาท
- ปี 2551 งบ สปสช. จำนวน 756 ล้านบาท ครอบคลุมประชากร 20.1 ล้านคน แต่ยังขาดตัวเลขงบประมาณที่อปท. สมทบ
- ปี 2552 งบ สปสช. จำนวน ... ล้านบาท ครอบคลุมประชากร ... ล้านคน แต่ยังขาดตัวเลขงบประมาณที่อปท. สมทบ

5) คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานจะต้องจัดให้มีคณะกรรมการชุดหนึ่ง เรียกว่า คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่ ภายใต้การกำกับดูแลของ อบต.หรือเทศบาลในพื้นที่นั้นๆ

องค์ประกอบ

1. นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเทศมนตรี เป็นประธานกรรมการ
2. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาเทศบาลที่สภามอบหมายจำนวน 2 คน เป็นกรรมการ
3. ผู้แทนหน่วยบริการที่ สปสช. มอบหมาย จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ
4. ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 2 คน เป็นกรรมการ
5. ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง หมู่บ้านหรือชุมชนละ 1 คน เป็นกรรมการ
6. ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือปลัดเทศบาล เป็นกรรมการและเลขานุการ

อำนาจหน้าที่

1. จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินการที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมาย และหน่วยบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
3. บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานหรือพบดุลเมื่อสิ้นปีงบประมาณ เพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี
4. รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจัดทำบัญชีหรือทรัพย์สินในกองทุน หลักประกันสุขภาพฯ ให้เป็นไปตามรูปแบบที่ สปสช. กำหนด
5. จัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานตามความจำเป็น
6. คณะกรรมการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 2 ปี และไม่จำกัดวาระ

6) กรอบการสนับสนุนจากงบกองทุน

1. สนับสนุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งจำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็กเล็กตั้งแต่แรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 ปี กลุ่มเด็กโตและเยาวชน อายุตั้งแต่ 6-25 ปี กลุ่มผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้พิการหรือทุพพลภาพ ส่วนการจัดบริการด้าน บำบัดรักษานั้น ให้สนับสนุนได้เฉพาะส่วนที่เป็นการบำบัดรักษาโดยภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย และ การแพทย์ทางเลือกเท่านั้น

2. กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่กองทุนสนับสนุน จะครอบคลุมทั้งบริการที่จัดในหน่วย บริการ (Facility-based services) เช่น โรงพยาบาลชุมชน และบริการที่จัดในชุมชน (Community-based services) เช่น สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน กิจกรรมประกอบด้วยบริการ 3 ประการ ได้แก่

- 1) บริการการสัมผัสภาวะประวัติ และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจร่างกาย และการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ
- 2) บริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย
- 3) บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้การศึกษาแนะนำ และการให้ความรู้

3. กองทุนสามารถสนับสนุนงบประมาณเสริมให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในท้องถิ่นได้เป็นรายปี มากน้อยตามความเหมาะสม เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและคุณภาพบริการ ตลอดจนควบคุมคุณภาพการให้บริการได้ อีกทางหนึ่ง

4. ให้กองทุนเน้นการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยความริเริ่มของประชาชนและ ชุมชน ทั้งนี้โดยสนับสนุนกลุ่ม องค์กร เครือข่ายจัดทำโครงการหรือกิจกรรม เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง ลด ภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โดยสรุป กรอบการพิจารณางบประมาณของกองทุน จึงสนับสนุนกิจกรรมได้ 4 ลักษณะ คือ

(1) การจัดการบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม

(2) การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการตามความต้องการของชุมชนท้องถิ่น

(3) การสร้างเสริมสุขภาพโดยความริเริ่มของประชาชนและชุมชนท้องถิ่น

(4) การบริหารจัดการกองทุนให้มีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพ และพัฒนากำลังคน โดยต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในปีประมาณนั้น

อนึ่ง เป็นที่สังเกตว่ารูปแบบการดำเนินงานของ สปสช. ยังมีลักษณะรวมศูนย์จากส่วนกลางถึง อบต. โดยตรง ดังเห็นได้จากกรณีที่ สปสช. ได้มีหนังสือลงวันที่ 21 เมษายน 2551 ถึงนายก อบต./นายกเทศบาล ที่เข้าร่วมดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพทั่วประเทศ เรงัดให้ดำเนินการตามบันทึกข้อตกลงร่วมกับ สปสช. ด้วยการโอนเงินงบประมาณสมทบของ อบต. การจัดทำข้อมูลสุขภาพ การจัดทำแผนดำเนินงานหรือแผนการใช้จ่ายงบประมาณ นอกจากนี้ ยังได้ขอให้ อบต. พิจารณารรจกกิจกรรมเพิ่มเติมในแผนงานปี 2551 ได้แก่ การจ้างนักกิจกรรมบำบัด (Social Worker) ปฏิบัติงานประจำสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการ เพื่อพัฒนางานเชิงรุก ออกเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551)

7) แนวทางการดำเนินงานกองทุน

1. ขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล

ในปี 2549 มีหลายฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมและเริ่มต้นดำเนินงาน โดยสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยร่วมคัดเลือก อบต. ที่จะเข้าร่วม ได้จำนวน 883 แห่ง เฉลี่ยอำเภอละ 1 กองทุน สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) ได้รับมอบหมายจาก สปสช. ให้รับผิดชอบในการจัดทำคู่มือ หลักสูตรอบรม และจัดฝึกอบรมทีมวิทยากรพัฒนาศักยภาพจังหวัด และติดตามประเมินผลความร่วมมือของ อบต./เทศบาลในระยะเริ่มต้น

นอกจากนี้ สปสช. ได้จัดให้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือ 7 ฝ่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและพื้นที่ เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550 องค์การที่ร่วมลงนาม ได้แก่ สปสช. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย อย่างไรก็ตาม กองทุนนำร่องดังกล่าวเริ่มดำเนินงานได้อย่างจริงจังเมื่อเข้าสู่ปี 2550

ปี 2550 สปสช. ได้สอบถามความสมัครใจของ อบต./เทศบาล ที่จะเข้าร่วมโครงการในปี 2551 และได้รับการตอบรับใหม่จำนวน 1,809 แห่ง รวมกับกองทุนที่มีอยู่แล้วเป็น 2,692 แห่ง มีการจัดปฐมนิเทศและจัดอบรมทีมวิทยากรจังหวัด ตลอดจนผู้แทนกองทุนในเรื่องการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic Map) ของการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานกองทุนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2. การบริหารงบประมาณ

(1) ควรจัดทำแผนการใช้จ่ายงบประมาณกองทุน โดยมีแผนงานโครงการที่ชัดเจนในกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค เสนอต่อคณะกรรมการบริหาร เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(2) ควรกันเงินส่วนหนึ่งไว้เป็น "เงินขวัญถุง" และจัดงบประมาณให้มีความสมดุลระหว่างกิจกรรมทั้ง 4 ลักษณะ

(3) การเบิกจ่ายงบประมาณควรทำบันทึกข้อตกลงกับผู้รับการสนับสนุนไว้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย และผู้รับการสนับสนุนจะต้องจัดทำรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการบริหารทราบ

(4) จัดทำงบดุลและรายงาน

3 การรับเงิน จ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจัดทำบัญชีเงินและทรัพย์สิน

(1) การรับเงินกองทุน ให้ออกใบเสร็จรับเงินในนามของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้ชำระเงินทุกครั้ง ยกเว้นการรับเงินจาก สปสช. และงบอุดหนุนจาก อบต./เทศบาล ให้ใช้สำเนาใบนำฝากเงินธนาคารเป็นหลักฐาน

(2) การจ่ายเงินในนามของผู้มีสิทธิรับเงิน หรือผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีหลักฐานการจ่ายที่เป็นใบเสร็จรับเงิน หรือใบนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากที่ธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน หรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

(3) การเก็บรักษาเงิน ให้คณะกรรมการเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ กับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) การเบิกจ่ายเงินจากบัญชีให้ใช้ผู้มีอำนาจลงนาม 2 ใน 4 คน

(4) การบันทึกบัญชีตามระบบบัญชีของ อบต./เทศบาล โดยแยกเป็นบัญชีต่างหากจากบัญชีปกติของ อบต./เทศบาล

(5) ให้จัดทำรายงานการรับเงินจ่ายเงินและเงินคงเหลือประจำเดือน ประจำไตรมาส และประจำปีงบประมาณ โดยรายงานการเงินให้ สปสช. และ อบต./เทศบาลทุกไตรมาสภายใน 30 วันหลังสิ้นไตรมาส และรายงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

4. การติดตามประเมินผล

การศึกษาเอกสารที่ระบุถึงบทบาทหน้าที่ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน พบเอกสารเพียง 2 ฉบับ คือ

1) ข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ปี 2551

ข้อ 2 ภาระหน้าที่

(๑) องค์การบริหารส่วนตำบล /เทศบาล เป็นผู้จัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยการสนับสนุนของสำนักงาน และมีคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดังกล่าวภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบล /เทศบาล

(๒) สำนักงานจะจัดสรรเงินค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เข้าระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดในแต่ละปี

(๓) องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล จะสมทบเงินเข้าระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ไม่น้อยกว่าอัตราร้อยละ 10 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี

(๔) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะดำเนินการให้ปัญหาอันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ลุกล่วงไปด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกันตามกรอบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

2) ข้อตกลงระหว่าง สปสช. สาขาเขตพื้นที่ กับ สปสช. สาขาจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ปี 2551 โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานเป็นเอกสารภาคผนวก 1 ดังนี้

1. การชี้แจงและการอบรมคณะกรรมการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
2. การติดตาม สนับสนุน และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
3. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนวัตกรรมสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
4. การสนับสนุนและประสานงานการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

จะเห็นว่า สปสช. มีแนวคิดให้คณะกรรมการบริหารกองทุน ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลในพื้นที่นั้น และ สปสช. จะเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเอง ส่วน สปสช. สาขาจังหวัดหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น จะทำหน้าที่ติดตาม สนับสนุน และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพตามที่ สปสช. กำหนดแนวทางไว้

8) การสนับสนุนการดำเนินงานกองทุน

1. ที่ผ่านมา สปสช. ได้จัดเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพของกองทุน ดังนี้

1) มอบหมายให้สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา จัดการอบรมวิทยากรพัฒนาศักยภาพทุกจังหวัดๆ ละ 4 คน ครั้งที่ 1 ในช่วงเดือนมิถุนายน - กันยายน 2549 และครั้งที่ 2 ในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2550 เพื่อเตรียมจัดอบรมคณะกรรมการบริหารกองทุนต่อไป

2) มอบหมายให้สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ติดตาม ประเมินความพร้อม ความรู้ความเข้าใจของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในเดือนมกราคม 2550

3) การพัฒนาศักยภาพและความรู้ความเข้าใจของคณะกรรมการบริหารกองทุนในการบริหารจัดการ รวมทั้งการจัดทำและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลง (16)

4) สปสช. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อมของทีมจัดการนวัตกรรมจังหวัด เพื่อสนับสนุนให้เกิดการติดตามการสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์และบริหารจัดการนวัตกรรมสุขภาพของชุมชน

5) สปสช. ได้พัฒนาระบบรายงานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและพื้นที่ ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการรายงาน ติดตาม และประเมินผลของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังสนับสนุนการอบรมในเรื่องการจัดทำบัญชีของกองทุน

6) สปสช. ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดตั้ง “แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” เพื่อประสาน เชื่อมโยง และบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรภาคีและเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนการสร้าง/จัดการ/เผยแพร่ความรู้และการวิจัยเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และการปรับระบบ โครงสร้าง และการจัดการให้การสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

แผนงานร่วมได้กำหนดให้ประเด็นการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลเป็นหนึ่งในแผนงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชน และท้องถิ่น รวมทั้งการสร้าง จัดการและเผยแพร่ความรู้ โครงการที่ผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการ ได้แก่

1. โครงการพัฒนาศักยภาพกองทุนสุขภาพชุมชนโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้
2. โครงการสนับสนุนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
3. โครงการพัฒนาศักยภาพการทำงานกองทุน สปสช. ขององค์กรภาคี อบต. หรือเทศบาล ชุมชน และเครือข่าย

บริการสุขภาพ

เป็นที่สังเกตว่า ผู้รับผิดชอบโครงการพัฒนากองทุนทั้ง 3 โครงการ เป็นนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย องค์กรเอกชน หรือนักวิชาการอิสระทั้งสิ้น ไม่ปรากฏหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข หรือกรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนในการพัฒนาศักยภาพกองทุนแต่อย่างใด

- 7) สปสช. ได้มีส่วนผลักดันโครงการพยาบาลเพื่อชุมชน ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะ คัดเลือกนักเรียนทุนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน หลักสูตรทันตสาธารณสุข ชุมชน และหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม ให้เป็นโควต้าขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งแต่ปีการศึกษา 2550 เป็นต้นไป โดยให้ อบต. ในนามของกองทุนสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณเป็นทุนการศึกษาแก่นักเรียนในพื้นที่ เป็น ทุนละ 53,000 บาท/คน/ปี แบ่งเป็นทุนจาก อบต. 33,000 บาท และงบจากกองทุน 20,000 บาท ให้ผู้รับทุนทำ สัญญารับทุนและสัญญาค้ำประกันกับ อบต. โดยตรง และระบุว่า อบต. จะมีการจ้างงานเมื่อสำเร็จการศึกษา แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาในการระบุเงื่อนไขการจ้างงานดังกล่าว

การศึกษาวิจัยและข้อมูลผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ถือเป็นเรื่องใหม่สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การ ขยายโครงการในช่วง 3 ปีเป็นไปค่อนข้างรวดเร็วจากจำนวน 883 แห่งในปี 2549 เป็น 2,692 แห่งในปี 2551 และ 3,936 แห่งใน ปี 2552 ทำให้ระบบการติดตามตรวจสอบของ สปสช. ยังพัฒนาตามไม่ทัน แม้ว่า สปสช. กำลังพัฒนาระบบรายงานข้อมูลการ ดำเนินงานของกองทุน ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการรายงาน ติดตาม และประเมินผลของแต่ละพื้นที่ แต่ก็ยังไม่เสร็จ สมบูรณ์ ดังนั้น สปสช. จึงยังไม่แสดงข้อมูลผลการดำเนินงาน และออกรายงานประจำปีในโครงการดังกล่าว

เท่าที่ตรวจสอบการศึกษาวิจัยในขณะนี้ (ตุลาคม 2552) พบว่ามีงานวิจัยเพียง 3 ชิ้นที่ทำการศึกษาเกี่ยวข้องกับ กองทุน ได้แก่

- 1) รายงานการวิจัยนโยบายสาธารณะ : ประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ โดยศูนย์ วิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ (2550)

สำรวจตัวอย่างกองทุน 99 แห่งใน 51 จังหวัด พบว่าการดำเนินงานเป็นไปตามเกณฑ์ของ สปสช. การมีกองทุนช่วย ให้สถานีนามัย ประชาคม และ อบต. ทำงานร่วมกันมากขึ้น บางพื้นที่ประชาคมมีการเสนอโครงการขอรับการสนับสนุนจาก กองทุน มีกิจกรรมเชิงรุกด้านสร้างเสริมสุขภาพใหม่ๆ นอกจากนี้ พบว่าผู้บริหารท้องถิ่นส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าการมีกองทุน เป็นเรื่องดี ทำให้เกิดมุมมองใหม่ๆ เห็นโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าในอดีต และควรขยายผลต่อไป ในส่วน ความคิดเห็นของประชาชน พบว่าส่วนใหญ่รับรู้การจัดตั้งกองทุน ตระหนักในประโยชน์ของกองทุน และมีความเชื่อถือกองทุน

ส่วนปัญหาและอุปสรรคเกิดจากความล่าช้าในการจัดตั้งกองทุน ซึ่งเกิดจากทัศนคติของเจ้าหน้าที่และระเบียบการจ่ายเงินเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ครุภัณฑ์ แต่แก้ไขได้หากได้ทดลองทำไปสักระยะหนึ่ง เน้นการค้นหาดัชนีแบบกองทุน การขยายกองทุนควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป เน้นขยายเพื่อครอบคลุมพื้นที่ชุมชนเมืองที่หนาแน่น รวมทั้งชนบทที่ห่างไกล เพื่อสร้างความเป็นธรรม

2) รายงานการวิจัย: การประเมินกองทุนสุขภาพท้องถิ่น โดยศูนย์วิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ (เมษายน 2552)

สุ่มตัวอย่างแบบ Purposive sampling กองทุน 88 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 เป็นกองทุนที่จัดตั้งในปี 2549-2550 และกลุ่มที่ 2 จัดตั้งในปี 2551 ในสัดส่วน 70 : 30 ทำการศึกษาใน 7 ประเด็น ผลการวิจัยพบว่า (1) โครงสร้างและการบริหารกองทุน มีการจัดตั้งคณะกรรมการและสมทบเงินเป็นไปตามเกณฑ์ของ สปสช. ปัญหาได้แก่ การโอนเงินของ สปสช. ล่าช้า การประชุมค่อนข้างน้อย เนื่องจากกรรมการไม่มีเวลา และผู้บริหารท้องถิ่นบางคนหมดวาระการดำรงตำแหน่งก่อนทำให้การทำงานหยุดชะงัก รวมทั้งการโยกย้ายของผู้รับผิดชอบงานกองทุน และประชาชนยังแยกแยะไม่ออกว่างานส่วนไหนเป็นของท้องถิ่น ส่วนไหนของกองทุน (2) กิจกรรมของกองทุนและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยรวมยังเบิกจ่ายน้อยเฉลี่ยแล้วร้อยละ 37 ขณะที่บางแห่งมีปัญหาทำงานไม่ต่อเนื่องตามสภาพการเมืองท้องถิ่น ในพื้นที่ที่ภาคประชาชนเข้มแข็งกลุ่มประชาชนจะมีส่วนสำคัญในการริเริ่มทำโครงการขอการสนับสนุนจากกองทุน (3) การสร้างการยอมรับและประชาสัมพันธ์จากการสอบถามพบว่าประชาชนร้อยละ 50 มีการรับรู้กองทุน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ แต่เห็นว่าตนเองหรือสังคมได้ประโยชน์จากกองทุนน้อย (4) ความเห็นต่อการสนับสนุนและระเบียบปฏิบัติ เห็นว่าควรปรับแก้ให้จัดซื้อครุภัณฑ์ได้

ผู้วิจัยเสนอว่า ประธานกองทุนไม่จำเป็นต้องเป็นนายก อบต.หรือเทศบาล เพื่อลดปัญหาในช่วงว่างเว้นระหว่างการเลือกตั้งใหม่ ควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการทำงานกองทุนให้คณะกรรมการส่วนใหญ่ เนื่องจากขึ้นอยู่กับประธานและกรรมการเพียงไม่กี่คน ควรมีการปรับภาพลักษณ์ให้เข้าใจว่าเป็นกองทุนที่บริหารโดยคนในท้องถิ่น มิใช่เป็นส่วนหนึ่งของ สปท. และควรแก้ปัญหาระบบการเงินและการเบิกจ่ายเงินจาก สปสช. ล่าช้า

3) วิจัยประเมินผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในพื้นที่ต้นแบบ ของ ราชันี ศรีสุพรรณ และคณะ

โดยดำเนินการศึกษาองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ดำเนินการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 145 แห่ง ในปี 2551 พบว่า

1. การดำเนินงานจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ส่วนใหญ่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเสนอเข้าร่วมโครงการเนื่องจาก (1) ได้รับทราบนโยบายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2) ดำเนินการต่อยอดจากกองทุนเดิมที่มีอยู่แล้ว (3) ได้รับการติดต่อประสานงานจากจังหวัดโดยตรงให้เป็นหน่วยงานนำร่อง (4) ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเสนอขอเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

2. กระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เตรียมความพร้อมโดย การทำประชาคมในหมู่บ้านเพื่อ สร้างความเข้าใจในเรื่องของกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และดำเนินการพัฒนาศักยภาพของคณะทำงานในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยการจัดอบรม การศึกษาดูงาน เป็นต้น

3. กระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกองทุน ส่วนใหญ่ใช้ช่องทางการออกเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน และการบอกต่อปากต่อปาก

4. กระบวนการดำเนินงานกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมของกองทุนโดยตรง แต่จะมอบหมายความรับผิดชอบให้กับผู้เสนอของบประมาณ เช่น ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ ไม่มีการประเมินผล

5. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีความตื่นตัวและความภาคภูมิใจ ทั้งผู้บริหารและบุคลากรมีการปรับเปลี่ยนมุมมองหรือกระบวนทัศน์ในการพัฒนาชุมชนเพิ่มมากขึ้น มีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทและภารกิจขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพประชาชนในงานด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น มีสัมพันธภาพกับประชาชนดีขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุด ทำให้ได้มีโอกาสเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ เกิดการทำงานเชิงรุก และส่งผลถึงภาวะการดำรงตำแหน่งทางการเมือง

6. ด้านศักยภาพของกองทุนสุขภาพ พบว่าแผนสุขภาพชุมชนมีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนของกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ โดยบางพื้นที่แยกออกมาเป็นแผนสุขภาพชุมชนชัดเจน บางพื้นที่อยู่ในแผนพัฒนาตำบล และบางพื้นที่ไม่ได้ทำแผน ประเภทของแผนประเภทมี 2 ลักษณะ คือ มีแผนปฏิบัติการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ที่ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการทั้ง 5 กลุ่ม และแผนบัญชีโครงการตามแผนปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพ

7. การได้มาซึ่งข้อมูลการจัดทำแผนส่วนใหญ่ได้มาจาก ฐานข้อมูลสุขภาพมาจากหน่วยงานทางสาธารณสุข จากการทำเวทีประชาคมหมู่บ้าน จากการเปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นผู้เสนอโครงการ

8. ผลการจัดบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ส่วนใหญ่มีการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ การรักษาประวัตติ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการตรวจร่างกาย และจัดทำโครงการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยชุมชนชุมชนดำเนินการทางสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ (1)โครงการ/กิจกรรมที่มุ่งพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคลโดยตรง (2) โครงการ/กิจกรรมที่มุ่งสร้างและเพิ่มศักยภาพของชุมชน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ

9. ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพ มีความตื่นตัวในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนและทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้จัดทำและจัดหาข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ การเป็นผู้ค้นหาและนำเสนอปัญหา เขียนโครงการ และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการจัดทำแผนสุขภาพของตำบล

10.ด้านประชาชน พบว่า ประชาชนมีความตื่นตัวต่อความรับผิดชอบในปัญหาสุขภาพของตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน

11. อุปสรรคสำคัญในการดำเนินกรกองทุน คือ 1) ขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำที่องค์การบริหารส่วนตำบล หรือในพื้นที่ 2) การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงทุกหมู่บ้าน บางกลุ่มเข้าไม่ถึงบริการ 3) ความเข้าใจที่ยังไม่ชัดเจนของกรอบและแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานกองทุน 4) คณะกรรมการยังมีความสับสน และขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และกิจกรรม ในเรื่องการสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ 5) การบริหารเวลาในการดำเนินงานยังมีการทับซ้อนกับการปฏิบัติงานกับหน่วยงาน 6) ภาวะสุขภาพของนายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการไม่มอบหมายงาน

บทที่ 3

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ ข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี 2551

1. ความครอบคลุมของกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลความเห็นต่อผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จากผู้เกี่ยวข้อง 4 กลุ่ม คือกลุ่มประธานกรรมการกองทุน กลุ่มปลัด อบต.หรือ ปลัดเทศบาลที่เป็นเลขานุการกองทุน กลุ่มผู้แทนหน่วยบริการที่เป็นกรรมการ และกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ โดยส่งแบบเก็บข้อมูลกระจายทุกระดับขององค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นที่เป็นกองทุนในสัดส่วนร้อยละ 30 ของกองทุนฯ โดยสุ่มจำนวน 1399 กองทุน เพื่อให้ได้ข้อมูลตอบกลับประมาณ 900 แห่งๆ พบอัตราการตอบกลับของกลุ่มประธานกองทุนเท่ากับร้อยละ 65.6 กลุ่มเลขานุการกองทุนเท่ากับร้อยละ 53.3 และ กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขเท่ากับร้อยละ 58.3 โดยกลุ่มประธานกองทุนและกลุ่มเลขานุการกองทุนในภาคกลางตอบกลับสูงสุดร้อยละ 71.6 และ 66.2 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขในภาคเหนือตอบกลับสูงสุดร้อยละ 67.8 (ตารางที่ 3.1) เมื่อจำแนกประเภทท้องถิ่นที่เป็นกองทุน พบว่าในกลุ่มประธานกองทุนได้ตอบกลับจากกองทุนที่เป็นเทศบาลตำบลสูงสุดร้อยละ 93.4 ส่วนกลุ่มเลขานุการกองทุนได้ตอบกลับจากกองทุนที่เป็นเทศบาลนคร/เมืองร้อยละ 66.0 และกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขได้ตอบกลับจากกองทุนที่เป็น อบต.ร้อยละ 59.1 (ตารางที่ 3.2) เมื่อจำแนกตามผู้ให้ข้อมูล ผู้ตอบกลุ่มประธานคณะกรรมการส่วนใหญ่คือนายก อบต.ร้อยละ 59.7 ในกลุ่มเลขานุการกองทุนส่วนใหญ่คือปลัด อบต.ร้อยละ 74.0 และ ในกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าสถานีอนามัยร้อยละ 67.9 (ตารางที่ 3.3) สำหรับกลุ่มสาธารณสุขอำเภอได้ส่งแบบสอบถามครอบคลุม 638 อำเภอทั่วประเทศได้รับตอบกลับ 336 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 52.6

ตารางที่ 3.1 อัตราการตอบกลับของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทกลุ่มตัวอย่าง

ภาค	จำนวนส่ง แบบสอบถาม	กลุ่มประธานกองทุน		กลุ่มเลขานุการกองทุน		กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข	
		จำนวน ตอบกลับ	ร้อยละ	จำนวน ตอบกลับ	ร้อยละ	จำนวนตอบ กลับ	ร้อยละ
กลาง	391	280	71.6	259	66.2	234	59.8
ตะวันออก	119	61	51.3	60	50.4	69	58.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	496	328	66.1	237	47.8	274	55.2
เหนือ	245	164	66.9	133	54.3	166	67.8
ใต้	148	85	57.4	57	38.5	73	49.3
รวม	1399	918	65.6	746	53.3	816	58.3

ตารางที่ 3.2 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามประเภทท้องถิ่นและประเภทกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทท้องถิ่นที่เป็นกองทุน	กลุ่มประธานกองทุน		กลุ่มเลขานุการกองทุน		กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อบต. 1195 กองทุน	735	61.5	622	52.1	706	59.1
เทศบาลตำบล 151 กองทุน	141	93.4	89	58.9	87	57.6
เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง 53 กองทุน	42	79.2	35	66.0	23	43.4
รวม	918	65.6	746	53.3	816	58.3

ตารางที่ 3.3 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามผู้ให้ข้อมูลและประเภทกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล	รวม
กลุ่มประธานกองทุน	
นายกเทศบาล	22.8
นายก อบต.	59.7
บุคคลอื่น	17.5
รวม	100.0
จำนวน	918
กลุ่มเลขานุการกองทุน	
ปลัดเทศบาล	13.9
ปลัด อบต.	74.0
บุคคลอื่น	12.1
รวม	100.0
จำนวน	746
กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข	
หัวหน้าสถานีอนามัย	67.9
หัวหน้าศสช.ของรพ.	11.4
นักวิชาการหรือพยาบาลประจำหน่วยบริการ	20.7
รวม	100.0
จำนวน	816

2. การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

2.1 เหตุผลที่สมัครเข้าร่วมโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

กลุ่มประธานกองทุนได้ระบุเหตุผลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่เห็นว่าการเข้าร่วมโครงการกองทุนจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในด้านสุขภาพร้อยละ 81.7 (ตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.4 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลที่เข้าร่วมโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

เหตุผลที่เข้าร่วมโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	ประเภทอปท.			รวม
	อบต.	เทศบาลตำบล	เทศบาลเมือง/ เทศบาลนคร	
เห็นประโยชน์กับประชาชนในด้านสุขภาพ	81.5	80.1	90.5	81.7
มีโอกาสเข้าถึงประชาชนในพื้นที่มากขึ้น	6.1	5.0	2.4	5.8
เป็นโอกาสของท้องถิ่นที่จะมีส่วนร่วมบริหารงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช.	10.6	12.1	0.0	10.3
เพื่อสานต่อกองทุนเดิมที่มีอยู่แล้ว	0.8	2.1	7.1	1.3
มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาชักชวน / แนะนำ	0.8	0.7	0.0	0.8
เหตุผลอื่น โปรดระบุ	0.1	0.0	0.0	0.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	735	141	42	918

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มประธานกองทุน

2.2 ผลการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

ข้อมูลจากกลุ่มเลขานุการกองทุน 746 แห่ง ได้ให้รายละเอียดผลการดำเนินการกองทุน ดังนี้

- การตั้งกองทุน พบว่าเป็นกองทุนที่ตั้งในปี 2549 จำนวน 273 แห่ง (ร้อยละ 36.6) และตั้งในปี 2551 จำนวน 473 แห่ง (ร้อยละ 66.4)
- วิธีได้มาซึ่งกรรมการกองทุน ทั้งในส่วนกรรมการที่เป็นสมาชิกสภา กรรมการที่เป็นผู้นำหมู่บ้าน/ผู้แทนชุมชน และ กรรมการที่เป็นผู้แทน อสม. นั้น ส่วนใหญ่เป็นการให้กลุ่มสมาชิกแต่ละกลุ่มเลือกกันเองร้อยละ 71.7 55.0 และ 62.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.5) ซึ่งตรงกับหลักการและแนวทางปฏิบัติที่ทางสปสช. กำหนด นอกจากการตั้งกรรมการแล้วยังมีกองทุนฯ จำนวน 439 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.8 ที่มีการตั้งอนุกรรมการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน โดยมีกองทุนที่มีการตั้งอนุกรรมการ 1 คณะร้อยละ 69.3 มี 2 คณะร้อยละ 18.6 และมีการตั้งอนุกรรมการ >6 คณะร้อยละ 2.3

- การประชุมคณะกรรมการของกองทุนในช่วง มค.- ตค. 2551 นั้น พบว่ามีกองทุนที่มีการประชุมในปี 2551 เพียง 607 กองทุนคิดเป็นร้อยละ 81.4 ส่วนใหญ่มีการประชุมในปี 2551 2-3 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือมีการประชุม 4-6 ครั้งร้อยละ 25.5 ตามลำดับ
- ในส่วนแผนการใช้จ่ายเงินกองทุน ปี 2551 พบกองทุนที่มีการประชุมมีการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินกองทุนเพียง 437 แห่งคิดเป็นร้อยละ 72 (ตารางที่ 3.6) การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าก่อนหน้าจัดตั้งกองทุนฯ มีอปท.เคยสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รวม 667 แห่งคิดเป็นร้อยละ 89.4 โดยเป็นการสนับสนุนสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปีร้อยละ 69.6 (ตารางที่ 3.7) หลังจากตั้งกองทุนฯ มีท้องถิ่นที่ยังสนับสนุนหน่วยบริการด้วยงบปกติของท้องถิ่นร้อยละ 66.9 สำหรับกลุ่มที่ได้สนับสนุนจากเป็นประจำทุกปีได้รับการสนับสนุนในสัดส่วนสูงกว่าคือร้อยละ 77.3 (ตารางที่ 3.8)

ตารางที่ 3.5 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามวิธีได้มาซึ่งกรรมการกองทุน

วิธีได้มาซึ่งกรรมการกองทุน	จำนวน	ร้อยละ
กรรมการที่เป็นสมาชิกสภาฯ		
ไม่ทราบ	17	2.3
ประธานกองทุนเป็นผู้เสนอชื่อ	194	26.0
สมาชิกเลือกกันเอง	535	71.7
รวม	746	100.0
กรรมการที่เป็นผู้นำหมู่บ้าน/ผู้แทนชุมชน		
ไม่ทราบ	26	3.5
ประธานกองทุนเป็นผู้เสนอชื่อ	111	14.9
ชุมชนเลือกกันเอง	410	55.0
เป็นโดยตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านฯลฯ	199	26.7
รวม	746	100.0
กรรมการที่เป็นผู้แทน อสม.		
ไม่ทราบ	33	4.4
ประธานกองทุนเป็นผู้เสนอชื่อ	78	10.5
อสม.เลือกกันเอง	468	62.7
เป็นโดยตำแหน่งประธาน อสม.	167	22.4
รวม	746	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มเลขานุการกองทุน

ตารางที่ 3.6 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามการประชุมคณะกรรมการปี 2551 และแผนการใช้จ่ายเงินกองทุน ปี 2551

แผนการใช้จ่ายเงินกองทุน ปี 2551	ประชุมคณะกรรมการปี 2551		รวม
	ยังไม่ประชุม	มีการประชุม	
กำลังจัดทำ	100.0	28.0	41.4
มีแผนใช้จ่าย	0.0	72.0	58.6
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	139	607	746

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มเลขานุการกองทุน

ตารางที่ 3.7 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ก่อนจัดตั้งกองทุนฯ

การสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ก่อนจัดตั้งกองทุนฯ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สนับสนุน	79	10.6
มีการสนับสนุนบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ	148	19.8
มีการสนับสนุนเป็นประจำทุกปี	519	69.6
รวม	746	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มเลขานุการกองทุน

ตารางที่ 3.8 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานบริการสาธารณสุขก่อนและหลังจัดตั้งกองทุนฯ

การสนับสนุนงบประมาณของท้องถิ่นหลังการจัดตั้งกองทุนฯ	การสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ก่อนจัดตั้งกองทุนฯ		รวม
	มีบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ	สนับสนุนเป็นประจำทุกปี	
ไม่ได้สนับสนุน	69.6	22.7	33.1
ได้สนับสนุนจากงบประมาณปกติของท้องถิ่น	30.4	77.3	66.9
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	148	519	667

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มเลขานุการกองทุน

ข้อมูลจากกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข 816 ราย ได้ให้รายละเอียดผลการดำเนินการกองทุน ดังนี้

- การมีส่วนร่วมในการประชุมกรรมการกองทุนกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข พบว่ามีส่วนร่วมในการประชุมเพียงร้อยละ 74.6 ส่วนอีกหนึ่งในสี่ไม่มีโอกาสเข้าร่วมประชุม ตัวแทนที่เป็นหัวหน้าสถานีนามียมีส่วนร่วมเคยเข้าประชุมในสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 78.3 สูงกว่ากลุ่มหัวหน้าศสช.ของรพ.หรือนักวิชาการหรือพยาบาลประจำหน่วยบริการ (ร้อยละ 65.5-67.5) และโดยมีความถี่ใน เท่ากับ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 53.2 รองลงมาคือ 4-6 ครั้ง ร้อยละ 35.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.9-3.11)

- ในส่วนระบบแผนดำเนินการและการใช้จ่ายงบประมาณ กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขระบุว่ากองทุนมีแผนดำเนินการและการใช้จ่ายงบประมาณที่ชัดเจนร้อยละ 86.9 โดยกองทุนที่เป็นเทศบาลนคร/เทศบาลเมืองมีแผนในสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 91.3 และต่ำสุดในกองทุนของเทศบาลตำบลร้อยละ 77.0 (ตารางที่ 3.12)

- ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดทำแผนของกองทุนฯ คือ คณะกรรมการกองทุนร้อยละ 70.5 ขณะที่กองทุนของเทศบาลนคร/เทศบาลเมืองนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการจัดทำแผนร้อยละ 21.7 (ตารางที่ 3.13) ส่วนการเบิกจ่ายเงินกองทุนตามแผนนั้น กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขระบุว่ากองทุนสามารถเบิกจ่ายได้ตามแผนปี 2551 เท่ากับร้อยละ 73.3 โดยมีกองทุนที่เป็นเทศบาลตำบลเบิกจ่ายตามแผนในสัดส่วนต่ำสุดร้อยละ 64.4 (ตารางที่ 3.14)

ตารางที่ 3.9 ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามการมีส่วนร่วมในการประชุมคณะกรรมการกองทุน

รวม		
การเข้าร่วมประชุม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	207	25.4
เคย	609	74.6
รวม	816	100

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.10 ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามประเภทผู้ตอบและ

การมีส่วนร่วมในการประชุม

ประเภทผู้ตอบ	การมีส่วนร่วมในการประชุมกองทุน			
	ไม่เคย	เคย	รวม	จำนวน
หัวหน้าสถานีนามีย	21.7	78.3	100.0	554
หัวหน้าศสช.ของรพ.	34.4	65.6	100.0	93
นักวิชาการหรือพยาบาลประจำหน่วยบริการ	32.5	67.5	100.0	169
รวม	25.4	74.6	100.0	816

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.11 ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามจำนวนครั้งที่เข้าร่วมประชุม

จำนวนครั้งที่เข้าร่วมประชุม	รวม
1-3 ครั้ง	53.2
4-6 ครั้ง	35.8
> 6 ครั้ง	11.0
รวม	100.0
จำนวน	609

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.12 ร้อยละตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามการมีแผนการใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ

ประเภทท้องถิ่น	การมีแผนการใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ				จำนวน
	ไม่ทราบ	มีแผน	ไม่มีแผน	รวม	
อบต.	6.8	88.0	5.2	100.0	706
เทศบาลตำบล	18.4	77.0	4.6	100.0	87
เทศบาลนคร/เมือง	8.7	91.3	0.0	100.0	23
รวม	8.1	86.9	5.0	100.0	816

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.13 ร้อยละตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามผู้มีบทบาทในการจัดทำแผนของกองทุนฯ

ประเภทท้องถิ่น	ผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดทำแผนของกองทุนฯ				รวม	จำนวน
	ไม่ทราบ	ปลัดท้องถิ่น	คณะกรรมการกองทุน	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
อบต.	6.1	10.1	70.7	13.2	100.0	706
เทศบาลตำบล	13.8	8.0	69.0	9.2	100.0	87
เทศบาลนคร/เมือง	8.7	0.0	69.6	21.7	100.0	23
รวม	7.0	9.6	70.5	13.0	100.0	816

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.14 ร้อยละตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามการเบิกจ่ายเงินกองทุนตามแผน

ประเภทท้องถิ่น	การเบิกจ่ายเงินกองทุนตามแผน			รวม	จำนวน
	ไม่ทราบ	เบิกจ่ายตามแผน	ไม่เป็นไปตามแผน		
อบต.	12.2	74.4	13.5	100.0	706
เทศบาลตำบล	26.4	64.4	9.2	100.0	87
เทศบาลนคร/เมือง	13.0	73.9	13.0	100.0	23
รวม	13.7	73.3	13.0	100.0	816

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

- การสนับสนุนจากกองทุนฯ ปี 2551 มีหน่วยงานสาธารณสุขเคยเสนอโครงการ เพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณ 714 แห่ง (ร้อยละ 87.5) ได้รับการสนับสนุน 447 แห่งคิดเป็นร้อยละ 62.6 (ตารางที่ 3.15) รวมโครงการที่การเสนอขอ 1,572 โครงการ ได้รับการสนับสนุน 928 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 59 กลุ่มโครงการที่ได้รับการสนับสนุน 5 อันดับ คือโครงการในกลุ่มชมรมสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ 17.2 การตรวจคัดกรองความดัน เบาหวานร้อยละ 14.8 การป้องกันควบคุมโรคติดต่อร้อยละ 11.1 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ/ค้นหาผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ร้อยละ 10.7 และการรณรงค์มะเร็งปากมดลูกร้อยละ 8.8 (ตารางที่ 3.16)
- การจำแนกประเภทโครงการที่ได้รับการสนับสนุน และไม่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฯ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน น่าจะบ่งชี้ว่าประเภทโครงการไม่ใช่ตัวแปรของการได้รับการสนับสนุนจากกองทุน หรือคณะกรรมการกองทุน ไม่ได้พิจารณาที่ตัวโครงการ แต่จะมีปัจจัยอื่น เช่น ความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้เสนอโครงการกับ คณะกรรมการ เป็นต้น (ตารางที่ 3.16)

ตารางที่ 3.15 ร้อยละตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามการเสนอโครงการและการสนับสนุนจากท้องถิ่นปี 2551

การสนับสนุนจากท้องถิ่นในปี 2551	ไม่เสนอโครงการ	เสนอโครงการ
จำนวน	102	714
ไม่ได้รับการสนับสนุน	100.0	37.4
ได้รับการสนับสนุนจากกองทุน	0.0	25.9
ได้รับสนับสนุนทั้งจากงบอบต.	0.0	26.2
ได้รับสนับสนุนทั้งจากกองทุนและงบอบต.	0.0	10.5
รวม	100.0	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.16 ร้อยละกลุ่มโครงการที่ได้และไม่ได้รับการสนับสนุนจำแนกตามชื่อกลุ่มโครงการ

ชื่อกลุ่มโครงการ	โครงการที่ไม่ได้รับการสนับสนุน		โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ	94	14.6	160	17.2	254	16.2
ตรวจคัดกรองความดัน เบาหวาน	116	18.0	137	14.8	253	16.1
การป้องกันควบคุมไข้เลือดออก	70	10.9	103	11.1	173	11.0
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ/ค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ	51	7.9	99	10.7	150	9.5
รณรงค์มะเร็งปากมดลูก	91	14.1	82	8.8	173	11.0
อนามัยแม่และเด็ก	38	5.9	55	5.9	93	5.9
อนามัยโรงเรียน	12	1.9	80	8.6	92	5.9
อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.	31	4.8	36	3.9	67	4.3
ประชาสัมพันธ์การป้องกันและควบคุมโรค/สุขภาพเพื่อชุมชน	30	4.7	35	3.8	65	4.1
ตรวจประเมินร้านอาหาร	13	2.0	27	2.9	40	2.5
แปลงสีพื้นอันแรกของหนู	15	2.3	22	2.4	37	2.4
นวดแผนไทย	12	1.9	21	2.3	33	2.1
ฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ	8	1.2	24	2.6	32	2.0
เยี่ยมบ้านนุรณาการ	10	1.6	22	2.4	32	2.0
การพัฒนาหน่วยบริการ	10	1.6	20	2.2	30	1.9
จัดซื้อคอมพิวเตอร์เพื่อเก็บข้อมูลผู้รับบริการ	8	1.2	12	1.3	20	1.3
โครงการเทศบาลห่วงใยชุมชน	8	1.2	9	1.0	17	1.1
การป้องกันยาเสพติด	6	0.9	10	1.1	16	1.0
ตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก	2	0.3	13	1.4	15	1.0
ส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า	3	0.5	9	1.0	12	0.8
จัดการเรียนรู้(แผนที่ยุทธศาสตร์)	4	0.6	6	0.6	10	0.6
การชวนตา-ยายไหว้พระ 9 วัด	4	0.6	5	0.5	9	0.6
รณรงค์และแก้ไขปัญหายาเสพติด	5	0.8	4	0.4	9	0.6
สุขภาพตำบลสิ่งแวดล้อม(	3	0.5	3	0.3	6	0.4
รวม	644	100.0	928	100.0	1572	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

3. การสนับสนุนวิชาการให้กับกรรมการกองทุนปี 2551

3.1 ข้อมูลจากกลุ่มเลขานุการกองทุน

- เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ร้อยละ 26.1. (195 กองทุน) ซึ่งผลประเมินความเข้าใจต่อสาระของการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ พบว่ากลุ่มที่ผ่านการอบรมส่วนใหญ่มีความเข้าใจในระดับปานกลางร้อยละ 55.9 และเข้าใจน้อยหรือไม่เข้าใจร้อยละ 33.3
- เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องอื่นๆ ร้อยละ 17.9 (134 กองทุน) เมื่อจำแนกประเด็นวิชาการที่ได้รับการอบรมจากหน่วยงานสาธารณสุข พบว่าประเด็นวิชาการที่คณะกรรมการกองทุนได้รับการสนับสนุนวิชาการ ส่วนใหญ่จะเป็นประเด็นเกี่ยวกับแนวทางการบริหารกองทุนร้อยละ 29.9 รองลงมาคือการจัดเก็บข้อมูลและการส่งรายงานทางอินเทอร์เน็ตร้อยละ 26.1 และ บทบาทกรรมการและการพัฒนาศักยภาพ ร้อยละ 14.9 (ตารางที่ 3.17)
- เลขานุการกองทุนเคยได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การจัดทำแผน การเขียนโครงการร้อยละ 43
- กองทุนเพียงร้อยละ 7.9 ที่หน่วยงานสาธารณสุขพาไปดูงาน สถานที่ในการพาไปดูงานได้แก่ อบต.ท่าวังตาล จ. เชียงใหม่ กองทุนฯ อบต.ท่าสาย จ. เชียงราย เทศบาลตำบลร่องคำ จ. มุกดาหาร เทศบาลตำบลลำน้ำพอง เทศบาลตำบลห้วยกะปิ จ. ชลบุรี สถานอนามัยดงแคน ยโสธร สอ.สวนผึ้ง จ. ราชบุรี อบต.เขาเจ็ยก พัทลุง อบต. ตากฟ้า นครสวรรค์ อบต.ท่าสาย จ. เชียงราย อบต.ท่าโสม จ. ตราด อบต.ท่าโสม อ. เขาสมิง จ. ตราด อบต.วังใหม่ จ. จันทบุรี อบต.น้ำเกี๋ยน จ. น่าน อบต.เนินมะกอก อบต.ท่าเยี่ยม อบต.เนินมะกอก อบต.ท่าเยี่ยม อบต.วังกรด อ. บางมูลนาก จ. พิจิตร อบต.วังน้ำคู้ อบต.ศรีฐาน ยโสธร อบต.สะอาดสมบูรณ์ อบต.หนองบัว นครสวรรค์ อบต.หนองหลวง จ. หนองคาย อบต.หัวฝั่ จ. สิงห์บุรี

ตารางที่ 3.17 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามประเด็นวิชาการที่สนับสนุน

ประเด็นวิชาการที่สนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
แนวทางการบริหารกองทุน	40	29.9
การจัดเก็บข้อมูลและการส่งรายงานทางอินเทอร์เน็ต	35	26.1
ระเบียบการเงินและบัญชี	12	9.0
การดูแลและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	18	13.4
การจัดทำแผนงานโครงการกองทุนและแผนที่ยุทธศาสตร์	9	6.7
บทบาทกรรมการและการพัฒนาศักยภาพ	20	14.9
รวม	134	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มเลขานุการกองทุน

3.2 ข้อมูลจากกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

ส่วนกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขระบุว่าเคยสนับสนุนวิชาการแก่กองทุนเพียงร้อยละ 48.0 โดยหน่วยบริการสาธารณสุขของกองทุนเทศบาลนคร/เมืองสนับสนุนวิชาการร้อยละ 73.9 สูงกว่าอีก 2 กลุ่มเกือบ 2 เท่า (ตารางที่ 3.18)

ประเด็นวิชาการที่สนับสนุนคือการบริหารจัดการ/การเงิน/ระเบียบกองทุนร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ จัดทำแผน/โครงการ/แผนที่ยุทธศาสตร์ร้อยละ 20.7 (ตารางที่ 3.19)

ตารางที่ 3.18 ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามการสนับสนุนวิชาการแก่สนับสนุนวิชาการแก่กองทุน

ประเภทท้องถิ่น	การสนับสนุนวิชาการแก่กองทุน			
	ไม่เคย	เคย	จำนวน	รวม
อปท.	51.3	48.7	100.0	706
เทศบาลตำบล	64.4	35.6	100.0	87
เทศบาลนคร/เมือง	26.1	73.9	100.0	23
รวม	52.0	48.0	100.0	816

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.19 ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามประเด็นวิชาการที่สนับสนุน

ประเภทท้องถิ่น	บริหารจัดการ/ การเงิน/ ระเบียบ กองทุน	ประเด็นวิชาการที่สนับสนุน					รวม	จำนวน
		จัดทำแผน/ โครงการ/แผน ที่ยุทธศาสตร์	ข้อมูลพื้นที่/ ระบาดวิทยา/ ปัญหาในพื้นที่	กิจกรรมส่งเสริม ป้องกันที่ระบุ ประเด็นชัดเจน	อบรมให้ ความรู้/ดูงาน/ ประชุมชี้แจง	กิจกรรม ส่งเสริม ป้องกันที่ไม่ ระบุประเด็น		
อปท.	36.0	21.5	11.6	9.9	11.6	9.3	100.0	344
เทศบาลตำบล	32.3	22.6	16.1	6.5	12.9	9.7	100.0	31
เทศบาลนคร/ เมือง	58.8	0.0	5.9	0.0	17.6	17.6	100.0	17
รวม	36.7	20.7	11.7	9.2	12.0	9.7	100.0	392

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

- การฝึกอบรมเรื่อง "แผนที่ยุทธศาสตร์" มีตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขระบุว่าเคยรับการอบรมเรื่อง "แผนที่ยุทธศาสตร์" 339 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.5 เมื่อสอบถามความเข้าใจในสาระแผนที่ยุทธศาสตร์ของกลุ่มที่เข้าอบรมพบว่าส่วนใหญ่ตอบว่าเข้าใจในระดับปานกลางร้อยละ 72.6 (ตารางที่ 3.20-3.21)

ตารางที่ 3.20 ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามประสบการณ์ฝึกอบรมเรื่อง "แผนที่ยุทธศาสตร์"

ประสบการณ์ฝึกอบรมเรื่อง "แผนที่ยุทธศาสตร์"	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	477	58.5
เคย	339	41.5
รวม	816	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.21 ร้อยละกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขจำแนกตามความเข้าใจต่อสาระแผนที่ยุทธศาสตร์

ความเข้าใจต่อสาระแผนที่ยุทธศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
เข้าใจดีมาก	25	7.4
เข้าใจปานกลาง	246	72.6
เข้าใจน้อย/ยังไม่เข้าใจ	68	20.1
รวม	339	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข

4. ความคิดเห็นของกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ

4.1 การมีส่วนร่วมกับการดำเนินงานของกองทุน

เมื่อสอบถามกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ 336 ราย ในเรื่องการมีส่วนร่วมกับการดำเนินงานของกองทุน พบว่า

- ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.0 ไม่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งกองทุน ร้อยละ 70.2 ไม่มีส่วนร่วมในการจัดการฝึกอบรมให้กรรมการกองทุน ร้อยละ 53.6 ไม่ได้ร่วมจัดทำแผนกองทุนแต่ให้สถานีนอามัยแต่ละแห่งเสนอแผนให้กองทุนโดยตรง ส่วนการร่วมประชุมเคยร่วมประชุมด้วยตนเองเป็นบางครั้งร้อยละ 54.5 และร้อยละ 78.3 แต่เคยให้คำปรึกษา แนะนำการทำงานกองทุนแก่เจ้าหน้าที่สถานีนอามัย (ตารางที่ 3.22)
- เคยรับการอบรมการจัดทำ "แผนที่ยุทธศาสตร์" เพียงร้อยละ 28.9 โดยมีความเข้าใจในระดับปานกลางร้อยละ 84.5 (ตารางที่ 3.23)

ตารางที่ 3.22 ร้อยละกลุ่มสาธารณสุขอำเภอจำแนกตามบทบาทการมีส่วนร่วม

บทบาทการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
การจัดตั้งกองทุน		
ไม่มีส่วนร่วม	205	61.0
กลั่นกรอง/ให้ความเห็นชอบด้วยตนเอง	131	39.0
รวม	336	100.0
การฝึกอบรม		
ไม่มีส่วนร่วม	236	70.2
จัดการฝึกอบรมให้กรรมการกองทุน	100	29.8
รวม	336	100.0
การจัดทำแผนงาน/เสนอแผน		
ไม่มีส่วนร่วม	71	21.1
ร่วมจัดทำแผนกองทุน	85	25.3

บทบาทการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ร่วมจัดทำ แต่ให้ สอ.แต่ละแห่ง เสนอแผนให้กองทุน	180	53.6
รวม	336	100.0
การร่วมประชุมคณะกรรมการ		
ไม่มีส่วนร่วม	153	45.5
เคยร่วมประชุมด้วยตนเอง เป็นบางครั้ง	183	54.5
รวม	336	100.0
การให้คำปรึกษา แนะนำ		
ไม่มีส่วนร่วม	73	21.7
ร่วมให้คำปรึกษาบ้าง/นานๆครั้ง/บางแห่งหรือทุกแห่ง	263	78.3
รวม	336	100.0
เคยรับการอบรมการจัดทำ "แผนที่ยุทธศาสตร์"		
ไม่เคย	239	71.1
เคย	97	28.9
รวม	336	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ

ตารางที่ 3.23 ร้อยละกลุ่มสาธารณสุขจำแนกตามความเข้าใจในสาระ"แผนที่ยุทธศาสตร์"

ความเข้าใจในสาระ"แผนที่ยุทธศาสตร์"	จำนวน	ร้อยละ
เข้าใจดีมาก	10	10.3
เข้าใจปานกลาง	82	84.5
เข้าใจน้อย/ยังไม่เข้าใจ	5	5.2
รวม	97	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ

4.2 การประเมินศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพของกองทุน

การดำเนินงานด้านสุขภาพของกองทุน

เมื่อให้กลุ่มสาธารณสุขอำเภอประเมินศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพของกองทุนที่อยู่ในพื้นที่พบว่ากองทุน
 รุ่นปี 2549 กลุ่มสาธารณสุขอำเภอประเมินศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพของกองทุน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.5 และต้องปรับปรุงร้อยละ 20.9 ขณะที่ผลการประเมินกองทุน
 รุ่นปี 2551 จากสาธารณสุขอำเภอ 284 ราย ประเมินกองทุน 963 แห่ง พบว่าศักยภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ
 57.6 และต้องปรับปรุงร้อยละ 27.7 (ตารางที่ 3.24)

ตารางที่ 3.24 ร้อยละกลุ่มสาธารณสุขอำเภอจำแนกตามผลการประเมินศักยภาพในการดำเนินงาน
ด้านสุขภาพของกองทุน

ผลการประเมินศักยภาพในการดำเนินงาน ด้านสุขภาพของกองทุน	กองทุน รุ่นปี 2549		กองทุน รุ่นปี 2551	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนกลุ่มสาธารณสุขอำเภอที่ประเมิน	250		284	
ดีมาก/ดี	66	17.6	141	14.6
พอใช้/ปานกลาง	230	61.5	555	57.6
ควรปรับปรุง	78	20.9	267	27.7
รวม	374	100.0	963	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ

4.3 โครงการ / กิจกรรมของกองทุนที่กลุ่มสาธารณสุขอำเภอเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อชุมชน

กลุ่มสาธารณสุขอำเภอจำนวน 236 รายคิดเป็นร้อยละ 70.2 ได้แสดงความเห็นต่อกลุ่มโครงการ / กิจกรรมของกองทุนที่มีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อชุมชนรวม 647 โครงการ พบกลุ่มโครงการ / กิจกรรม ของกองทุนที่เหมาะสม 5 อันดับแรกคือ ตรวจคัดกรองความดัน เบาหวาน (ร้อยละ 15.9) การป้องกันควบคุมไข้เลือดออก (ร้อยละ 14.7) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ/ค้นหาผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ (ร้อยละ 12.2) ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 10.5) และ รณรงค์มะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 6.3) และมีสาธารณสุขอำเภอจำนวน 106 ราย ที่แสดงความเห็นต่อโครงการที่ใช้เงินอย่างไม่เหมาะสม 3 อันดับคือ 1) การจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ยาจากประชาชนเช่นแว่นตา ตู้ยา ช้อนม ช้อนเครื่องเสียง เนื่องจากเป็นการสร้างกระแสหาเสียงสำหรับนักการเมือง ใช้งบประมาณจำนวนมากไม่ยั่งยืน ไม่ใช่ปัญหาสาธารณสุขที่ต้องแก้ไข เป็นโครงการหาเสียง ไม่นั่นแก้ปัญหาเร่งด่วนของตำบล คนจนคนรวยได้หมด 2) ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากจัดซื้อสื่อให้โดยไม่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชน มีการซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกายแต่ไม่มีผู้มาใช้บริการ เครื่องมือมีราคาแพงแต่ไม่ได้รับการใช้อย่างแพร่หลาย แข่งกีฬาแล้วมีแอลกอฮอล์เป็นรางวัล และ 3) อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เนื่องจากเขาบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องไปอบรมดูงาน ทำให้ไม่เกิดการพัฒนา เป็นการใช้จ่ายเงินไม่เกิดผลลัพธ์ต่องาน และ เป็นโครงการประชานิยม (ตารางที่ 3.25-3.26)

ตารางที่ 3.25 ร้อยละโครงการ / กิจกรรม ของกองทุนที่กลุ่มสาธารณสุขอำเภอเห็นว่าได้ใช้เงินอย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อชุมชน

กลุ่ม โครงการ / กิจกรรม ของกองทุน	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจคัดกรองความดัน เบาหวาน	103	15.9
การป้องกันควบคุมไข้เลือดออก	95	14.7
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ/ค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ	79	12.2
ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ	68	10.5
รณรงค์มะเร็งปากมดลูก	41	6.3
อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.	34	5.3
จัดซื้อคอมพิวเตอร์เพื่อเก็บข้อมูลผู้รับบริการ	34	5.3
อนามัยแม่และเด็ก	27	4.2
ประชาสัมพันธ์การป้องกันและควบคุมโรค/สุขภาพศึกษาเพื่อชุมชน	26	4.0
ตรวจประเมินร้านอาหาร	18	2.8
ฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ	16	2.5
ส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า	15	2.3
การพัฒนาหน่วยบริการ	14	2.2
นวดแผนไทย	13	2.0
เยี่ยมบ้านบูรณาการ	12	1.9
อนามัยโรงเรียน	11	1.7
แปรงสีฟันอันแรกของหนู	9	1.4
การป้องกันยาเสพติด	9	1.4
จัดการเรียนรู้(แผนที่ยุทธศาสตร์)	8	1.2
โครงการเทศบาลห่วงใยชุมชน	7	1.1
ตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก	5	0.8
รณรงค์และแก้ไขปัญหาเอดส์	3	0.5
รวม	647	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ

ตารางที่ 3.26 ร้อยละโครงการ / กิจกรรม ของกองทุนที่กลุ่มสาธารณสุขอำเภอเห็นว่าได้ใช้เงินไม่เหมาะสมและไม่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน

กลุ่ม โครงการ / กิจกรรม ของกองทุน	จำนวน	ร้อยละ
อนามัยโรงเรียน	5	2.8
ตรวจคัดกรองความดัน เบาหวาน	7	3.9
ตรวจประเมินร้านอาหาร	3	1.7
รณรงค์มะเร็งปากมดลูก	3	1.7
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ/ค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ	8	4.4
อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.	29	16.1
การป้องกันควบคุมไข้เลือดออก	7	3.9
ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ	33	18.3
จัดซื้อคอมพิวเตอร์เพื่อเก็บข้อมูลผู้รับบริการ	1	0.6
ตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก	5	2.8
การพัฒนาหน่วยบริการ	8	4.4
อนามัยแม่และเด็ก	3	1.7
จัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ยาแจกประชาชนเช่นแว่นตา ตู้ยา ชี้อนม ซื้อเครื่องเสียง	42	23.3
แปรงสีฟันอันแรกของหนู	1	0.6
การป้องกันยาเสพติด	3	1.7
ฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ	5	2.8
ประชาสัมพันธ์การป้องกันและควบคุมโรค/สุขภาพศึกษาเพื่อชุมชน	4	2.2
นวดแผนไทย	3	1.7
รณรงค์และแก้ไขปัญหาเอดส์	2	1.1
จัดการเรียนรู้(แผนที่ยุทธศาสตร์)	3	1.7
เยี่ยมบ้านบูรณาการ	4	2.2
ส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า	1	0.6
รวม	180.0	100.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ

5.1 ด้านความรู้และบทบาทในการสนับสนุนงานสาธารณสุขของคณะกรรมการ

เมื่อกำหนดแบ่งระดับความรู้และบทบาทในการสนับสนุนเป็น 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด พบว่า กลุ่มตัวแทนทั้ง 4 คือ กลุ่มตัวแทนประธานคณะกรรมการ กลุ่มเลขานุการ คณะกรรมการ กลุ่มตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุข และ กลุ่มสาธารณสุขอำเภอมีความเห็นแตกต่างอย่างชัดเจนดังนี้

การประเมินความรู้ความเข้าใจงานสาธารณสุขของคณะกรรมการกองทุน พบว่ากลุ่มตัวแทนท้องถิ่นทั้งประธาน และเลขานุการกองทุน ประเมินความเข้าใจต่องานสาธารณสุขของกรรมการทั้ง 5 กลุ่มสูงกว่ากลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข และกลุ่มสาธารณสุขอำเภอประเมิน โดยให้คะแนนระดับมาก-มากที่สุดประธานกองทุนและปลัดเทศบาล/อบต. ร้อยละ 62-75 และ 68-74 รองลงมาคือกลุ่มอสม. ร้อยละ 58.2-67.4 กลุ่มคณะกรรมการร้อยละ 40-57.6 และผู้นำหมู่บ้าน/ผู้แทนชุมชนร้อยละ 35.3-57.5

ตามลำดับ 2 เท่า (คือร้อยละ 27-41 และ ร้อยละ 30-43 ตามลำดับ) ขณะที่กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขและกลุ่มสาธารณสุขอำเภอจะให้คะแนนผู้แทน อสม. สูงสุดคือร้อยละ 42.5-50 ขณะที่ประเมินความรู้ประธานกองทุนร้อยละ มีความเข้าใจระดับมาก-มากที่สุดร้อยละ 27.4-41.1 ส่วนปลัดเทศบาล/ปลัดอบต. มีความเข้าใจร้อยละ 30.0-43.2 และประเมินความรู้ให้คะแนนต่ำสุดในกลุ่มกรรมการและผู้นำหมู่บ้าน/ผู้แทนชุมชนมีความเข้าใจระดับมาก-มากที่สุดเพียงร้อยละ 19-26 (ตารางที่ 3.27)

ตารางที่ 3.27 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเข้าใจงานสาธารณสุขมาก-มากที่สุดและตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละความเข้าใจงานสาธารณสุขระดับมาก-มากที่สุด				
	ประธาน กองทุน	คณะ กรรมการ	ผู้นำหมู่บ้าน/ ผู้แทนชุมชน	ผู้แทน อสม.	ปลัดเทศบาล/ ปลัดอบต.
กลุ่มประธานกองทุน 918 ราย	62.6	39.9	35.3	58.2	68.4
กลุ่มเลขานุการกองทุน 746 ราย	75.7	57.6	57.5	67.4	73.9
กลุ่มหน่วยบริการ สาธารณสุข 816 ราย	41.1	25.9	26.4	50	43.2
กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ 336 ราย	27.4	19.4	20.3	42.5	30.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : 4 กลุ่มตัวอย่าง

5.2 บทบาทของคณะกรรมการในการสนับสนุนงานสาธารณสุข

เมื่อกำหนดระดับคะแนนการสนับสนุนงานสาธารณสุขของกลุ่มบุคคลในกรรมการกองทุน โดยใช้เกณฑ์เดียวกับระดับความรู้ พบว่าการประเมินบทบาทในการสนับสนุนงานสาธารณสุขของคณะกรรมการกองทุน พบว่ากลุ่มตัวแทนท้องถิ่นทั้งประธานและเลขานุการกองทุน ประเมินการสนับสนุนของกรรมการทั้ง 5 กลุ่มสูงกว่ากลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขและ

กลุ่มสาธารณสุขอำเภอประเมินเช่นกัน โดยกลุ่มท้องถิ่นทั้งประธานและเลขานุการกองทุน จะให้คะแนนบทบาทในการสนับสนุนงานสาธารณสุขระดับมาก-มากที่สุดของประธานกองทุนและปลัดเทศบาล/อบต.สูงถึงร้อยละ 75 ขณะที่กลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขและกลุ่มสาธารณสุขอำเภอให้คะแนนต่ำกว่าคือเพียงร้อยละ 44-62 และ ร้อยละ 38-55 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มอสม.นั้นกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขและกลุ่มสาธารณสุขอำเภอให้คะแนนบทบาทในการสนับสนุนในสัดส่วนสูงสุดคือ ร้อยละ 55-67 ส่วนกลุ่มคณะกรรมการและผู้นำหมู่บ้าน/ผู้แทนชุมชนนั้น กลุ่มนี้ให้คะแนนต่ำสุดเพียงร้อยละ 28-47 (ตารางที่ 3.28)

ตารางที่ 3.28 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมาก-มากที่สุดและกลุ่มตัวแทน

กลุ่มตัวแทน	ประธาน กองทุน	ระดับในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมาก-มากที่สุด			ปลัดเทศบาล /อบต.
		คณะ กรรมการ	ผู้นำหมู่บ้าน/ ผู้แทนชุมชน	ผู้แทน อสม.	
กลุ่มประธานกองทุน 918 ราย	75.7	57.6	57.5	67.4	73.9
กลุ่มเลขานุการกองทุน 746 ราย	75.7	57.6	57.5	67.4	73.9
กลุ่มหน่วยบริการ สาธารณสุข 816 ราย	62.4	46.2	47.3	67.6	54.8
กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ 336 ราย	44.3	28.0	29.8	55.4	38.7

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : 4 กลุ่มตัวอย่าง

5.3 อุปสรรคต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ

ผลการประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มในเรื่องอุปสรรคต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ พบว่ามีแนวโน้มแตกต่างจากการประเมินความรู้และการสนับสนุน กล่าวคือกลุ่มสาธารณสุขอำเภอการประเมินระดับอุปสรรคมาก-มากที่สุดสูงกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขในทุกประเด็นโดยเฉพาะอุปสรรคในเรื่องวิธีการบริหารของท้องถิ่นและการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่น ซึ่งกลุ่มสาธารณสุขอำเภอเห็นว่าเป็นปัญหามากที่สุดร้อยละ 61.3 และ 58.9 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มประธานและเลขานุการเห็นว่าเป็นอุปสรรคมาก-มากที่สุดเพียงร้อยละ 19.7-20.6 และ 22.9-28.1 ตามลำดับ ปัญหาสำคัญที่ท้องถิ่นให้ความสนใจสูงสุด คือ การรับรู้และมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการกองทุน (ตารางที่ 3.29)

ตารางที่ 3.29 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเด็นปัญหาอุปสรรคที่ระดับมาก-มากที่สุดและกลุ่มตัวแทน

ประเด็นปัญหาอุปสรรค	ระดับอุปสรรคมาก-มากที่สุด			
	กลุ่มประธานกองทุน 918 ราย	กลุ่มเลขานุการ กองทุน 746 ราย	กลุ่มหน่วยบริการ สาธารณสุข 816 ราย	กลุ่มสาธารณสุข อำเภอ 336 ราย
องค์ประกอบคณะกรรมการกองทุน	19.6	21.3	32	43.5
วิธีการบริหารของ ท้องถิ่น	19.7	20.6	40.8	61.3
การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่น	28.1	22.9	44.8	58.9
การรับรู้และมีส่วนร่วมของประชาชน	29.7	28.6	36.3	47.9
นโยบายการถ่ายโอน สอ.ไปอยู่กับท้องถิ่น	24.0	26.1	39.7	41.4
บทบาทและวิธีการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข	-	-	36.2	40.8
บทบาทและวิธีการบริหารของ สปสช.	-	-	35.8	46.1
บทบาทและวิธีการบริหารของสสจ./สสอ.	-	-	25.6	-

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : 4 กลุ่มตัวอย่าง

6. ข้อเสนอต่อการปรับปรุงรูปแบบการบริหารงานกองทุนฯ

ประเด็นที่กลุ่มทั้ง 4 เห็นว่าต้องมีการปรับปรุงรูปแบบการบริหารงานกองทุนฯ คือ ควรกำหนดระเบียบ แนวปฏิบัติฯ ให้ชัดเจนรัดกุม (ร้อยละ 65.9-77.4) รองลงมาคือกองทุนฯ ควรจัดทำแผนของกองทุนให้มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 57.6-77.4) ส่วนประเด็นที่มีความเห็นแตกต่างกันคือกลุ่มท้องถิ่นต้องการให้การบริหารงานกองทุนฯ ควรสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น ร้อยละ 58.6-66.4 ขณะที่กลุ่มสาธารณสุขทั้ง 2 กลุ่มให้น้ำหนักในประเด็นนี้เพียงร้อยละ 31.5-49.6 ขณะเดียวกันกลุ่มสาธารณสุขอำเภอต้องการให้ควรเพิ่มบทบาทของฝ่ายสาธารณสุขร้อยละ 76.2 ควรมีระบบตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพร้อยละ 69.6 ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ร้อยละ 67.0 และควรปรับองค์ประกอบกรรมการฯร้อยละ 54.8 (ตารางที่ 3.30)

ตารางที่ 3.30 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเด็นในการปรับปรุงการบริหารงานกองทุนและกลุ่มตัวแทน

ประเด็นในการปรับปรุงการบริหารงานกองทุนฯ	กลุ่มประธาน กองทุน 918 ราย	กลุ่มเลขานุการ กองทุน 746 ราย	กลุ่มหน่วยบริการ สาธารณสุข 816 ราย	กลุ่มสาธารณสุข อำเภอ 336 ราย
กองทุนฯ ควรจัดทำแผนของกองทุนให้มีประสิทธิภาพ	57.6	57.8	69.1	77.4
ควรกำหนดระเบียบ แนวปฏิบัติฯ ให้ชัดเจนรัดกุม	65.9	70.1	67.5	77.7
ควรเพิ่มบทบาทของฝ่ายสาธารณสุข	58.0	57.2	63	76.2
ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับรู้การบริหารงานกองทุนฯ ควรสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น	55.3	53.9	51.2	67.0
กองทุนฯ ควรมีระบบตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ	66.4	58.6	49.6	31.5
ควรปรับปรุงองค์ประกอบกรรมการฯ	42.5	42.5	44.5	69.6
การบริหารงานกองทุนฯ เหมาะสมดี	37.7	36.7	40.3	54.8
	8.9	7.8	6.4	3.0

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : 4 กลุ่มตัวอย่าง

6.1 การถ่ายโอนกลุ่มภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทิศทางในอนาคตต้องมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ เมื่อจำแนกกลุ่มภารกิจด้านสาธารณสุขแบ่ง เป็น 3 ด้านคือด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านการแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า/ฉุกเฉิน เมื่อให้ทั้ง 4 กลุ่ม พบว่ากลุ่มท้องถิ่นและกลุ่มสาธารณสุขประเมินแตกต่างกัน คือกลุ่มท้องถิ่นทั้งประธานและเลขานุการกองทุน ประเมินว่าพร้อมรับถ่ายโอนกลุ่มภารกิจด้านสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ทำได้ร้อยละ 84-90) และด้านการแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า/ฉุกเฉิน (ทำได้ร้อยละ 73-79) ส่วนด้านการรักษาพยาบาลประเมินว่าทำได้ต่ำกว่าคิดเป็นร้อยละ 57.8-63.7 ขณะที่กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่ประเมินด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและ การแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า/ฉุกเฉินทำได้ต่ำกว่าคือร้อยละ 48.2-59.7 และ ร้อยละ 35.1-45.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประเมินว่าการถ่ายโอนด้านการรักษาพยาบาล กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขประเมินว่ามีปัญหาร้อยละ 57.4 และ 43 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.31)

ตารางที่ 3.31 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความพร้อมในการถ่ายโอนกลุ่มภารกิจด้านสาธารณสุขและกลุ่มตัวแทน

กลุ่มภารกิจด้านสาธารณสุข ในการถ่ายโอน	กลุ่มประธานกองทุน 918 ราย		กลุ่มเลขานุการกองทุน 746 ราย		กลุ่มหน่วยบริการ สาธารณสุข 816 ราย		กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ 336 ราย	
	ทำได้	มีปัญหา	ทำได้	มีปัญหา	ทำได้	มีปัญหา	ทำได้	มีปัญหา
ด้านการรักษาพยาบาล	63.7	11.8	57.8	17.2	33.3	43	18.8	57.4
ด้านการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค	89.9	2.2	83.9	6.7	59.7	22.8	48.2	26.2
ด้านการแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะ หน้า/ฉุกเฉิน	79.3	3.9	72.9	9.2	45.6	27.6	35.1	30.7

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : 4 กลุ่มตัวอย่าง

6.2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ

เมื่อให้ทั้ง 4 กลุ่มประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ พบว่าส่วนใหญ่ประเมินมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง โดยกลุ่มท้องถิ่นทั้ง 2 กลุ่มมีความพอใจมากกว่าร้อยละ 37.6 และ 29.4 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขประเมินไม่พอใจร้อยละ 24.4 และ 19.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.32)

ตารางที่ 3.32 ร้อยละหน่วยงานบริการจำแนกตามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ ที่ผ่านมา

ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ	กลุ่มประธานกองทุน 918 ราย	กลุ่มเลขานุการ กองทุน 746 ราย	กลุ่มหน่วยบริการ สาธารณสุข 816 ราย	กลุ่มสาธารณสุข อำเภอ 336 ราย
ไม่แน่ใจ	4.4	4.8	3.2	9.2
ไม่พอใจ	0.2	3.2	19.4	24.4
พอใจปานกลาง	57.8	62.6	61.3	63.1
พอใจมาก	37.6	29.4	16.2	3.3
รวม	100.0	100.0	100	100

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล : 4 กลุ่มตัวอย่าง

6.3 ความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงานกองทุนฯ ในอนาคต

เมื่อสอบถามความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงานกองทุนฯ ในอนาคตทั้ง 4 กลุ่ม พบว่ากลุ่มท้องถิ่นทั้งกลุ่มประธานและเลขานุการหนึ่งเห็นเห็นว่าควรคงสภาพเดิมในการดำเนินงานกองทุนฯ เห็นว่า ควรโอนกองทุนฯ ให้ อปท. ร้อยละ 34.2-40.3 และ ร้อยละ 32.9-37.0 เห็นว่าควรปรับปรุงกองทุนฯ ขณะที่กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ เห็นว่าร้อยละ 48.4 ควร

ปรับปรุงกองทุน ร้อยละ 18.6 ขยายกองทุนให้ครบทุกตำบล ร้อยละ 12.1 เห็นว่าควรยุบเลิกกองทุน และร้อยละ 12.1 เห็นว่า
ถ่ายโอน สอ.พร้อมกับการจัดตั้งกองทุนในตำบล ส่วนกลุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขร้อยละ 30.1 เห็นว่าขยายกองทุนให้ครบ
ทุกตำบล และ ร้อยละ 27.3 เห็นว่าควรปรับปรุงกองทุน (ตารางที่ 3.33)

ตารางที่ 3.33 ร้อยละหน่วยงานบริการจำแนกตามความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงานกองทุนฯในอนาคต

ความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงานกองทุนฯ ในอนาคต	กลุ่มประธานกองทุน 918 ราย	กลุ่มเลขานุการ กองทุน 746 ราย	กลุ่มหน่วยบริการ สาธารณสุข 816 ราย	กลุ่มสาธารณสุข อำเภอ 336 ราย
คงสภาพเดิม	24.8	25.1	9.8	4.7
ขยายกองทุนให้ครบทุกตำบล			30.1	18.6
ถ่ายโอน สอ.พร้อมกับการจัดตั้งกองทุนใน ตำบล			14.7	12.1
ควรปรับปรุงกองทุน	32.9	37.0	27.3	48.4
ควรยุบเลิกกองทุน	0.9	1.3	13.0	12.1
ควรโอนกองทุนฯให้ อปท.	40.3	34.2	1.7	2.5
อื่นๆ	1.1	2.4	3.3	1.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0

วิเคราะห์กองทุนเทศบาลนคร/เมือง

ความเป็นมา

ในอดีต งานสาธารณสุขเขตเมืองเป็นปัญหาที่หลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามแก้ไขมานานหลายปี แต่ยังไม่สามารถจัดการได้อย่างเป็นระบบทั้งที่มีคณะกรรมการประสานงานพัฒนาสาธารณสุขเขตเมือง (คปสอ.เมือง) เนื่องจากเทศบาลต่างๆ มักมีข้อจำกัดเรื่องขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขมีจำนวนน้อย ขาดการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ ตลอดจนผู้บริหารเทศบาลไม่ได้ให้ความสำคัญต่องานสาธารณสุขมากนัก ส่งผลให้การจัดบริการสาธารณสุขของเทศบาลที่ผ่านมาทำได้ค่อนข้างจำกัด ไม่สามารถครอบคลุมพื้นที่ได้ครบถ้วน ขณะที่สถานบริการในเขตเมืองของกระทรวงสาธารณสุข มีเพียงกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพศ./รพท. ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบพื้นที่ในเขตเมืองเช่นกัน ที่ผ่านมา หลายพื้นที่จึงใช้รูปแบบการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบระหว่างเทศบาลกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมฯ และประสานงานอย่างใกล้ชิดโดยอาศัยในระดับผู้ปฏิบัติ

ต่อมา เมื่อรัฐบาลริเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2545 การจัดสรรงบประมาณบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่สถานบริการต่างๆ จึงถูกปรับเปลี่ยนเป็นงบเหมาจ่ายรายหัว โดยอิงจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนหลักประกันในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากเทศบาลส่วนใหญ่ยังไม่พร้อม งบเหมาจ่ายรายหัวในเขตเมืองทั้งหมดจึงอยู่ในความรับผิดชอบของ รพศ./รพท. และบางส่วนของงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP) มีการจัดสรรให้เทศบาลรับผิดชอบพื้นที่เป็นแห่งๆ

ตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา สปสช. ได้เริ่มให้มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพในเขตเทศบาลนคร 11 แห่ง และเทศบาลเมือง จำนวน 42 แห่ง และในปี 2552 เพิ่มอีก แห่ง กองทุนสุขภาพในเขตเมืองนับเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของงานสาธารณสุขในเขตเมือง

1. บริบทของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 8 กองทุนในเขตอำเภอเมือง

บริบทพื้นที่

พื้นที่เทศบาล ทน/อ3-1

เทศบาลนคร อ3-1 เป็นเขตที่ตั้งของตัวจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภูมิภาค และมีขนาดพื้นที่ใหญ่มาก จึงมีทั้งภาคอุตสาหกรรมและภาคพาณิชยกรรม ประชากรเมื่อปี 2551 มีจำนวน 167,191 คน และประชากรแฝงอีก 3 แสนคน แบ่งเป็น 91 ชุมชน สถานบริการสุขภาพประกอบด้วยหลายหน่วยงาน ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 4 แห่ง ซึ่งคลุมพื้นที่บางส่วนเท่านั้น และถูกจัดเป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) 2 หน่วย นอกจากนี้ ยังมีโรงพยาบาลศูนย์ (อ3) โรงพยาบาลค่ายฯ ในสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลเอกชน สถานีอนามัย ฯลฯ

งบรายได้ท้องถิ่นในปี 2552 เป็นเงิน 861.8 ล้านบาท จัดสรรเป็นงานสาธารณสุขประมาณ 100 ล้านบาท (ร้อยละ 11.6 คาดว่ารวมเงินเดือนค่าจ้างด้วย) ซึ่งไม่มีข้อมูลว่าเป็นงบด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสัดส่วนเท่าใด

สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานเทศบาล มีอัตรากำลัง 53 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสุขภาพสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

นายกเทศมนตรี ดำรงตำแหน่งสมัยแรก แต่เป็นครั้งที่ 2 โดยครั้งแรกอยู่ในปี พ.ศ.2544-2547 เดิมเป็นนักธุรกิจ ปลัดเทศบาล ก็เป็นคนในพื้นที่ อยู่ในตำแหน่งกว่า 10 ปี ส่วน ผอ.สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เพิ่งโอนจาก สสจ. มาอยู่เทศบาลได้ 1 ปี

"ในปีที่ผ่านมา นายกฯ เน้นนโยบายการศึกษา การแก้ปัญหาเรื่องน้ำ เช่น การจัดทำโครงการแก้มลิง และเรื่องคุณภาพชีวิต"

พื้นที่เทศบาล ทน/น1-1

เทศบาลนคร น1-1 เป็นศูนย์กลางการค้าขายในภูมิภาค โดยเฉพาะผลผลิตทางการเกษตร ประชากร 90,509 คน แบ่งพื้นที่เป็นชุมชนย่อยๆ ชุมชนละ 100 หลังคาเรือน รวม 67 ชุมชน (ไม่รวมเขตพาณิชย์ใจกลางเมือง) นอกจากนี้ยังเป็นศูนย์กลางการศึกษาของภูมิภาคเช่นกัน

ในอดีตผู้บริหารท้องถิ่นมุ่งเน้นสิ่งก่อสร้างขนาดใหญ่ที่ขีดหน้าชูตา เช่น อาคารที่ทำการเทศบาลที่สง่างาม สวนสาธารณะและสิ่งปลูกสร้าง ฯลฯ ผู้บริหารคนปัจจุบันให้ความสนใจกิจการด้านสังคมมากขึ้น เห็นได้จากวิสัยทัศน์ของเทศบาล "สุขภาพดีถ้วนหน้า การศึกษาได้มาตรฐาน สาธารณูปโภคก้าวหน้า ร่วมใจพัฒนา พาเศรษฐกิจรุ่งเรือง" ด้านการศึกษา มีการอุดหนุนโรงเรียนของเทศบาล 8 แห่ง ให้เรียนฟรี จัดอาหารกลางวันและนมนักเรียนชั้นประถม แจกชุดนักเรียนเพิ่มให้ รวมทั้งการทำประกันให้นักเรียน ตลอดจนพัฒนาโรงเรียน 3 ภาษา (จีน ไทย อังกฤษ)

บทบาทด้านสาธารณสุข กลับกลายเป็นจุดอ่อนของเทศบาล เมื่อพิจารณาจาก สัดส่วนงบประมาณด้านสาธารณสุขที่ปรากฏค่อนข้างน้อย โดยที่งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเทศบาลคิดเป็น 22-33 บาทต่อหัวประชากร จำนวนบุคลากรยังไม่เพียงพอ (ระดับปริญญาตรี 24 คน หรือ 1: 4000 ประชากร) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (ระดับปริญญาตรี 1: 2,500 ประชากร) ตลอดจนขาดการสนับสนุนด้านวิชาการ (โครงการที่มีคุณภาพในการแก้ปัญหายังน้อยกว่าโครงการประเภทกิจกรรม)

"เดิมเทศบาลจะให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมและป้องกันค่อนข้างน้อย แต่ตอนนี้เริ่มให้ความสำคัญมากขึ้น" (สสอ.เมือง น1-1)

การมีกองทุนในความรับผิดชอบของเทศบาล มีส่วนกระตุ้นผู้บริหารเทศบาลให้สนใจงานสาธารณสุขมากขึ้น นายกฯ จะเป็นประธานการประชุมคณะกรรมการบริหารด้วยตนเองทุกครั้ง และในปี 2552 ได้มีการสั่งให้ขยายเพดานการจัดสรรงบประมาณให้แต่ละชุมชนได้ไม่เกินชุมชนละ 40,000 บาท เพิ่มขึ้นจากเดิม 20,000 บาท

รายได้ท้องถิ่นในปี 2551 ได้ 660 ล้านบาท อยู่ในข้อบัญญัติงบประมาณ 152.4 ล้านบาท และด้านสาธารณสุข 20 ล้านบาท (ร้อยละ 13) เป็นงบส่งเสริมสุขภาพ 3 ล้านบาท (ร้อยละ 2.0) ปี 2552 งบด้านสาธารณสุขได้เพิ่มเป็น 36.2 ล้านบาท แต่เป็นงบส่งเสริมสุขภาพ 16 โครงการ จำนวนเงิน 2,035,000 บาท ที่เหลือเป็นระบบบำบัดน้ำเสีย 29 ล้านบาท กำจัดขยะ 3 ล้าน และการสร้างพระเมรุ 2 ล้านบาท

พื้นที่เทศบาล ทน/ต1-1

เทศบาลนคร ต1-1 มีขนาดค่อนข้างใหญ่ประชากร 126,000 คน แบ่งเป็น 35 ชุมชน โดยมี อสม. ทั้งสิ้น 660 คน สถานบริการสุขภาพประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 3 แห่ง (กำลังจะเปิดศูนย์แห่งใหม่อีก 1 แห่ง แต่จะปรับให้เป็น รพ. ขนาด 10 เตียงแทน) อันเป็นนโยบายของเทศบาลที่จะทำศูนย์ 4 มุมเมือง นอกจากนี้ ยังมีหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง สถานีอนามัย 3 แห่ง และโรงพยาบาลค่ายฯ สังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง

ปรากฏข้อมูลว่า ศูนย์ของเทศบาลแห่งที่ 3 ตั้งอยู่เยื้องกับสถานีอนามัยของอีกตำบลซึ่งมีการจัดตั้งกองทุน เช่นเดียวกัน แต่การให้บริการของศูนย์ฯ น้อยกว่า สอ. มาก

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานเทศบาล (กำลังขอปรับกรอบเป็นสำนัก) มีอัตรากำลัง 26 คน ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 10 คน ที่เหลือส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการ เทศบาลมีแผนให้ทุนเรียนพยาบาลปี 2553 จำนวน 6 คนเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ที่ 4

นายกเทศมนตรีมองว่าปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่เทศบาล ได้แก่ เรื่องอาหารกับการออกกำลังกาย โดยมอบรองนายกให้รับผิดชอบงานสาธารณสุข ไม่ได้ลงไปดูเอง ในส่วนปัญหาการดำเนินงานกองทุน นายกฯ จะไม่ทราบข้อมูล สังเกตว่าต้องให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ตอบ

พื้นที่เทศบาล ทม/ก1-1

พื้นที่เทศบาลเมือง ทม/ก1-1 เป็นเขตนิคมอุตสาหกรรม และเป็นเขตเศรษฐกิจที่สำคัญระดับประเทศ เป็นชุมชนขนาดใหญ่ พื้นที่ 165 ตร.กม. แบ่งเป็น 31 ชุมชน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 45,000 คน แต่มีแรงงานย้ายเข้ารวม 1 แสนคน จนโครงสร้างของเมืองไม่สามารถรองรับการขยายตัวที่รวดเร็ว เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมตามมามากมาย โดยเฉพาะมลพิษในแหล่งน้ำ อากาศ และขยะมูลฝอย ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้มักจะเกินกว่าขีดความสามารถของท้องถิ่นที่จะแก้ไขได้โดยลำพัง

เทศบาลเมืองมีรายได้รวมค่อนข้างสูง 417 ล้านบาท (ปี 2551) เป็นรายจ่ายด้านสาธารณสุข 75 ล้านบาท (ร้อยละ 18.0) แต่เมื่อหักเงินเดือนค่าจ้างและงบการกำจัดขยะ คงเหลืองบด้านสาธารณสุขจริงๆ เพียง 5 ล้านบาท (ร้อยละ 1.2) กิจกรรมด้านสาธารณสุขมีหน่วยงานรับผิดชอบระดับกอง พร้อมกับศูนย์ บริการสาธารณสุข 5 แห่ง กำลังคนประกอบด้วยพยาบาล 20 คนและนักวิชาการ 5 คน และมีแพทย์จาก รพ. ก1-1 หมุนเวียนออกตรวจสัปดาห์ละครั้งต่อแห่ง

ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสนใจงานสาธารณสุขค่อนข้างน้อย รวมทั้งกองทุนสุขภาพตำบล พิจารณาจากการดำเนินงานกองทุนมีความล่าช้า งบประมาณเหลือข้ามปีจำนวนมาก ยกเว้นความคิดของท้องถิ่นที่จะสมัครเข้าโครงการคลินิกอบอุ่นของ สปสช. เพื่อได้เงินประกันสุขภาพรายหัวมาบริหารจัดการเอง ในส่วนของข้าราชการท้องถิ่น พบว่า ปลัดเทศบาลและรองปลัดเทศบาลที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข เพิ่งย้ายมาไม่ถึง 6 เดือน ผอ.ส่วนส่งเสริมสุขภาพฯ แม้ว่าจะมีประสบการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม แต่ก็ไม่มีบทบาทในการเสนอแนะด้านวิชาการมากนัก

"ปัญหาสุขภาพที่พบเห็น คือ ชาวบ้านป่วยและที่ รพ. คนแน่น อยากทำคลินิกรักษาโรคง่าย ๆ และส่งต่อไป รพ. ได้ โดยขอเบบเหมาจ่ายจาก สปสช. มองว่าเทศบาลมีศักยภาพ เรื่องเงินไม่มีปัญหา เทศบาลหาได้หรือจะขอจากกองทุนไฟฟ้าก็ได้ เคยไปดูงานที่แม่สอด เห็นเทศบาลกำลังสร้างอาคารคลินิกด้วยงบผู้ว่า CEO อยากลอกเลียนมาทำที่นี่ กำลังให้ปลัดศึกษาดูความเป็นไปได้" (นายก ทม/ก1-1)

ด้วยเทศบาลเป็นเขตอุตสาหกรรมที่เป็นแหล่งมลพิษ จึงได้มีการจัดตั้งกองทุนด้านสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายขึ้น 5 กองทุน นับเป็นแหล่งเงินทุนที่เทศบาลและชุมชนสามารถนำมาใช้พัฒนาด้านต่างๆ ได้ แต่ไม่ปรากฏข้อมูลว่าเทศบาลได้รับงบประมาณจากกองทุนอย่างไร

เทศบาล ทม/น2-1

เขตเทศบาลเป็นที่ตั้งของตัวจังหวัด เป็นเมืองขนาดกลาง ประชากร 18,753 คน แบ่งเป็น 13 ชุมชน เป็นพื้นที่เขตเมืองและเขตเมืองกึ่งชนบท ประชาชนมีอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนาทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ ประมง ภาคอุตสาหกรรมมีเพียงโรงงานขนาดกลางและขนาดเล็ก เช่น โรงงานเส้นก๋วยเตี๋ยว โรงงานเส้นบะหมี่ โรงงานทำลูกชิ้น อู่รถยนต์ ฯลฯ

เทศบาลมีรายได้ปี 2551 รวม 199.5 ล้านบาท ปี 2552 ตั้งรายรับที่ 202.8 ล้านบาท จัดสรรงบประมาณสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 22.4 ล้านบาท (ร้อยละ 11.1) แต่เป็นงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 7.56 ล้านบาท (ร้อยละ 3.7)

โครงสร้างเทศบาลมีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยบุคลากร 7 คน ได้แก่ ผอ.กอง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คนและลูกจ้าง 5 คน ไม่มีบุคลากรผู้ให้บริการ ทั้งที่เทศบาลมีศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลจังหวัด โดยที่โรงพยาบาลจัดพยาบาลและทันตภิบาลมาให้บริการประจำที่ศูนย์บริการฯ ทั้ง 2 แห่งๆ ละ 3-4 คน สถานบริการสุขภาพอื่นในเขต ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล 2 แห่ง โรงพยาบาลจังหวัด 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง

นายกเทศมนตรีดำรงตำแหน่งสมัยแรก และเพิ่งทำงานได้ 1 เดือนเศษ เป็นคนหนุ่มจบปริญญาโทสาขาพัฒนาสังคม รองนายกเทศมนตรีที่ดูแลกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เดิมเป็นเทศมนตรีดูแลกองช่างมาตลอด เมื่อเป็นรองนายกฯ จึงดูแลเรื่องกองทุนด้วย ปลัดเทศบาล ทำงานได้ 10 กว่าปี และได้รับมอบหมายให้ดูแลเรื่องกองทุนมาตั้งแต่ต้น ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม โอนจาก รพ. จังหวัดอื่น และมาปฏิบัติงานได้ 5-6 ปีแล้ว

เทศบาล ทม/น3-1

เขตเทศบาลเมืองเป็นที่ตั้งของตัวจังหวัด ตั้งแต่ปี 2480 มีพื้นที่เพียง 3.5 ตร.กม. ประชากร 17,022 คน แบ่งเป็น 12 ชุมชน สถานบริการสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1 แห่ง รพ.เอกชน 1 แห่ง และคลินิกเอกชน 33 แห่ง

เทศบาลมีรายได้ประมาณการปี 2552 จำนวน 165.2 ล้าน จัดสรรเป็นงบสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเพียง 5.33 ล้านบาท (ร้อยละ 3.2) เปรียบเทียบกับงบการศึกษา 59.1 ล้านบาท (ร้อยละ 35.8) โครงสร้างประกอบด้วยกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข และฝ่ายบริการสาธารณสุข

ปัจจุบัน ภาระงานของนายกเทศมนตรีทำงานเป็นพยาบาลอยู่ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข และเป็นผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการกองทุนฯ ของเทศบาลด้วย ในอดีตเคยทำงานในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สสจ.

เทศบาล ทม/ก2-1

เทศบาลเมือง ทม/ก2-1 เป็นเขตเมืองขนาดกลาง และเป็นที่ตั้งของตัวจังหวัด มีพื้นที่ 8.4 ตร.กม. ประชากร 19,840 คน แบ่งเป็น 10 ชุมชน สถานบริการสุขภาพในเขตเทศบาล ได้แก่ รพ.เอกชน 1 แห่ง และสถานอนามัย 4 แห่ง ไม่มีศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ในจำนวนสถานอนามัย 4 แห่งนี้ มี สอ.แห่งเดียวที่โดดเด่นและมีความใกล้ชิดกับเทศบาลเป็นพิเศษ จึงได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ของเทศบาลหลายโครงการ นอกจากนี้ ยังเป็นผู้แทนหน่วยบริการคนเดียวในคณะกรรมการบริหารกองทุนด้วย

เทศบาลมีรายได้ท้องถิ่นรวม 105.5 ล้านบาทต่อปี จัดสรรงบประมาณสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 15 ล้านบาทต่อปี (ร้อยละ 14.2) ด้านโครงสร้างของเทศบาล ประกอบด้วยกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมี ผอ. เป็นพยาบาลวิชาชีพและทำงานที่เทศบาลมาตลอด กับเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน ที่เหลือเป็นลูกจ้างทำความสะอาดและเก็บขยะ

พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมกับเทศบาลได้ดีมาก เห็นได้จากชุมชนเป็นผู้เสนอโครงการในกองทุนเป็นส่วนใหญ่ มากกว่าโครงการที่เทศบาล หรือสถานอนามัยเป็นผู้เสนอ

เทศบาล ทม/อ4-1

เทศบาลเป็นที่ตั้งของตัวอำเภอ ประชากร 11,345 คน 17 ชุมชน อสม. 250 คน สถานบริการสุขภาพในเขตเทศบาล ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 1 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล 1 แห่ง

เทศบาลมีรายได้ต่อปี (2551) จำนวน 109.2 ล้านบาท เป็นรายจ่ายตามแผนงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 2.4 ล้านบาท (ร้อยละ 2.2) แบ่งส่วนการบริหาร มีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ผอ.และข้าราชการรวม 5 คน นายกฯ ดำรงตำแหน่งสมัยที่ 2 ตั้งแต่ปี 2547 เป็นคนที่เน้นงานมวลชนมาก ให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุข โดยเฉพาะภรรยาเป็นหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล และเคยทำงานอยู่ในโรงพยาบาล ๑4-1 มาก่อน ทำให้การประสานงานระหว่างเทศบาลกับโรงพยาบาลไปได้ดีมาก รวมทั้งการมีทีมงาน อสม. ที่เข้มแข็ง

2. การดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต) ของ อปท. ที่ผ่านมา

พื้นที่เทศบาล ทน/๑3-1

เทศบาลได้จัดสรรงบประมาณท้องถิ่นด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมประมาณปีละ 100 ล้านบาท ประกอบด้วยงานจัดบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข 4 แห่ง และงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่เด่นๆ ได้แก่ การคัดกรองและป้องกันโรคเรื้อรัง การพ่นหมอกควันป้องกันไข้เลือดออก การเก็บขยะ การทำความสะอาด ฯลฯ นอกจากนี้ เทศบาลได้จัดหน่วยออกเยี่ยมชุมชนหมู่บ้านทุกสัปดาห์ทั้ง 91 แห่ง เพื่อให้บริการจ่ายยา วัดความดัน นวดแผนไทย เยี่ยมแม่และเด็กหลังคลอด ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

พื้นที่เทศบาล ทน/น1-1

เทศบาลมีโครงสร้างรองรับ ได้แก่ สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และศูนย์บริการสาธารณสุข 4 แห่ง โดยมีการแบ่งพื้นที่ให้ PCU ของ รพ. 5 แห่ง ดูแลรับผิดชอบด้วย

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ปี 2551 ประกอบด้วย 23 โครงการ จำนวนเงิน 18 ล้านบาท เป็นงบก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย 15 ล้านบาท คงเหลืองบส่งเสริมสุขภาพ 3 ล้านบาท (คิดเป็น 33 บาทต่อหัวประชากร) ในจำนวนนี้ เป็นงบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค (โรคไข้เลือดออกและโรคเอดส์) เพียง 175,490 บาท ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 400,000 บาท ซึ่งงานเหล่านี้ได้รับงบต่ำกว่าที่ควรจะเป็นอย่างมาก

พื้นที่เทศบาล ทน/ต1-1

ผู้บริหารเทศบาลมีความสนใจการสร้างโรงพยาบาลขนาดเล็ก เพื่อดูแลประชากรในพื้นที่หมู่บ้านที่มีประชากรหนาแน่น รวมทั้งเพิ่มจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุข โดยผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ให้การสนับสนุนแนวคิดนี้ และยินดีให้เทศบาลรับงบรายหัวในพื้นที่รับผิดชอบแทน เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล

กิจกรรมที่เทศบาลดำเนินการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ตามข้อเทศบาลบัญญัติ 10 โครงการ รวม 2,850,000 บาท ได้แก่ ครอบครัวยุวชน ขยับกายสบายชีวิ ป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลง ป้องกันโรคเอดส์และกามโรค ป้องกันโรคติดต่อด้วยวัคซีน ป้องกันโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน ส่งเสริมแพทย์แผนไทย โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพ อสม. สนับสนุนชมรม อสม.

จะเห็นว่า เทศบาลจัดสรรงบเพื่อพัฒนาสุขภาพในอัตรา 22.60 บาทต่อหัวประชากรเท่านั้น ซึ่งค่อนข้างต่ำ เทียบกับงบกองทุน 37.50 บาทต่อหัว และเป็นงบกองทุน 7.1 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ โครงการยังเป็นการดำเนินงานทั่วไป การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้งบเพียง 500,000 บาท หรือคิดเป็น 3.96 บาทต่อหัวประชากร ซึ่งถือว่าน้อยมาก ไม่น่าจะเพียงพอสำหรับเขตเมืองซึ่งมีไข้เลือดออกกระบาดเป็นประจำทุกปี

"เทศบาลฯ สนใจอยากของบรายหัวจาก สปสช. มาบริหารเอง เนื่องจากไม่นานมานี้ นายกเทศบาลนครพิษณุโลก มาจัดประชุมสันนิบาตเทศบาลที่จังหวัดและเสนอความคิดเรื่องนี้ ทั้งนี้ เทศบาลจะขอแบ่งประชากร 20,000 คนจาก รพ.ศูนย์ มาให้ รพ. เทศบาลที่สร้างขึ้นใหม่รับผิดชอบ" (ผอ.กองสาธารณสุข ทน/ต1)

พื้นที่เทศบาล ทม/ก1-1

เนื่องจากเป็นพื้นที่มีประชากรมาก และประสบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและมลพิษอย่างมาก เทศบาลจึงต้องดำเนินงานแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นส่วนใหญ่ เช่น ปริมาณขยะมาก น้ำประปามีสารปนเปื้อน มลพิษทางอากาศ ฯลฯ แต่ก็มีข้อจำกัดด้านวิชาการและเทคโนโลยี ขาดแคลนบุคลากรที่ชำนาญด้านสิ่งแวดล้อม ไม่มีห้องปฏิบัติการ หรือเครื่องมือตรวจวัดต่างๆ ของตัวเอง ต้องอาศัยหน่วยงานส่วนกลาง ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนให้ความสนใจกับงานอาชีวอนามัย มีการจัดคลินิกเพื่อดูแลสุขภาพคนงาน และเป็นฝ่ายช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคของเทศบาล การทำงานร่วมกันระหว่างเทศบาลกับโรงพยาบาล จึงค่อนข้างไปด้วยดี

"มีปัญหาประชากรแฝง สาธารณูปโภค ไฟฟ้า ประปาไม่พอใช้ ขยะเพิ่มจาก 70 เป็น 100 ตัน ปัญหาผังเมืองที่ต้องสอดคล้องกับเขตควบคุมมลพิษ นอกจากนี้ก็ยังมีปัญหาใช้เลือดออก เพราะคนงานที่นี้อยู่เป็นแคมป์ อยากให้เทศบาลเป็นเขตพิเศษอย่างเมืองพัทยา ปัญหามีมาก ตามไม่ทัน งบประมาณจำกัด จึงต้องทำในสิ่งที่จำเป็นก่อน" (นายก ทม/ก1-1)

"รพ. มีฝ่ายอาชีวอนามัย มีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1 คน พยาบาลและลูกจ้าง 5 คน ส่วนใหญ่เน้นงานคลินิก และออกโรงงานด้วย ยังไม่มีฝ่ายอนามัยสิ่งแวดล้อม" (ผอ.รพ.ก1-1)

นอกจากนี้ เทศบาลยังให้ความสนใจกับการจัดการบริการสุขภาพ เนื่องจากเห็นว่ามีผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลแน่นขนัด แม้ว่าเทศบาลจะมีศูนย์บริการสาธารณสุข อยู่แล้ว 5 แห่งและกำลังจะเปิดเร็ว ๆ นี้ อีก 1 แห่ง แต่ดูเหมือนยังไม่เพียงพอ ด้านสาธารณสุขของเทศบาลในแต่ละปี มีงบประมาณจริงๆ ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับขนาดประชากร (5 ล้าน บาท ปี 2551) กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการให้บริการพื้นฐานในศูนย์บริการสาธารณสุข เช่น ดูแลหญิงมีครรภ์ การเยี่ยมหลังคลอด การวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การประเมินภาวะโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ฯลฯ

เทศบาล ทม/น2-1

รายจ่ายด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมปี 52 ตั้งไว้ 22,370,800 บาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายงานประจำ และเป็นงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 7,563,060 บาท มีโครงการรองรับ 21 รายการ ประกอบด้วย งานรักษาความสะอาดและกำจัดขยะ งานควบคุมดูแลแหล่งน้ำธรรมชาติ งานเฝ้าระวัง ควบคุมโรค ตรวจตลาดทุกเดือน ตรวจสถานประกอบการอาหารสำเร็จ สุขาภิบาลอาหาร เมืองน่าอยู่ และงานอนามัยโรงเรียน เป็นต้น

ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความเห็นว่า ปัจจุบันเทศบาลมีปัญหาใช้เลือดออก เพราะเป็นพื้นที่เสี่ยงมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตว่าป่วยมากกว่า 10 ราย จึงต้องดำเนินการพ่นหมอกควันก่อนโรงเรียนเปิด มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงโดย อสม.เป็นแกน มีการประชาสัมพันธ์และประกวดชุมชนปลอดลูกน้ำ โดยเทศบาลสนับสนุนงบประมาณที่ นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน) เทศบาลจึงให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ประชาชนเป็นรายบุคคล และการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง

นอกจากนี้ เทศบาลยังให้ความสนใจเรื่องสุขภาพช่องปาก ตั้งแต่ในเด็กปฐมวัยมีการตรวจฟัน แจกแปรงสีฟัน ยาสีฟันฟรีทุกปี การทาฟลูออไรด์ เมื่อตรวจพบปัญหาถ้าเป็นงานทันตกรรมจะส่งให้ รพ. ดำเนินการ ในระดับโรงเรียน เทศบาลจะดำเนินการในทุกโรงเรียนรวมทั้งโรงเรียนเอกชน เช่น ตรวจสุขภาพเด็ก ป.1 ก็จะดูว่ามีฟันผุหรือต้องเคลือบหลุมร่องฟันหรือไม่ ถ้าต้องทำก็จะประสานกับกลุ่มงานทันตกรรมของ รพ.จังหวัด แต่ถ้าเป็นงานที่ทันตภิบาลของศูนย์ฯ ทำได้ก็

นอกจากนี้ เทศบาลยังให้ความสนใจเรื่องสุขภาพช่องปาก ตั้งแต่ในเด็กปฐมวัยมีการตรวจฟัน แลกเปลี่ยนสีฟัน ยา
สีฟันฟรีทุกปี การทาฟลูออไรด์ เมื่อตรวจพบปัญหาถ้าเป็นงานทันตกรรมจะส่งให้ รพ. ดำเนินการ ในระดับโรงเรียน
เทศบาลจะดำเนินการในทุกโรงเรียนรวมทั้งโรงเรียนเอกชน เช่น ตรวจสุขภาพเด็ก ป.1 ก็จะดูว่ามีฟันผุหรือต้องเคลือบหลุม
ร่องฟันหรือไม่ ถ้าต้องทำก็จะประสานกับกลุ่มงานทันตกรรมของ รพ.จังหวัด แต่ถ้าเป็นงานที่ทันตภิบาลของศูนย์ฯ ทำได้ก็
จะนัดมาทำที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งปีนี้มีมีการแลกเปลี่ยนสีฟันให้ด้วย โครงการเด็กไทยไม่กินหวานจะจัดแต่
กิจกรรมรณรงค์ในโรงเรียน ไม่มีกิจกรรมพิเศษ นอกจากนี้ โรงเรียนเทศบาล 4 เคยได้รับรางวัลดีเด่นด้านสุขภาพฟันด้วย

เทศบาล ทม/น3-1

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้รับงบประมาณ 5.33 ล้านบาท (ปี 2552) ประกอบด้วยงานบริการที่
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล งานดูแลเยี่ยมหญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิด การเยี่ยมผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
งานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การตรวจหาสารเคมีในเลือดของเกษตรกร งานบริการแพทย์แผนไทย
และแพทย์ทางเลือก และงานฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย งานป้องกันโรค ได้แก่ งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก งานสร้าง
ภูมิคุ้มโรคในเด็ก 0-5 ปี งานเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนก การรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด และการเฝ้าระวังการแพร่
ระบาดของยาเสพติด เป็นต้น

เทศบาล ทม/ก2-1

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมได้รับงบประมาณ 15 ล้านบาทต่อปี งบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายเรื่องการเก็บขยะ
และความสะอาด สิ่งแวดล้อม รองลงมาได้แก่ งานควบคุมโรคไข้เลือดออก (ฉีดพ่นหมอกควัน) และโรคพิษสุนัขบ้า (ฉีด
วัคซีนสุนัข ฉีดฮอว์โมนและทำหมันสุนัข) ซึ่งใช้งบเพียง 200,000 บาทเท่านั้น (10 บาทต่อหัวประชากร) ส่วนงานส่งเสริม
สุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมชมรม (อาหารกลางวัน) ผู้สูงอายุ กระเช้ารับขวัญเด็กแรกคลอด เป็นต้น

รองนายกฯ ไม่ค่อยออกความคิดเห็น แต่ได้ข้อมูลจากปลัดเทศบาลว่า ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสำคัญต่องาน
สาธารณสุขพอสมควร สืบเนื่องจากการที่เปิดโอกาสให้ชุมชนเสนอโครงการเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะการออกกำลังกาย

เทศบาล ทม/อ4-1

นายกฯ ให้ความสำคัญด้านสาธารณสุขอย่างมาก ริเริ่มโครงการต่างๆ อยู่เสมอ และเตรียมจะไปดูงานที่เทศบาล
นครพิษณุโลกและลำพูน เพื่อเป็นแบบอย่างในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของเทศบาล

ปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่นในสายตาผู้บริหารท้องถิ่น ได้แก่ โรคเบาหวานความดัน โรคระบาดตามฤดูกาล โรค
ไข้เลือดออก ที่สำคัญคือขาดแคลนแพทย์ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องคอยนาน

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้รับในปี 2551 จำนวน 2,426,800 บาท รายจ่ายสำคัญ ได้แก่ การรักษา
ความสะอาดในชุมชน โดยจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่ อสม. ที่สมัครใจทำงานความสะอาด ซึ่งดำเนินการมา 4-5 ปีแล้ว
จัดบริการรับส่งผู้ป่วยไปกลับโรงพยาบาลตามใบนัดพบแพทย์ การจัดโรงเรียนครูปลอดบุหรี่ การตรวจคัดกรองเบาหวาน
ความดัน การฉีดพ่นหมอกควัน การออกกำลังกายแบบร่าวงโบราณ

"ปี 2553 ผมจะสนับสนุนกองทุนไม่น้อยกว่า 1 ล้านบาท ผมไม่สนใจเรื่องระเบียบ คัดง่าย ๆ ว่าจะทำอะไรให้
ประชาชนแข็งแรง ป้องกันโรคได้ รวมทั้งไม่สนใจว่าผมจะได้อะไร เน้นแค่ให้ทั่วถึงเช่น ผู้สูงอายุได้เบี้ยยังชีพทุกคน ให้คนใน
ชุมชนดูแลความสะอาดเป็นการออกกำลังกายที่ได้งานด้วย" (นายก ทม/อ4-1)

วิเคราะห์บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุขของเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง และกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่¹

เทศบาล	ประชากร	จำนวน ชุมชน	โครงสร้าง ฝ่ายสา- ธารณสุข (จำนวน) ²	งบรายได้ ต่อปี (ล้านบาท)	งบสาธารณสุข และ สิ่งแวดล้อม (ล้านบาท)	ร้อยละ	งบส่งเสริม ป้องกัน โรค (ล้านบาท)	งบส่งเสริม (บาทต่อ หัว ประชากร)	งบ กองทุนปี (ล้านบาท)
ทม/อ3-1	167,191*	91	สำนัก (53)	862 (2552)	100	11.6	NA	NA	2.65
ทม/น1-1	90,509	67	สำนัก (24)	660 (2551)	20	3.0	2-3	22-33	5.4
ทม/ต1-1	126,000	35	กอง (26)	NA	NA	-	2.85	22.6	7.17
ทม/ก1-1	45,000	31	กอง (25)	417 (2551)	75	18.0	5	111.1	2.4
ทม/น2-1	18,753	13	กอง (7)	202.8 (2552)	22.4	11.1	7.56	403.1	1.0
ทม/น3-1	17,022	12	กอง	165 (2552)	5.3	3.2	NA	NA	0.9
ทม/ก2-1	19,840	20	กอง (2)	105.5	15.0	14.2	0.20	10.1	1.10
ทม/อ4-1	11,345	17	กอง (5)	109.2	2.43	2.2	NA	-	0.61

1 ข้อมูลปี 2551

2 สำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีผู้อำนวยการสำนัก/กองเป็นหัวหน้า

* ประชากรของ ทม/อ3-1 ถูกนำมาคิดงบประมาณเพื่อกองทุนเพียง 30,000 กว่าคน

1. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ด้านงบประมาณของเทศบาลขนาดใหญ่อย่างเทศบาลนคร และเทศบาลเมือง แม้ว่าจะมีรายได้ท้องถิ่นจำนวนมาก แต่ปรากฏว่างบประมาณด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมได้รับจัดสรรในสัดส่วนที่แตกต่างกันเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับจัดสรรน้อย (ร้อยละ 2-3) และกลุ่มที่ได้รับจัดสรรมาก (ร้อยละ 11-18) หากวิเคราะห์รายจ่ายงบดังกล่าว พบว่าส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายประจำ เช่น เงินเดือนค่าจ้างพนักงานรักษาความสะอาด และการเก็บขยะ และรายจ่ายงบลงทุนด้านสิ่งแวดล้อม (การก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย) คงเหลือเป็นงบดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเทศบาลเองไม่มากนัก (ร้อยละ 2) งบที่ได้รับจึงไม่เพียงพอสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น และให้ครอบคลุมประชากรได้ทั่วถึง (ประมาณ 22-33 บาทต่อหัวประชากร) ยกเว้นเทศบาล 2 แห่ง (ทม/ก1-1, ทม/น2-1) ที่จัดสรรงบส่งเสริมป้องกันค่อนข้างมาก เมื่องบประมาณมีจำกัด ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมป้องกันจึงต้องคัดเลือกโครงการที่น่าสนใจ และดำเนินโครงการในประชากรบางกลุ่มที่ผู้บริหารให้ความสนใจเท่านั้น เช่น หญิงมีครรภ์ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส อีกทั้งไม่สามารถพัฒนาคุณภาพของการดำเนินงานได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า งบส่งเสริมป้องกันของเทศบาลส่วนใหญ่ยังมีจำนวนน้อยกว่าเงินกองทุนสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ด้วย

ด้านโครงสร้างองค์กรของเทศบาล มีทั้งระดับสำนักในเทศบาลนคร และระดับกองในเทศบาลเมือง กลุ่มเทศบาลนครจะมีจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพค่อนข้างมาก (ประมาณ 30-50 คน) เนื่องจากต้องดูแลศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยบริการในเขตเทศบาล และมีแนวโน้มว่าเทศบาลหลายแห่งกำลังขยายศูนย์บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ และแสดงบทบาทการเป็นคู่สัญญาหลัก (CUP) ในระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อรับงบเหมาจ่ายรายหัวจาก สปสช. โครงสร้างของเทศบาลในปัจจุบันจึงค่อนข้างพร้อมในการจัดบริการสาธารณสุข มากกว่าในอดีต ซึ่งแต่เดิมเทศบาลมักจำกัดตัวเองอยู่ทำงานด้านสิ่งแวดล้อมและการรักษาความสะอาดเป็นหลัก

อัตรากำลังบุคลากรของเทศบาลโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข ยังไม่ได้สัดส่วนกับขนาดประชากรที่รับผิดชอบ (ระดับปริญาตรีเฉลี่ยที่ 1: 4000 ประชากร) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์บุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ (พยาบาลวิชาชีพ 1: 2500) ในขณะที่ผู้บริหารเทศบาลบางแห่งกลับมองว่า สำนักสาธารณสุขฯ มีบุคลากรจำนวนมากอยู่แล้ว ซึ่งอาจเกิดจากผลผลิตของงานน้อย (Low productivity) ขาดคุณภาพ หรือสมรรถนะของบุคลากรที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ

อย่างไรก็ดี การมีโครงสร้างและอัตรากำลังเป็นสำนัก หรือกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาลขนาดใหญ่ เหมาะสมกับงานปฏิบัติการ โดยขาดความเชื่อมโยงกับหน่วยงานวิชาการอย่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพเช่นเดียวกัน

สิ่งที่ท้าทายในปัจจุบันและอนาคตของเทศบาลขนาดใหญ่เหล่านี้ ก็คือ การเผชิญหน้ากับปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนของการทำงานสาธารณสุขในเขตเมือง อันเนื่องจากประชากรย้ายถิ่นเข้ามาอาศัยตามภาวะเศรษฐกิจ วิถีการดำรงชีวิตและสิ่งแวดล้อมในเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เทศบาลในเขตอุตสาหกรรม และเมืองใหญ่ ทำให้เทศบาลต้องแบกรับปัญหาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในเขตเมืองโดยลำพัง เช่น ปัญหาชุมชนแออัด ปัญหาสังคม ยาเสพติด กับเยาวชน ปัญหาที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ ปัญหาการเข้าถึงบริการในกลุ่มคนยากจน ปัญหาวิถีชีวิตที่บีบคั้น เร่งรีบ อันนำไปสู่ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงปัญหาความยากลำบากในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและความครอบคลุม ฯลฯ

ทั้งนี้ ประเมินได้ว่า โครงสร้างองค์กร อัตรากำลัง เครื่องมืออุปกรณ์ และขีดความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขของเทศบาลที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ยังมีข้อจำกัดต่อการรองรับปัญหาสาธารณสุขข้างต้นอย่างมาก

2. ศักยภาพของผู้บริหารท้องถิ่น

ผู้บริหารเทศบาลขนาดใหญ่ มักมีภารกิจการบริหารงานเทศบาลในหลายด้าน ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขมาก่อน ประกอบกับไม่มีเวลา และคิดว่าการจัดบริการที่ผ่านมาเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว จึงให้ความสำคัญหรือสนใจงานสาธารณสุขค่อนข้างน้อย (ทม/ก1-1, ทน/ต1-1) แต่การเข้าร่วมกองทุนฯ ได้ช่วยให้ผู้บริหารเทศบาลเริ่มให้ความสนใจกับงานสาธารณสุขมากขึ้น (ทน/น1-1, ทม/อ4-1) แม้ว่าผู้บริหารบางส่วนมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต การจัดการศึกษา และสาธารณสุขอยู่ก่อนแล้วก็ตาม

อย่างไรก็ดี ผู้บริหารเทศบาลบางแห่งได้ให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุขอย่างจริงจัง ด้วยหลายเหตุปัจจัย เช่น ผู้บริหารเป็นคนหนุ่มรุ่นใหม่ มีการศึกษา (ทม/น2-1) หรือมีภรรยาทำงานอยู่ในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและเป็นผู้รับผิดชอบงานกองทุน (ทม/น3-1, ทม/อ4-1) หรือสถานีนีออนามัยและชุมชน สามารถดึงความสนใจของผู้บริหารท้องถิ่นได้ (ทม/ก2-1)

ปัจจุบัน มีแนวโน้มที่ผู้บริหารเทศบาล กำลังให้ความสนใจกับการสมัครเข้าโครงการคลินิกอบอุ่น หรือเป็นสถานบริการในเครือข่ายประกันสุขภาพของ สปสช. ซึ่งจะได้รับงบประมาณจ่ายรายหัวมาดำเนินงาน ส่วนใหญ่มองว่าเทศบาลมีศักยภาพทำได้ ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ของสัณนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยในปี 2552 ด้วย

“มีแนวคิดว่าจะลองเปิดการรักษาสัก 1 ศูนย์ ตูมาจาก จ.พิษณุโลก ตอนนี้เทศบาลได้ตั้งงบประมาณซื้อรถพยาบาลแล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดซื้อ” (นายก. เทศบาล ทน/น1)

“คิดว่าเทศบาลน่าจะทำได้ เวลานี้พยาบาลประจำแต่ละศูนย์ก็มีแห่งละ 4-5 คน ทำงานค่อนข้างสบาย น่าจะรองรับงานส่วนนี้ได้” (ปลัดเทศบาล ทน/น1)

3. ลักษณะของงานสาธารณสุขในความรับผิดชอบของเทศบาลนครและเทศบาลเมือง

วิเคราะห์ลักษณะการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเทศบาล โดยการประเมินคุณภาพของโครงการ อันได้แก่ ความชัดเจนในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหา ความชัดเจนในการกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายของโครงการ และความชัดเจนในมาตรการการแก้ไขปัญห พบว่า เอกสารโครงการของเทศบาลไม่ได้ให้รายละเอียดดังกล่าวไว้เลย การประเมินจึงจำกัดเท่าที่ปรากฏในเอกสารโครงการและการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานเท่านั้น ผลการวิเคราะห์โครงการ ดังนี้

- 1) โครงการส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมเป็นหลัก มากกว่ามาตรการแก้ไขปัญหสุขภาพอย่างจริงจัง เช่น โครงการควบคุมโรคไข้เลือดออก จะเน้นการพ่นสารเคมีกำจัดยุง มากกว่าการเพิ่มประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังและมาตรการควบคุมการระบาดของโรค หรือโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับประชาชนทั่วไป มากกว่าจะเน้นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ฯลฯ
- 2) ความเหมาะสมของโครงการ พบว่า การดำเนินงานบางเรื่องที่มีปัญหาในพื้นที่ แต่กลับได้รับงบประมาณน้อย (การควบคุมไข้เลือดออกในเขตเทศบาลนคร ทน/น1-1 ปี 2551 ได้รับงบ 180,000 บาทต่อประชากร 90,000 คน และในปี 2552 ได้งบเพียง 20,000 บาท) หลายโครงการขาดความต่อเนื่อง โครงการตามข้อบัญญัติงบประมาณมีการเปลี่ยนแปลงรายปี บางปีก็ยกเลิก หรือไม่ทำโครงการ ซึ่งไม่อาจพิจารณาด้วยเหตุผลทางวิชาการ (เช่น โครงการบางปีเน้นปัญหายาเสพติด ทั้งๆ ที่ปีก่อนหน้าไม่พบแผนงานดังกล่าวเลย)
- 3) การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ส่วนใหญ่เป็นงานลักษณะตั้งรับ (Walk-in) มากกว่างานเชิงรุกในพื้นที่ รวมทั้งการเน้นความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งควรมีการสำรวจและจัดทำทะเบียนหรือฐานข้อมูลกลุ่มประชากรเป้าหมาย นอกจากนี้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานยังขาดการพัฒนาในด้านความรู้และวิธีการทำงาน เช่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างคุณภาพ ฯลฯ

3. กระบวนการจัดตั้งและบริหารกองทุน

การจัดตั้งกองทุน

การวิจัยพบว่า กองทุนสุขภาพฯ ในกลุ่มเทศบาลนครและเทศบาลเมือง เริ่มจัดตั้งขึ้นในกองทุนรุ่นที่ 2 เมื่อปลายปี 2550 ถึงต้นปี 2551 โดยไม่มีปัญหาอุปสรรคใดๆ เนื่องจากผู้บริหารท้องถิ่นทั้งหมดต่างเห็นด้วย และส่วนใหญ่เป็นข้อเสนอจากฝ่ายข้าราชการขึ้นไป บางแห่งผู้ริเริ่มของกองทุน ทน/อ3-1 เป็น ผอ.สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม แต่ต่อมาได้เป็นรองนายกเทศมนตรี จึงให้การสนับสนุนได้ต่อเนื่อง

“หากไม่เข้าร่วมกองทุนตั้งแต่แรก สุดท้ายก็ต้องเข้าร่วมอยู่ดี อีกอย่างการเข้าร่วมกองทุน จะได้มีเงินโดยที่ฝ่ายการเมืองไม่กล้าตัดสินใจออก หากไม่เป็นกองทุน เมื่อเสนอโครงการสาธารณสุขก็อาจถูกฝ่ายบริหารตัดเงินไป ถือเป็นเทคนิคในการบริหาร” (รองนายกฯ ทน/อ3-1)

พบว่ามีปัญหาบ้างในการคิดประชากรของกองทุน ซึ่งโดยปกติ สปสช. จะใช้หลักเกณฑ์การคำนวณงบประมาณต่อหัวประชากรในเขตเทศบาล จึงทำให้กองทุนในเขตเทศบาลนครและเทศบาลเมืองจะได้รับงบประมาณจาก สปสช. รวมกับเงินสมทบเทศบาลค่อนข้างมาก (1-7 ล้านบาท) ยกเว้นกองทุน ทน/อ3-1 ที่ผู้ปฏิบัติเองก็สับสน เนื่องจากเขตเทศบาลมีประชากรทั้งสิ้น 1.6 แสนคน แต่ สปสช. กลับคิดประชากรให้เพียง 30,000 กว่าคนตามประชากรที่ศูนย์บริการสาธารณสุข

ของเทศบาลทั้ง 4 แห่งรับผิดชอบ โดยไม่รวมประชากรในเขตของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลค่ายฯ ของกลาโหม ในขณะที่อีกหลายกองทุนกลับคำนวณประชากรในเขตเทศบาลทั้งหมดให้เป็นเงินกองทุน เช่น ทน/น1-1, ทน/ต1-1

คณะกรรมการกองทุน

เทศบาลแต่ละแห่งจะจัดโครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ที่ค่อนข้างหลากหลาย แต่ที่คล้ายกันคือ คณะกรรมการค่อนข้างใหญ่ จำนวนประมาณ 30-70 คน (เช่น ทน/ต1-1 มี 42 คน ทน/น1-1 มี 80 คน) เนื่องจากมีพื้นที่กว้างและประชากรมาก ทำให้องค์ประกอบคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนชุมชนมีจำนวนเท่ากับจำนวนชุมชน โดยไม่มีการจำกัดจำนวนผู้แทน แต่ละชุมชนต่างก็รักษาผลประโยชน์ของตน ยกเว้นกองทุน ทน/อ3-1 ที่มีคณะกรรมการเพียง 26 คน ทั้งๆ ที่เทศบาลมีชุมชนมากถึง 91 ชุมชน โดยผู้บริหารเทศบาลกำหนดให้เลือกผู้แทนชุมชน 4 คนตามเขตการเลือกตั้งทั้งหมด 4 เขตเท่านั้น แต่มีผู้แทนหน่วยบริการที่ สปสช. มอบหมายถึง 14 คน (หน่วยบริการมีหลายประเภทหลายสังกัด) กองทุนแห่งนี้จึงมีผู้แทนหน่วยบริการมากกว่าผู้แทนจากท้องถิ่นและชุมชนรวมกัน

ในทางปฏิบัติ กองทุนของเทศบาลขนาดใหญ่เหล่านี้ จะมีอนุกรรมการหรือคณะทำงาน ช่วยกลั่นกรองโครงการก่อนเสนอคณะกรรมการฯ ซึ่งส่วนใหญ่อนุกรรมการ/ผู้ทำงานจะเป็นข้าราชการในกอง/สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ส่วนกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลจะเป็นผู้แทนหน่วยบริการที่ สปสช. แต่งตั้งเพียงคนเดียว

“มีอนุกรรมการ 4 ชุด ได้แก่ อนุกรรมการฝ่ายดำเนินงาน อนุกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์ อนุกรรมการฝ่ายเหรียญ และอนุกรรมการฝ่ายติดตามประเมินผล ... และมีการเชิญสื่อมวลชนท้องถิ่นเป็นกรรมการกองทุนด้วย” (ทน/น3-1)

“เทศบาลได้จัดประชุม อสม. และผู้แทนชุมชนทั้ง 13 แห่ง เพื่อดำเนินการคัดเลือกผู้แทนในคณะกรรมการ ผู้แทนชุมชนมีมติให้ประธานชุมชนเป็นกรรมการกองทุนด้วย รวมคณะกรรมการ 20 คน” (ทน/น2-1)

“การแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน ตนเสนอให้ประธานทั้ง 67 ชุมชนเป็นกรรมการเสมอกัน เพื่อมิให้น้อยหน้ากัน ผลก็คือทำให้องค์ประชุมใหญ่มาก แต่ก็มีข้อดี คือ ทำให้แต่ละชุมชนตรวจสอบกันเอง ใครได้มากได้น้อยเพราะอะไร จะไม่ยอมกันเอง สุดท้าย ต้องสร้างกติกาใช้ร่วมกัน เช่น คำตอบแทนอบรมวันละ 50 บาท ค่าใช้จ่ายสารเคมีกำจัดยุงลายหลังละเท่าไร ฯลฯ ต้องไม่ให้แตกต่างกัน” (ปลัดเทศบาล ทน/น1-1)

“การประชุมกรรมการ ปี 52 นายกไม่ค่อยว่างเป็นประธาน บรรยากาศ defend กันมาก ทะเลาะกันเยอะ มีการทักท้วงเรื่องงบประมาณ เช่น ไปคัดกรองคนกลุ่มเดียวกับที่เจ้าหน้าที่ทำอยู่แล้ว” (ผู้แทนชุมชน ทน/ต1-1)

“ผู้นำชุมชนบางแห่ง ไม่ยอมให้อนุกรรมการไปตัดโครงการ เพราะถือว่าเป็นโครงการของชุมชน แต่ก็คุยกันได้และยอมเพลาลง” (ฝ่ายสาธารณสุข เทศบาล ทน/น1-1)

“ที่ผ่านมามูลนิธิอนุกรรมการกลั่นกรองส่วนใหญ่ปล่อยโครงการผ่าน เพราะไม่อยากขัดแย้ง” (พยาบาล PCU รพ.ต1-1)

การบริหารจัดการกองทุน

การดำเนินงานของคณะกรรมการส่วนใหญ่มีการประชุมค่อนข้างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในปีแรกมีการประชุมค่อนข้างถี่กว่าปีที่สอง ยกเว้น กองทุน ทน/อ3-1 ที่ประชุมในปีแรกได้เพียง 2 ครั้ง เนื่องจากเป็นเทศบาลนครขนาดใหญ่มาก นายกฯ ไม่มีเวลา สำคัญของการประชุม ได้แก่ การพิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการ การติดตามผลการดำเนินงาน การออกระเบียบปฏิบัติ เป็นต้น คณะกรรมการฯ ไม่มีการกำหนดแผนหรือปฏิทินการทำงาน แต่จะอนุมัติโครงการให้เสร็จในคราวเดียวในกรณีเงินกองทุนไม่มากนัก หรือใช้วิธีเปิดรับโครงการและพิจารณาให้ความเห็นชอบตามลำดับ เหตุผลเพราะเกรงว่าชุมชนยังเสนอโครงการไม่เป็น และยังมีหลายชุมชนที่ไม่เข้าใจเรื่องกองทุน

อย่างไรก็ดี พบว่า นายกเทศมนตรีเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจในรูปแบบและวิธีการบริหารจัดการ กองทุน รวมทั้งมติการประชุมต่างๆ สุดท้ายมักจะอยู่ที่ตัวนายกฯ เสมอ หากนายกฯ ไม่ว่าง มักจะทำให้งานกองทุนสะดุด และเกิดความชะงักงันได้ง่าย

"พอโครงการเริ่มเยอะ ตนต้องขอให้รองนายกมาช่วยเป็นอนุกรรมการกลั่นกรองโครงการของชุมชน มีกรรมการ 5-6 คน ใครพร้อมก่อนก็เสนอเข้ามาพิจารณาได้เลย ถ้าไปกำหนดเวลาให้ทำแผนมาเสนอครั้งเดียวจบ ก็จะมีชุมชนที่ไม่เข้าใจ หรือทำงานช้าก็จะเสียโอกาสไป" (ปลัดเทศบาล ทน.น1-1)

นอกจากนี้ เทศบาลบางแห่งเริ่มกำหนดให้ชุมชนเสนอโครงการในรูปแบบเดียวกัน เพื่อความเป็นเอกภาพ โดยมองว่าเป็นปัญหาร่วมกัน และง่ายต่อการบริหารจัดการ

"กองทุนช่วยให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมมากขึ้น ปีแรกยังเสนอโครงการไม่เป็น พอชุมชนนี้ทำ ชุมชนอื่นก็เอาตามบ้าง เทศบาลจึงต้องระบุให้ปีนี้ทำเรื่องใช้เลือดออก ให้ อสม. ทำแล้วจดยางงานส่งมา" (ปลัดเทศบาล ทน.น1-1)

การบริหารกองทุนของเทศบาล มีความพยายามวางกฎเกณฑ์หรือระเบียบปฏิบัติไว้รองรับเป็นบรรทัดฐานเดียวกัน ซึ่งมีมาจากคำชี้แจงข้าราชการประจำ เช่น อัตราค่าตอบแทน ค่าเบี้ยประชุม และค่าใช้จ่ายต่างๆ หลักฐานการเงินและการตรวจสอบ ฯลฯ

"เราต้องทำทุกอย่างให้เป็นระเบียบ เมื่อวันหน้ามีใครตรวจสอบ จึงต้องให้มีคนตรวจรับงาน มีคนเซ็นรับรองว่า กรรมการชุมชนที่รับเงินไป ทำงานตามที่ขอมาก็จริงเก็บเป็นหลักฐานไว้ เราต้องใช้จรรยาบรรณการทำงานด้วย ไม่ใช่ปล่อยสะเปะสะปะ" (ปลัดเทศบาล ทน.น1-1)

ปัญหาที่สำคัญของการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพในเทศบาลขนาดใหญ่ คือ ขาดการประสานงานระหว่างเทศบาลซึ่งรับผิดชอบกองทุน กับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลซึ่งแต่เดิมเป็นผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมป้องกันของประชากรในเขตเทศบาล และได้รับงบประมาณสนับสนุน PP community แบบเหมาจ่ายรายหัว อยู่ก่อนที่เทศบาลจะสมัครเข้าโครงการกับ สปสช. ดังนั้นในช่วงเปลี่ยนผ่าน จึงเกิดคำถามว่า ผลกระทบและบทบาทที่เปลี่ยนไปของทั้งเทศบาลซึ่งรับผิดชอบกองทุนฯ กับฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล จะนำไปสู่จุดสมดุลในกรอบความร่วมมือและร่วมกันรับผิดชอบต่อการใช้จ่ายงบ PP community ให้เกิดประโยชน์ที่แท้จริงได้อย่างไร

กรณีตัวอย่างของการบริหารจัดการกองทุนขนาดใหญ่

กองทุน ทม/น3-1 มีการประชุมในปี 2552 เพียงครั้งเดียว อนุมัติ 25 โครงการ เป็นเงิน 1,684,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 99.1 ของงบคงเหลือสะสม ซึ่งคล้ายกับการอนุมัติแผนปฏิบัติงานประจำปี โดยเจ้าหน้าที่เทศบาลทำหน้าที่กลั่นกรองโครงการและเสนอคณะกรรมการอนุมัติ แต่ในทางปฏิบัติมีความล่าช้าเกิดขึ้น กล่าวคือ โครงการที่มีการดำเนินงานจริงมีเพียง 5-6 โครงการ (ข้อมูล ณ กค.2552) เนื่องจากผู้รับผิดชอบของเทศบาลยังไม่กล้าที่จะโอนเงินให้กับกลุ่มหรือชมรมในภาคประชาชนหรือชุมชนไปดำเนินการ แต่จะลงมากำกับและดูแลความเรียบร้อย และจะต้องรอให้การดำเนินงานตามแผนปกติของเทศบาลแล้วเสร็จก่อน จึงเริ่มดำเนินกิจกรรมของกองทุน ทำให้เกิดความล่าช้าค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ยังแสดงให้เห็นจุดอ่อนในเรื่องการติดตามประเมินผลการใช้จ่ายตามโครงการ แม้จะมีอนุกรรมการติดตามประเมินผลก็ตาม รวมทั้งอิทธิพลของเจ้าหน้าที่เทศบาลในการบริหารจัดการกองทุนยังแน่นหนามาก

“การทำงานต้องรอคำสั่งและรายงานต่อเจ้าหน้าที่ หากชุมชนต้องการเสนอโครงการจะต้องมานำเสนอต่อฝ่ายสาธารณสุขก่อน การพิจารณาในที่ประชุมใช้มติเสียงส่วนใหญ่” (ทม/น3-1)

กองทุน ทม/ก2-1 เริ่มจัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2551 เนื่องจากผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสนใจ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนจำนวน 27 คน โดยประธานชุมชนจะเป็นผู้แทนชุมชนในกรรมการโดยปริยาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้าราชการที่เกษียณอายุแล้ว นอกจากนี้ยังมีอนุกรรมการอีก 1 ชุด มี ผอ.กองสาธารณสุข เป็นประธาน ทำหน้าที่กลั่นกรองโครงการ ในปี 2551 มีการประชุมคณะกรรมการ 3 ครั้ง เพื่อชี้แจงแนวทางดำเนินงานและพิจารณาโครงการต่างๆ บรรยากาศการมีส่วนร่วมในการประชุมของผู้แทนชุมชนดีมาก ทุกคนเสนอความเห็นได้และใช้ฉันทามติร่วมกัน การประชุมจึงมีการอภิปรายถกเถียงกันนานพอสมควร พบว่าโครงการส่วนใหญ่จะถูกเสนอโดยชุมชน มากกว่าโครงการของเทศบาลหรือสถานีนอามัยในพื้นที่

“การรับรู้เรื่องกองทุนเป็นแบบปากต่อปาก เป็นการให้สิทธิแก่ประชาชนเป็นฝ่ายเสนอโครงการ ... ความเห็นของคนส่วนใหญ่ที่ฉันทากัน อาจทำให้มีการลงขันตามมติมติระเบียบการจ่ายเงินกองทุนได้ ซึ่งนายกหรือปลัดก็ไม่อาจทัดทาน หากไม่ยอมก็เกิดความไม่พอใจ” (ปลัดเทศบาล ทม/ก2-1)

“มีปัญหาเรื่องการใช้จ่ายเงินกองทุนไม่ชัดเจน ทำให้ตัดสินใจยาก เช่น ซื้อเครื่องเด็กเล่น ก่อสร้างสนามกีฬา และซื้ออุปกรณ์กีฬา และมักได้คำตอบจาก สปสช. ว่าอย่าทำเลย” (ผอ.กองสาธารณสุข ทม/ก2-1)

เทศบาล ทม/อ4-1 จัดตั้งกองทุนเมื่อพฤศจิกายน 2550 แต่เริ่มดำเนินการจริงตั้งแต่ปี 2551 โดยคณะกรรมการ 28 คน มีผู้แทนชุมชนทั้ง 17 ชุมชน ซึ่งประชาชนคัดเลือกกันเอง รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่จาก รพ.กับ สสอ. เป็นกรรมการด้วย นอกจากนี้ยังมีอนุกรรมการอีก 6 คน ทำหน้าที่กลั่นกรองโครงการ ในปี 2551 คณะกรรมการประชุม 4 ครั้ง และปี 2552 ประชุมแล้ว 3 ครั้ง การประชุมจะสรุปการทำงานที่ผ่านมา มีการพิจารณาอนุมัติโครงการใหม่ทุกครั้ง รวมทั้งติดตามผลงานและความคืบหน้าของการดำเนินงาน ที่ประชุมจะตัดสินใจในประเด็นสำคัญๆ หรือโครงการด้วยการลงมติ

ชุมชนมีส่วนเสนอโครงการด้วย ที่ประชุมจะช่วยกันโหวตว่าสมควรอนุมัติโครงการหรือไม่ ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาในการเขียนโครงการไม่เป็น ไม่ชัดเจน (นายกฯ ต้องการฝึกชาวบ้านให้เสนอโครงการเป็น)

4) ผลการดำเนินงานของกองทุน

ข้อมูลการดำเนินงาน

เทศบาล ทน/อ3-1

กองทุน ทน/อ3-1 เริ่มดำเนินการเมื่อปลายปี 2550 แต่เริ่มจริงในปี 2551 ด้วยงบสนับสนุนจาก สปสช. 1.65 ล้านบาท เทศบาลสมทบ 1.0 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 2.65 ล้านบาท

ปี 2551 ใช้จ่าย 21 โครงการ เป็นเงิน 2.18 ล้านบาท (ร้อยละ 82.1) คงเหลือ 473,783 บาท เมื่อรวมกับงบปี 2552 เป็นบสช. 3.32 ล้านบาท ใช้จ่าย 18 โครงการ เป็นเงิน 3.32 ล้านบาท (ร้อยละ 99.9) คงเหลือสุทธิ ณ ปัจจุบัน 4,760 บาท

โครงการที่ได้รับงบกองทุนทั้งปี 2551 และปี 2552 มีความคล้ายคลึงกันมาก และให้รายละเอียดเพียงหัวข้อเท่านั้น ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพในเด็กเล็ก การจัดบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ การตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิต มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพจิตชุมชน การสนับสนุน สสมช. โรคใช้เลือดออก ยาเสพติด และงบบริหารกองทุน ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้รับผิดชอบโครงการ ประกอบด้วยกลุ่มงานส่งเสริม

สุขภาพ กลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ของสำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 4 แห่ง โดยไม่ปรากฏว่ามีหน่วยบริการอื่นๆ หรือชุมชนเป็นผู้เสนอโครงการ

เทศบาล ทน/น1-1

กองทุนของเทศบาล ทน/น1-1 เริ่มดำเนินการเมื่อปี 2551 โดยได้รับงบประมาณจาก สปสช. 3.6 ล้าน เทศบาล สมทบ 1.8 ล้าน รวม 5.4 ล้าน ในปีแรก 2551 มี 58 โครงการ (3 งวด) ใช้จ่ายเพียง 1.8 ล้านบาท (ร้อยละ 33.3) คงเหลือ 3.6 ล้านบาท เมื่อรวมกับปี 2552 เป็นงบประมาณ 9 ล้านบาท ได้พิจารณาอนุมัติไปอีก 1 งวด 70 โครงการ เงิน 3 ล้านบาท (ร้อยละ 33.3) โดยผู้บริหารท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดวงเงินโครงการละ 40,000 บาท คุณด้วยจำนวนชุมชนทั้งหมด เพื่อให้ทุกชุมชนทำโครงการใช้เลือดออกเหมือนกัน ปัจจุบันกองทุนมีงบคงเหลือ 6 ล้านบาท

จุดเด่นของกองทุนในปีแรก คือ การที่ชุมชนเป็นผู้เสนอโครงการเองเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเทศบาลเป็นที่ปรึกษาก็ตาม รองลงมาได้แก่ โครงการที่เสนอโดยกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มงานสิ่งแวดล้อมของเทศบาล และส่วนน้อยเป็นโครงการที่เสนอโดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล แต่ปีถัดมา ผู้บริหารท้องถิ่นต้องการให้ชุมชนทำโครงการใช้เลือดออกให้เหมือนกัน รูปแบบโครงการจึงเปลี่ยนไป

เทศบาล ทน/ต1-1

กองทุนของเทศบาล ทน/ต1-1 เริ่มในปี 2551 เช่นกัน โดยได้งบประมาณ สปสช. 4.73 ล้าน เทศบาลสมทบ 50% รวมเป็นเงิน 7.13 ล้านบาท แต่ในปีแรกใช้เงินไปเพียง 2.97 ล้านบาท (ร้อยละ 41.7) คงเหลือ 4.16 ล้านบาท เมื่อรวมกับปี 2552 ทำให้เป็นยอดสะสมเป็น 11.54 ล้านบาท และใช้ไป ณ มิถุนายน 2552 เป็นเงิน 6.01 ล้านบาท (ร้อยละ 52.1 ของงบประมาณ) คงเหลือ ณ ปัจจุบันอีก 5.53 ล้านบาท

ผู้บริหารเทศบาลเห็นว่า เทศบาลควรจะมีงบประมาณกองทุนในปี 2553 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ทั้งนี้ในปีที่ 2 ชุมชนเริ่มเป็นผู้เสนอโครงการเองมากขึ้น ผู้แทนชุมชนมีทั้งอดีตนักวิชาการควบคุมโรคและสาธารณสุขอำเภอที่เกษียณอายุแล้ว ที่คุ้นเคยกับการเสนอโครงการ เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การตรวจร่างกายผู้สูงอายุ การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การกำจัดลูกน้ำยุงลาย โดยให้ข้อคิดว่า "ขณะนั้นบทบาทของ อสม. ได้เปลี่ยนไปมาก ไปดูเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม" (ผู้แทนชุมชน ต1-1)

การเสนอโครงการทำได้ตลอดทั้งปี โดยต้องผ่านอนุกรรมการพิจารณาแผน ก่อนเสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร นอกจากนั้น ก็มีอนุกรรมการประชาสัมพันธ์ อนุกรรมการการเงินการคลัง และอนุกรรมการประเมินผล

เมื่อจัดตั้งกองทุนแล้ว เทศบาลได้ตัดลดงบประมาณด้านสาธารณสุขในแผนของเทศบาลออกไปร้อยละ 10-20 โดยอ้างว่าซ้ำซ้อนกับโครงการของกองทุน

การดำเนินงานในปีแรกยังไม่มี ความเข้าใจกันทั้ง รพ. และเทศบาล จึงมีความขัดแย้งกันบ้าง เนื่องจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ซึ่งดูแล PCU ในเขตเทศบาล และเคยได้รับงบประมาณ PP community ตามหัวประชากร ยังคิดว่ายังเป็นบของ รพ. เพื่อทำงานในพื้นที่ จึงเสนอโครงการที่เคยทำทั้งหมดเข้ามาโดยคำนวณตามหัวประชากร และให้เหตุผลว่าต้องรับผิดชอบตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวง แต่ฝ่ายเลขาฯ คณะกรรมการไม่เห็นด้วย เพราะมองว่าเป็นงานที่ซ้ำซ้อนกับที่ชุมชนขอมา เช่น เรื่องผู้สูงอายุ การคัดกรองเบาหวาน ฯลฯ ในปี 2552 สถานการณ์ค่อยๆ ดีขึ้น ต่างฝ่ายต่างมีความเข้าใจในเรื่องการดำเนินงานของกองทุนมากขึ้น รพ. เริ่มเข้าใจว่าต้องให้ชุมชนมีบทบาท ความขัดแย้งจึงน้อยลง

ความไม่เข้าใจกัน ยังมีผลจากโครงการลดความแออัดของ รพศ. ที่ได้รับงบประมาณจาก สปสช. 12 ล้าน ซึ่งส่วนใหญ่นำไปปรับปรุงอาคารสถานที่และเป็นค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ โดยแบ่งตามหัวประชากรให้ PCU ของ รพ. มากกว่าของเทศบาลเนื่องจากประชากรมากกว่า ทำให้ฝ่ายเทศบาลไม่ค่อยพอใจ

เทศบาล ทม/ก1-1

ปี 2551 กองทุนได้รับงบจาก สปสช. 1.6 ล้านบาท สมทบ 0.8 ล้านบาท รวมเป็น 2.4 ล้านบาท การดำเนินงานทำได้เพียง 2 โครงการ วงเงิน 116,140 บาท คิดเป็นร้อยละ 4.8 ทั้งที่มีการประชุมคณะกรรมการถึง 4 ครั้ง โครงการได้แก่การจัดอบรมความรู้เยาวชนเรื่องเอดส์ และการอบรมจัดประกวดเยาวชนไร้พุง คงเหลือเงิน 2.39 ล้านบาท

ปี 2552 ได้รับงบเท่าเดิม แต่เทศบาลยังไม่ได้สมทบเงิน เมื่อรวมกับยอดคงเหลือ เป็นเงิน 3.99 ล้านบาท (รอสมทบ 0.8 ล้านบาท) ดำเนินงาน 5 โครงการ เป็นเงิน 370,000 บาท ได้แก่ โครงการควบคุมใช้เลือดออก เยี่ยมบ้านหลังคลอด ทารกแรกคลอด และผู้สูงอายุ กิจกรรมรณรงค์ไร้พุง (เยาวชนและ จนท.เทศบาล) เครือข่ายสุขภาพประชาชนสัมพันธ์ และการพัฒนา อสม. ให้ตรวจคัดกรองเบาหวาน

เทศบาล ทม/น2-1

ปี 2551 ได้รับงบจาก สปสช. และเทศบาลสมทบรวมเป็นเงิน 1,058,250 บาท ใช้จ่าย 15 โครงการเป็นเงิน 173,670 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.4 คงเหลือ 884,580 บาท

ทั้ง 15 โครงการ เสนอโดยศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลทั้ง 2 แห่ง โดยไม่มีโครงการจากชุมชน ลักษณะโครงการจึงเป็นงานของหน่วยบริการ เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน งานอนามัยโรงเรียน การแก้ปัญหาเด็กนักเรียนสายตาสั้นผิดปกติ การเฝ้าระวังภาวะขาดธาตุเหล็กในเด็กนักเรียน โครงการพัฒนาเด็กไทยทำได้ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ฯลฯ จะสังเกตว่า ชื่อโครงการบางเรื่องเขียนไว้กว้างมาก ไม่อาจพิจารณาได้ว่ากิจกรรมจริงคืออะไร เช่น การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานความดัน ด้วยงบประมาณเพียง 9,700 บาทเท่านั้น

ปี 2552 ได้รับงบจาก สปสช. 560,400 บาท สมทบ 350,000 บาท รวมกับยอดคงเหลือปี 2551 เป็นเงินทั้งสิ้น 1,794,980 บาท คณะกรรมการได้อนุมัติ 23 โครงการเป็นเงิน 560,296 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.2

โครงการ 23 เรื่องเสนอโดยศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลเช่นเดียวกับปี 2551 และเป็นโครงการคล้ายปี 2551

ไม่ได้เข้าร่วมประชุมโครงการขับเคลื่อนชุมชนสร้างสุขภาพโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จึงยังไม่ได้ทำอะไร

เทศบาล ทม/น3-1

กองทุนเริ่มดำเนินการปี 2551 โดยได้รับงบจาก สปสช. 600,000 บาท เทศบาลสมทบ 300,000 บาท รวมเป็นเงิน 900,000 บาท ปรากฏว่า ทำได้เพียง 3 โครงการ เป็นเงิน 100,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.1 ได้แก่ โครงการตรวจหาสารเคมีในเลือดของเกษตรกร โครงการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และโครงการประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจเรื่องกองทุน เป็นต้น เจ้าหน้าที่มองว่า โครงการตรวจหาสารเคมีในเลือดเป็นนวัตกรรมของเทศบาล เพราะตรวจพบสารเคมีตกค้างเกินกว่าร้อยละ 50 จึงมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัว

ปี 2552 ได้รับงบจาก สปสช. และเทศบาลสมทบเท่าเดิม เมื่อรวมกับยอดคงเหลือปี 2551 เป็นเงิน 1,700,000 บาท คณะกรรมการได้อนุมัติในการประชุมเพียงครั้งเดียว 25 โครงการ วงเงิน 1,684,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 99.1 ของยอดรวม

โครงการปี 2552 ที่สำคัญและงบประมาณมากกว่า 1 แสนบาท ได้แก่ โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (140,000 บาท) โครงการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ (120,000 บาท) โครงการเผยแพร่

ประชาสัมพันธ์ (200,000 บาท) โครงการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุน (200,000 บาท) โครงการมหกรรมสร้างสุขภาพ (150,000 บาท) จะเห็นว่า เป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์กว้างๆ ไม่ชัดเจน

เทศบาล ทม/ก2-1

กองทุนเริ่มดำเนินการเมื่อปี 2551 ด้วยเงินจาก สปสช. 731,289 บาท เทศบาลสมทบ 365,644 บาท รวมเป็นเงิน 1,096,931 บาท สนับสนุน 4 โครงการ เป็นเงิน 577,443 บาท (ร้อยละ 52.6) ทั้งหมดเป็นการซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกาย ก่อสร้างสถานที่ออกกำลังกาย ค่าจ้างครูสอนแอโรบิก และซื้อเครื่องเล่นเด็กในสนามเด็กเล่น คงเหลือเงินปี 2551 อีก 519,488 บาท

ปี 2552 เมื่อรวมกับปี 2551 กับยอดคงเหลือปี 2551 เป็นเงิน 1.68 ล้านบาท ใช้จ่ายไป 18 โครงการ อยู่ระหว่างการพิจารณาและยังไม่มีเบิกจ่ายเงิน โครงการส่วนใหญ่เป็นเรื่องการออกกำลังกาย การเดินแอโรบิก และจัดซื้ออุปกรณ์ (12 โครงการ) ที่เหลือเป็นโครงการย่อยๆ เช่น การป้องกันไข้เลือดออก อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน นวดแผนไทย ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กำจัดเหาในนักเรียน และสอนนักเรียนพยาบาล

ยังไม่มีกรอบเรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

เทศบาล ทม/อ4-1

ปี 2551 ได้รับจาก สปสช. 409,752 บาท สมทบ 204,863 บาท รวม 615,632 บาท ดำเนินการ 6 โครงการ เป็นเงิน 304,109 บาท คิดเป็นร้อยละ 49.4 ด้วยปีแรกคณะกรรมการยังไม่เข้าใจหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินกองทุน ส่วนใหญ่จึงทำโครงการที่เทศบาลเคยทำอยู่เดิม ชุมชนจึงยังไม่มีส่วนร่วม เช่น การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุข การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การดูแลสุขภาพนักเรียน และการบริหารจัดการกองทุน ฯลฯ

ปี 2552 ได้รับจาก สปสช. และเทศบาลสมทบเท่าเดิม รวมกับเงินคงเหลือปี 2551 เป็นเงิน 926,767 บาท จัดทำ 15 โครงการ เป็นเงิน 469,423 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.7 คงเหลือ 457,344 บาท ในปีนี้ชุมชนเริ่มเสนอโครงการเองมากขึ้น ทั้งผ่านกลุ่ม อสม. ที่ออกเยี่ยมชาวบ้าน จะนำปัญหาที่พบมาเสนอเป็นโครงการ โดย รพ. และ สสอ. เป็นที่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา โครงการปี 2552 ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุข โครงการวัยรุ่นห่างไกลเอดส์ การตรวจคัดกรองเบาหวาน การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การบริการสุขภาพเคลื่อนที่ การสนับสนุนชมรมแอโรบิก การจ้าง อสม. และชาวบ้านทำความสะอาดในชุมชน การตรวจสุขภาพ 4 โครงการ (รวมทั้งผู้สูงอายุ) การอบรมร้านอาหารแผงลอย การประเมินร้านอาหารปลอดภัย และการสนับสนุนการแข่งขันตะกร้อ เป็นที่สังเกตว่า ลักษณะโครงการไม่แตกต่างจากปี 2551 นอกจากเพิ่มจำนวนขึ้น และส่วนใหญ่น่าจะริเริ่มจากเทศบาลมากกว่าโครงการของชุมชน กล่าวคือ เป็นการเน้นกิจกรรมที่เด่นชัด เป็นรูปธรรม แต่ก็มิได้เน้นเรื่องการระดมชาวบ้านและ อสม. รณรงค์เรื่องความสะอาดของริมฝั่งแม่น้ำ

นายกฯ ยังสนับสนุน "สภากาแฟ" เป็นที่พบปะกับชาวบ้าน เพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ เฉลี่ยเดือนละ 1-2 ครั้ง

ท้องถิ่นและผู้รับผิดชอบงานกองทุน ยังไม่เคยเข้าอบรมเรื่องแผนที่ยุทธศาสตร์

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานกองทุนฯ ในเขตเทศบาลนครและเทศบาลเมืองโดยรวมในช่วงเริ่มต้น (ปี 2551-2552) เป็นไปด้วยดี และเป็นกองทุนขนาดใหญ่มีงบประมาณมาก ผู้บริหารท้องถิ่นทุกแห่งต่างเห็นด้วยกับแนวคิดเรื่อง

กองทุน และให้การสนับสนุน บางแห่งจะทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนด้วยตนเอง การวิเคราะห์ในรายละเอียดมีข้อสังเกตบางประการ ดังนี้

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลการใช้จ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างเทศบาลนครและเทศบาลเมือง

เทศบาล	งบรายได้ท้องถิ่น (ล้านบาท)	งบส่งเสริม ป้องกันโรค (ล้านบาท)	งบกองทุน ปี 2551 (ล้านบาท)	ปี 2551 ใช้จ่าย ร้อยละ	ยอดสะสม ปี 2552 (ล้านบาท)	ปี 2552 ใช้จ่าย ร้อยละ	ยอดคงเหลือ ณ ปัจจุบัน* (ล้านบาท)
ทม/อ3-1	862 (2552)	-	2.65	82.1	3.32	99.9	0.005
ทม/น1-1	660 (2551)	2-3	5.4	33.3	9.0	33.3	6
ทม/ต1-1	-	2.85	7.13	41.7	11.54	52.1	5.53
ทม/ก1-1	417 (2551)	5.0	2.4	4.8	4.79**	7.7	4.42**
ทม/น2-1	202.8 (2552)	7.56	1.0	16.4	1.80	0.0	1.8
ทม/น3-1	165 (2552)	NA	0.9	11.1	1.70	99.1	0.016
ทม/ก2-1	105.5	0.20	1.10	52.6	1.68	0.0	1.68
ทม/อ4-1	109.2	NA	0.62	49.4	0.93	50.7	0.46

* ช่วงเวลาเก็บข้อมูล พค.- มิย. 2552

** ตัวเลขประมาณการ เนื่องจากเทศบาลยังไม่ได้สมทบเงิน 50%

4.1 การดำเนินงานกองทุนในภาพรวม

การเป็นกองทุนที่มีขนาดใหญ่ในเขตเทศบาลนครและเทศบาลเมือง ทำให้คณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากชุมชนทุกแห่ง (เฉลี่ย 30-70 คนตามจำนวนชุมชน) มีขนาดใหญ่โตเทอะทะ อีกทั้งมีการเสนอโครงการจำนวนมาก หลายแห่งจึงต้องมีอนุกรรมการหรือคณะทำงานช่วยกลั่นกรองโครงการ มีการวางระเบียบปฏิบัติและหลักเกณฑ์การเสนอโครงการ หรือบางแห่งผู้บริหารท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดโครงการให้ชุมชน เพื่อให้จ่ายต่อการเบิกจ่ายงบประมาณ การที่ชุมชนมีส่วนในการเสนอโครงการมากขึ้นในหลายกองทุน ถือเป็นแนวโน้มที่น่าสนใจ จุดอ่อนที่พบ ได้แก่ การบริหารกองทุนแต่ละแห่งเป็นไปโดยไม่มีแผน ใช้วิธีพิจารณาโครงการตามที่มีผู้เสนอไปเรื่อยๆ จนกว่างบประมาณจะหมดไป หรือหากว่าฝ่ายเทศบาลเป็นผู้เสนอโครงการทั้งหมด ก็จะพิจารณาให้เสร็จสิ้นในคราวเดียว

"ประชุมคณะกรรมการก็เพื่อพิจารณาเพื่ออนุมัติโครงการเลย ไม่มีอนุกรรมการที่จะ screen เรื่องก่อน ดังนั้นโครงการที่เข้าสู่คณะกรรมการจะไม่มีโครงการใดที่ไม่อนุมัติ การกำหนดหลักเกณฑ์การสนับสนุนงบประมาณมีที่มาอย่างไร คนไม่ทราบ" (พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม น1)

วิเคราะห์การใช้จ่ายงบประมาณกองทุน พบว่า ในปี 2551 กองทุนส่วนใหญ่ใช้จ่ายเงินกองทุนในปีแรกได้ค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ น้อยกว่าร้อยละ 33 จำนวน 4 แห่ง ปานกลางร้อยละ 50 จำนวน 3 แห่ง และดีมากเพียง 1 แห่ง (ร้อยละ 82.1) ส่วนการใช้จ่ายในปี 2552 ซึ่งรวมยอดสะสมจากปี 2551 พบว่าเกือบทุกแห่งมีอัตราการใช้จ่ายสูงขึ้นเล็กน้อย ยกเว้นเทศบาล 2 แห่ง คือ ทม/อ3-1 และ ทม/น3-1 ที่สามารถเบิกจ่ายได้ถึงร้อยละ 99 ซึ่งเป็นที่สังเกตว่าโครงการทั้งหมดดำเนินการโดยกองสาธารณสุขของเทศบาล นอกจากนี้ กองทุนที่อยู่ระหว่างการพิจารณาโครงการอีก 2 แห่ง ซึ่งมีแนวโน้มเบิกจ่ายได้มากขึ้น คือ ทม/น2-1 และ ทม/ก2-1

พบว่า ผลการดำเนินงานของแต่ละกองทุน มีความเชื่อมโยงกับบทบาทของผู้บริหารเทศบาล กองทุนที่มีงบประมาณมาก เช่น เทศบาลนคร หรือเทศบาลเมืองที่จัดเก็บรายได้มาก แต่ผู้บริหารบางแห่งกลับให้ความสนใจน้อย

(เทศบาล ทม/ก1-1) หรือไม่มีเวลา (เทศบาล ทน/ต1-1) หรือบางแห่งไม่มีความก้าวหน้าในการใช้จ่ายเท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะเงินกองทุนฯ คิดเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับงบรายจ่ายประจำของเทศบาล (ร้อยละ 0.6 ของงบทั้งหมด หรือร้อยละ 3.2 ของงบสาธารณสุขของเทศบาลขนาดใหญ่) ขณะที่ผู้บริหารเทศบาลบางแห่งก็ให้ความสำคัญ และมองเป็นโอกาสที่จะสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนได้สะดวกกว่างบประมาณท้องถิ่น ซึ่งบางอย่างไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ทำให้การดำเนินงานกองทุนมีความก้าวหน้า (เทศบาล ทน/น1-1, ทน/อ3-1)

นอกจากงบประมาณของท้องถิ่น ยังพบว่าในเทศบาลบางแห่งมีแหล่งเงินทุนจากกองทุนพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายอีกด้วย ปัญหาจึงไม่ใช่เรื่องการขาดงบประมาณ แต่น่าจะอยู่ที่ข้อจำกัดด้านบุคลากรตามกรอบโครงสร้างเดียวกันทั้งประเทศ และปัญหาดัชนีภาพของท้องถิ่นในการรับมือกับปัญหาสาธารณสุขในเขตเมือง โครงสร้างการแบ่งส่วนงานของเทศบาลที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลภาวะที่กำลังเผชิญอยู่

4.2 ลักษณะกิจกรรมในโครงการของกองทุนฯ

จากการวิเคราะห์โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุน พบว่า การเสนอโครงการมีความคล้ายคลึงกับแผนปฏิบัติงาน หรือแผนงบประมาณของเทศบาลหรือสาธารณสุข กล่าวคือ แต่ละโครงการถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งเรื่องหนึ่งประเด็นที่ไม่ซ้ำกัน ซึ่งหากเป็นโครงการของชุมชน โครงการมักจะซ้ำๆ คล้ายกัน เพียงแต่เปลี่ยนพื้นที่ดำเนินการเท่านั้น เช่น ทน/อ3-1, ทม/น2-1 เป็นต้น

วิเคราะห์ตัวโครงการ มีการตั้งชื่อหัวข้อให้สอดคล้องกับแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข แต่จะเน้นกิจกรรมเป็นหลัก (Activity-based) โดยเฉพาะที่เห็นเป็นรูปธรรมและจับต้องได้ เช่น งานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก (เน้นการใช้สารเคมีกำจัดยุง) การพัฒนาตลาดสด การเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด และการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ (เน้นการให้ของเยี่ยม) การณรงค์ออกกำลังกาย (สนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกาย) การคัดกรองเบาหวาน (ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด) รวมทั้งกิจกรรมฝึกอบรม ฯลฯ

กิจกรรมเหล่านี้จะเขียนเป็นโครงการปีต่อปี ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้ปฏิบัติระดับตำบลตลอดจนท้องถิ่นและชุมชนมีความถนัดและคุ้นเคยอยู่แล้ว ในขณะที่ ไม่ปรากฏโครงการที่มีลักษณะเป็นแผนการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ อีกทั้งขาดการวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่ การวิเคราะห์สาเหตุ และกำหนดมาตรการรองรับที่สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความพร้อมของชุมชน ซึ่งควรจัดทำเป็นแผนหรือโครงการต่อเนื่อง 2-3 ปี (Project-based) เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอย่างสม่ำเสมอ การใช้สารเคมีอย่างมีประสิทธิภาพ การปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น สภาพเช่นนี้ย่อมสะท้อนการบริหารงานท้องถิ่นที่ต้องการเน้นกิจกรรมที่ประชาชนมองเห็นได้ มากกว่าการหวังผลแก้ไขปัญหาดังตรงเป้า

"ปัญหากับชุมชนมีบ้าง เช่น ชุมชนจะซื้อเครื่องออกกำลังกาย ซึ่ง สปสช.บอกว่าผิดหลักเกณฑ์ แต่สุดท้าย สปสช. ก็แจ้งว่า หากซื้อครุภัณฑ์และมีการใช้ประโยชน์ที่เห็นได้ชัดเจน ก็อนุมัติได้ หรือการซื้อของไปแจกชุมชนเฉยๆ ไม่ได้ ต้องเขียนโครงการให้มีตรวจสุขภาพหรือให้ความรู้ร่วมไปด้วย เทศบาลเคยปรึกษาไปเรื่องโครงการคุ้มครองผู้บริโภค กับการคุมกำเนิดสุนัข ได้คำตอบด้วยวาจาว่า ไม่เข้าหลักเกณฑ์ แต่ก็ไม่มีหนังสือตอบมาจนบัดนี้" (นายก.เทศบาล ทน/น1)

4.3 กองทุนฯ ของเทศบาล มีแนวโน้มที่จะให้บทบาทแก่ชุมชนในการเสนอโครงการมากขึ้น

จุดเด่นของกองทุนฯ ระดับเทศบาล คือ การที่ชุมชนมีบทบาทเป็นผู้เสนอโครงการเอง แม้ว่าจะเป็นส่วนน้อยแต่ก็มีแนวโน้มที่มากขึ้น โดยมากจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเทศบาลเป็นที่ปรึกษา โครงการส่วนใหญ่ถูกเสนอโดยกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มงานสิ่งแวดล้อมของเทศบาล และส่วนน้อยเป็นโครงการที่เสนอโดยสถานีนอามัย หรือกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล

ผู้บริหารท้องถิ่น เริ่มเห็นว่า กองทุนควรให้โอกาสแก่ชุมชนได้เงินไปจัดทำโครงการของตัวเอง เพราะเห็นว่างานส่งเสริมป้องกันเป็นงานที่ใกล้ชิดประชาชนได้มากที่สุด ซึ่งก็น่าจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อความนิยมทางการเมือง การสร้างเครือข่าย อสม. และประโยชน์ต่อชุมชนเอง ผู้บริหารจึงเรียนรู้ที่จะสนับสนุนชุมชนให้เขียนโครงการ หรือช่วยกำหนดโครงการให้ทุกชุมชนทำร่วมกัน ในอีกด้านหนึ่ง ผู้แทนชุมชนมักจะพยายามปกป้องโครงการของตัวเอง คล้ายกับการต่อรองผลประโยชน์ อย่างไรก็ตาม พบว่ายังไม่มีกองทุนใดที่มีการประเมินผลโครงการอย่างจริงจัง

ตัวอย่างนายกฯ ทน/น1 แจ้งในที่ประชุมให้ชุมชนในเขตเทศบาลทั้ง 63 แห่ง เสนอโครงการใช้เลือดออกรวม 70 โครงการในปี 2552

"ในการประชุมนายกจะแจ้งวงเงิน แล้วหารให้แต่ละชุมชน โดยชุมชนต้องไปทำโครงการมาเสนอ การพิจารณาใช้งบประมาณ หากเป็นเงินกองทุนให้ใช้กับชุมชน ส่วนงบอื่นใช้กับงานนอกชุมชน" (นายก. เทศบาล ทน/น1)

"งานส่งเสริมป้องกัน เป็นงานของท้องถิ่นซึ่งใกล้ชิดกับชุมชนมากกว่า รพ. และทำให้ อสม. ได้รับเงินเพิ่มจากการออกเยี่ยมบ้าน ไปช่วยกระตุ้นการออกกำลังกาย และดูแลโภชนาการ นอกจากนั้นเงินจากกองทุนเป็นการเพิ่มบทำให้สามารถทำงานป้องกันโรคได้ครอบคลุมทุกพื้นที่" (รองนายก ทน/น1)

"โครงการใช้เลือดออกเดิมทำได้ไม่ครอบคลุม เมื่อมีเงินกองทุนก็ทำปุพรม ศูนย์ทำในเขตชุมชน ทำให้ได้งานครอบคลุมทุกพื้นที่" (รองนายก ทน/น1)

"มีบางโครงการไม่สามารถตรวจสอบ และวัดผลได้ เมื่อสิ้นปีประเมินแล้วเห็นว่าไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การซื้อเครื่องออกกำลังกาย วางทิ้งไว้" (นายก. เทศบาล ทน/น1)

"ผู้นำชุมชนบางแห่ง ไม่ยอมให้อนุกรรมการไปตัดโครงการ เพราะถือว่าเป็นโครงการของชุมชน แต่ก็คุยกันและเพลาลง"

4.4 ความพร้อมของชุมชน

แนวคิดการสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินงานด้วยตนเอง เป็นแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ที่ดีและถูกต้อง และต้องอาศัยความรู้ด้านวิชาการด้วยจึงสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีและเหมาะสม แต่จากข้อมูลพบว่า ชุมชนหลายแห่งยังขาดความพร้อม เช่น มักเขียนโครงการลอยๆ หรือใช้วิธีคัดลอกโครงการโดยไม่เข้าใจปัญหาดีพอ มีความขัดแย้งภายในชุมชน ขาดการติดตามประเมินผลโครงการ ฯลฯ ความไม่พร้อมเหล่านี้ เทศบาลทุกแห่งตระหนักดี หลายแห่งจึงพยายามแก้ไข โดยจัดการฝึกอบรม เชิญวิทยากรบรรยาย

"ปีแรก ชุมชนยังเขียนโครงการไม่เป็น จนท.ศูนย์เทศบาลช่วยเขียนให้ แล้วเสนอคณะอนุกรรมการ ต่อมาได้เชิญอาจารย์มาสอนการเขียนโครงการให้กับชุมชนก็ดีขึ้น" (รองนายก ทน/น1)

"ในปีแรกใช้เงินกองทุนสะเปะสะปะ โครงการในส่วนของชุมชนมีน้อย เขียนโครงการไม่เป็น ใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วย การเบิกจ่ายเงินชาวบ้านไม่ทราบ ปีนี้ดีขึ้น ชาวบ้านเข้าใจมากขึ้น" (นายก. เทศบาล ทน/น1)

"ปัญหาที่ผ่านมา คือ ขาดความชัดเจนของการใช้จ่ายเงินกองทุน เพราะชุมชนอยากทำอะไรง่าย ๆ ได้เงินแบบไม่ต้องยุ่งยาก ใจจริงไม่อยากจะขัดแย้งกับชุมชนเรื่องเสนอโครงการ แต่มีบางส่วนน้อยที่อนุกรรมการไม่เห็นด้วยกับบางโครงการ เทศบาลเองไม่อยากจะขัดแย้งกับชุมชน" (รองปลัดเทศบาล ทน/น1)

"โครงการที่แต่ละชุมชนเขียนมา บางครั้งลอกมาเหมือนๆ กัน หรือเขียนเรื่องเดียวกัน แต่ของบต่างกันเป็นหมื่นเป็นแสนก็มี" (นายก.เทศบาล ทน/น1)

"เคยบอกให้ชุมชนสำรวจข้อมูลสุขภาพก่อนทำโครงการ จะได้รู้ว่าต้องทำจริงๆ เท่าไร ไม่ใช่เขียนมาลอยๆ" (นายก.เทศบาล ทน/น1)

“การทำงานยังขึ้นกับประธานชุมชนค่อนข้างมาก โดยเฉพาะหากชุมชนเกิดขัดแย้งกัน บางชุมชนพอเปลี่ยนหัว ผู้เสนอโครงการ 3 คนเดิมก็เปลี่ยนเป็นคนอื่น ก็จะไปทำอย่างอื่น แต่ก่อนผู้นำชุมชนเปลี่ยนไม่เยอะ แต่ปี 52 เปลี่ยนค่อนข้างมาก” (นวก.เทศบาล ทน/น1)

“ผู้นำชุมชนบางแห่ง ไม่ยอมให้อนุกรรมการไปตัดโครงการของตัวเอง เพราะถือว่าเป็นโครงการของชุมชน แต่ก็คุยกันและให้เปล่าๆ ลง” (ปลัดเทศบาล ทน/ก1)

“เมื่อมีกองทุนฯ เขาก็จะไม่ทำในสิ่งที่เขาเคยทำ เขาจะทำในสิ่งอื่น ทั้งๆ ที่ในฐานะที่เราเป็นนักวิชาการ คิดว่าตรงนี้สามารถแก้ไขปัญหาก็ได้จริง” (พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม น1)

4.5 บทบาทของข้าราชการส่วนท้องถิ่น

ฝ่ายข้าราชการส่วนท้องถิ่น เช่น ปลัด/รองปลัดเทศบาล ผอ.สำนัก/กอง จะมีบทบาทในการดำเนินงานกองทุนค่อนข้างมาก เนื่องจากมีประสบการณ์และความรอบคอบในการปฏิบัติราชการ การบริหารกองทุนจึงดูเป็นระบบมากขึ้น แต่ก็เต็มไปด้วยกฎเกณฑ์และลำดับชั้นสายบังคับบัญชา ตั้งแต่การดำเนินการประชุมคณะกรรมการ การจัดระเบียบวาระการมอบหมายอนุกรรมการและคณะทำงานรองรับ รวมทั้งการออกระเบียบปฏิบัติ เป็นต้น

กล่องข้อความที่ 1 สารการประจวบคณกรรมการบริหารกองทุน ทน/น1 ประกอบด้วย

1. พิจารณานโยบายโครงการ ซึ่งผ่านการกลั่นกรองจากอนุกรรมการ ที่ประชุมมีการคัดทอน ปรับลด เพิ่มวงเงินโดยนายกเป็นผู้ตัดสินใจขาด
2. พิจารณาเกณฑ์ค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายอบรม ฯลฯ
3. รายงานสถานการณสุขภาพในชุมชน เช่น ใช้เลือดออก
4. รายงานความก้าวหน้าของกองทุน เช่น บัญชีรับจ่ายเงิน
5. นำปัญหามาปรึกษาหารือ

“กองทุนยังไม่ค่อยมีระเบียบรองรับ ทำกันง่ายๆ แต่ตนไม่ยอม บอกคุณ ... ว่าเราต้องทำทุกอย่างให้เป็นระเบียบเมื่อวันหน้ามีใครมาตรวจสอบ” (ปลัดเทศบาล ทน/น1)

“หากเป็นโครงการหมวด 1 คุณ ... จะเป็นผู้เขียนโครงการเองในนามฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ส่วนหมวด 2 ผู้เสนอจะเป็นศูนย์บริการฯ กับ PCU รพ. ส่วนหมวด 3 ชุมชนเป็นผู้เสนอ” (นวก.เทศบาล ทน/น1)

จุดอ่อนของข้าราชการส่วนท้องถิ่น คือ มักจะมีการโยกย้ายกันบ่อย เป็นเหตุให้การบริหารจัดการกองทุนฯ หยุดชะงักบ่อย แม้ในส่วนของฝ่ายข้าราชการการเมืองก็เช่นกัน การเลือกตั้งแต่ละครั้งย่อมส่งผลให้การบริหารกองทุนต้องล่าช้าออกไป เพื่อรอนายกคนใหม่ ที่ผ่านมามีพบว่า วิธีการบริหารจัดการกองทุนโดยส่วนใหญ่มาจากความเห็นของตัวบุคคล คือ นายกเทศมนตรีเป็นหลัก ผู้ปฏิบัติมักไม่กล้าโต้แย้งหรือแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม

“ในปี 2551 เมื่อโครงการผ่านจะโอนงบไปให้ชุมชน เมื่อทำแล้ว 15 วัน ฝ่ายจะติดตามจากศูนย์เพื่อขอรายงานความก้าวหน้า แต่ขณะนี้ (สัมภาษณ์ พค. 2552) เพิ่งได้มา 4 โครงการ” (นวก.เทศบาล ทน/น1)

4.6 การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

เท่าที่ประเมินจากตัวอย่างเทศบาลขนาดใหญ่ 8 แห่ง ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบ หรือยังไม่ดำเนินการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แม้ว่าจะผ่านการอบรมมาบ้าง แต่ก็ไม่สามารถนำกระบวนการมาปรับใช้ เพราะยังไม่เข้าใจ และรู้สึกเป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน มีเพียงจังหวัด ต.1 เท่านั้นที่ผู้บริหารเห็นว่า การนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ ช่วยทำให้ความขัดแย้งระหว่างเทศบาลและกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล คลี่คลายไปทางที่ดีขึ้น เนื่องจากต่างฝ่ายต่างเข้าใจเป้าหมายและทิศทางการทำงาน ตลอดจนบทบาทการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

แม้กองทุนจะมีจุดเด่นในด้านบุคลากร แต่ในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์นั้น ผู้ที่ผ่านการอบรมของเทศบาลมักสะท้อนปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนเกินไป ซึ่งทำให้ไม่เข้าใจกระบวนการ

"แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เทศบาลได้ทำแล้ว เติ่งเสร็จเมื่อ เมษ.52 จึงยังไม่ได้ใช้"

"ผ่านการอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์ 3 วัน กลับมา ทำไม่ได้เพราะยุ่งยากและซับซ้อนมาก ต้องอบรมซ้ำอีก 1-2 ครั้ง ชาวบ้านคิดไม่ทัน หมอคิดไปก่อนแล้ว" (สมาชิกสภาเทศบาล ทม/ก1-1)

"แผนยุทธศาสตร์มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก การอบรมเพียง 1-2 ครั้ง ผู้เข้าอบรมยังไม่มีเวลาเข้าใจถึงขั้นจัดทำได้เอง ยังต้องการสนับสนุนเรื่องการจัดทำแผนอย่างจริงจัง คือ ให้ปฏิบัติจริงและมีผู้มาตรวจสอบให้คำแนะนำอยู่เรื่อยๆ" (ประธาน อสม. ทม/น3-1)

4.7 การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

กองทุนฯ มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอยู่บ้าง ส่วนใหญ่จะติดตามเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณเท่านั้น แต่บางแห่งก็มีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง บางแห่งพยายามลดทอนความซ้ำซ้อนของโครงการที่คล้ายคลึงกัน ด้วยการบูรรวมโครงการเข้าด้วยกัน ในกองทุนที่มีการประเมินผล พบว่าเป็นบทบาทของนักวิชาการที่มีความสนใจและกระตือรือร้นจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ดังเช่น พยาบาลของ PCU ของ รพ.ต1 ส่วนการนิเทศงานและประเมินภาพรวมเป็นหน้าที่ สปสช. และ สสจ. ดำเนินการ

"โครงการที่แยกย่อยจะรวมเป็นหนึ่งเพื่อบริหารงบประมาณได้เพียงพอ กล่าวคือโครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย มี 3 โครงการ แต่ละโครงการได้รับงบประมาณจำนวนหนึ่งสำหรับจ้างครูฝึก/ผู้นำการออกกำลังกาย สามารถทำได้ สัปดาห์ละ 3 วัน แต่ไม่ครบทั้งปี แก้ไขให้สมาชิกจ่ายเงินครั้งละ 10 บาท/คน ก็ยังไม่พอ จึงเสนอให้รวมทั้ง 3 โครงการ เป็นหนึ่ง เพื่อนำเงินมารวมกัน ทำให้สามารถจ้างครูฝึกได้ครบทั้งปี แต่อาจมีปัญหาว่าการเดินทางมาออกกำลังกายของสมาชิกนั้นไม่สะดวกสำหรับคนบ้านไกล" (ทม/ก1-1)

"การประเมินจะดูปัญหาอุปสรรค และข้อแก้ไข และกลับมาวางแผนใหม่ ปี 2551 ได้ประเมินด้วยการออกนิเทศ 1 ครั้ง เร็วๆ นี้ สปสช. ออกแบบเครื่องมือประเมิน [ดูบทที่ 7] รู้สึกว่าของเทศบาลได้ผ่านหมด ยกเว้นเรื่องการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์" (พยาบาล รพ.ต1)

"การประเมินผลต้องการเน้นผลลัพธ์ความสำเร็จ จุดแข็งจุดอ่อน ผลการประเมินพบปัญหาเรื่องการใช้เงินกองทุนเป็นคำตอบแทน อสม. มากไป เช่น ปี 51 ใช้ถึง 45% ของงบทั้งหมด โครงการมีปัญหาซ้ำซ้อนกันระหว่างงานของ PCU ซึ่งทำตามหลักเกณฑ์กระทรวง กับโครงการที่ชุมชนเสนอ เพราะโครงการของ PCU ก็ยังทำเหมือนเดิม แต่ชุมชนจะสะท้อนปัญหาได้ดีกว่า เพราะไม่ติดเรื่องตัวชี้วัด" (พยาบาล รพ.ต1)

"คิดว่าทางสาธารณสุขยังยึดความคิดแบบเดิม เช่น นับจำนวนคัดกรองเป็นครั้ง ยึดแต่ยอดครั้ง ไม่ใช่อยอดคน" (พยาบาล PCU รพ.ต1)

5) บทบาทและความสัมพันธ์ระหว่าง อปท. สถานบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกองทุนฯ

ข้อมูล

บทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างเทศบาลกับโรงพยาบาลที่มีมาแต่ดั้งเดิม จะเป็นตัวแปรที่สำคัญ ในบางแห่งมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากความสัมพันธ์ที่ดีอยู่เดิม เช่น มีเจ้าหน้าที่ของฝ่ายเวชกรรมสังคมย้ายไปอยู่เทศบาล หรือการที่ฝ่าย รพ. ส่งเจ้าหน้าที่ไปช่วยทำงาน เนื่องด้วยเทศบาลบางแห่งมีเจ้าหน้าที่น้อย แต่พื้นที่รับผิดชอบกว้าง เช่น เทศบาล

ทม/ก1-1

"บทบาทของงานส่งเสริมป้องกันน่าจะเป็นของเทศบาล แต่ดูแล้วเขาทำไม่ไหว มีเจ้าหน้าที่ส่งเสริม 4 คน ป้องกันโรค 2 คน รพ. จึงต้องเข้าไปช่วยร่วมกับเทศบาล เช่น เยี่ยมบ้าน ตรวจหลังคลอด มองว่าปัญหาขณะนี้เป็นเรื่องป้องกันโรค ใช้เลือดออกกระปาดทุกปี และยังคงคุมไม่ได้ ปี 51 เงินมาช้า จึงไม่ได้เขียนโครงการใหม่ ใช้โครงการที่มีอยู่" (ผอ.รพ.ทม/ก1-1)

โดยทั่วไป การบริหารกองทุน สำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาลนครและเทศบาลเมืองจะเป็นผู้ดำเนินการเองในฐานะเลขานุการ โดยงบประมาณหนึ่งจะจัดสรรให้แต่ละชุมชนในเขตเทศบาล และอีกส่วนหนึ่งมอบให้สำนัก/กองสาธารณสุขเป็นผู้เสนอโครงการขึ้นมา เสมือนหนึ่งเป็นแผนงานประจำของเทศบาล เนื่องจากเทศบาลขนาดใหญ่จะมีกลุ่มงานสาธารณสุขของตนเอง จึงมีความพร้อม ไม่จำเป็นต้องพึ่งหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าในเขตเมืองจะมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของ รพศ./รพท. ซึ่งเคยร่วมกับเทศบาลรับผิดชอบงานสาธารณสุขในเขตเมืองมาก่อนก็ตาม ภายหลังจัดตั้งกองทุน งบ PP community ที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมเคยได้รับ จึงถูกโอนไปยังกองทุนเทศบาล เป็นที่สังเกตว่า โครงการที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมเสนอนั้น มักจะได้รับงบประมาณสนับสนุนก็น้อยกว่าเดิม

"ในส่วนของงานเวชกรรมฯ นี้ ในปีแรกได้เขียนโครงการไปเพื่อขออนุมัติ 27 โครงการ ในวงเงิน 2 ล้านบาท ได้รับการสนับสนุนเพียง 7 โครงการ เป็นเงิน 76,165 บาท เนื่องจากเป็นโครงการที่ซ้ำซ้อนกับเทศบาลมาก แต่จากการตรวจสอบอีกครั้งก็ไม่เห็นมีอะไรซ้ำซ้อน" (พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม น1)

"ตนเองจะเป็นผู้แสดงความคิดเห็นมากที่สุดในการประชุมคณะกรรมการบริหารฯ เพราะเป็นผู้ comment โครงการที่เสนอของงบประมาณจากกองทุนฯ เป็นส่วนใหญ่ ที่ประชุมก็รับฟังความคิดเห็นของตนเองดี" (พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม น1)

"ก่อนที่จะมีกองทุนฯ เคยใช้งบ PP com ให้ อสม. สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ชื้อทรายอะเบท ฯลฯ หลังจากมีกองทุนจึงต้องไปกระตุ้นให้ชุมชนเขียนโครงการขอรับการสนับสนุน และไปประสานงานกับเทศบาลว่าต้องทำโครงการประเภทนี้ แต่ถ้าชุมชนไม่ทำ ก็ไปบังคับอะไรไม่ได้ เมื่อมีกองทุนฯ เขาก็จะไม่ทำในสิ่งที่เขาเคยทำ เขาจะทำในสิ่งอื่น" (พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม น1)

"ได้รับความร่วมมือจากชุมชนและ อสม. ดีมาก สังเกตจากการที่โครงการส่วนใหญ่มาจากชุมชน อสม. และครูในโรงเรียน" (ผอ.กองสาธารณสุข ทม/ก2-1)

กรณีตัวอย่าง เทศบาล ทม/อ4-1

ความสัมพันธ์ระหว่างเทศบาล โรงพยาบาล และ สสอ. ร่วมมือกันอย่างดี นายกฯ ให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุข ส่วนหนึ่งเป็นผลจากภรรยาเคยทำงานอยู่ในโรงพยาบาลมานาน และเพิ่งย้ายเป็นหัวหน้าศูนย์บริการของเทศบาล จึงมีความคุ้นเคยเป็นการส่วนตัวด้วย

ทีมโรงพยาบาลยังช่วยเหลือโครงการต่างๆ ของเทศบาล เช่น วันจันทร์ตรวจเยี่ยมบ้าน พุทธและศุภกรช่วยตรวจเบาหวาน และหากเทศบาลขอความช่วยเหลือมา ทางโรงพยาบาลก็สนับสนุน

"โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานของกองทุน และเป็นทีปรึกษาช่วยพิจารณาโครงการว่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขหรือไม่ รวมถึงการประสานงานเรื่องข้อมูล รถ บุคลากรในการดำเนินโครงการ" (กรรมการกองทุน อ4-1)

วิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างเทศบาล กับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล

ข้อมูลจากการศึกษา พบว่าความสัมพันธ์มีหลายลักษณะ เช่น ปัญหาความไม่เข้าใจกันในปีแรกระหว่างเทศบาล ผู้รับผิดชอบกองทุน กับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลประจำจังหวัด 1 แห่ง (ทพ/ต1-1) การบริหารกองทุน บางแห่ง (ทพ/อ3-1, ทม/ก1-1) ให้ประโยชน์แก่เทศบาลฝ่ายเดียว โดยชุมชนหรือฝ่ายสาธารณสุขไม่มีส่วนร่วม ซึ่งเหตุที่ไม่มีความขัดแย้งเพราะฝ่ายโรงพยาบาลเข้าใจสถานการณ์และยินดีช่วยสนับสนุน ในขณะที่บางกองทุนมีความร่วมมือค่อนข้างดีระหว่างเทศบาลกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม หรือสถานีนามัยในพื้นที่ แม้ว่าชุมชนก็ยังมีส่วนร่วมในการเสนอโครงการไม่มากนัก (ทม/น2-1, ทม/น3-1)

ที่ผ่านมาในอดีต งานสาธารณสุขเขตเมืองถูกละเลยมานาน รูปแบบการบริหารงานสาธารณสุขในเขตเมือง จะเริ่มเปลี่ยนแปลงไปอยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาลมากขึ้น บทบาทของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปจะมีใช้ผู้ให้บริการหลักในเขตพื้นที่เมืองอีกต่อไป แต่น่าจะเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการให้แก่เทศบาล รวมทั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ และชุมชน ซึ่งระยะเปลี่ยนผ่านขณะนี้ หน่วยงานทั้งสองอาจไม่เข้าใจบทบาทของตัวเองดีพอ ฝ่ายหนึ่งเทศบาลบริหารบที่ได้อาใหม่ด้วยแนวทางของตนเอง ขณะที่เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมอยู่บ้าง ส่วนอีกฝ่ายหนึ่งกลุ่มงานเวชกรรมสังคมฯ ถูกลดบทบาทการจัดบริการ และมีบทบาทในกองทุนฯ น้อยลง จึงต้องปรับตัวไปทำหน้าที่กระตุ้นให้ชุมชนเขียนโครงการของบกองทุน

6. ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง

6.1 การบริหารงานของกองทุน อปท. และชุมชน

ความเห็นต่อการดำเนินงานกองทุน

1. ผู้บริหารเทศบาลทุกแห่งต่างเห็นด้วยกับการจัดตั้งกองทุนสุขภาพอย่างมาก มองว่าประชาชนได้ประโยชน์ ต้องเน้นการส่งเสริมป้องกัน เป็นการฝึกให้ประชาชนแก้ปัญหาโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอโครงการและมีงบประมาณให้บ้าง มิใช่เจ้าหน้าที่เป็นผู้กำหนดให้ดังเช่นในอดีต เป็นการเสริมการทำงานของราชการ รวมทั้งมองว่าวิธีการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนมีความคล่องตัวมากกว่างบประมาณของเทศบาล โดยไม่ต้องผ่านระเบียบจัดซื้อที่ยุ่งยาก แต่บางแห่งก็ยังกังวลเรื่องระเบียบการใช้จ่าย

"เห็นด้วย อยากให้ สปสช. เผยแพร่ตัวอย่างดีๆ" (นายก ทม/ก1-1)

"กองทุนดี ประชาชนสนใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเขาเอง แต่เราต้องเน้นการป้องกัน คือ ทำอย่างไรให้คนได้ออกกำลังกาย และการกินที่ถูกสุขลักษณะ" (นายก ทน/น1-1)

"กองทุนเข้ามาเสริมได้มาก เพราะได้งบประมาณ เทศบาลเองก็มีโอกาสได้ดูแลเรื่องสาธารณสุขมากขึ้น ได้เรียนรู้การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขด้วยตนเอง ประชาชนก็มีส่วนร่วมมากขึ้น สร้างความพึงพอใจ" (จนท.รพ.และ สอ.อ4-1)

"งานกองทุนเป็นเรื่องของการกระจายรายได้ และอิงสุขภาพ" (รองนายก ทน/น1-1)

"เห็นด้วยกับการมีกองทุน ทำให้ประชาชนสามารถเสนอโครงการแก้ปัญหาของชุมชนได้" (นายก ทพ/ต1-1)

"ชอบโครงการหลักประกันที่มีเงินให้ชุมชนมีโอกาสคิดและทำงานเอง มองว่าเป็นวิธีการที่ดีมากๆ" (รองปลัดเทศบาล ทน/น1-1)

"เงินกองทุนถือเป็นการสมทบการทำงานเพิ่มเติม ถือว่าเป็นกำไร งานสาธารณสุขเป็นอะไรที่เราก็กทำอยู่แล้ว และเงินส่วนนี้สามารถนำมาใช้ให้เกิดนวัตกรรมได้ (หน.กลุ่มป้องกันควบคุมโรค ทน/อ1-1)

"การใช้จ่ายงบกองทุนมีความคล่องตัวมากกว่าเงินงบประมาณของเทศบาลและเงินของราชการ" (ผอ.กองสาธารณสุข ทม/น3-1)

"ดีที่มีกองทุนสนับสนุน มีเงินเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าไม่มี เราก็กทำได้ เพราะเงิน สปสช. ใช้อยาก ยุ่งยากในการรายงานเงินกองทุนส่วนใหญ่นำมาใช้กับงานรื้อฟื้น มากกว่างานเร่งด่วน เพราะเงินกองทุนใช้ง่าย ไม่ต้องผ่านพัสดุกลาง" (ทน/อ3-1)

2. ผู้บริหารเทศบาลบางส่วนจะมีความคับข้องใจต่อรายการที่ห้ามจ่ายเงินกองทุน เช่น จัดซื้อของเย็บบ้าน ผู้ป่วย ชื่อครูภัณฑ์ ศึกษาดูงาน ฯลฯ จึงต้องการให้ สปสช. วางกรอบงานให้ชัด นอกจากนี้ มีความเห็นต่อเรื่องการบริหารจัดการกองทุนซึ่งเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของการใช้งบกองทุนว่า ไม่จำเป็นต้องใช้ให้หมดในแต่ละปี ควรอนุญาตให้กองทุนเก็บสะสมเงินเหลือจ่ายได้

"อยากให้ สปสช. ออกระเบียบการใช้จ่ายเงินให้ชัดเจน" (ประธาน อสม. เทศบาล ทม/น3-1)

"ควรพิจารณาทบทวนตัวชี้วัดประสิทธิภาพของการใช้งบกองทุน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหลัก ที่พยายามใช้เงินให้หมดเหมือนตำน้ำพริกละลายแม่น้ำ" (นักวิชาการเทศบาล ทม/ก1-1)

"งบกองทุนควรใช้เพื่อประโยชน์ของประชาชน ทำงานตามปัญหา ไม่จำเป็นต้องใช้งบแต่ละปีให้หมดไป แต่เงินกองทุนจะใช้อย่างไร ไม่ขัดข้อง ไม่ต้องรีบใช้ก็ได้ รอทำโครงการใหญ่ที่จำเป็นดีกว่า มีตัวอย่างจากกองทุนที่ใช้หมดแล้วไม่มีเงินทำงาน" (ผอ.รพ.ก1-1)

3. การบริหารจัดการกองทุน เป็นที่สังเกตว่า ความคิดเห็นเรื่องนี้สะท้อนจากนักวิชาการของหน่วยบริการฯ และผู้แทน อสม. บางส่วน ซึ่งถ่ายทอดความเห็นค่อนข้างตรงไปตรงมา มีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง ดังเช่น

"งบส่งเสริมป้องกันมีหลายก้อน ทำให้ยุ่งยากในการบริหารจัดการ ไม่เกิดความสามัคคี สำหรับกองทุนนั้นทฤษฎีดี แต่บริหารจัดการไม่ดี" (พยาบาล PCU รพ.ต1)

"การประเมินที่ผ่านมามีปัญหาเรื่องการใช้เงินกองทุนเป็นคำตอบแทน อสม. มากไป เช่น ปี 51 ใช้ถึง 45% ของงบทั้งหมด โครงการมีปัญหาซ้ำซ้อนกันระหว่างงานของ PCU ซึ่งจะทำตามกรอบของกระทรวง กับโครงการของชุมชนซึ่งสะท้อนปัญหาได้ดีกว่า การพิจารณาถ่วงถ่วงโครงการของคณะกรรมการหรืออนุกรรมการ ส่วนใหญ่ปล่อยให้ผ่านเพราะไม่อยากขัดแย้ง บาง PCU เสนอโครงการด้วยการดูงบรายหัวมาให้เลย" (พยาบาล PCU รพ.ต1)

"งานกองทุนหากทำได้ดี จะเป็นฐานเสียงที่ดีทางการเมือง ... งานสาธารณสุขทำให้ตนเองได้เรียนรู้ว่า การทำโครงการด้านสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องอาศัยการมองปัญหาที่เกิดขึ้นจริงกับประชาชน" (ประธาน อสม. ทม/น3-1)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเอกสารรายงานผลการประเมินผลภายในของกองทุน ทน/ต1-1 พบว่า มีการประเมินหลายโครงการ แต่ไม่ทราบว่าได้ประเมินทุกโครงการหรือไม่ มากน้อยเพียงใด การประเมินแต่ละโครงการจะระบุปัญหาและข้อเสนอแนะเป็นข้อๆ วิธีการเก็บข้อมูลมีลักษณะคล้ายกับการใช้วิธีสอบถามความคิดเห็น ซึ่งส่วนใหญ่ที่ตอบเป็นความเห็นกว้างๆ ไม่เจาะจง

6.2 บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุข (สสจ. สสอ. รพช.)

ข้อมูล

"นพ.สสจ. มีทัศนคติที่ดีต่อกองทุนและไม่มีปัญหาในการประสานงานกับท้องถิ่น สสจ. เห็นว่าระบบการตรวจสอบและติดตามประเมินผลยังเป็นจุดอ่อนของนโยบายดังกล่าว แต่ สสจ. ก็ไม่มีกำลังพอที่จะดำเนินการเอง ต้อง

อาศัยนายอำเภอและ สสอ. เป็นกรรมการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ ยังเห็นว่าจะต้องมีการพัฒนาผู้นำท้องถิ่นและข้าราชการประจำที่มีบทบาทสำคัญของท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง" (ทมท/3-1)

"โครงการของ PCU จะทำตามหลักเกณฑ์กระทรวง ซึ่งยึดความคิดแบบเดิม เช่น นับจำนวนคัดกรองเป็นครั้ง ยึดแต่ยอดครั้ง ไม่ใช่ยอดคน เปรียบเทียบกับโครงการที่ชุมชนเสนอจะสะท้อนปัญหาได้ดีกว่า เพราะไม่ติดเรื่องตัวชี้วัด" (พยาบาล PCU รพ.ต1)

"งานสาธารณสุขเป็นการทำงานร่วมกัน บทบาทของ รพศ. เป็นการสนับสนุน สอ. ไปเสริมส่วนขาดของเขา แต่เพราะเราอยู่มานาน เลยยึดเป็นพื้นที่เรา" (ผอ.รพ.ต1)

"เห็นว่า โรงพยาบาลไม่ค่อยทำงานสร้างเสริมสุขภาพเท่าไร ถ้าหักงบประมาณส่วนของโรงพยาบาลที่ได้รับจาก สปสช. มาให้เทศบาล คิดว่าน่าจะทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้ดีกว่านี้" (หน.ศูนย์บริการสาธารณสุข ทม/อ4-1)

"การอนุมัติโครงการของโรงพยาบาล ยากกว่าการเสนอโครงการให้กองทุนอนุมัติ ส่วนการเสนอโครงการที่ไม่ได้อยู่ในแผนของเทศบาลมาตั้งแต่ต้น การทำงานมักจะติดขัด ก็สามารถนำเข้ามาเสนอในกองทุนได้เลย งบประมาณคล่องตัว ไม่ต้องผ่านสภา" (หน.ศูนย์บริการเทศบาล อ4-1)

"บทบาทของ สสจ. มีในเรื่องการประสานงาน เป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดโครงการ จัดอบรม ติดตามรายงานผลการดำเนินงาน การประสานงานระหว่าง สสจ. กับเทศบาล จะเป็นการติดต่อประสานงานกันโดยตรง" (นักวิชาการ อ4-1)

บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขจะเปลี่ยนแปลงอย่างไรภายใต้บริบทของการบริหารจัดการงานส่งเสริมป้องกันที่ท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนดำเนินการมากขึ้น กรณีงานสาธารณสุขเขตเมืองเป็นตัวอย่างที่น่าสนใจ เนื่องจากเทศบาลมีแนวโน้มจะมีบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น ทั้งการจัดบริการ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นผลให้ลักษณะงานของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลต้องปรับตัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การพัฒนาความร่วมมือระหว่างสาธารณสุขกับ อปท. จะเป็นเรื่องสำคัญในอนาคต

จะเห็นว่า หน่วยงานสาธารณสุขน่าจะมีศักยภาพและบทบาทในด้านวิชาการ และมีส่วนสนับสนุนการทำงานของท้องถิ่นและชุมชนได้มาก ดังเช่นแนวคิดเชิงวิเคราะห์ของพยาบาลในหน่วยปฐมภูมิที่สะท้อนจุดอ่อนจุดแข็งของฝ่ายสาธารณสุขกับชุมชนได้อย่างดี

6.3 บทบาทของ สปสช. (ส่วนกลางและ สปสช.เขตพื้นที่)

ข้อมูล

บทบาทของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ ถูกหยิบยกเป็นประเด็นค่อนข้างบ่อย

1. ปัญหาการปรับความเข้าใจในหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารงานกองทุน

ผู้บริหารท้องถิ่นและผู้รับผิดชอบงานกองทุนของเทศบาล มักมีปัญหาคิดไม่เข้าใจในระเบียบกฎเกณฑ์ โดยเฉพาะการใช้จ่ายเงินกองทุนเพื่อจัดซื้อครุภัณฑ์และสิ่งของต่างๆ อีกทั้งต้องการให้ สปสช. ตอบข้อหารือต่างๆ ให้ชัดเจนกว่าที่เป็นอยู่ รวมทั้งการกำหนดให้นายกฯ เป็นประธานกรรมการ อาจทำให้การดำเนินงานกองทุนล่าช้าได้ถ้าหากนายกฯ ไม่มีเวลา

"สปสช.เขต เคยเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการ โดยได้เสนอแนวคิดและช่วยให้ข้อสังเกตการบริหารกองทุนให้ถูกต้องตามระเบียบ ตัวอย่างเช่น เครื่องออกกำลังกาย ต้องมีการบันทึกประวัติ และมีแสดงผลลัพธ์ได้" (นายก ทมท/1-1)

"สปสช. มาชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน/โครงการ ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการตรวจสอบจาก สปสช." (รองนายก ทมท/1-1)

“เทศบาลมีปัญหาว่า หลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนดกว้างไป อยากให้แคบและชัดเจนกว่านี้ พอเราสอบถามไป สปสช. ก็ได้คำตอบอย่างกว้างๆ รู้สึกเหมือนว่า สปสช. ก็กลัวความผิด เราอยากให้ สปสช. ตอบเป็นลายลักษณ์อักษร” (รองปลัดเทศบาล ทน/น1)

“สปสช. กลางควรมีคณะกรรมการที่บอกว่า อะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ หรือระบุให้ชัดเจนไปเลย เทศบาลจะได้ ปฏิบัติได้ถูก” (รองปลัดเทศบาล ทน/น1)

2. ปัญหาการจัดส่งข้อมูลรายงาน

พบว่า ผู้ปฏิบัติในกองทุนหลายแห่งสะท้อนปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการรายงานผลการดำเนินงานและรายงาน การเงิน ทางระบบออนไลน์ เช่น การโหลดโปรแกรมช้า และผิดพลาดบ่อย

“สปสช. ให้กรอกโครงการและผลดำเนินงานรายไตรมาส ใน website แต่มีปัญหาเรื่องระบบ” (นวก.เทศบาล ทน/น1-1)

“มีปัญหาการเขียนโครงการต้องใช้รูปแบบของ สปสช. กำหนด เพื่อให้บันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้ เป็น เรื่องที่ยุ่งยาก” (ทน/ต1-1)

“เอกสารที่ต้องรวบรวมและรายงานผล มีหลายขั้นตอน ยุ่งยาก ซับซ้อน เป็นการเพิ่มภาระ” (ทน/อ3-1)

3. ปัญหาการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

ข้อมูลจากกองทุนทุกแห่งตรงกันว่า ยังไม่เข้าใจในเรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ แม้จะได้ผ่านการอบรมมาแล้ว

“ศูนย์ (สปสช.เขตพื้นที่) ได้จัดอบรมผู้แทนชุมชน 2 รุ่นๆ ละ 2 วัน เรื่องการเขียนโครงการ และแผนชุมชนและ แผนที่ยุทธศาสตร์” (นวก.เทศบาล ทน/น1-1)

2. การดำเนินงานของกองทุน

- ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้แทนชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้ง ผอ.รพ.มาบตาพุด มีความเห็นเชิง บวกต่อกองทุน ส่วนใหญ่เห็นว่า กองทุนจะเปิดโอกาสให้ชุมชนได้แก้ปัญหาสุขภาพตามความต้องการ ของตนเองได้
- กองทุนทั้ง 3 แห่งมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ เฉลี่ยปีละ 3-4 ครั้ง และส่วนใหญ่ปี 2552 เพิ่งเริ่มประชุม ไปครั้งเดียว (มาบตาพุด)
- ประสพการณ์การใช้จ่ายเงินกองทุนอื่นที่มีอยู่ในพื้นที่ (มาบตาพุด) เป็นลักษณะเร่งการใช้จ่ายเงินให้หมดไป เป็นปีๆ ไม่สามารถวางแผนต่อเนื่องระยะยาว นอกจากการทำซ้ำๆ เป็นประจำทุกปี
- มีปัญหาการใช้จ่ายเงินกองทุนล่าช้า ทำให้มีเงินคงเหลือข้ามปี และท้องถิ่นบางแห่งยังไม่สมทบเงิน โดย ไม่มีหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบกำกับติดตาม
- ผู้บริหารท้องถิ่นที่มีวิสัยทัศน์และความพร้อมในเชิงบริหารจัดการ (อบต.ตะพง) จะเน้นส่งเสริมให้ฝ่าย ต่างๆ มีส่วนร่วมในการเสนอโครงการ และกระจายเงินกองทุนออกไป เช่น สนับสนุนกิจกรรมตาม ภารกิจของ สอ. สนับสนุนกลุ่ม ชมรมที่ดำเนินการโดยชุมชน รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมของ อสม. ซึ่งถือ

เป็นจุดแข็งของท้องถิ่นอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามก็ จะเห็นว่าโครงการในปีต่อมากจะคล้ายคลึงกับปีที่ผ่านมา หรือมีการปรับเปลี่ยนบ้างเล็กน้อย

- โครงการส่วนใหญ่เป็นลักษณะจัดกิจกรรมในกรอบเดิมๆ ไม่แตกต่างกันมากนัก เช่น การฝึกอบรม การตรวจคัดกรอง การรณรงค์ให้ความรู้ การเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดและผู้สูงอายุ ด้านประเด็นปัญหาใหม่ ส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- การเสนอโครงการ ยังไม่มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางปฏิบัติโครงการมักถูกเสนอไปตามความคิดเห็นส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานใน สอ. หรือผู้นำชุมชนเป็น เรื่องๆ ไม่ต่อเนื่อง ในลักษณะต่างคนต่างมองต่างความเห็น
- มีการจ่ายค่าตอบแทนให้ อสม. หรือเจ้าหน้าที่ในการออกเยี่ยมบ้าน การตรวจคัดกรอง
- การประเมินผล กองทุนส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการยกเว้น อบต.ตะพง แต่ก็ยังไม่สามารถประเมินในระดับผลลัพธ์ของโครงการได้

3. การบริหารจัดการและการสนับสนุน

- พบว่าโดยนิตินัย คณะกรรมการบริหารกองทุนจะมีบทบาทเป็นผู้พิจารณาและให้ความเห็นชอบโครงการ กองทุนที่มีเงินมาก (1 ล้านขึ้นไป) มักจะจัดให้มีคณะกรรมการกลั่นกรองโครงการ ด้วยมีโครงการที่เสนอเข้ามาจำนวนมาก รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานด้วย เนื่องจากข้าราชการท้องถิ่น (ปลัดเทศบาล) มีประสบการณ์การบริหารงบประมาณมากขึ้น และจะออกกระเป๋ายางทางการเงินของตน (เทศบาลเมืองมาบตาพุด)
- รูปแบบการบริหารจัดการ ที่มีอนุกรรมการหรือคณะทำงานชุดต่างๆ โดยพุดินัยก็เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในกองทุนได้อย่างทั่วถึง เช่น หน่วยบริการ องค์การชุมชน ภาคประชาชนที่มีได้เป็นกรรมการกองทุน
- การผลักดันให้มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ยังเป็นเรื่องที่ค่อนข้างห่างไกล และหลายฝ่ายยอมรับว่ายากที่จะประสบความสำเร็จ แม้ว่าเป็นเรื่องที่ดีและมีความพยายามที่จัดอบรมให้แก่ผู้บริหารท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ก็ตาม

4. ข้อสังเกต

- เทศบาลเมืองมาบตาพุด เป็นกรณีตัวอย่างที่ชัดเจนมากในเรื่องบทบาทและอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อนเกินกว่าขีดความสามารถของท้องถิ่นที่จะแก้ไขปัญหาได้โดยลำพัง และต้องการแผนงานรองรับในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ ข้อจำกัดต่อการรองรับการขยายตัวของชุมชนและการจัดการผังเมืองอย่างไม่เป็นระบบ วิถีชีวิตแบบชุมชนเมืองอุตสาหกรรมกับภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การขยายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เพียงพอต่อความต้องการและมีคุณภาพ เป็นต้น ทั้งนี้ หน่วยงานส่วนกลางยังไม่สามารถสนับสนุนช่วยเหลือ หรือทำงานด้านวิชาการร่วมกับท้องถิ่น และพัฒนาศักยภาพจนเห็นผลอย่างจริงจังได้
- ผู้บริหารท้องถิ่นของเทศบาลมาบตาพุด ให้ความสนใจอย่างมากในการขอเข้าร่วมโครงการคลินิกอบอุ่นของ สปสช. เพื่อขอรับเงิน UC รายหัวมาบริหารจัดการเอง โดยได้รับอิทธิพลทางความคิดจากการ

ประชุมสันนิบาตเทศบาล และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งน่าจะเป็นกระแสความคิดหลักของผู้บริหารเทศบาลเมืองที่ต้องการขยายบทบาทของเทศบาลขนาดใหญ่ในการจัดตั้งโรงพยาบาลของตนเอง

- โครงการด้านสาธารณสุขที่ใช้จ่ายด้วยงบประมาณของท้องถิ่น ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น งานดูแลหญิงตั้งครรภ์ การวางแผนครอบครัว ภาวะโภชนาการในเด็ก การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ฯลฯ อาจแตกต่างจากโครงการที่เสนอของกองทุนบ้างไม่มากนัก ขึ้นอยู่ความสนใจและภารกิจเฉพาะหน้าของสถานบริการที่เสนอโครงการ (สอ.หรือ รพ.)
- ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารท้องถิ่น กับสถานบริการในพื้นที่ มีความสำคัญต่อความก้าวหน้าของการดำเนินงานกองทุน เนื่องจากอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวและไม่เป็นทางการ จะช่วยได้มาก ซึ่งมีทั้งฝ่ายสาธารณสุขเป็นผู้ริเริ่ม (เทศบาลมาบตาพุด) หรือจากฝ่ายท้องถิ่น (อบต.ตะพง)
- ผู้บริหารระดับจังหวัด (นพ.สสจ.) เป็นผู้มียุทธศาสตร์สำคัญมากต่อการสนับสนุนหรือผลักดันการดำเนินงานของกองทุน เนื่องจากอยู่ในสถานะหัวหน้าส่วนราชการที่ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความเกรงใจ สามารถเชื่อมโยงกับผู้ว่าราชการจังหวัดและท้องถิ่นจังหวัดได้ และมีหน่วยงานในสายบังคับบัญชาที่ต่อกับระดับท้องถิ่นได้ สาธารณสุขยังเป็นหน่วยงานที่ท้องถิ่นให้การยอมรับว่ามีวิชาความรู้ สามารถให้ข้อเสนอแนะได้ ที่ผ่านมา ตัวบุคคลที่ดำรงตำแหน่ง นพ.สสจ. จึงมีผลอย่างมาก ทั้งเชิงบวกในการสนับสนุนผลักดัน หรือเชิงลบในการวางเฉยปล่อยให้ท้องถิ่นดำเนินงานกองทุนโดยเอกเทศฝ่ายเดียว
- ผอ.สปสช.สาขาเขตพื้นที่ เป็นผู้มียุทธศาสตร์ในการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนได้มาก เนื่องจากที่ตั้งของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ค่อนข้างห่างไกลพื้นที่ และมีบุคลากรจำกัดมาก ไม่สามารถให้คำปรึกษา หรือติดตามกองทุนอย่างใกล้ชิดได้ แต่การแสดงบทบาทดังกล่าวได้ดีนั้น ผู้บริหาร สปสช. ต้องเข้าใจบทบาท จุดแข็งจุดอ่อนของทุกฝ่ายในการทำงานร่วมกัน และคำนึงถึงการสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม โดยเฉพาะ สสจ. และกระจายอำนาจการตัดสินใจอย่างเหมาะสม
- ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ไม่มีระบบและช่องทางในการสื่อสารและประสานงานในระดับส่วนกลาง เป็นผลให้ต่างคนต่างทำตามนโยบายของตน ในกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ปรากฏว่า มีหน่วยงานใดทำหน้าที่ประสานงานในเรื่องกองทุน ไม่มีแนวทางหรือตัวชี้วัดในการติดตามผล ด้วยมีช่องว่างเชิงโครงสร้าง จึงได้ปล่อยให้ สสจ. ดำเนินงานไปตามความเห็นความรู้สึกส่วนตัว ส่วน สปสช. ก็มุ่งผลักดันนโยบายกองทุนฝ่ายเดียว ด้วยเชื่อมั่นว่าเป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน

วิเคราะห์กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบล/อบต. ขนาดใหญ่

ความเป็นมา

พื้นที่ในความดูแลของเทศบาลตำบลหรือ อบต. ขนาดใหญ่ จะครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000-30,000 คน ห้างถิ่นมีรายได้รวมโดยเฉลี่ย 40-100 ล้านบาทต่อปี ส่วนหนึ่งเป็นตัวอำเภอซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน หรือเป็นตำบลที่มี สอ.ขนาดใหญ่ซึ่งกำลังจะพัฒนาเป็น "โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)" ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นไป ลักษณะพื้นที่เหล่านี้พบว่า ฝ่ายเวชกรรมชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน สามารถทำงานส่งเสริมป้องกันได้ค่อนข้างเป็นระบบ และมีพื้นฐานทางวิชาการเป็นจุดแข็งระดับหนึ่ง ยิ่งไปกว่า เทศบาลหรือ อบต. ขาดผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขหรืออยู่ระหว่างจัดโครงสร้างฝ่ายสาธารณสุข บทบาทการทำงานของกองทุนก็ยังคงต้องอาศัย รพ. เป็นพี่เลี้ยง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างห้างถิ่นกับโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี

1. บริบทของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 12 กองทุนในกลุ่มเทศบาลตำบลหรือ อบต.ขนาดใหญ่

บริบทพื้นที่

เทศบาล ทต/ก1-2

เทศบาลจัดเป็นเขตเศรษฐกิจด้านพาณิชย์และการท่องเที่ยว ได้รับการยกฐานะเทศบาลตำบลเมื่อปี 2545 มีประชากร 16,400 คน ส่วนหนึ่งเป็นคนต่างถิ่นเข้ามาประกอบอาชีพและลงทุน (มีแรงงานต่างด้าวไม่ทราบจำนวน) เนื้อที่เขตเทศบาล 34.5 ตร.กม. ประกอบด้วย 6 หมู่บ้านจากห้างตำบล 23 หมู่บ้าน สภาพชุมชนเป็นจุดแวะพักของนักท่องเที่ยว แบ่งเป็น 4 โซน เขตตลาด/ท่าเรือ เขตพาณิชย์ เขตอยู่อาศัย และเขตเกษตรกรรม ชุมชนใหม่ขยายตัวในโซนค้าขาย และรับนักท่องเที่ยว มีอาคารพาณิชย์ใหม่ๆ และธุรกิจบริการรูปแบบต่างๆ เกิดขึ้น

เทศบาลมีปัญหาขยะ สิ่งแวดล้อม และน้ำเสีย เป็นเรื่องสำคัญ

ปี 2550 มีรายได้รวม 82.3 ล้านบาท ปี 2551 มีรายได้ 96.5 ล้านบาท กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข และฝ่ายบริการสาธารณสุข มีสถานีอนามัย 1 แห่ง คลินิกเอกชน 4 แห่ง

อบต. อบต/ก1-3

อบต.ขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชากร 17,746 คน 16 หมู่บ้าน สภาพเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ชาวบ้านมีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างในโรงงาน และการท่องเที่ยว ด้านเศรษฐกิจของชุมชนค่อนข้างดี ประกอบด้วย มีหน่วยธุรกิจตั้งแต่โรงงานแปรรูปสินค้าเกษตร โรงแรม ที่พักตากอากาศ ร้านค้า บ้านเช่า ฯลฯ รายได้ห้างถิ่น 50-60 ล้านบาท/ปี สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ มีสถานีอนามัย 2 แห่ง

นายก อบต. เป็นผู้มีความตั้งใจ และมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาท้องถิ่นจนเป็นที่ยอมรับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 4 เท่านั้น ในอดีตเคยเป็น อสม. และเคยเป็นกรรมการการกระจายอำนาจท้องถิ่นของสำนักงานรัฐมนตรี เคยเป็นรองนายก อบต. 3 สมัย และเพิ่งเป็นนายกฯ สมัยแรก จึงให้ความสนใจกับงานสาธารณสุขและกองทุนสุขภาพอย่างมาก มีการสนับสนุนงบประมาณแก่อสถานอนามัยทั้งสองแห่งอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ก่อนมีกองทุน และภายหลังมีกองทุนแล้วก็ยังสนับสนุนต่อเนื่อง ... "เน้นพัฒนาการศึกษาอันดับแรก รองลงมาเรื่องพัฒนาคุณภาพชีวิต ส่วนโครงสร้างพื้นฐานส่วนใหญ่เต็มพื้นที่แล้ว" (นายก อบต./ก1-3) อย่างไรก็ตาม อบต. ยังขาดบุคลากรสาธารณสุข มีเพียง ผอ. ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขเพียงคนเดียวและเจ้าพนักงานอีก 2 คน จึงไม่สามารถบริหารจัดการเรื่องต่างๆ ได้เองทั้งหมด

เทศบาล ทต/ก3-1

เป็นเขตที่ตั้งของตัวอำเภอ ประชากร 7,451 คน 10 ชุมชน เศรษฐกิจของชุมชน คือ เกษตรกรรมและค้าขาย เทศบาลมีรายได้ปี 2551 จำนวน 61.7 ล้านบาท มีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อัตราากำลังมี จนท.ธุรการ 1 คนและลูกจ้าง 1 คน เดิมมีนักวิชาการปฏิบัติหน้าที่ ผอ.กอง แต่ได้ย้ายไป อบต. ไกลเคียง เหลือแต่เจ้าหน้าที่ธุรการของกองสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องกองทุนแทน สถานบริการสุขภาพในเขต ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล 1 แห่ง สถานอนามัย 2 แห่ง

นายกฯ ดำรงตำแหน่งสมัยแรก เดิมเป็นผู้รับเหมาก่อสร้าง บุคลิกเป็นคนโผงผาง ส่วนปลัดเทศบาลจะไม่ค่อยรู้เรื่องกองทุน

เทศบาล ทต/อ2-1

ยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลเมื่อปี 2548 พื้นที่เป็นสภาพชนบท ประชากร 11,216 คน 18 หมู่บ้าน เศรษฐกิจค่อนข้างดี ประกอบด้วย เกษตรกรรม สามารถทำนาได้ปีละ 2 ครั้ง อุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดเล็ก (สถานบริการน้ำมัน 2 แห่ง โรงงาน 23 แห่ง โรงเรียน 30 แห่ง)

เทศบาลมีรายได้ 50-60 ล้านบาท/ปี มีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ผอ.กอง พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวม 5 คน สถานบริการสุขภาพในเขต มีเพียงสถานอนามัย 1 แห่ง ซึ่งมีหัวหน้า สอ. 1 คน พยาบาล 3 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน

นายกเทศมนตรี เป็นคนหนุ่ม ดำรงตำแหน่งสมัยแรก และกำลังจะหมดวาระอีก 3 เดือนข้างหน้า ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เคยเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง แล้วโอนมาเทศบาล

เทศบาล ทต/อ1-1

ยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลปี 2550 ประชากร 8,200 คน 13 ชุมชน มีโรงงาน 9 โรง ได้แก่ โรงงานน้ำตาล โรงงานเยื่อกระดาษ ในอดีตเคยมีปัญหาลำน้ำเน่าเสียจากมลพิษ

เทศบาลมีรายได้ 40.9 ล้านบาทในปี 2552 ผู้บริหารให้ข้อมูลว่า จัดสรรให้การศึกษาร้อยละ 10 และสาธารณสุขร้อยละ 10 เนื่องจากผู้บริหารเทศบาลให้ความสนใจเรื่องคุณภาพชีวิตมากขึ้น

"นายกไม่ค่อยมีเวลา หากเราต้องการพัฒนาอะไร ผมจะต้องเป็นคนขงเรื่องให้เขา นายกก็ให้ความร่วมมือดี"

(สาธารณสุข ทต./อ1-1)

เทศบาล ทด/อ1-2

เพ็ญยกฐานะเป็นเทศบาลเมื่อ กค.2551 มีประชากร 9,489 คน 37 ชุมชน ประชากรอาชีพทำนา ไร่อ้อย และทำงานโรงงาน ซึ่งมี 1 แห่ง (พานาซินิค)

ปี 51 เทศบาลมีรายรับรวม 44 ล้านบาท จัดเก็บเอง 24 ล้านบาท นอกจากนี้ เขตเทศบาลยังเป็นพื้นที่รัศมี 5 กม. รอบโรงไฟฟ้าของ กฟผ. ซึ่งได้มีการจัดตั้งกองทุนพัฒนาชุมชนขึ้นตามกฎหมาย โดยหักจากการจำหน่ายกระแสไฟฟ้าที่ผลิตได้นำมาสมทบกองทุนทุกปี ปัจจุบันกองทุนมีเงิน 44 ล้านบาท ส่วนใหญ่ใช้ไปฝึกอาชีพ จัดการสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาคุณภาพชีวิต

นายกฯ เพ็ญทำงานสมัยแรกได้ 7 เดือน ปลัดเทศบาลทำงานได้ 4 ปี ส่วน ผอ.กองสาธารณสุขเพ็ญทำงานได้ 5 เดือน

เทศบาล ทด/น2-2

เทศบาลตำบลเมื่อปี 2544 ประชากร 8,525 คน 12 หมู่บ้าน ประชาชนมีอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ ได้แก่ กระเทียม หอมแดง ข้าวโพด และทำสวนลิ้นจี่ ลำไย และมะขาม

รายได้ท้องถิ่นประมาณปีละ 43 ล้านบาท แต่เป็นรายได้จัดเก็บเองเพียง 1.14 ล้านบาท ที่เหลือเป็นเงินอุดหนุนจากส่วนกลาง

โครงสร้างของเทศบาลมีฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีหัวหน้าเป็นนักบริหารสาธารณสุข 1 คน ซึ่งรับโอนจากสถานีอนามัยที่อยู่ในเขต นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และเจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน สถานบริการสุขภาพในเขตเทศบาลประกอบด้วย ศูนย์แพทย์ชุมชนของโรงพยาบาล 1 แห่ง และสถานีอนามัย 2 แห่ง

เทศบาล ทด/น1-3

ยกฐานะเป็นเทศบาลเมื่อ กค. 2551 ประชากร 7,061 คน 10 หมู่บ้าน สถานีอนามัย 2 แห่ง ประชาชนอาชีพทำนา ทำไร่ และรับจ้างทั่วไป ไม่มีโรงงาน มีแต่โรงงานผลิตปุ๋ยอินทรีย์ของนายกเทศบาล

ปี 2551 มีรายได้รวม 24 ล้านบาท

นายกฯ เป็นสุภาพสตรีอายุ 57 ปี อยู่ในตำแหน่ง 2 สมัย นับตั้งแต่เป็นนายก อบต. ความสัมพันธ์กับชาวบ้านดี เทศบาลจัดให้มีส่วนส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุข ขึ้นกับสำนักงานปลัด และให้ปลัดเทศบาลรักษาการ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน และนักพัฒนาชุมชน 1 คนมาช่วยงาน

เทศบาล ทด/ต1-2

ยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลเมื่อปี 2550 ประชากร 10,000 คน 12 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ชนบททั้งหมด ชาวบ้านมีอาชีพเกษตรกรรม ไม่มีโรงงานหรือกิจการใหญ่ๆ มีสถานีอนามัย 2 แห่ง แบ่งกันรับผิดชอบหมู่บ้านคนละ 5 และ 7 หมู่บ้าน ซึ่งเทศบาลให้งบสนับสนุน สอ. เป็นประจำ

ปี 2551 เทศบาลมีรายได้รวม 27 ล้านบาท (จัดเก็บเองเพียง 8 ล้านบาท รัฐจัดเก็บให้ 12 ล้านบาทและเงินอุดหนุน 14 ล้านบาท) ได้จัดสรรให้งานสาธารณสุขปีละ 2-3% (ประมาณ 5-800,000 บาท)

นายกฯ เป็นสมัยที่ 3 ต่อเนื่อง เป็นคนหนุ่ม มีธุรกิจร้านค้าวัสดุก่อสร้างและสวนยาง เคยได้รับรางวัลธรรมมาภิบาลจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และรางวัลผู้นำท้องถิ่นดีเด่น

เทศบาลยังไม่มีฝ่ายสาธารณสุข แต่กำลังขอเปิดกรอบเป็นกอง และได้ทาบทามหัวหน้า สอ. ให้โอนมาอยู่เทศบาล

เทศบาล ทต/อ3-2

ยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลเมื่อปี 2550 มีประชากร 24,628 คน 10 หมู่บ้าน มีสถานีนอนมาลัยในเขต 2 แห่ง เทศบาลมีรายได้รวมปีละ 44 ล้านบาท โครงสร้างเทศบาลมีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ 5 คน

นายกฯ เลือกตั้งปี 2550 เป็นสมัยที่ 2 แต่ติดใบเหลืองตลอดปี 2551 เพิ่งได้รับเลือกกลับมาอีกครั้งในปี 2552 ทำให้งานของเทศบาลขาดช่วง แต่เดิมนายกฯ จะให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ไฟฟ้า ประปา ถนน มากกว่างานสาธารณสุข พอเริ่มมีกองทุน ทำให้หันมาสนใจมากขึ้นในปี 2552

ปลัดเทศบาล มาจากนักบัญชี กองคลังของเทศบาลนคร จึงค่อนข้างเข้มงวดกับระเบียบการใช้จ่ายเงิน

เทศบาล ทต/อ4-2

เทศบาลตำบลมีประชากร 3,439 คน มีขนาดเล็กมาก ห่างจากตัวอำเภอ 22 กม. เนื่องจากพื้นที่ตำบลจะมีทั้งเทศบาลและ อบต. ดูแล โดยเทศบาลจะปกครองพื้นที่ด้านใน 5 หมู่บ้านเท่านั้น ส่วน อบต. จะเป็นผู้รับผิดชอบเขตรอบนอก 12 หมู่บ้าน แม้ว่าเทศบาลจะมีประชากรน้อย แต่เมื่อเทียบกับรายได้ทั้งหมด 32 ล้านบาท จึงเป็นสัดส่วนที่สูงมาก ทั้งเทศบาลและ อบต. ต่างมีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในเขตของตน

สำนักงานเทศบาลมีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีพนักงานประจำ 4 คน ปัจจุบัน หน.ฝ่ายสาธารณสุขได้ย้ายไปที่อื่น ไม่มีศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แต่มีสถานีนอนมาลัยขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง ซึ่ง หน.สอ.ทำงานที่นั่นมา 22 ปีตั้งแต่จบ มีเจ้าหน้าที่อีก 6 คน และมีแพทย์หมุนเวียนจากโรงพยาบาลมาตรวจทุกวันจันทร์

นายกฯ เป็นคนมีความสนิทสนมกับชาวบ้านและ อสม. ดีมาก

อบต. อบต/อ3-3

เป็น อบต. ขนาดใหญ่ ประชากร 15,163 คน 10 หมู่บ้าน สถานีนอนมาลัย 1 แห่ง พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชนบท ชาวบ้านทำเกษตรกรรม เป็นพื้นที่สีเขียว ไม่มีโรงงานตั้งอยู่ นายกฯ กำลังเตรียมขอยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลเพื่อให้ได้งบประมาณเพิ่มขึ้น

อบต. มีบุคลากรทั้งสิ้น 37 คน แต่มีนักวิชาการสาธารณสุขเพียงคนเดียว

นายกฯ เพิ่งรับตำแหน่งสมัยที่ 2 เมื่อต้นปี 2552 เดิมเป็นนักธุรกิจอสังหาริมทรัพย์

ผู้บริหารท้องถิ่น จะให้ความสำคัญกับการศึกษา สาธารณสุข โครงสร้างพื้นฐาน ทุกอย่างไปพร้อมๆ กัน

2. การดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต) ของ อบท. ที่ผ่านมา

เทศบาล ทต/ก1-2

เทศบาล ทต/ก1-2 เป็นเขตที่มีเศรษฐกิจดี และเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียง รายได้ท้องถิ่น 96 ล้านบาท (ปี 2551) ปัญหาสิ่งแวดล้อม ขยะ และน้ำเสีย เป็นเรื่องสำคัญ

ผอ. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล เพิ่งย้ายมารับตำแหน่งใหม่ได้ 4 เดือน เดิมเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ยังขาดประสบการณ์การทำงานท้องถิ่น ตลอดจนในพื้นที่ มีสถานีนอนมาลัยเพียง 1 แห่ง และคลินิกเอกชน 4 แห่ง จึงมีข้อจำกัดในเรื่องการบริการสุขภาพ

ปัญหาสาธารณสุขในสายตาของผู้บริหารท้องถิ่น ได้แก่ โรคไข้เลือดออก ผู้สูงอายุ หัวใจเบาหวาน ความดันสูง แม่และเด็ก ยาเสพติด ส่วนกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่เทศบาลมีการดำเนินงาน ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย การเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ถูกทอดทิ้ง สุขภาพแม่และเด็ก โครงการสายใยรักโรคเรื้อรัง เบาหวานความดัน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การป้องกันโรคเอดส์

เทศบาล ทด/ก1-3

นายก อบต. ให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุขอย่างมาก เปิดกว้าง และมีความต่อเนื่อง มีการริเริ่มงานต่างๆ ทุกปี เช่น ดำเนินงานระบบ EMS มา 2 ปี จนได้รับรางวัลปฏิบัติงานดี (2552) ให้ทุนการศึกษานักเรียน และทุนทันตภิบาล 1 ทุนอุดหนุนงบประมาณให้ สอ. ทั้งสองแห่งทุกปี แต่มีแนวโน้มลดลงภายหลังตั้งกองทุนแล้ว ตลอดจนช่วยจ้างคนว่างงานให้มาทำงานที่ สอ. เดือนละ 5,000 บาท

จากตารางที่ 5.1 พบว่า งบประมาณด้านสาธารณสุขแต่ละปีของ อบต. แห่งนี้ค่อนข้างสูง คิดเป็น 163.4 บาทต่อหัวประชากร แม้ว่าจะขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขใน อบต. ซึ่งมีเพียง ผอ. กองสาธารณสุขที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขเพียงคนเดียว แต่ก็ไม่เป็นอุปสรรค การใช้จ่ายงบประมาณของ อบต. มีการกระจายไปยังสถานีย่อยนามัย กลุ่ม และชมรมต่างๆ เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มรักษาสีสิ่งแวดลอม ชมรมแอโรบิก ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ ในช่วงหลังพบว่า งบอุดหนุนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 5.1 งบประมาณและโครงการด้านสาธารณสุขตามข้อบัญญัติประจำปีของ อบต. ตัวอย่างดีเด่น (อด/ก1-3)

ปี 2549-2552

ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552
งบ 1.8 ล้าน	งบ 2.6 ล้าน	งบ 1.6 ล้าน	งบ 2.9 ล้าน
8 โครงการ	14 โครงการ คล้ายรายการเดิม	18 โครงการ คล้ายรายการเดิม	10 โครงการ คล้ายรายการเดิม
- ดูแลสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน ให้กลุ่มอนุรักษ์ประจำหมู่บ้าน 375,000 บาท	- อุดหนุน สอ.ก 7 โครงการ เงิน 414,800 บาท	- อุดหนุน สอ.ก 3 โครงการ เงิน 100,400 บาท	- อุดหนุน สอ.ก 3 โครงการ เงิน 80,000 บาท
- อุดหนุน สอ.ก 4 โครงการ เงิน 436,000 บาท	- อุดหนุน สอ.ข 2 โครงการ เงิน 353,000 บาท	- อุดหนุน สอ.ข 5 โครงการ เงิน 265,000 บาท	- อุดหนุน สอ.ข 4 โครงการ เงิน 337,960 บาท
- อุดหนุน สอ.ข 5 โครงการ เงิน 356,860 บาท	เพิ่มเติม ได้แก่ มหกรรมอาหารพื้นบ้าน ร้านอาหารชายหาดแม่รำพึง ถนนสะอาด จักรยายเพื่อสุขภาพและท่องเที่ยว ที่สำคัญคือ โครงการเอดส์ เน้นให้ความรู้ผ่านพับ อบรมสัมมนา	เพิ่มเติม เช่น ยาเสพติด ไข้หวัดนก ชาเลี้ยงกับขยะ กลิ่นเหม็นจากฟาร์มสุกร บริการ EMS	ที่เหลืคล้ายเดิม
- อุดหนุน ศสมช. 15 หมู่ 150,000 บาท		ชมรม To Be No.1 กลุ่มผู้ประกอบการอาหาร	
- ชมรมรักษาสภาพตำบล 75,915 บาท ตรวจเบาหวานและอื่นๆ			
- ชมรมผู้สูงอายุ 33,950 บาท			
- ชมรมแอโรบิก 65,000 บาท			
- อสม.ดูงาน 300,000			

เทศบาล ทด/ก3-1

ผู้บริหารท้องถิ่น มองว่าในพื้นที่มีปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานมาก ปัญหาโรคไข้เลือดออก และโรคติดต่อจากที่ กำลังรอคิวผ่าตัดยาวมาก บทบาทของท้องถิ่น ด้านสิ่งแวดล้อมเนื่องจากมีปัญหาขยะมาก ต้องแก้ปัญหาด้วยการแยกขยะ และนำขยะสดมากักทำปุ๋ยชีวภาพ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสุขภาพให้กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเดือนละครั้ง ด้านป้องกันโรค ได้แก่ การรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก ฉีดวัคซีนสัตว์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

เทศบาล ทด/อ2-1

เทศบาลได้ให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขค่อนข้างมาก ดูจากงบสาธารณสุขตามข้อเทศบัญญัติ ส่วนหนึ่งเป็น งานประจำ ประกอบด้วยงานควบคุมโรค เช่น ไข้เลือดออก งานส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส เรื่องอาหารปลอดภัย และงานด้านสิ่งแวดล้อมและการกำจัดขยะ เป็นต้น และอีกส่วนหนึ่งเป็นงบสนับสนุน การพัฒนาต่างๆ

งบสาธารณสุขของเทศบาลได้รับจัดสรรปีละ 8 ล้านบาท จ่ายค่าตอบแทน 3 ล้านบาท คงเหลือเป็นงบโครงการ ต่างๆ 5 ล้านบาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรถึง 445.8 บาท โดยเทศบาลได้ริเริ่มโครงการที่น่าสนใจหลายอย่าง ได้แก่

1. การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตามนโยบายจังหวัดตั้งแต่ปี 2549 ก่อนหน้าการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยชาวบ้านสมทบกันคนละ 2 บาทต่อเดือน ได้เงิน 269,148 บาท รวมกับเงินอุดหนุนของเทศบาล 300,000 บาท เป็นเงิน 569,148 บาท จุดประสงค์เพื่อเป็นกองทุนสวัสดิการแก่ชาวบ้าน เช่น สงเคราะห์ช่วยเหลือบุตร สงเคราะห์กรณีเสียชีวิต และสนับสนุนสถานบริการสุขภาพ

2. เงินอุดหนุนรายเดือนแก่ อสม. คนละ 500 บาท มาได้ 1-2 ปีก่อนที่รัฐบาลจะมีนโยบายดังกล่าว เหตุผลที่มี เงินอุดหนุนเนื่องจากผู้บริหารท้องถิ่นคิดว่า ถ้า อสม. ทำงานได้ดี ชาวบ้านก็จะได้ด้วย

3. การจัดบริการรับผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล (EMS) โดยเทศบาลได้จัดหารถฉุกเฉินพร้อมอุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ 2 คัน เทศบาลเคยได้รับรางวัลระดับประเทศด้านการให้ความช่วยเหลือฉุกเฉิน

4. สนับสนุนบริการนอกเวลาที่สถานีอนามัย ซึ่งดำเนินการมาได้ 3 ปีแล้ว ซึ่งเป็นนโยบายของนายกฯ ที่อยากให้ ชาวบ้านได้รับบริการที่ดีขึ้น ไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายไปโรงพยาบาล

5. พัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ชุมชนต้นแบบ โดยเทศบาลสนับสนุนแห่งละ 40,000 บาท เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม

6. โครงการธนาคารขยะรีไซเคิลในแต่ละหมู่บ้านที่สนใจ เพื่อนำร่องให้ชุมชนลดขยะ

7. การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่สถานีอนามัย โดยเทศบาลสนับสนุนค่าวัสดุทันตกรรมปีละ 15,000 บาท

เทศบาล ทด/อ1-1

งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่เทศบาลดำเนินการ ได้แก่ การกำจัดขยะ ทำปุ๋ย การตรวจสอบคุณภาพ สิ่งแวดล้อม การจัดซื้อรถตู้พร้อมอุปกรณ์ปฐมพยาบาลไว้รับส่งผู้ป่วย และการให้ทุนนักเรียนพยาบาล

จากเทศบัญญัติงบประมาณประจำปีของเทศบาล พบว่าปี 2550 จัดงบสาธารณสุข 927,000 บาท ปี 2551 เป็น เงิน 817,240 บาท (ร้อยละ 2 ของงบรวม) โดยรวมงบอุดหนุนนักเรียนทุนพยาบาลชุมชนแก่ รพ.น้ำพองด้วย

“โครงสร้างพื้นฐานเสร็จเรียบร้อยแล้ว เทศบาลจะหันมาพัฒนาคุณภาพชีวิต พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็น พื้นฐานในการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน” (นายก ทด/อ1-1)

เทศบาล ทด/อ1-2

งบปี 2552 ด้านสาธารณสุข 1.5 ล้าน (ร้อยละ 3.4 ของรายจ่ายรวม) แต่เกือบทั้งหมดเป็นเงินเดือนค่าจ้างและรายจ่ายประจำ ที่เป็นโครงการมีเพียงงบควบคุมใช้เลือดออก 1 แสน และงบอุดหนุน อสม. 1.4 แสน แม้ว่ากองสาธารณสุขเทศบาลเตรียมการรณรงค์ใช้เลือดออก วันโรค ใช้หัวดีใหญ่ แต่มีปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ

เทศบาลได้ร่วมกับ รพ.อ1-1 เช่น จัดทันตภิบาล 2 คนที่เทศบาลเคยส่งเรียน จบแล้วอยู่ที่ สอ.

เทศบาล ทด/น2-2

งบประมาณด้านสาธารณสุขได้รับจัดสรรปีละ 100,000 บาท ใช้กับงานประจำ ได้แก่ การจัดการขยะ การพนมออกวันกำจัดขยะ นอกจากนั้น ยังสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่สถานอนามัย ได้แก่ การจ่ายค่าอาหารเสริมสำหรับเด็ก การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ การตรวจคัดกรองเบาหวาน การอนามัยวัยเจริญพันธุ์

ผู้บริหารท้องถิ่นและทีมงานเทศบาล มีความสัมพันธ์ที่ดีกับ สอ. และชุมชน ส่วนหนึ่งเป็นเพราะบุคลากรของเทศบาลก็รับโอนจาก สอ. ในพื้นที่นั้น

เทศบาล ทด/น1-3

งบสาธารณสุขตามข้อเทศบัญญัติ ปี 2552 จำนวน 650,000 บาท (ร้อยละ 2 ของรายจ่ายรวม) แบ่งเป็น 4 โครงการ (ฝึกอบรมและดูแลสุขภาพทางเลือกและสมุนไพร 300,000 บาท การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า 120,000 บาท โรคใช้เลือดออก 130,000 บาท และงบอุดหนุน อสม. 100,000 บาท) โดยส่วนหนึ่งได้จ่ายเพื่อสนับสนุนงบประมาณแก่ สอ. ทั้งสองแห่ง ได้แก่ การป้องกันใช้เลือดออก การฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า การอบรม อสม. และเรื่องอาหารปลอดภัย

นายกฯ เป็นผู้ให้ความสนใจงานสาธารณสุข มีแนวคิดการพัฒนาเป็นของตนเอง เป็นนโยบาย 4 ข้อ ได้แก่ 1) จัดศูนย์กีฬาและศูนย์สุขภาพระดับหมู่บ้าน 2) สนับสนุนสถานอนามัย 3) การกำจัดขยะและบำบัดน้ำเสีย 4) จัดระบบสาธารณสุขปลอดภัยให้เพียงพอ ผลงานรูปธรรม ได้แก่ เรื่องดูแลผู้สูงอายุที่ลูกหลานไม่มีเวลาดูแล (จัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุตรวจสอบสุขภาพ ให้เบี้ยยังชีพ 900 คน) เรื่องสุขภาพเด็ก (ซื้อนมแจกเด็กทารกในครอบครัวยากจน กับเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์) เรื่องหญิงตั้งครรภ์ และเน้นผู้สูงอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นมา ในด้านบริการ อยากให้มีทันตภิบาลประจำ โดยคิดจะให้ทุนส่งเรียน ตลอดจนเรื่องรถบริการรับส่งผู้ป่วย

แนวคิดของนายกฯ มองว่าสถานอนามัยเขียนโครงการภายใต้มุมมองของตนเอง ไม่มีการทำประชาคม เป็นงานที่เคยทำมาแล้วเกือบทั้งสิ้น แต่ก็ยังสนับสนุนงานของ สอ. ขณะเดียวกันนายกฯ พยายามกระตุ้นให้ อสม. เสนอปัญหาของชุมชนมาเขียนโครงการ ไม่จำเป็นต้องทำตามที่ สอ. บอกทั้งหมด รวมทั้งได้สนับสนุนสวัสดิการต่างๆ แก่ อสม. ด้วย เช่น ค่าอาหารในระหว่างการประชุม นายกฯ นับว่าได้เข้าใจจุดแข็งจุดอ่อนของ สอ. และ อสม. และพยายามผสมผสานให้ต่างฝ่ายแสดงบทบาทของตนเองอย่างเต็มที่

"ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น การทำนาที่ใช้สารเคมี การไม่ดูแลสุขภาพแวดล้อม การไม่ให้ความใส่ใจกับสุขภาพ และใช้เลือดออก เป็นต้น" (ปลัดเทศบาล ทด/น1-3)

เทศบาล ทด/ต1-2

นายกฯ สนใจปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฉพาะเรื่องอาหาร และออกกำลังกาย ในปี 52 เทศบาลจัดทำโครงการเพื่อผู้บริโภค 3 หมู่บ้าน เรียกว่าโครงการ "ถนนกินได้ไร้สารพิษ" โดยสนับสนุนการปลูกพืชปลอดสารพิษไว้ริมถนน เช่น ชะอม ผักหวาน ผักเหียง ฯลฯ ใช้แรงงานชาวบ้าน ส่วนเงินกองทุนใช้ซื้อพันธุ์ไม้ เมื่อปลูกแล้วให้เก็บกินได้

การดำเนินงานของนายกฯ เน้นความรวดเร็ว ได้ผลเป็นรูปธรรม มีการออกเยี่ยมบ้านพบปะชาวบ้านเป็นประจำ เน้นว่า โครงการต่างๆ ราชการมักไปคิดแทนชาวบ้าน และล้มเหลว จึงเสนอว่าควรคิดจากความต้องการของชาวบ้านส่วนหนึ่ง และเทศบาลคิดให้อีกส่วนหนึ่ง

โครงการพัฒนาสุขภาพของเทศบาลตามข้อเทศบัญญัติปี 2551 จำนวน 9 โครงการ เงิน 330,000 บาท ซึ่งเป็นงานประจำ ได้แก่ การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันควบคุมโรคเรื้อนและมาเลเรีย การป้องกันควบคุมโรคเอดส์ การจัดซื้อเครื่องฟั่นหมอกควัน การอุดหนุนชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมการออกกำลังกาย 12 หมู่บ้าน งบอุดหนุน อสม. และโครงการยืมสไลในเด็กเล็ก สังเกตว่างบไข้เลือดออก 30,000 บาท หรือ 3 บาทต่อหัวประชากร ซึ่งนับว่าน้อยมาก

ผู้บริหารท้องถิ่นสนใจอยากมีสถานบริการ เพราะอ้างว่าผู้ใช้บริการเยอะ เคยมีตัวอย่างข้อตกลงระหว่างเทศบาล รพ. และ สอ. โดยเทศบาลสนับสนุนยูนิตทำฟันแล้ว 1 ชุด ที่ สอ. และให้ รพ. มาให้บริการ แต่ถูกหักหัวงจาก สดง.

เทศบาล ทต/อ3-2

นายกฯ ให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุข ค่อนข้างน้อยกว่าโครงสร้างพื้นฐาน จะมีบ้างก็คือการเก็บขยะปฏิรูป หลังจากกองทุนได้จัดตั้งขึ้น งานบริการสาธารณสุขเริ่มชัดเจนขึ้น เช่น การฟั่นหมอกควันควบคุมโรคไข้เลือดออก การบริการรับส่งศพฟรี

อบต. อบต/อ3-3

นายกฯ ให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพชีวิต ทั้งการศึกษา และสาธารณสุข ปัจจุบัน อบต. มี Hotline และสายตรวจบริการประชาชน แต่ก่อนเคยทำศูนย์เด็กเล็กจนประกวดได้รางวัลระดับประเทศ ในปัจจุบันกิจกรรมเด่น คือ เรื่องชมรมผู้สูงอายุในระดับตำบลและหมู่บ้านที่ถือว่าเข้มแข็ง และการจ่ายเบี้ยยังชีพที่ครอบคลุม เรื่องโรคเบาหวาน เตรียมซื้อเครื่องมือตรวจวัดน้ำตาลในเลือด เพื่อให้การคัดกรองได้ครอบคลุมมากขึ้น ส่วนปี 2553 วางแผนจะช่วยเหลือผู้พิการต่อไป

เทศบาล ทต/อ4-2

เทศบาลจัดสรรงบด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมปีละ 2 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6.3 ของรายรับรวม ในจำนวนนี้ ได้สนับสนุนงบประมาณให้ สอ. ประมาณปีละ 100,000 บาท เพื่อมาทำงานเรื่องชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นชมรมที่ก่อตั้งมา 4-5 ปีโดย หน.สอ. และมีการรวมตัวที่เข้มแข็งและมีกิจกรรมต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสนับสนุนชมรมแอโรบิก และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วย นายกฯ มีความสัมพันธ์กับชาวบ้านดี ประชาชนจึงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ส่วนเจ้าหน้าที่ สอ. ก็มีความสนิทสนมกับชาวบ้านและ อสม. ได้ดีเช่นกัน รวมทั้งได้ช่วยทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้เจ้าหน้าที่ของเทศบาลด้วย

ปลัดเทศบาล ให้ความเห็นว่า เรื่องประปาหมู่บ้านเป็นปัญหาด้านๆ เพราะเทศบาลยังไม่มีระบบประปาภูมิภาค และอยากเน้นการป้องกันโรค เช่น การแจกจ่ายทรายอะเบท และเรื่องสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 5.2 ข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุขของเทศบาลตำบล/อบต.ขนาดใหญ่และกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่¹

เทศบาล	ประชากร	จำนวน ชุมชน	โครงสร้าง ฝ่ายสา- ธารณสุข (จำนวน) ²	งบรายได้ ต่อปี (ล้านบาท)	งบสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ	งบส่งเสริม ป้องกันโรค	งบส่งเสริม (บาทต่อ หัว ประชากร)	งบกองทุนปี
ทต/ก1-2	16,400	6	กอง	96.5					900,000
อต/ก1-3	17,746	16	ฝ่าย (3)	65.6*	2,900,000*	4.4	2,900,000	163.4	1,000,000
ทต/ก3-1	7,451	10	กอง (1)	61.7					420,000
ทต/อ2-1	11,216	18	กอง (5)	57	8,000,000	14.0	5,000,000	445.8	550,000
ทต/อ1-1	8,200	13	-	40.9	817,240	2.0	NA	-	470,000
ทต/อ1-2	9,489	37	กอง (1)	44	1,500,000*	3.4	240,000	25.3	500,000
ทต/น2-2	8,525	12	ฝ่าย (3)	43	NA	-	100,000	11.7	460,000
ทต/น1-3	7,061	10	ฝ่าย (1)	24	NA	-	650,000**	92.1	320,000
ทต/ด1-2	10,000	12	ไม่มี	27	5-800,000	1.9-3	330,000	33.0	500,000
ทต/อ3-2	24,628	10	กอง (5)	44	NA	-	360,000	14.6	1,080,000
อต/อ3-3	15,163	10	ฝ่าย (1)	32.4	5,000,000*	15.4	NA	-	500,000
ทต/อ4-2	3,439	5	กอง (4)	32.0	2,000,000	6.3	NA	-	180,000

1 ข้อมูลปี 2551

2 กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีผู้อำนวยการกองเป็นหัวหน้า / ฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อยู่ในสำนักงานปลัด ขึ้นกับปลัดเทศบาล

* ข้อมูลปี 2552

ตัวเน้น คือ ท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุขเป็นพิเศษ

วิเคราะห์บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ที่ผ่านมา เทศบาลตำบลส่วนใหญ่ ยังมีบทบาทในการดำเนินงานสาธารณสุขไม่มากนัก เห็นได้จากสัดส่วนของงบสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในข้อเทศบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี อยู่ที่ระดับเฉลี่ยร้อยละ 2-4 เท่านั้น ซึ่งค่อนข้างต่ำ ยกเว้นเทศบาลบางแห่งที่ผู้บริหารให้ความสำคัญด้านสาธารณสุขมากเป็นพิเศษ หรือมีแนวคิดการพัฒนาชุมชนใหม่ๆ จำนวน 3 แห่ง งบประมาณด้านสาธารณสุขจะสูงถึงร้อยละ 5-15 (ทต/อ3-3, ทต/อ2-1, ทต/อ4-2) เนื่องจากส่วนใหญ่ของงบสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมจะเป็นค่าใช้จ่ายค่าจ้างพนักงาน และงบดำเนินการเรื่องการกำจัดขยะ การรักษาความสะอาด การจัดการสิ่งแวดล้อม และระบบน้ำเสีย ดังนั้นเมื่อพิจารณาเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จะเหลือบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น โดยงบประมาณส่งเสริมป้องกันเฉลี่ยต่อหัวประชากรในกลุ่มตัวอย่าง 7 แห่งที่ประเมินได้ คิดเป็น 12, 15, 25, 33, 92, 163 และ 446 บาท ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับขนาดประชากร และจำนวนงบประมาณด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่น ซึ่งไม่ได้แปรตามยอดรายได้ของท้องถิ่น แต่ขึ้นกับเจตจำนงหรือทัศนคติของผู้บริหารท้องถิ่นต่องานสาธารณสุขเป็นหลัก (ดูข้อ 2)

ในการปฏิบัติงานจริงของท้องถิ่นกลุ่มนี้ พบว่าไม่มีการกำหนดทิศทางหรือยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของท้องถิ่น การดำเนินงานจึงขึ้นกับแนวคิดและทัศนคติของผู้บริหารท้องถิ่นเป็นหลัก กิจกรรมสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นงานประจำ (ดูข้อ 3) เช่น การกำจัดขยะ การรักษาความสะอาดและสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคที่เป็นกิจกรรมชัดเจน เช่น ใช้เลือดออก

วัฒนธรรม ใช้วัดใหญ่ โรคเบาหวานความดัน ฯลฯ พบว่าท้องถิ่นกลุ่มที่มีศักยภาพได้ริเริ่มกิจกรรมใหม่ๆ เช่น การนวดแผนไทย การจัดซื้อรถพยาบาลเพื่อรับส่งผู้ป่วย การสนับสนุนการทำงานของ อสม. และการให้ทุนนักเรียนโครงการพยาบาลชุมชนเพื่อกลับมาปฏิบัติงานในท้องถิ่น ฯลฯ แต่กิจกรรมใหม่เหล่านี้ยังเป็นกิจกรรมส่วนน้อย

ทั้งนี้ สาเหตุที่สำคัญประการหนึ่ง อาจเป็นเพราะเทศบาลตำบลหรือ อบต. ขนาดใหญ่ ยังไม่มีกองหรือฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่เข้มแข็ง รวมทั้งไม่มีสถานบริการของตนเอง และขาดบุคลากรที่มีประสบการณ์ในงานสาธารณสุข โดยเทศบาลกลุ่มนี้หากได้จัดตั้งกองสาธารณสุขไว้ก่อน จะมีข้าราชการประจำถึง 5 คน แต่กรณีเทศบาลเพ็ญกระษेत्रส่วนใหญ่มีข้าราชการเพียง 1-2 คน (นับรวม ผอ.กอง) หากมีนักวิชาการสาธารณสุขก็มักจะเป็น ผอ.กองสาธารณสุขด้วย ซึ่งมักจะเป็นพยาบาลที่เพิ่งโอนมาไม่นาน มีประสบการณ์ทำงานน้อย และหมุนเวียนบ่อย ส่วนน้อยจะมีเจ้าพนักงานสาธารณสุข หรือนักวิชาการที่รับโอนจากสถานีนามัย กรณีที่ไม่มีนักวิชาการหรือโครงสร้างเป็นฝ่ายสาธารณสุขภายใต้สำนักงานปลัดเทศบาล ผู้รับผิดชอบงานกองทุนจะเป็นบุคลากรประเภทอื่นที่ปลัดเทศบาลมอบหมาย เช่น นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน หรือเจ้าหน้าที่ธุรการ เป็นต้น เป็นที่สังเกตว่า เทศบาลบางแห่งมีรายได้มาก แต่ขนาดของกองสาธารณสุขกลับเท่ากับเทศบาลขนาดเล็ก (ทม/ก1-3) เรื่องกำลังคนจึงเป็นอุปสรรคสำคัญของท้องถิ่นในการดำเนินงานสาธารณสุขในวันหน้า

อย่างไรก็ดี การจัดตั้งฝ่าย/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในสำนักงานเทศบาล น่าจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการยกฐานะจาก อบต. เป็นเทศบาลตำบลมากกว่า เช่น พบว่า เทศบาลที่เพ็ญกระษेत्रฐานะปี 2550 และ 2551 เป็นกลุ่มที่ยังปรับโครงสร้างไม่พร้อมหรืออยู่ระหว่างการแสวงหาบุคลากรสาธารณสุขมาช่วยงานของเทศบาล ส่วนเทศบาลที่ยกฐานะก่อนปี 2550 มักจะมีนักวิชาการหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขอยู่ถึง 5 คนก็มี

แม้ว่าโดยภาพรวม ท้องถิ่นกลุ่มนี้จะมีความพร้อมด้านงบประมาณเป็นจุดแข็ง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านโครงสร้างและบุคลากร และขาดความชัดเจนในทิศทางยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของท้องถิ่น อันมีผลต่อการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่องานสาธารณสุขของท้องถิ่น แต่สำหรับผู้บริหารท้องถิ่นกลุ่มที่มีความเข้าใจและมีวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพ จะสนับสนุนงบประมาณของท้องถิ่นเพื่อพัฒนาชุมชน อสม. และหน่วยงานต่างๆ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการทำงานแบบเครือข่ายร่วมกับสถานีนามัยและโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการทำงานในพื้นที่ร่วมกัน หรือขอให้ช่วยทำหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนขยายการมีส่วนร่วมกับกลุ่ม หรือองค์กรชุมชนต่างๆ ด้วย

2. ศักยภาพของผู้บริหารท้องถิ่น

ในเชิงนโยบาย ผู้บริหารเทศบาลบางแห่งมักกล่าวถึงความสำคัญของงานสาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยเหตุผลว่าได้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานมาเยอะแล้ว (แต่ก็มีอีกหลายแห่งที่ยังคงพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น อาคาร ถนน ไฟฟ้า ประปา ฯลฯ) และยังพบว่าผู้บริหารท้องถิ่นในกลุ่มนี้หลายคนที่มีความตั้งใจและกระตือรือร้นในการพัฒนาท้องถิ่นอย่างจริงจัง ตัวอย่างเช่น นายก ทต/ต1-2 สนใจปัญหาสิ่งแวดล้อมและมลพิษ และพยายามคิดค้นหาวิธีแก้ไขปัญหาใหม่ๆ ผู้บริหาร อต/ก1-3 เป็นคนที่มีวิสัยทัศน์ไกล แม้จะจบการศึกษาแค่ชั้นประถม 4 และเคยเป็นกรรมการนโยบายการกระจายอำนาจในส่วนกลางมาก่อน จึงบริหารงานแบบเปิดกว้าง สามารถดึงกลุ่มต่างๆ ให้มีส่วนร่วมและกระจายงบประมาณท้องถิ่นไปสนับสนุนได้ดี นายก ทต/น1-3 มีนโยบายด้านสาธารณสุข 4 ข้อ และจัดกิจกรรมด้านสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย และนายก ทต/อ2-1 มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพมาก่อนกองทุนหลักประกัน ให้งบอุดหนุน อสม. 500 บาท/คน จัดหารถ EMS และจัดบริการพิเศษต่างๆ

เป็นที่สังเกตว่า ผู้บริหารเทศบาลกลุ่มที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมและทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้ดี เช่น เทศบาลสนับสนุนงบประมาณแก่ สอ. ในขณะที่ สอ. ก็ช่วยดำเนินงานสาธารณสุขในเขต (ทต/

ค1-2, อต/ก1-3, ทต/น1-3, ทต/อ2-1, และ อต/อ4-2) เป็นต้น ลักษณะเช่นนี้อาจเป็นเพราะบริบททางสังคมค่อนข้างแคบ ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน ทั้งนี้ ทิศนคติ ประสิทธิภาพและระยะเวลาดำรงตำแหน่งของผู้บริหารท้องถิ่นน่าจะมีส่วนสำคัญ

แนวโน้มที่น่าสนใจ คือ ผู้บริหารท้องถิ่นจำนวนที่มีแนวคิดเชิงพัฒนา (ทต/ค1-2, ทต/น1-3, ทต/อ2-1) จะให้การสนับสนุนกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น โดยกระตุ้นให้กลุ่มหรือชมรมเหล่านั้นเป็นผู้คิดโครงการด้านสาธารณสุขขึ้นมา เพราะเชื่อว่าการเกิดจากความต้องการของชาวบ้าน ซึ่งดีกว่าโครงการเดิมๆ ที่ราชการมักไปคิดแทนชาวบ้าน และไม่ได้ผล ผู้บริหารท้องถิ่น (ทต/น1-3) จะเข้าใจจุดแข็งจุดอ่อนของ สอ. และ อสม. ได้ดี และพยายามผลักดันให้ต่างฝ่ายแสดงบทบาทของตนเองอย่างเต็มที่ โดยไม่เอนเอียงสนับสนุนฝ่ายเดียว จะเห็นว่า การที่ท้องถิ่นเริ่มให้ความสนใจสนับสนุนการทำงาน อสม. นับเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจาก อสม. มีความเชื่อมโยงกับชุมชนอยู่แล้ว

อย่างไรก็ดี ยังถือว่าผู้บริหารเทศบาลตำบลและ อบต. ขนาดใหญ่เหล่านี้ ส่วนใหญ่จะยังไม่เห็นความสำคัญของงานสาธารณสุขมากนัก การทุ่มเททรัพยากรยังมีไม่มาก และขาดแนวคิดและวิสัยทัศน์ในการพัฒนาสาธารณสุขอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง

อนึ่ง เทศบาลบางแห่ง มีแหล่งเงินทุนจากภายนอกสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เช่น กองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตของโรงไฟฟ้า แต่ขาดความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการ หรือมีความยุ่งยากในการเสนอโครงการเพื่อของบประมาณมาใช้ กองทุนบางแห่งมีงบประมาณอยู่ถึง 44 ล้านบาท ทำให้ชุมชนเสียโอกาสในการพัฒนา ทั้งที่มีทรัพยากรเพียงพอ

3. ลักษณะของงานสาธารณสุขในความรับผิดชอบของเทศบาลตำบล/อบต. ขนาดใหญ่

ปัญหาสาธารณสุขในทัศนะของท้องถิ่นและชุมชน ส่วนใหญ่จะระบุคล้ายคลึงกับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อีกทั้งท้องถิ่นและชุมชนจะให้ความสนใจในเรื่องที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้า หรือกิจกรรมเป็นครั้งคราว มากกว่าการให้ความสำคัญต่อแนวทางระยะยาวและความลึกซึ้งของการแก้ไขปัญหาต่างๆ เช่น ใช้เลือดออก ปัญหาผู้สูงอายุ เบาหวาน ความดันสูง ปัญหาแม่และเด็ก ยาเสพติด ปัญหาขยะและสิ่งแวดล้อม น้ำเสีย ฯลฯ ซึ่งน่าจะเป็นผลจากความเคยชินในการทำงานตามสั่ง และมุ่งเน้นผลงานตามตัวชี้วัดของผู้เกี่ยวข้องเท่านั้น

ลักษณะงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่พบเห็นในเทศบาลส่วนใหญ่ จะเน้นกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมคล้ายๆ กัน แบ่งได้เป็น กิจกรรมการให้บริการสุขภาพพื้นฐาน เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกายแบบต่างๆ (โดยเฉพาะแอโรบิค) การดูแลเด็กๆ ในศูนย์เด็กเล็ก ฯลฯ กิจกรรมการป้องกันโรคที่ไม่ซับซ้อน เช่น การรณรงค์โรคไข้เลือดออก (ด้วยการใส่ทรายอะเบทและฉีดพ่นกำจัดลูกน้ำยุงลาย) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การกำจัดขยะ และนำขยะสดมาทำปุ๋ยชีวภาพ การรักษาความสะอาด การบำบัดน้ำเสีย ฯลฯ ทั้งหมดนี้จึงเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่พบเห็นได้ทั่วไปในการดำเนินงานของท้องถิ่น

ในกรณีที่ผู้บริหารท้องถิ่นมีความสนใจเป็นพิเศษและมีวิสัยทัศน์ จะจัดให้มีกิจกรรมอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การจัดหารถบริการรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล (EMS) หรือการส่งศพกลับบ้าน การให้ทุนนักเรียนพยาบาลหรือทันตภิบาล การรณรงค์อาหารปลอดภัย การแข่งขันกีฬา การตรวจคัดกรองสารเคมีตกค้างในเกษตรกร การจัดบริการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก การพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนต้นแบบ เป็นต้น

ตัวอย่างผู้บริหารท้องถิ่น อต/ก1-3 ให้ความสนใจงานด้านสาธารณสุข หรือการสนับสนุนงบประมาณแก่สถานีนอนามัยในพื้นที่ และกระจายให้กลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมเสนอโครงการ ทำให้ลักษณะกิจกรรมต่างๆ

ขยายออกและปรับตัวทุกปี เช่น การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย เป็นต้น เป็นที่สังเกตว่า สอ. ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต. น้อยลงทุกปี

3. กระบวนการจัดตั้งและบริหารกองทุน

การเข้าร่วมโครงการของกองทุนรุ่นแรกในปลายปี 2549 เกิดจากการเชิญชวนของเครือข่ายสมาคม อบต. แห่งประเทศไทย หรือผ่านผู้รับผิดชอบที่ระดับจังหวัด ซึ่งเป็นไปอย่างเร่งรีบมาก ส่วนความสนใจของกองทุนในรุ่นต่อมา เกิดจากการบอกต่อๆ รวมทั้งการแจ้งข่าวในที่ประชุมผู้บริหารท้องถิ่นของจังหวัด เพราะท้องถิ่นส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมเชื่อมั่นว่าตนเองจะได้ประโยชน์โดยตรงจากงบประมาณ สปสช. และระเบียบการใช้จ่ายเงินไม่ยุ่งยาก

“เพื่อน อบต. ในเขตอำเภอได้โทรศัพท์มาชวนให้สมัคร บอกว่ามีเงินให้ทำเรื่องสุขภาพ จึงปรึกษานายกฯ ก็เห็นด้วย ในช่วงแรกแค่รู้ว่า มีเงินให้ดูแลสุขภาพประชาชน มีพี่เลี้ยง และใช้จ่ายเงินไม่ยุ่งยาก” (ปลัด ทต/น1-3)

เทศบาล ทต/ก1-2 เริ่มกองทุนเมื่อปี 2551 การแต่งตั้งคณะกรรมการได้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ในคู่มือ มีการเลือกตั้งกรรมการจากตัวแทนชุมชน โดยดูจากความเข้มแข็งในการทำงาน และความร่วมมือต่อส่วนรวมที่ผ่านมา มีการแต่งตั้งคณะทำงานประจำโครงการ คณะกรรมการมีการประเมินผลการดำเนินงาน และนำปัญหาอุปสรรคหารือกัน

ช่วงแรก ความเข้าใจต่อการดำเนินงานกองทุนไม่ตรงกันทั้งกรรมการ เจ้าหน้าที่ และประชาชน จึงต้องการให้ สปสช. มาแนะนำ บางโครงการที่กรรมการอยากทำ แต่หลักเกณฑ์ของ สปสช. ไม่เปิดโอกาสให้ทำ เช่น จ่ายค่าตอบแทน จนท. เยี่ยมบ้าน

“การจัดตั้งกองทุนปีแรก มีอุปสรรคด้านความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน ปีที่สอง ได้พัฒนาการจัดทำโครงการให้มีรายละเอียดมากขึ้น ซึ่งยังจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นที่เลี้ยงอยู่ โดยเฉพาะการเขียนโครงการด้านสุขภาพ” (นายกเทศบาล ทต/ก1-2)

“การดำเนินงานของกองทุน สปสช. มีหลักเกณฑ์รัดกุมกว่ากองทุนหมู่บ้าน” (ผู้แทนชุมชน ทต/ก1-2)

อบต. อต/ก1-3 จัดตั้งเมื่อปี 2549 คณะกรรมการ 23 คน ถูกคัดเลือกอย่างเป็นระบบจากคนทำงานที่ถนัดงานแต่ละด้านโดยใช้คณะทำงาน มีการตั้งคณะอนุกรรมการ 5 คน (ปี 2549) มาช่วยทำงานเพิ่มเติม (สาธารณสุข 2 อสม.2 และเจ้าหน้าที่ของเทศบาล) และคณะกรรมการตรวจสอบติดตามประเมินผลกองทุน 7 คน (ปี 2550) ส่วนการคัดเลือกผู้แทนชุมชนใช้รูปแบบการรับสมัครกรรมการกองทุนจากประธาน อสม. แต่ละหมู่บ้าน

ในปี 2552 ซึ่งคณะกรรมการชุดเดิมจะหมดวาระลง นายกฯ ได้วางแผนคัดเลือกไว้แล้ว ได้แก่ (1) สมาชิก อบต. 2 ท่านให้สภา อบต. คัดเลือก (2) ผู้แทนหน่วยบริการให้ สอ. คัดเลือก (3) ผู้แทน อสม. 2 ท่าน ให้ สอ. ทั้งสองแห่งในเขตคัดเลือก (4) ผู้แทนชุมชนให้ที่ประชุม อสม. คัดเลือก

“การตั้งคณะกรรมการ โดยเปิดรับสมัครรอบแรกจากประธาน อสม. แต่ละหมู่บ้าน เลือกจากคนที่ทำงานเข้มแข็งและเป็นผู้นำตามธรรมชาติ รอบที่สองจะเลือกคณะทำงานจากผู้มีความชำนาญและรักงานด้านนั้นๆ เช่น ออกกำลังกาย ใช้เลือดออก แม่และเด็ก ฯลฯ ปีนี้คาดว่าจะใช้วิธีเลือกจากประชาคมหมู่บ้าน เพื่อให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนามากยิ่งขึ้น” (นายก อต/ก1-3)

ปี 2549 ประชุมคณะกรรมการ 3 ครั้ง มีการออกระเบียบระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ และแนวทางการจัดทำแผนโครงการ

ปี 2550 ประชุม 4 ครั้ง เป็นการรกลั่นกรอง อนุมัติโครงการ ซึ่งส่วนใหญ่เสนอโดย สอ.

ปี 2551 ประชุม 5 ครั้ง อนุมัติ 30 โครงการจาก 17 หน่วยงาน

ปี 2552 เพิ่มประชุมไป 1 ครั้ง อยู่ระหว่างให้หน่วยงานรับส่งโครงการ

“งบกองทุนมีน้อย เป็นเพียงเงินกระตุ้นให้ชุมชนเกิดกิจกรรมพัฒนาด้านสุขภาพ” (นายก อต/ก1-3)

“โครงการในปีแรกๆ เสนอโดยเจ้าหน้าที่ สอ. และการพิจารณาอนุมัติโครงการในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร”

(นอ.กองสาธารณสุข อต/ก1-3)

เทศบาล ทต/ก3-1 จัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2551 มีคณะกรรมการกองทุนตามเกณฑ์ และในปี 2551 ได้ประชุม 4 ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจเรื่องหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงิน การพิจารณาโครงการโดยนายกเป็นผู้ตัดสินใจในที่ประชุม ซึ่งมีทั้งโครงการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล และโครงการของเทศบาลเอง ครั้งสุดท้ายประชุมเพื่อติดตามว่าโครงการทำไปแค่ไหน ส่วนปี 2552 ยังไม่มีการประชุมเนื่องจากรอเงินโอนของปี 2552

การดำเนินงานนั้น เทศบาลจะเป็นผู้จัดซื้อจัดจ้างเอง โดย สอ. ไม่ได้รับเงินไปดำเนินการ

เทศบาล ทต/อ1-2 มีการจัดตั้งกองทุนตั้งแต่ 2549 ตั้งแต่ยังเป็น อบต. เมื่อยกเป็นเทศบาลปี 2551 จึงต้องตั้งคณะกรรมการกองทุนชุดใหม่ในปี 2552 เพราะผู้ใหญ่บ้านหลายคนหมดวาระ และเพิ่งได้ประชุมครั้งแรกในปี

เทศบาล ทต/น2-2 จัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2549 คณะกรรมการประกอบด้วยสมาชิก 19 คน ซึ่งได้รับการเลือกจากประชาคมของแต่ละหมู่บ้านทั้ง 12 แห่ง และมีอนุกรรมการอีก 1 ชุด ประกอบด้วยแกนนำจากทุกหมู่บ้านจำนวน 53 คน ได้แก่ อสม. กลุ่มแม่บ้าน ครู เยาวชน ผู้สูงอายุ ฯลฯ เพื่อเสนอโครงการ มีการประชุมอนุกรรมการ 4 ครั้งในแต่ละปี

ปี 2551 สถานีอนามัยทำงานค่อนข้างใกล้ชิดกับกองทุน จึงมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการต่างๆ

ปี 2552 กองทุนจัดเงินให้ อสม. ไปทำประชาคมหมู่บ้านละ 10,000 บาท เพื่อให้ได้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ แล้วนำปัญหามาหารือในที่ประชุมอนุกรรมการเพื่อให้ได้ประเด็น จากนั้นจะแบ่งอนุกรรมการเป็น 5 กลุ่มรับผิดชอบตามกลุ่มประชากรตามอายุ มอบหมายให้จัดทำรายละเอียดของกิจกรรมและงบประมาณ และนำเสนอคณะกรรมการกองทุน โดยสุดท้าย เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หรือกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน ฯลฯ จะเป็นผู้ดำเนินการ ส่วนผู้รับผิดชอบในอนุกรรมการมีหน้าที่ติดตามกำกับ

เทศบาล ทต/น1-3 จัดตั้งกองทุนตั้งแต่ปี 2551 มีการประชุมคณะกรรมการจำนวน 23 คนไปแล้ว 3 ครั้ง “การประชุมไม่มีความขัดแย้ง ด้อยที่ด้อยอาศัย” ปลัดเทศบาลเป็นผู้กลั่นกรองโครงการทั้งหมด ก่อนเสนอคณะกรรมการ ระบบการทำงาน “ใครของงบประมาณ ผู้นั้นเป็นผู้รับผิดชอบ ต้องเก็บหลักฐานให้ตรวจสอบด้วย”

เทศบาล ทต/ต1-2 เริ่มจัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2549 เพราะถูกเสนอชื่อไป ปีแรกไม่กล้าทำอะไร ยังเกร็งกับการใช้จ่ายงบประมาณ เช่น ซื้อครุภัณฑ์ ส่วนคณะกรรมการประกอบทั้งหมดเป็น อสม. โดยให้แต่ละหมู่บ้านเลือกกันเอง ซึ่งชาวบ้านเลือกเพราะคิดว่า อสม. เป็นสายตรง

“การใช้จ่ายที่มีปัญหา เช่น โครงการแอร์บิค กองทุนซื้อครุภัณฑ์ไม่ได้ รวมทั้งเวทีและเครื่องเสียง จึงต้องรอใช้เงินเทศบาลจึงต้องรอไปอีกปี แต่ถ้าเป็นงบกองทุนเสนอมาเดือนนี้ เดือนหน้าได้งบใช้เลย” (นายก ทต/ต1-2)

เทศบาล ทต/อ3-2 จัดตั้งกองทุนตั้งแต่ปี 2549 สมัยที่ยังเป็น อบต. มีคณะกรรมการ 17 คน โดยมีผู้แทนชุมชนฯ ละ 1 คนจากการคัดเลือกของกำนันผู้ใหญ่บ้าน ส่วนผู้แทน อสม. คัดเลือกกันเอง เมื่อยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลในปี 2550 นายกฯ ได้รับเลือกตั้งแต่ถูกใบเหลือง จนต้องมีการเลือกตั้งใหม่เมื่อปี 2552 ทำให้งานของกองทุนค่อนข้างหยุดชะงักตลอดปี 2550-2551 เพราะไม่มีประธานกองทุนเรียกประชุม แต่เทศบาลยังมีการจัดทำโครงการและเบิกจ่ายอยู่บ้างแต่ไม่มากนัก

"คณะอนุกรรมการจะเป็นผู้ชี้แจงเรื่องให้คณะกรรมการ ทั้งนี้คณะอนุกรรมการเสนอข้อมูลแต่ไม่เสนอความเห็น ในการตัดสินใจจะใช้มติของที่ประชุมยกมือทุกคนมีเสียง 1 เสียงเท่าเทียมกัน นายกจะไม่เป็นผู้ตัดสินใจคนเดียว" (ทต/อ3-2)

"คณะกรรมการหมู่บ้านมักจะเสนอให้ซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือ/ครุภัณฑ์ เช่นเครื่องออกกำลังกาย เครื่องพ่นยุง แต่ตามระเบียบไม่สามารถซื้อได้ ทำให้หลายครั้งในการประชุมเกิดความไม่พอใจจากผู้ที่ไม่เสนอว่า ... ให้เสนอแต่พอเสนอก็ไม่ทำตามที่เสนอแล้วจะให้เสนอทำไม" (นายก ทต/อ3-2)

"ปลัดเทศบาลเป็นนักบัญชี เคยอยู่กองคลังของเทศบาลนคร จะกังวลเรื่องการใช้จ่ายเงินกองทุนมาก ต้องอิงระเบียบของเทศบาล ไม่ยืดหยุ่น ... เมื่อเทศบาลอนุมัติให้ สอ. ทำโครงการตามที่เสนอไปแล้ว ปลัดฯ จะให้เบิกเงินที่ละโครงการ ต้องให้โครงการหนึ่งแล้วเสร็จก่อน มีการส่งรายงานพร้อมรูปถ่ายกิจกรรมเรียบร้อยแล้ว ถึงจะคืนเงินยืมโครงการเดิมก่อน แล้วจึงเริ่มดำเนินโครงการที่ 2 ต่อไปได้ ปลัดให้นับ สอ. เป็น 1 หน่วยบริการ ทำให้ยืมเงินได้ครั้งละ 1 โครงการ และเอกสารการยืมเงิน ต้องเขียนให้ละเอียด รูปแบบ ต้องอิงระเบียบของเทศบาลเท่านั้น" (หน.สอ.อ3-2)

"ผอ.กองสาธารณสุข เป็นนักวิชาการที่ย้ายมาจาก สสจ. เล่าว่าค่อนข้างมีความลำบากใจมากที่ปลัดฯ ไม่ค่อยยืดหยุ่น ทำให้รู้สึกที่ไม่สามารถช่วยน้องที่ สอ. ได้ บางครั้งทำให้ไม่อยากพบ เจ้าหน้าที่ สอ. และบ่นว่าอาจจะกลับไปทำงานที่ สสจ." (หน.สอ.อ3-2)

เทศบาล ทต/อ4-2 จัดตั้งเมื่อปี 2551 คณะกรรมการมี 13 คน ปี 2551 มีการประชุม 4 ครั้ง การตัดสินใจที่ประชุม ให้ใช้ฉันทามติร่วมกัน มีการแบ่งสัดส่วนเงินกองทุนไปทำงานชุดสิทธิประโยชน์ 20% ส่งเสริมป้องกัน 45% งานชุมชน 25% ค่าบริหารจัดการ 10% เป็นที่สังเกตว่า โครงการที่กองทุนพิจารณาเป็นส่วนใหญ่ที่เสนอโดย สอ. ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดของจังหวัดเป็นหลัก และใช้วิธีการทำงานร่วมกับเทศบาล โดยโอนหลักเข้าเงินบำรุงของ สอ. ก่อน จึงเป็นเหตุให้ สอ. ต้องเสนอโครงการให้ สสอ. อนุมัติอีกครั้งก่อนดำเนินการ นอกจากนี้ ในพื้นที่ที่ สอ. ต้องดูแลจะมีทั้งกองทุนในเขตเทศบาล และกองทุนในเขต อบต. จึงเสนอโครงการให้เหมือนกันทั้งสองกองทุน ต่างกันแค่กลุ่มเป้าหมายเท่านั้น

อย่างไรก็ดี ผู้บริหารเทศบาล มีแนวคิดจะทำเรื่องกองการรวมนโยบายโรคติดต่อ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และตรวจสุขภาพประจำปี

ปัญหาอย่างหนึ่งในเรื่องกองทุน คือ การที่จังหวัดพยายามผลักดันให้ทุกกองทุน รับตัวชี้วัดไปดำเนินการ โดยให้ สอ. เป็นผู้ชี้แจง และ สอ. จัดทำโครงการ ทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นรู้สึกอึดอัดและไม่เห็นด้วยในจุดนี้ และชุมชนไม่มีส่วนร่วม แต่ก็เห็นว่าคงต้องทำงานผ่าน สอ. ต่อไปก่อนเพราะเทศบาลยังไม่มีนักวิชาการสาธารณสุข

"เวลาประชุม สอ. มักจะพูดแต่เรื่องตัวชี้วัด ทำให้คณะกรรมการไม่ค่อยเข้าใจ จึงไม่กล้าเสนอความเห็น ดูเหมือนว่าจังหวัดจะมุ่งแต่ตัวชี้วัด ซึ่งตนก็ไม่เห็นด้วยกับการทำงานกองทุนที่มีเฉพาะตัวชี้วัด" (ปลัด ทต/อ4-2)

อบต. อต/อ3-3 จัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2551 คณะกรรมการได้มาจากการคัดเลือกร่วมกันระหว่าง นายก อบต. สถานีอนามัย และชุมชน แต่ส่วนใหญ่ได้ อสม. เป็นกรรมการ

"การคัดเลือกตัวแทนชุมชนเข้ามาเป็นคณะกรรมการ ดูจากคนที่เข้ามาช่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นประจำ มีจิตอาสา เข้าร่วมประชุมบ่อยๆ" (นักวิชาการ รพ.อ1-1)

"ประชุมปีละ 2-3 ครั้ง หากไม่มีการประชุม จะพูดคุยในอนุกรรมการย่อยของแต่ละโครงการ หากมีปัญหามาประสานตรงกับนายกได้เลย เวลาประชุมสามารถออกความเห็นได้ทุกคน กรรมการที่เป็นผู้นำชุมชน (กำนัน) จะพูดเก่งกว่า อสม." (นักวิชาการ รพ.อ1-1)

"ตอนเข้ากองทุน อบต.ไม่ได้มาปรึกษา จำได้ว่ามีในปี 50 มีพื้นที่นำร่องอยู่ 1 ตำบล สำหรับปี 51 ทราบมาว่า ปลัด อบต.คงจะคุยกันเองว่า อบต.ที่เข้าร่วมจะได้งบจาก สปสช. จึงเสนอให้นายก อบต.ต่างๆ เข้าร่วม ... จากการทำงาน

ร่วมกับ อบต. คิดว่า อบต. ไม่ได้เข้าใจตั้งแต่แรก เมื่อเป็นกองทุนแล้วจึงทราบว่าจะต้องทำตามระเบียบและรายงาน สปสช." (นักวิชาการ รพ. น1-2)

วิเคราะห์กระบวนการจัดตั้งและการบริหารกองทุน

1. การจัดตั้งคณะกรรมการ

การจัดตั้งกองทุนในกลุ่มนี้ ปีแรก พบว่าเกิดจากการชักชวนภายในกลุ่มเครือข่ายของสมาคม อบต. แห่งประเทศไทย หรือการได้รับข่าวสารผ่านผู้รับผิดชอบงานที่จังหวัด ปีต่อมาจึงเผยแพร่บอกต่อๆ กันว่า กองทุนจะเป็นแหล่งงบประมาณให้ท้องถิ่นทำงานเรื่องสุขภาพ ท้องถิ่นได้ประโยชน์ และเห็นว่าระเบียบการใช้จ่ายเงินกองทุนไม่ยุ่งยาก และมีความคล่องตัวมากกว่าทบท้องถิ่น

กองทุนทุกตัวอย่างไม่มีปัญหาในการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน สามารถจัดการให้เป็นไปตามองค์ประกอบที่ สปสช. กำหนด แต่กระนั้นก็มีความแตกต่างกันในวิธีปฏิบัติ เช่น หลายกองทุนได้ผู้แทนชุมชนส่วนใหญ่จากกลุ่ม อสม. หรือเคยเป็น อสม. เพราะเห็นว่าเป็นผู้มีประสบการณ์อยู่แล้ว (ทต/ต1-2) กรณีที่ผู้บริหารท้องถิ่นเปิดกว้าง จะให้แต่ละกลุ่มมีสิทธิเลือกตัวแทนของตนขึ้นมา และเป็นระบบการคัดเลือกที่เปิดเผยที่สุด (อต/ก1-3, ทต/ก1-2, ทต/น2-2) หรือกองทุนบางแห่งใช้วิธีการให้ประธานชุมชนที่มีอยู่แล้วเป็นกรรมการโดยปริยาย ซึ่งมักเป็นอดีตข้าราชการเกษียณอายุ (ทต/ก2-1) เทศบาลบางแห่งระบุวิธีคัดเลือกกรรมการในกลุ่มผู้แทนชุมชน หรือ อสม. โดยดูจากความเข้มแข็งในการทำงาน และให้การสนับสนุนคณะทำงานด้วยการจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงออกเยี่ยมบ้านให้ (ทต/ก1-2) ทั้งนี้ ผู้วิจัยไม่สามารถประเมินความสัมพันธที่แท้จริงในกระบวนการคัดเลือกผู้แทนชุมชน หรือผู้แทน อสม. กับบทบาทของผู้บริหารท้องถิ่น

2. การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะกรรมการส่วนใหญ่มีการประชุมเฉลี่ยปีละ 3-4 ครั้ง แต่ส่วนใหญ่จะรอการโอนเงินจาก สปสช. ก่อน ระยะเวลาจะประชุมเพื่อทำความเข้าใจแนวปฏิบัติและระเบียบต่างๆ โดยมีสถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลเป็นที่เลี้ยง รวมทั้งช่วยเขียนโครงการและรับไปดำเนินการต่อ เนื่องจากท้องถิ่นไม่มีหน่วยปฏิบัติ กองทุน 3 ตัวอย่างที่สัมภาษณ์ (ทต/ก1-2, อต/ก1-3, ทต/น2-2) มีการแต่งตั้งอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพิ่มเติม เพื่อช่วยกันดูแลรับผิดชอบโครงการ เช่นเดียวกับการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นส่วนที่คณะกรรมการกล่าวถึงน้อยมาก

ในช่วงแรก แต่ละกองทุนต่างประสบปัญหาอุปสรรคพอสมควร และเป็นสถานการณ์ที่หลากหลายมาก บางแห่งผู้บริหารท้องถิ่นไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ เพราะถูกใบเหลือง บางแห่งเป็นช่วงของการยกฐานะเป็นเทศบาล จึงต้องมีการเลือกตั้งผู้บริหารใหม่และรอการแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนชุดใหม่ บางแห่งผู้บริหารท้องถิ่นไม่กล้าตัดสินใจ เพราะความไม่เข้าใจแนวทางการบริหารกองทุน โดยเฉพาะหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินที่ สปสช. กำหนด เช่น บางกองทุนได้นำไปจัดซื้อครุภัณฑ์โดยเฉพาะเครื่องออกกำลังกาย (อต/ก1-2) หรือจ่ายเป็นค่าจ้างลูกจ้างใน สอ. (อต/ก1-2)

ความไม่เข้าใจงานสาธารณสุข รวมทั้งวิธีดำเนินงานกองทุนยังเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญของคณะกรรมการ ความต้องการที่จะใช้จ่ายงบประมาณโดยไม่ต้องอิงระเบียบกฎเกณฑ์ของผู้บริหารหรือผู้แทนชุมชน มักทำให้เกิดความขัดแย้งในที่ประชุมบ้าง และมีเสียงสะท้อนต้องการให้ สปสช. จัดการฝึกอบรม ช่วยชี้แจงเรื่องกรอบการใช้จ่ายเงิน รวมทั้งระเบียบกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน (ทต/ก1-2) ตลอดจนออกเยี่ยม หรือแนะนำคณะกรรมการให้เข้าใจตรงกัน

พิจารณาในแง่ปฏิบัติ พบว่า การดำเนินงานของกองทุน ขึ้นกับบทบาทของประธานกองทุนมากที่สุด ด้วยบารมีและประสบการณ์ (อต/ก1-3, ทต/ต1-2) เช่น การเปิดกว้างให้หลายฝ่ายมีส่วนร่วมอย่างไร หรือยึดความคิดความต้องการ

รองตนเองมากนักน้อยเพียงใด ในหลายกรณี ผู้บริหารท้องถิ่นจะเป็นฝ่ายชี้้นำการประชุมเองก็มี (ทต/ก3-1) ผู้ที่มีบทบาท รองลงมาได้แก่ ปลัดเทศบาล (ทต/น1-3, ทต/อ3-2) ซึ่งบางคนก็จะเชื่อมโยงกับการปฏิบัติให้ถูกระเบียบแบบแผนมากเพื่อมิ ให้อุทก สดง.หักหัวง จนไม่กล้าใช้เงิน แต่บางแห่ง ปลัดฯ มีบทบาทสูงในการกลั่นกรองโครงการ รวมทั้งเป็นฝ่ายเลขา หรือ ส่วนน้อยที่เป็นผู้ชี้้นำการประชุมเอง ส่วน ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในกองทุนกลุ่มนี้ แทบไม่มีบทบาทที่เด่นชัด เนื่องจากส่วนใหญ่พึ่งโอนย้ายมา หรือเป็นฝ่าย/กองที่มีนักวิชาการเพียงคนเดียว ไม่มีน้ำหนักในการเสนอความคิดเห็น ใน ส่วนของบทบาทของหัวหน้าสถานีนอนามัย (ทต/ก1-2, ทต/อ3-2, ทต/อ4-2) จะทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงในการเขียนโครงการ ให้อุทกชุมชน หรือเขียนให้ได้งบประมาณมาดำเนินการเอง ซึ่งมักจะเห็นงบกองทุนมาลงที่ สอ. ทั้งหมด กรณีเช่นนี้มักจะเป็น หน.สถานีนอนามัยที่อาวุโส (ทต/อ4-2) เป็นตัวหลักในการจัดการ บทบาทที่น่าสนใจ คือ ชาวบ้านหรือผู้แทนชุมชน ซึ่งจะ กล่าวเป็นหัวข้อที่ 3 ต่อไป

3. บทบาทของผู้แทนชุมชน

บทบาทของผู้แทนชุมชนในคณะกรรมการ เป็นเรื่องที่น่าสนใจติดตาม เพราะด้านหนึ่งเป็นการถ่วงดุลกับผู้บริหาร ท้องถิ่นและหัวหน้าสถานีนอนามัยในพื้นที่ อีกด้านหนึ่งเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของชุมชนโดยตรง (อต/ก1-3) ซึ่ง ชาวบ้านส่วนใหญ่จะไม่ค่อยสนใจเรื่องระเบียบกฎเกณฑ์ อีกด้านหนึ่ง ผู้แทนชุมชนต่างมีสิทธิมีเสียงในที่ประชุมเต็มที่ มี การลงมติในเรื่องสำคัญ แม้กระทั่งเสนอโครงการเอง (ทต/ก2-1, ทต/อ4-1) ซึ่งมักจะตัดพ้อต่อว่ากรณีโครงการของตัวเองไม่ ผ่านความเห็นชอบในคณะกรรมการ มีแนวโน้มที่แต่ละผู้บริหารท้องถิ่นจะเห็นประโยชน์จากการที่ชุมชนเป็นเจ้าของและ เสนอโครงการ อีกทั้งเป็นการสร้างงานมวลชนย่อยๆ ขึ้นมาได้

4. ผลการดำเนินงานกองทุน

เทศบาล ทต/ก1-2

ปี 2551 ได้รับงบ สปสช. 600,000 บาท สมทบ 300,000 บาท รวมเป็น 900,000 บาท (ไม่มีรายละเอียดของ กิจกรรม) ส่วนปี 2552 ไม่มีข้อมูล

"ประเมินว่าคณะกรรมการ/คณะทำงาน บางโครงการมีเยอะนับ 10 คน แต่มีผู้ทำงานจริงๆ เพียง 3-4 คน เท่านั้น ควรหาวิธีที่จัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานให้ได้คนที่ทำงานจริงๆ เสนอให้มีค่าตอบแทนปฏิบัติงานแก่คณะทำงาน/ อสม.ที่ออกเยี่ยมบ้าน" (ผู้แทนชุมชน ก1-2)

เทศบาล ทต/ก1-3

ปี 2549-2550 ได้รับงบ สปสช. 630,000 บาท อบต.สมทบ 321,581 แสนบาท รวมเป็น 951,581 บาท ดำเนินงาน 19 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100

ปี 2551 ยอดรวม 1,004,480 บาท 24 โครงการ

ปี 2552 ยอดรวม 913,295 บาท 19 โครงการ

ตารางที่ 5.3 จำแนกประเภทโครงการ ของ อบต.ตัวอย่าง (อต/ก1-3)

ประเภท	2549-2550		2551		2552	
	โครงการ	จำนวนเงิน	โครงการ	จำนวนเงิน	โครงการ	จำนวนเงิน
กลุ่มบริการตามสิทธิประโยชน์	4	194,610	5	147,700	7	261,520

ประเภท	2549-2550		2551		2552	
	โครงการ	จำนวนเงิน	โครงการ	จำนวนเงิน	โครงการ	จำนวนเงิน
กลุ่มสนับสนุนหน่วยบริการ	5	451,650	6	653,780	3	532,140
กลุ่มส่งเสริมป้องกันโดยชุมชน	10	257,800	13	167,000	8	68,600
กลุ่มบริหารจัดการ	-	47,521	-	36,000	-	51,035
รวม	19	951,581	24	1,004,480	18	913,295

เทศบาล ทต/ก3-1

ปี 2551 ได้รับงบ สปสช. 280,000 บาท สมทบอีก 140,000 บาท รวมเป็น 420,000 บาท สนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชนของ รพ. 2 โครงการ และเทศบาลทำเอง 2 โครงการ รวม 330,110 บาท (ร้อยละ 78.6) คงเหลือ 89,890 บาท ได้แก่

- 1) โครงการคัดกรองภาวะสุขภาพ 15 ปีขึ้นไป และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งบ 171,775 บาท (ศสช.โรงพยาบาล)
- 2) โครงการส่งเสริมการตั้งครรภ์ การดูแลหลังคลอดและทารก งบ 18,000 บาท (ศสช. โรงพยาบาล)
- 3) โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งผู้สูงอายุ งบ 25,800 บาท (เทศบาล ทต/ก3-1)
- 4) โครงการบ้าน ชุมชน ปลอดภัยน้ำยุงลาย งบ 111,000 บาท (เทศบาล ทต/ก3-1)

ปี 2552 ยังไม่ดำเนินการ รวมทั้งไม่เคยได้ยื่นเรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

เทศบาล ทต/อ1-1

กองทุนสุขภาพของเทศบาล ทต/อ1-1 จัดตั้งเมื่อปี 2549 ได้งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ปีละ 310,000 บาท สมทบอีก 160,000 บาท รวมเป็น 470,000 บาท พอเทศบาลยกฐานะในปี 2550 ได้ผู้บริหารเทศบาลชุดใหม่ จึงมีการตั้งอนุกรรมการชุดต่างๆ มาช่วยงาน คณะกรรมการประชุมกัน 2-3 ครั้งต่อปี

โครงการที่กองทุนสนับสนุน ปี 2550 จำนวน 10 โครงการ (เงิน 367,600 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.2) ปี 2551 จำนวน 14 โครงการ (เงิน 413,444 บาท คิดเป็นร้อยละ 72.2 ของยอดสะสม) ในจำนวนนี้ แบ่งเป็นโครงการที่โรงเรียนเสนอเอง 6 โครงการ (เงิน 131,660 บาท) เช่น ปลูกผักปลอดสารพิษ อาหารปลอดภัยเด็กไทยพันธุ์ดี การส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน อบรมอาสาสมัครนักเรียน และโภชนาการ เป็นต้น โครงการที่ชุมชนเสนอโดย อสม. 2 โครงการ (เงิน 98,860 บาท) เช่น อบรมผู้ประกอบการร้านค้า การรณรงค์เลิกบุหรี่ และโครงการที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเป็นผู้เสนอเอง 5 โครงการ (เงิน 131,415 บาท) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคขาดสารไอโอดีน สุขภาพจิต ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แกนนำเกษตรปลอดสารพิษ เป็นต้น และการบริหารจัดการ 1 โครงการ (เงิน 51,509 บาท)

"โครงการที่เสนอกองทุน หากเป็นการสนับสนุน รพ. รพ.จะดำเนินการเอง โครงการสนับสนุนโรงเรียน ครูทำเอง หากเป็นโครงการเสนอโดยภาคประชาชน อสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งฝ่าย รพ. และเทศบาลจะร่วมดำเนินการ" (นักวิชาการ รพ.อ1-1)

เทศบาล ทต/อ1-2

งบกองทุนจัดตั้งปลายปี 2549 รวมเงินสมทบได้ปีละ 5 แสน แต่มาเริ่มใช้จริงปลายปี 2550 เป็นเงิน 370,000 บาท ใช้ 5 โครงการ มีข้อสังเกตว่าโครงการทั้ง 5 เขียนเหมือนอีกตำบล ซึ่งเจ้าหน้าที่ สอ. ยอมรับว่าลอกเลียนกันมา ปัจจุบันกองทุนมียอดสะสม 1.3 ล้าน ผู้บริหารอยากใช้เงินกองทุนจัดซื้อรถรับส่งผู้ป่วย สมทบกับเงินจากกองทุนโรงไฟฟ้า

ปัญหาสาธารณสุข ที่ผู้บริหารท้องถิ่นมองเห็น คือ เรื่องเด็กให้สุขภาพแข็งแรง กับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ นายกฯ เสนอในที่ประชุมให้ชุมชนทำโครงการออกกำลังกาย

"ตนยังไม่กระจ่างในเรื่องกองทุน อย่างเช่นสิทธิประโยชน์ ... ถามว่าจะขยายประเภท 4 ให้ใช้บริหารจัดการเพิ่มได้หรือไม่ หรือซื้อสิ่งของเยี่ยมแม่หลังคลอด หรือซื้อนมเพื่อป้องกันโรคหรือเพื่อให้เด็กสุขภาพแข็งแรง" (นายก ทต/อ1-2)

"นายกฯ คนก่อนค่อนข้างดูเรื่องระเบียบ ประชุมกรรมการแค่ 3 ครั้ง ตนต้องเขียนโครงการเข้าไปเอง ซึ่งก็ไปดูที่อื่นมาคล้ายๆ กัน กรรมการส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจงานสาธารณสุข ที่สนใจก็มีเรื่องขยะ กับใช้เลือดออกเท่านั้น กรรมการชุดใหม่นี้ประชุมครบ 1 ครั้ง กรรมการที่เป็นผู้ใหญ่บ้านหมดวาระ 80% จึงยังใหม่อยู่ ส่วนนายกฯ ปัจจุบันทำงานดี กับช่วยเหลืออนามัยดี ส่วนปลัดเทศบาลจะไม่ค่อยรู้เรื่องสาธารณสุข เทศบาลได้ช่วยงบซื้อสารเคมีพ่นยุงทุกปี แต่เราต้องทำเอง ใช้เครื่องพ่นของเทศบาล" (หน.สอ. อ1-2)

ข้อสังเกตว่า ระหว่างการให้สัมภาษณ์ นายกฯ ให้ความสนใจกับวิธีการใช้เงินกองทุน โดยตั้งคำถามอยู่ตลอด และท้ายที่สุดจะพยายามสรุปว่าให้กองสาธารณสุขฯ กลับไปทำอะไร ในส่วนทั้ง สอ. และกองสาธารณสุขฯ ค่อนข้างกังวลใจ นายกฯ และพยายามสนองความต้องการของนายกฯ เรื่องที่นายกไม่เข้าใจหลักเกณฑ์แนวทางกองทุนนั้น แม้ว่า สอ. พยายามอธิบายการใช้เงินกองทุน แต่ได้พูดชี้แจงนายกฯ ด้วยความเกรงใจ และส่วนหนึ่ง สอ. ก็อยากได้รพพยาบาลด้วย

เทศบาล ทต/น2-2

จัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2549 เป็นงบ สปสช. ปี 2549-2550 จำนวน 304,488 บาท เทศบาลสมทบ 152,194 บาท รวมเป็น 456,682 บาท ช่วงนี้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะเป็นผู้เสนอโครงการให้คณะกรรมการพิจารณาทั้งหมด

ปี 2551 ได้รับงบจาก สปสช. 317,587 บาท เทศบาลสมทบ 158,794 บาท รวม 476,381 บาท ใช้จ่ายจริง 29 โครงการ เป็นเงิน 442,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 91.8 คงเหลือ 34,381 บาท มีการแต่งตั้งอนุกรรมการ 1 ชุดซึ่งประกอบด้วยหลายภาคส่วน ได้เปิดโอกาสให้ สอ. และผู้แทนชุมชนในอนุกรรมการเสนอโครงการ ผู้รับผิดชอบ และผู้ติดตามกำกับการใช้จ่ายเงินจากกองทุน ผลปรากฏว่า มีการกระจายโครงการในหลายภาคส่วน เช่น สถานีอนามัย 7 โครงการ (เงิน 200,000 บาท) เทศบาล 2 โครงการ ชมรม อสม. 5 โครงการ ผู้นำชุมชน 5 โครงการ โรงเรียน 1 โครงการ และรายบุคคล 6 โครงการ แต่เมื่อ สอ. รับโครงการไป มีปัญหาดำเนินการไม่แล้วเสร็จ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ลาเรียน 1 คน ลาคลอดบุตร 1 คน ทำให้ขาดเจ้าหน้าที่ และได้ถูกท้วงติงจากคณะกรรมการ

ตัวอย่างโครงการทั้ง 29 รายการ มีการกระจายกิจกรรมตามกลุ่มงานทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดบริการสุขภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ 11 โครงการ เป็นเงิน 158,000 บาท ด้านการสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน 4 โครงการ เป็นเงิน 120,000 บาท ด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชน 10 โครงการ เป็นเงิน 117,000 บาท และด้านการบริหารกองทุน 4 โครงการเป็นเงิน 47,000 บาท (ดูภาคผนวกท้ายบท)

กรณีของเทศบาล ทต/น2-2 จึงค่อนข้างโดดเด่นในการบริหารจัดการเงินกองทุนอย่างเป็นระบบ เช่น การมีอนุกรรมการที่มาจากทุกภาคส่วน และมีส่วนร่วมในการเสนอโครงการ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงาน และการติดตามกำกับแยกจากกัน การกระจายกิจกรรมด้านส่งเสริมป้องกันให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตลอดจนการใช้จ่ายเงินกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยงบประมาณไม่ได้กระจุกตัวอยู่ที่ผู้บริหารท้องถิ่นหรือเทศบาลเอง

อบต. อต/น1-2

ท้องถิ่นที่เป็นพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน จะมีกลุ่มงานเวชกรรมชุมชนช่วยเหลือสนับสนุน ทั้งการเขียนโครงการ ให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน เป็นต้น แต่ปัญหาของ รพช. คือการคาบเกี่ยวทั้งพื้นที่ของเทศบาลและ อบต. ซึ่งได้จัดตั้งกองทุนแล้วทั้งสองแห่ง ทำให้การประสานงานยุ่งยากขึ้น

"โครงการที่ขอกองทุน 70% มาจากฝ่าย รพ. โดยยกร่างโครงการให้ อสม. เป็นผู้เสนอ ส่วนอีก 30% ก็จะมาจากรมมต่าง ๆ การอนุมัติโครงการไม่มีปัญหาเพราะว่าโครงการที่เสนอไปไม่เกินวงเงินที่มีอยู่" (นักวิชาการ รพ.น1-2)

"การดำเนินงานกองทุน ในปี 2552 คิดว่าน่าจะมีปัญหาเพราะเทศบาลตั้งอยู่อีกฝั่งคลองซึ่งมี สอ.อยู่ด้วย และได้เข้ากองทุนแล้ว ส่วน รพ.อยู่ปากเดียวกับ อบต. พื้นที่ใกล้เคียงกัน แต่บลงไปสองแห่ง จึงหนักใจเพราะว่ายังไม่ได้คุยกับเทศบาลเรื่องของงานสาธารณสุข เพราะว่าถ้าบลงอีกฝั่งเยอะ งานบางอย่างก็ลำบากเช่นพวก screening ตรงนี้ต้องมี การคุยทำความเข้าใจกันระหว่าง สสอ. กับ ผอ. กับนายกฯ ตั้งแต่เทศบาลฯเข้าร่วมกองทุนยังไม่ได้คุยกัน" (นักวิชาการ รพ.น1-2)

เทศบาล ทต/น1-3

งบกองทุนปี 2551 (ปีเริ่มดำเนินการ) จาก สปสช. 268,050 บาท สมทบ 53,610 บาท รวม 321,660 บาท

ปี 2551 สนับสนุน 12 โครงการ เป็นเงิน 315,940 บาท (ร้อยละ 98.2) แสดงถึงประสิทธิภาพการใช้จ่าย งบประมาณสูงมาก โครงการทั้งหมดนี้ สอ. ทั้งสองแห่งเป็นผู้เสนอทั้งสิ้น ได้แก่ ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ จัดทำสมุดคู่มือและ สมุดประจำตัวผู้สูงอายุ คัดกรอง EQ ในเด็กนักเรียน ดูงานของ อสม. ใช้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า โรคเอดส์ การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ปัญหาโภชนาการในเด็กนักเรียน ฯลฯ

งบกองทุนปี 2552 จาก สปสช. 239,812 บาท สมทบ 120,000 บาท สะสม 5,720 บาท รวม 365,532 บาท

ปี 2552 ประชุมไปได้ครั้งเดียว มอบหมายให้จัดทำแผนงาน/โครงการโดยให้ผู้แทน สอ. ผู้แทนหมู่บ้าน ไปดูปัญหา สาธารณสุขของหมู่บ้าน ใช้แผนชุมชนมาเป็นต้นแม่ และการทำประชาคมหมู่บ้าน

"คิดว่าควรเอาเงินกองทุนไปทำอย่างอื่นที่ไม่ซ้ำกับโครงการของเทศบาล ขณะนี้เทศบาลก็ยังคงตั้งงบประมาณ ด้านสาธารณสุขอยู่ และมากกว่าเดิมด้วย ในปี 2552 เน้นเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ใช้เลือดออก ยาเสพติด" (ปลัด ทต/น1-3)

"ได้บอก สอ. ให้เน้นการติดตามด้วยเพื่อจะได้เห็นผลสำเร็จของงาน ไม่ใช่เน้นแค่เป้าหมาย เพราะจะเห็นว่าเขียน โครงการเป็นเป้าหมายเชิงปริมาณเท่ากันทุกครั้ง เป้าหมายควรลดลงได้บ้าง ไม่ใช่เท่าเดิมตลอด ... งบประมาณมีน้อย ถ้า ตัวชี้วัดของโครงการที่เสนอบังคับไม่ชัดเจน จะมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณในปีต่อไป" (ปลัด ทต/น1-3)

"การค้นหาปัญหาสาธารณสุข จะได้จากการทำประชาคม" (ผู้แทน อสม. น1-3)

เทศบาล ทต/ต1-2

การบริหารจัดการในปีแรกค่อนข้างเกร็ง ไม่กล้าลงมือทำ แต่ต่อมา ได้พยายามประชุมคณะกรรมการให้ดีขึ้น จน ปี 2552 พิจารณาไปแล้ว 10 โครงการเมื่อต้นปี เช่น เยี่ยมเด็กแรกเกิด ดูแลผู้สูงอายุ ตอนนี้อยู่เหลือ 1 แสนกว่าบาท นายกฯ ได้รับรางวัลนวัตกรรมสุขภาพชุมชนดีเด่น จากโครงการจัดทำสมุดคู่มือสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป

ผู้บริหารท้องถิ่นกระจายให้ส่วนต่างๆ เสนอโครงการได้ เช่น ให้ชาวบ้านเสนอผ่าน สอ. หรือหาก สอ.มีข้อมูลอยู่ ก็ เสนอเองได้ (นายกฯ มองว่า จำเป็นและช่วยเสริมงานต่างๆ ของสาธารณสุข) หรือคณะกรรมการจะเสนอเองก็ได้ ปีหนึ่งมี 2-3 โครงการที่กรรมการเสนอเอง เช่น โครงการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

"เวลาประชุมชาวบ้าน ต้องการเรื่องถนนหนทาง ไฟฟ้า ประปา จะไม่มีเรื่องสุขภาพเลย เราต้องคิดแทนเขา ชาวบ้านส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักกองทุนว่าทำอะไร แต่โครงการที่รัฐคิดให้ชาวบ้าน มักล้มเหลว ควรคิดจากความต้องการ ชาวบ้านส่วนหนึ่ง และเราคิดให้ส่วนหนึ่ง ชาวบ้านอยากให้เรานำบ้าง อย่างนี้พอไหว" (นายก ทต/ต1-2)

เทศบาล ทด/อ3-2

ปี 2550 ซึ่งเป็นปีแรก ไม่มีการประชุมคณะกรรมการกองทุน แต่เทศบาลจัดทำโครงการเอง 3 โครงการ เงิน 349,436 บาท (ร้อยละ 36.3) คงเหลือเงิน 615,000 บาท

ปี 2551 มียอดสะสมประมาณ 1,700,000 บาท คณะกรรมการประชุม 1 ครั้ง มีการเสนอแผน 4 ด้าน 23 โครงการ แต่ทำจริงเพียง 4 โครงการ เป็นของเทศบาลทั้งหมด เป็นเงิน 249,000 บาท (ร้อยละ 14.6) เนื่องจากนายกฯ ถูกยื่นใบเหลือง และได้รับเลือกตั้งใหม่ปี 2552 โครงการทั้ง 4 ได้แก่ อาหารปลอดภัย ใช้เลือดออก ใช้หัวदनก และการบริหารกองทุน

ปี 2552 มียอดสะสมปี 2552 ประมาณ 2,535,181 บาท ประชุมคณะกรรมการแล้ว 3 ครั้ง มีการจัดทำแผนปี 2552 จำนวน 30 โครงการ แบ่งเป็นของเทศบาล 10 โครงการ และของสถานีนามัย 2 แห่งๆ ละ 10 โครงการ รวม 1,286,931 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.8 คงเหลือสุทธิ 1,248,250 บาท

เทศบาล ทด/อ4-2

ปี 2551 ได้รับงบ สปสช. 120,000 บาท สมทบ 60,000 บาท รวมเป็น 180,000 บาท ใช้ไป 11 โครงการ เป็นเงิน 115,314 บาท คิดเป็นร้อยละ 64.1 คงเหลือเงิน 64,686 บาท โครงการ ได้แก่ รณรงค์เยาวชนห่างไกลเอดส์ ดูแลและประกวดสุขภาพเด็ก 0-5 ปีตามเกณฑ์ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป คัดกรองเบาหวานความดัน ดูแลหญิงมีครรภ์ครบ 4 ครั้ง ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานความดันและเยี่ยมบ้าน

ปี 2552 ได้รับงบ 127,162 บาท สมทบ 80,000 บาท รวมกับยอดคงเหลือเป็น 271,848 บาท ใช้ไป 17 โครงการ เป็นเงิน 270,845 บาท คิดเป็นร้อยละ 99.6 คงเหลือ 1,003 บาท โครงการ ได้แก่ ดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 0-5 ปี กลุ่มเด็ก 6-12 ปีตามเกณฑ์ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานความดัน ตรวจคัดกรองเบาหวานความดัน ตรวจมะเร็งปากมดลูก อบรมอาชีพปลอดภัย และเกษตรปลอดภัยจากการใช้สารเคมี ร้านค้ามาตรฐานและอาหารปลอดภัย การควบคุมโรคใช้เลือดออก การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การประกวดแอโรบิก อบรมผู้นำชุมชนต้นแบบ และจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

อบต. อต/อ3-3

ปี 2551 และ 2552 ได้เห็นชอบ 6 โครงการเหมือนกัน โดย 2 โครงการเสนอโดยชุมชน อีก 2 โครงการจากโรงเรียน และอีก 2 โครงการเป็นของ สอ. โดยนายกฯ เป็นผู้พิจารณาโครงการด้วยตัวเอง หรือควรปรับปรุงแก้ไข

การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

"คิดว่าหากนำแผนที่มาใช้ คิดว่าทำได้ แต่ค่อนข้างยาก ยังหาวิธีการง่ายๆที่จะมาถ่ายทอดให้คณะกรรมการที่เป็นชาวบ้านยังไม่ได้" (นักวิชาการ รพ. อ1-1)

"ยังไม่ได้อบรมเรื่องแผนที่ยุทธศาสตร์ เห็นว่าต้องมีแกนนำชาวบ้านที่แข็ง สามารถตั้งกลุ่มและของบจากกองทุนมาดำเนินการเองได้" (หน.สอ. อ1-2)

"เคยได้ยินเรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาบ้าง เพิ่งส่งคนไปอบรม 5 วันอาทิตย์นี้ รู้สึกว่าเรื่องนี้ดูเหมือนกำหนดโดยนักวิชาการ นำมาให้ชาวบ้านปฏิบัติได้ลำบาก เครื่องส่งๆ มา แต่เครื่องรับ ยังรับไม่ได้ ปฏิบัติไม่ได้ก็ไม่ได้ผล" (นายก ทด/ต1-2)

“เปรียบเทียบกับแผนแม่บทชุมชน ในทางปฏิบัติยังกว้างไป ไม่เจาะจงเหมือนกองทุน เป้าหมายของแผนฯ จะได้นำบริบทมาใช้กำหนดแผน เช่น ทำให้ชุมชนเป็นสุข มีรายได้ เป็นทฤษฎี ปฏิบัติยาก งบก็มีน้อยด้วย ที่ผ่านมา โครงการแบบนี้ล้มเหลวมาเยอะ อยากทำโน่นทำนี่ ช่วงหลังตนจะไม่ตั้งกลุ่มใหญ่ แต่ทำกลุ่มเล็ก 3-5 คน เช่น ให้ยืมเป็นเงินทุนหมุนเวียนทำกลุ่มปุ๋ยหมัก ก็พบว่ากลุ่มเดินไปได้เป็นปี ได้เงินคืนและมีผลกำไรของกลุ่ม กลุ่มใหญ่ไปมักมีปัญหาการจัดการ และเวลาที่ไม่ตรงกัน ทำให้มีปัญหาตนเอง” (นายก ทต/ต1-2)

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 5.4 ข้อมูลการใช้จ่ายรายปีของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างกองทุนขนาดกลาง

เทศบาล	งบรายได้ ท้องถิ่น (ล้านบาท)	งบส่งเสริม ป้องกันโรค	งบกองทุน ปี 2550	ปี 2550 ใช้จ่าย ร้อยละ	งบกองทุน ปี 2551	ปี 2551 ใช้จ่าย ร้อยละ	ยอดสะสม ปี 2552	ปี 2552 ใช้จ่าย ร้อยละ	ยอดคงเหลือ ณ ปัจจุบัน*
ทต/ก1-2	96.5	NA	(ยังไม่จัดตั้งกองทุน)		900,000	NA	NA	NA	NA
อต/ก1-3	65.6	2,900,000	951,581	100.0	1,004,480	100.0	913,295	100.0	0.0
ทต/ก3-1	61.7	NA	(ยังไม่จัดตั้งกองทุน)		420,000	78.6	509,890	0.0	509,890
ทต/อ2-1	57								
ทต/อ1-1	40.9	NA	470,000	78.2	572,400	72.2	628,956	0.0	628,956
ทต/อ1-2	44	240,000	500,000	74.0	630,000	0.0	1,300,000	0.0	1,300,000
ทต/น2-2	43	100,000	456,682	100.0	476,381	91.8	NA	NA	NA
ทต/น1-3	24	NA	(ยังไม่จัดตั้งกองทุน)		321,660	98.2	365,532	0.0	365,532
ทต/ต1-2	27	330,000	407,395	57.2	740,848	64.2	775,000	87.1	100,000
ทต/อ3-2	44	NA	964,024	36.3	1,700,000	14.6	2,535,181	50.8	1,248,250
อต/อ3-3	32.4	NA	500,000	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ทต/อ4-2	32	NA	(ยังไม่จัดตั้งกองทุน)		180,000	64.1	271,848	99.6	1,003
รวม**	-	-	3,852,287	66.2	5,304,921	40.9	6,524,702	37.9	4,053,631

* ช่วงเวลาเก็บข้อมูล พค.- มิย. 2552

** รวมเฉพาะกองทุนที่มีข้อมูลการใช้จ่ายเงินเท่านั้น

1. การใช้จ่ายงบประมาณของกองทุน

จากข้อมูลกองทุนขนาดกลางทั้ง 11 ตัวอย่าง (ตารางที่ 5.5) พบว่า อัตราการใช้จ่ายงบประมาณของแต่ละกองทุน จะแตกต่างกันมาก และกองทุนเดียวกันปีต่างกัน ก็ยังแตกต่างกัน โดยกองทุนที่มีอัตราการใช้จ่ายในเกณฑ์ดีจนยอดคงเหลือเทียบกับเงินกองทุนสะสมน้อยกว่าร้อยละ 10 มี 3 กองทุน (อต/ก1-3, ทต/อ4-2, ทต/ต1-2) ส่วนกองทุนที่มียอดคงเหลือเกินร้อยละ 50 มีทั้งสิ้น 3 กองทุน (ทต/อ1-2, ทต/ก3-1, ทต/น1-3) และกองทุนที่มียอดคงเหลือระหว่างร้อยละ 10-50 จำนวน 2 กองทุน (ทต/อ1-1, ทต/อ3-2) ขณะที่ หากนำอัตราการใช้จ่ายในปีแรกของทุกกองทุนมาคำนวณอัตราเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 66.2 อัตราในปีที่ 2 ลดลงเท่ากับร้อยละ 40.9 และปีที่ 3 เท่ากับร้อยละ 37.9 (ตารางที่ 5.4)

ผลการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่า อัตราการใช้จ่ายเงินกองทุนไม่สัมพันธ์กับจำนวนยอดเงินกองทุน แม้ว่าจำนวนยอดเงินดังกล่าวจะคิดคำนวณจากจำนวนประชากรสิทธิ UC และยังไม่สัมพันธ์กับยอดเงินรายได้ท้องถิ่นเช่นกัน

ตารางที่ 5.5 ข้อมูลการใช้จ่ายในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างกองทุนขนาดกลาง

เทศบาล	ประชากร	งบรายได้ท้องถิ่น (ล้านบาท)	งบกองทุน/ปี	เงินกองทุนตั้งแต่ต้น (ประมาณการ)	ยอดคงเหลือ ณ ปัจจุบัน*	ร้อยละยอดคงเหลือ
ทต/ก1-2	16,400	96.5	900,000	1,800,000	NA	NA
อต/ก1-3	17,746	65.6	1,000,000	3,000,000	0.0	0.0
ทต/ก3-1	7,451	61.7	420,000	840,000	509,890	60.7
ทต/อ1-1	8,200	40.9	470,000	1,410,000	628,956	44.6
ทต/อ1-2	9,489	44	500,000	1,500,000	1,300,000	86.7
ทต/น2-2	8,525	43	470,000	1,410,000	NA	NA
ทต/น1-3	7,061	24	320,000	640,000	365,532	53.8
ทต/ต1-2	10,000	27	500,000	1,500,000	100,000	6.7
ทต/อ3-2	24,628	44	1,080,000	3,240,000	1,248,250	41.6
อต/อ3-3	15,163	32.4	500,000	1,500,000	NA	NA
ทต/อ4-2	3,439	32	180,000	360,000	1,003	0.3

* ช่วงเวลาเก็บข้อมูล พค.- มิย. 2552

2. ลักษณะของโครงการภายใต้การดำเนินงานของกองทุน

กิจกรรมของกองทุนมีลักษณะแตกต่างจากกิจกรรมด้านสาธารณสุขตามข้อบัญญัติท้องถิ่นอยู่บ้าง ดังที่กล่าวในตอนวิเคราะห์บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่า การดำเนินงานของท้องถิ่นนั้นจะเน้นกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมจับต้องได้คล้ายๆ กัน เช่น กิจกรรมบริการตรวจสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกายแบบต่างๆ ฯลฯ กิจกรรมการป้องกันโรค เช่น ใช้เลือดออก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การกำจัดขยะ และนำขยะมาทำปุ๋ยชีวภาพ การรักษาความสะอาด

สำหรับกิจกรรมของกองทุนจะสอดคล้องตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างชัดเจน ซึ่งแนวทางเหล่านี้เปลี่ยนไปตามสถานการณ์และนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ การดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นต้องระดมกำลังเพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ได้ทั่วถึง ซึ่งลำพังกอง/ฝ่ายสาธารณสุขของเทศบาลไม่มีบุคลากรเพียงพอที่จะดำเนินการเต็มพื้นที่ จึงต้องอาศัยเจ้าหน้าที่จากสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลร่วมด้วย เช่น การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การแก้ไขขาดสารไอโอดีน ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การคัดกรอง EQ ปัญหาโภชนาการในเด็กนักเรียน การอบรมแกนนำต้นแบบ และโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นต้น

ผลการวิจัยประเมินได้ว่า สถานีนอนามัยและฝ่ายสาธารณสุขของท้องถิ่น เป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการผลักดันโครงการต่างๆ ของกองทุน โดยที่ชุมชนยังไม่มีบทบาทมากนัก การจัดตั้งกองทุนจึงเป็นช่องทางที่ทำให้เกิดการกระจายงบประมาณด้านสุขภาพไปสู่ท้องถิ่นมากขึ้น เป็นการสนับสนุนระบบบริหารราชการส่วนท้องถิ่นให้เข้มแข็ง แต่ยังคงความเชื่อมโยงกับชุมชน หรือทำให้ชุมชนมีความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ การมีผู้แทนชุมชนในคณะกรรมการยังเป็นเพียงสัญลักษณ์ หรือแสดงทัศนะส่วนตัว มากกว่าบทบาทที่สะท้อนปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

3. การบริหารจัดการของกองทุน

หากพิจารณาในด้านการบริหารจัดการ จะจัดแบ่งกองทุนได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กองทุนที่บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ อต/ก1-3, ทต/อ1-1, ทต/ต1-2, ทต/น2-2

ลักษณะเด่นของกองทุนกลุ่มนี้ ประกอบด้วย การกระจายโครงการให้ตอบสนองปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างทั่วถึง การเปิดโอกาสให้ชุมชนได้คิดริเริ่มโครงการ เช่น การจัดทำสมุดคู่มือสุขภาพสำหรับประชาชน การอบรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีในเกษตรกร ฯลฯ และที่สำคัญคือ กองทุนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ โดยไม่จำกัดแต่เพียงโครงการของเทศบาลหรือสถานีนอนามัยเท่านั้น เช่น การสนับสนุนโครงการของโรงเรียน โครงการของชุมชนโดย อสม. หรือผู้แทนชุมชน (อต/ก1-3, ทต/อ1-1, ทต/น2-2) ซึ่งโดยปกติ โอกาสที่ชุมชนจะเสนอโครงการเช่นนี้ทำได้ยาก เพราะโครงการที่ชุมชนเขียนเองมักจะเป็นกิจกรรมพื้นๆ ขาดจุดเด่นในการแก้ปัญหา เช่น การบริการเคลื่อนที่ การอบรมอาสาสมัคร การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ฯลฯ กองทุนกลุ่มนี้จะกำหนดสัดส่วนของโครงการจากกลุ่มภาคีต่างๆ ค่อนข้างสมดุลกัน ตลอดจนมีการบริหารจัดการค่อนข้างเป็นระบบ เช่น มีการตั้งอนุกรรมการหรือคณะทำงานจากหลายฝ่าย มีการติดตามประเมินผล ทำให้การใช้จ่ายเงินของกองทุนในกลุ่มนี้มีความก้าวหน้ารวดเร็ว และมีประสิทธิภาพเนื่องจากมีระบบตรวจสอบ

กองทุนทั้ง 4 แห่ง เป็นกองทุนดีเด่นตัวอย่างที่จังหวัดเป็นผู้คัดเลือกให้ศึกษา และดำเนินการตั้งแต่ปี 2549

2) กองทุนที่บริหารจัดการร่วมกันระหว่างท้องถิ่นกับสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ ทต/น1-3, ทต/อ1-2, ทต/ต1-2, ทต/อ4-2, ทต/ก3-1

เป็นกองทุนที่ผู้บริหารท้องถิ่นและหัวหน้าสถานีนอนามัยหรือนักวิชาการของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทั้งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ต่างฝ่ายมีความเข้าใจการทำงานและบริหารเงินกองทุนร่วมกัน กล่าวคือ มีการจัดสรรงบประมาณให้ทั้งฝ่ายเทศบาลและฝ่ายสาธารณสุข เพื่อช่วยกันจัดกิจกรรมสาธารณสุขตามแนวทางของหน่วยงาน ในกรณีที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งยึดถือความคิดของตนเองเป็นที่ตั้งมากเกินไป ดังตัวอย่างที่สถานีนอนามัยในจังหวัดหนึ่ง (จังหวัด อ4) พยายามผลักดันโครงการตามตัวชี้วัดของจังหวัดมากเกินไป ย่อมทำให้ฝ่ายท้องถิ่นรู้สึกอึดอัดและไม่เห็นด้วยที่ต้องทำตามกรอบของฝ่ายสาธารณสุขหรือจังหวัดเท่านั้น หรือ การที่ปลัดเทศบาลมีบทบาทในการตรวจสอบโครงการภายใต้กรอบการทำงานของสถานีนอนามัย เนื่องจากเห็นว่าท้องถิ่นน่าจะไม่ได้ประโยชน์ (ทต/น1-3) จึงเป็นการคานบบาทกันและกัน

กองทุนขนาดกลางส่วนใหญ่ จะมีลักษณะดังกล่าว เนื่องจากความจำเป็นที่ต้องประสานงานกับฝ่ายสาธารณสุข อีกทั้งโครงสร้างและบุคลากรฝ่ายสาธารณสุขของท้องถิ่นไม่เอื้ออำนวย ผลการดำเนินงานกองทุนจึงขึ้นกับการจัดการให้เกิดความสมดุลระหว่างท้องถิ่นกับสาธารณสุข

3) กองทุนที่บริหารจัดการโดยฝ่ายท้องถิ่นเป็นหลัก ได้แก่ ทต/อ1-2, ทต/อ3-2 และ ทต/น1-3

กองทุนกลุ่มนี้ จะดำเนินงานตามนโยบายหรือความต้องการของผู้บริหารท้องถิ่น อาจเป็นเพราะผู้บริหารท้องถิ่นต้องการสร้างผลงานของตนเอง จึงเป็นฝ่ายกำหนดโครงการให้คณะกรรมการพิจารณา หรือท้องถิ่นอาจมีความสัมพันธ์กับสถานีนอนามัยไม่ดีเท่าที่ควร โครงการของกองทุนกลุ่มนี้ จึงค่อนข้างเน้นการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ การจัดกิจกรรมที่ให้

ชาวบ้านได้รับรู้ และการประชาสัมพันธ์เพื่อผลประโยชน์ทางการเมือง เช่น การจัดซื้อเครื่องออกกำลังกาย สิ่งของเยี่ยม
สำหรับแม่หลังคลอด ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ นมสำหรับเด็กเล็กและนักเรียน การจัดกิจกรรมพิเศษในวันสำคัญต่างๆ ฯลฯ

การที่ปลัดท้องถิ่นบางแห่งได้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการ เช่น ทต/น1-3 และ ทต/อ3-2 ทำให้ช่วยเสริม
การทำงานของทุนได้บ้าง เช่น การจัดกระบวนการทำประชาคม การจัดทำแผนชุมชน การติดตามผลสำเร็จของงาน ในทาง
กลับกัน หากว่าปลัดท้องถิ่นเป็นคนเคร่งครัดเรื่องระเบียบมากเกินไป ก็อาจสร้างความยุ่งยากให้พอสมควร เช่น ทต/อ3-2

กองทุนลักษณะนี้ แม้พบเห็นไม่มากนัก แต่จะแฝงลักษณะดังกล่าวภายใต้บุคลิกและวิธีการทำงานของผู้บริหาร
ท้องถิ่น ดังที่จะกล่าวต่อไป

4. บทบาทของผู้บริหารท้องถิ่น

มีข้อสังเกตว่า ผู้บริหารท้องถิ่นเป็นตัวแปรสำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของกองทุน เนื่องจากเป็นผู้กำหนด
วิธีการคัดเลือกคณะกรรมการกองทุน ทุกครั้งที่มีการเลือกตั้งผู้บริหารท้องถิ่นใหม่ หรือเมื่อมีการยกฐานะขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมาย ความที่ผู้บริหารท้องถิ่นมีหลากหลายลักษณะ หากได้ผู้บริหารท้องถิ่นที่มีความเข้าใจ
ให้การสนับสนุนและกระจายงบประมาณให้หน่วยงานและชุมชน เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการเสนอโครงการ คณะ
กรรมการมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งปี การดำเนินงานกองทุนก็จะราบรื่น และมีความก้าวหน้าในการใช้จ่ายเงิน
หากกองทุนใดผู้บริหารท้องถิ่นไม่เข้าใจ สนใจแต่ประโยชน์ส่วนตน หรือเพ่งได้เป็นผู้บริหารท้องถิ่นใหม่ๆ หรือปลัดท้องถิ่น
บริหารแบบเน้นให้ดูระเบียบ งานกองทุนก็มักจะค่อนข้างติดขัดและมีความก้าวหน้าในการใช้จ่ายเงินน้อย สรุปได้ว่า การ
บริหารกองทุนโดยภาพรวมยังมีความไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับตัวผู้บริหารท้องถิ่น

ที่ผ่านมา คณะกรรมการกองทุน ยังไม่มีบทบาทชัดเจนนัก และมักเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่น ผู้ใหญ่บ้านที่เป็น
กรรมการกองทุนเมื่อหมดวาระการดำรงตำแหน่ง ต้องรอการเลือกตั้งใหม่ และมองว่ากรรมการโดยส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจ
งานสาธารณสุขเท่าที่ควร รวมทั้งเรื่องการบริหารกองทุนด้วย กล่าวคือ บางส่วนยังเน้นแต่เรื่องการทำจัดขยะและโรค
ใช้เลือดออกในรูปแบบเดิมๆ คณะกรรมการบางแห่งประชุมกันน้อยครั้ง จะเห็นว่าการประชุมพิจารณาโครงการของ
คณะกรรมการไม่สามารถระบุหรือวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพด้วยตนเองได้ การอนุมัติโครงการเกิดจากความสัมพันธ์
ระหว่างบุคคลเป็นเงื่อนไขส่วนใหญ่

อนึ่ง พบว่าในกรณีสภาพการทำงานในท้องถิ่นซึ่งผู้บริหารมีบทบาทชั้นนำสูงและมีสถานะเชิงอำนาจนั้น
คณะกรรมการก็ดี ปลัดเทศบาลผู้ทำหน้าที่เลขานุการกองทุนก็ดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ดี แทบจะไม่มีบทบาทใน
การให้ข้อเสนอแนะต่อการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งเท่าที่ได้ข้อมูล เป็นความเกรงใจไม่อยากจะขัดแย้งกับนายกฯ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นกับสถานบริการสาธารณสุข

การเป็นท้องถิ่นขนาดกลางที่ไม่ใหญ่โตเกินไป ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายสาธารณสุขกับฝ่ายเทศบาล
ค่อนข้างใกล้ชิด และไม่มีปัญหาเรื่องงบประมาณระหว่างกัน พบว่าปลัดเทศบาลมีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุน
น้อย ยกเว้นในบางแห่ง อาจเนื่องจากเป็นเทศบาลขนาดเล็ก กำลังคนจำกัด สำหรับท้องถิ่นที่มีโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่
การสนับสนุนด้านวิชาการจากฝ่ายสาธารณสุข มักช่วยให้การดำเนินงานของกองทุนไปได้ดี เช่น นักวิชาการช่วยเขียน
โครงการให้ชุมชน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พบโครงการที่เสนอโดย สอ. หนึ่งในที่ไปคัดลอกจาก สอ. อื่น

ตัวอย่างที่ดีของกองทุน ทต/อ1-1 มีการจัดสรรเงินกองทุนในปี 2551 ค่อนข้างเป็นระบบและสะท้อนแนวคิดการมี
ส่วนร่วมของภาคส่วนได้อย่างชัดเจน โดยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากนักวิชาการของโรงพยาบาล กล่าวคือ ได้จัดแบ่ง

งบเป็น 3 ส่วน เพื่อให้ชุมชน โรงเรียน และกองสาธารณสุขเทศบาล เป็นผู้เสนอโครงการ ในส่วนโครงการของเทศบาลค่อนข้างไปแนวเดียวกับกระทรวงสาธารณสุข และเน้น

เปรียบเทียบเทศบาลขนาดเดียวกัน ทต/อ1-2 (งบกองทุนปีละ 500,000 บาท) ซึ่งแตกต่างกันที่ปัจจัยผู้บริหารท้องถิ่นขาดความเข้าใจ และขาดการสนับสนุนด้านวิชาการ ปรากฏว่า งบกองทุนคงเหลือค้างสะสมมาก ผู้บริหารท้องถิ่นมีแนวโน้มต้องการใช้เงินเพื่อผลประโยชน์ในการสร้างคะแนนนิยมของตัวเอง เช่น ซื้อของเยี่ยม ซื้อนมแจกเด็กๆ ฯลฯ

6 การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

การจัดทำและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สำหรับกลุ่มท้องถิ่นขนาดกลางกลุ่มนี้ พบว่ามีปัญหาความไม่เข้าใจในกระบวนการจัดทำแผนเช่นเดียวกับกองทุนขนาดใหญ่หรือขนาดเล็ก บางแห่งไม่เคยได้ยินหรือไม่รู้จักแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาก่อน ซึ่งเจ้าหน้าที่ในพื้นที่มองว่า ปัจจัยของความสำเร็จอยู่ที่ความเข้มแข็งของแกนนำชุมชน และการรวมกลุ่มกันในชุมชน ในทางปฏิบัติ ยังไม่พบกองทุนใดที่มีผลการดำเนินการเป็นไปตามที่กำหนดในวัตถุประสงค์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

5. บทบาทและความสัมพันธ์ระหว่าง อบต. สถานบริการ สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกองทุนฯ

ข้อมูล

"การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้น ขอบความสัมพันธ์แบบร่วมมือร่วมกันดำเนินงาน ไม่จำเป็นต้องถ่ายโอนสถานอนามัยก็สามารถดำเนินงานได้ดี" (นายก อบต/ก1-3)

"โรงพยาบาลกับ อบต. มีความสัมพันธ์ที่ดี โดยทางอบต.จะเป็นฝ่ายถามว่าจะต้องทำอะไร งานหลักของ อบต. ได้แก่ ออกกําลังกาย ประชาสัมพันธ์รณรงค์ ชุมชนสัญจร (ตรวจสุขภาพ ประชาคม ตัดผม ยื่นเสียภาษี ฯลฯ) ซึ่งทางรพ. ก็เข้าไปร่วมด้วยปีละ 2 ครั้ง ปัจจุบัน อบต. ไม่ได้ทำงานส่งเสริม ทางโรงพยาบาลจะเป็นหลัก การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขคิดว่าทาง อบต. ต้องการให้ รพ. เป็นพี่เลี้ยง" (นักวิชาการ รพ. น1-2)

"เทศบาลมีกองสาธารณสุขฯ แต่ก็ไม่เคยทำเรื่อง pp เลย ทำแต่เรื่องสิ่งแวดล้อม แต่เทศบาลมีเงิน จึงต้องพยายามตามเข้าไปทำความเข้าใจ สำหรับกรรมการกองทุนมีผู้แทน รพ. เป็นกรรมการแต่ยังถึงวันนี้ยังไม่มีการประชุม" (นักวิชาการ รพ. น1-2)

"สปสช. ยังไม่ได้เข้ามาดูแลกองทุน บอกว่าจะตามมาดูแลกองทุนแต่ก็ไม่ได้มา" (นักวิชาการ รพ. น1-2)

"ตนยังไม่เข้าใจแนวทางกองทุนเพราะมาใหม่ (5 เดือน) เคยขอให้ สปสช. มาช่วยอบรมชี้แจงแต่ก็ไม่ว่างมา บอกว่าต้องไปดูดูแลกองทุนใหม่ แต่ตนมองว่าทีมงานที่นี่ก็ใหม่หมด น่าจะมาช่วยเสนอแนะ" (ผอ.กองสาธารณสุข ทต/อ1-2)

"อบต. มีหน้าที่คอยดูแลแผนงาน และเบิกจ่ายงบประมาณแก่ สอ. มิเช่นนั้นจะไม่มีคนกำกับ" (รองนายก อบต/อ3-3)

กรณีตัวอย่าง ทต/น1-3

"นายกกับปลัดเทศบาล ให้ความร่วมมือดีในการประสานงาน เช่น ไข้เลือดออก ขอมาก็ออกพ่นยาให้เลย ก็สนิทกันมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่เป็น อบต. จนกระทั่งยกฐานะเป็น เทศบาลตำบล" (จนท.สอ.น1-3)

"ก่อนมีกองทุน เทศบาลไม่ค่อยเข้าไปก้าวก่ายงานของ สอ. แต่หลังจากมีกองทุนแล้ว จะลงไปดูรายละเอียดของโครงการที่ขอของกองทุนค่อนข้างมาก เช่น ถ้ามีเรื่องของการสำรวจ วัสดุสำนักงานมากก็จะทักห้วงไป มีการซักถามกับทาง สอ. ดูตัวชี้วัดสำหรับการประเมินผลด้วย ถ้าการประเมินผลเป็นไปไม่ได้ก็มีแนวโน้มว่าจะไม่สนับสนุนงบประมาณ" (ปลัดเทศบาล ทต/น1-3)

"ไม่จำเป็นต้องทำงานตามที่ สอ. บอกทั้งหมดแล้ว อะไรเป็นปัญหาของชุมชนจริงๆ ก็เสนอมาได้หมด ให้ดูข้อมูลของครัวเรือนที่แท้จริงว่าเขามีปัญหาอะไร ... ไม่ใช่ขีดแต่ยาหมาบ้า และสำรวจจุยจุย ... ตัวเองพยายามแยก อสม. และ สอ. ให้เห็นชัดเจนมากขึ้น ปัญหาคือชาวบ้านเขียนโครงการไม่เป็น สำหรับโครงการของ สอ. คิดว่า สอ. เขียนโครงการภายใต้มุมมองของตนเอง ไม่ได้ทำประชาคม เพราะไม่เห็นสิ่งใหม่ๆ เลย โครงการที่เขียนเป็นสิ่งที่เขาเคยทำมาแล้วเกือบทั้งนั้น อย่างไรก็ตาม ปี 2552 ผู้รับผิดชอบหลักยังเป็น สอ. อยู่ เพราะ อสม.ค่อนข้างเชื่อ สอ. ชาวบ้านยังเข้าใจว่าเรื่องสุขภาพเป็นหน้าที่ของ สอ." (ปลัดเทศบาล ทต/น1-3)

"ตั้งแต่มีกองทุน เบื้องต้น สอ. ทั้ง 2 แห่ง เข้าใจว่าเขาถูกโยกเงินรายหัวของบ PP ที่เคยได้มาให้อบต. (เทศบาล) โดยได้ชี้แจง สอ. ไปว่า งบกองทุนฯ เป็นการบริหารในรูปกระบวนการมีส่วนร่วม ไม่ใช่เป็นของ สอ. เหมือนแต่ก่อน ทั้ง 2 แห่งยังทำโครงการที่ตอบสนองตัวชี้วัดดั้งเดิมของ สอ. ตามที่เคยทำไว้เมื่อได้เงิน PP จาก สปสช. แต่ตนก็ได้พิจารณาว่า อันไหนเป็นประโยชน์ก็ให้งบประมาณทำต่อไป จะหาทางช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่เกือบทุกโครงการของ สอ. ที่ขอมาจะมีคำวิสัย เบี่ยงเลียง ซึ่งจะไม่อนุมัติ" (ปลัดเทศบาล ทต/น1-3)

วิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่น กับสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน เป็นตัวแปรที่สำคัญดังที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะในกองทุนขนาดกลาง ที่โครงสร้างและบุคลากรของท้องถิ่นยังไม่เพียงพอ การดำเนินงานจึงต้องอาศัยบทบาทของสถานอนามัย หรือฝ่ายเวชกรรมชุมชนของโรงพยาบาลมาช่วยเสริมหรือเป็น "พี่เลี้ยง" ซึ่งที่ผ่านมา ผู้บริหารและบุคลากรทั้งสองฝ่ายต่างมีทัศนคติและความสัมพันธ์ที่ตีบนพื้นฐานของการทำงานร่วมกัน เข้าใจและให้เกียรติซึ่งกันและกัน

การดำเนินงานกองทุนในระยะแรก มักประสบปัญหาความไม่เข้าใจในระเบียบกฎเกณฑ์การบริหารกองทุนของ สปสช. ซึ่งมีความต้องการจากท้องถิ่น ให้ สปสช. ออกมาเยี่ยมเยียนและให้คำแนะนำบ้าง

กรณีกองทุน ทต/น1-3 เป็นตัวอย่างของปลัดเทศบาล ที่มีความเข้าใจหลักการทำงานร่วมกันในพื้นที่ และเป็นฝ่ายดูแลตรวจสอบโครงการ ท่วงติงการใช้จ่ายเงิน ตลอดจนติดตามประเมินผลการดำเนินงานของสถานอนามัย ซึ่งน่าจะช่วยให้การทำงานเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรณีที่น่าสนใจ ได้แก่ ความพยายามของจังหวัดหนึ่งที่ต้องการผลักดันให้กองทุนทุกแห่งในจังหวัดนั้น รับ "ตัวชี้วัด" ของจังหวัดไปเป็นกรอบการจัดทำโครงการและพิจารณางบประมาณของกองทุน ได้กลายเป็นความขัดแย้งไม่ลงรอยกับผู้บริหารท้องถิ่นระดับหนึ่ง เนื่องจากท้องถิ่นและชุมชนย่อมมองว่า ตัวชี้วัดเหล่านั้นไม่ได้ให้ประโยชน์กับพื้นที่ แต่เป็นสิ่งที่จังหวัดต้องการเท่านั้น

6. ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง

6.1 การบริหารงานของกองทุน อบท. และชุมชน

"ข้อดีของกองทุน คือ สามารถคิดทำโครงการต่างๆ ได้รวดเร็ว และชุมชนเสนอโครงการได้ด้วย ยิ่งประชุมได้ทุกเดือน โครงการก็ยิ่งออกได้เร็ว กองทุนเป็นงานเฉพาะเจาะจง มีโจทย์ให้เราหาคำตอบ แต่เดิมเรามองไม่ออกเพราะมันกว้าง และยังมีคณะกรรมการมาช่วยกันอีกด้วย" (นายก ทต/ต1-2)

"การมีกองทุนสุขภาพตำบล ทำให้ผมสามารถทำงานแก้ไขปัญหาที่ผมอยากจะแก้ไข เช่น สามารถรวมกลุ่มกันทำนาข้าวปลอดสารพิษ" (ผู้แทนชุมชน ทต/อ1-1)

"เงิน pp com คล่องตัวกว่า ได้เนื้องานเหมือนเดิม การใช้จ่ายจัดการยากขึ้นเพราะว่าต้องผ่านกรรมการกองทุน" (นักวิชาการ รพ. น1-2)

"การจะมีหรือไม่มีกองทุนสุขภาพ การทำงานก็ไม่แตกต่าง แต่จะดีที่ว่ามีเทศบาลออกร่วมดำเนินงานด้วย ... คณะกรรมการฯ ได้ให้ความคิดเห็นและช่วยกลั่นกรองโครงการที่เราเสนอไป โดยชี้แนะว่าควรจะเน้นกิจกรรมส่วนไหน ให้ครบถ้วน" (เจ้าหน้าที่ สอ. น1-3)

"การมีกองทุนเปิดโอกาสให้ชุมชนเสนอโครงการได้กว้างขึ้น แต่ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจงานส่งเสริมสุขภาพ มักเน้นการซื้อเครื่องออกกำลังกาย ... ควรมีการขยายกองทุน เพราะทำให้เข้าถึงชุมชนได้ดี" (หน.สอ.ก2-1)

"การใช้งบกองทุนมีความคล่องตัวสูง ฎระเบียบน้อย จึงเอามาซื้อเครื่องเล่นเด็ก ลานแอโรบิก สนามกีฬา ซึ่งบปกติของเทศบาลทำแบบนี้ได้ยาก" (ผอ.กองสาธารณสุข ทม/ก2-1)

"ปัญหาของกองทุน คือไม่มีแนวทางปฏิบัติในการใช้งบกองทุน เป็นปัญหาสำหรับพื้นที่มาก ต้องการให้ สปสช. เป็นที่ปรึกษาเรื่องระเบียบใช้จ่ายเงิน" (ปลัดเทศบาล ทม/ก2-1)

"เทศบาลตำบลทำงานยากกว่า อบต. มีความเป็นปัจเจกสูงกว่า" (นักวิชาการ รพ. น1-2)

"เป็นเรื่องดีที่จะกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพ หากโครงการดีมีประโยชน์ต่อประชาชน อย่างเช่น พยาบาลชุมชน ก็จะมีความต่อเนื่อง" (นายกเทศบาล ทต/อ1-1)

"เห็นด้วย เพราะสามารถนำงบประมาณมาให้ภาคประชาชนฝึกหัดคิดค้นปัญหาของตนเอง ของชุมชน แล้วมีช่องทางที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนตัวเองได้" (นักวิชาการ รพ.อ1-1)

"กองทุนนี้จะช่วยให้ชุมชนมีการเรียนรู้การบริหารจัดการที่ดี มีการพัฒนาสุขภาพให้เข้มแข็งด้วยประชาชนเอง แต่ชุมชนยังให้ความร่วมมือไม่มากนักเนื่องจากเป็นเมืองเศรษฐกิจ และยังขาดความเข้าใจ" (นายกเทศบาล ทต/ก1-2)

"หลักในการพิจารณาโครงการ คือ โครงการตอบสนองปัญหาของชุมชนได้ คณะทำงานมีความเข้มแข็งจริง งบประมาณเหมาะสม หากงบประมาณไม่พอ อาจมีการจัดสรรเพิ่มได้โดยปรับลดเงินจากโครงการอื่นๆ ที่ไม่ก้าวหน้า ให้แก่โครงการที่มีความก้าวหน้าแทน ทั้งนี้หากเป็นโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน เทศบาลสามารถจัดหางบประมาณมาสนับสนุนได้" (นายกเทศบาล ทต/ก1-2)

"กองทุนเป็นเรื่องที่ดีมีประโยชน์ ฝึกการเรียนรู้ด้านบริหารจัดการ การตั้งทีมงาน และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยประชาชนเอง จึงควรส่งเสริมให้กองทุนสุขภาพเข้มแข็ง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนมีความยั่งยืน" (นายก อต/ก1-3)

"ข้อดีของกองทุน สามารถใช้ระเบียบกองทุน ซึ่งไม่จำกัดเหมือนระเบียบ อบต. เช่น จ้างคนไปช่วยงาน สอ."

"นายกฯ อยากให้แก้เรื่องซื้อครุภัณฑ์ไม่ได้ กับเรื่องโอนเงินช้า" (นายก ทต/ต1-2)

"หลักเกณฑ์ในการใช้เงินค่อนข้างยุ่งยาก รู้สึกไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ" (ปลัด ทต/อ3-2)

"เรื่องกองทุนให้ทำงานส่งเสริมป้องกัน บำบัดฟื้นฟู เช่น ออกกำลังกาย และการบริโภค ตนมองว่าทำได้ 2 ตัวก็เยอะแล้ว แต่การใช้จ่ายมีปัญหา เช่น โครงการออกแอโรบิค ชื่อครูกันทีไม่ได้ ทั้งเวทีและเครื่องเสียง จึงต้องรอใช้เงินเทศบาลซึ่งต้องรอไปอีกปี ถ้างบกองทุนเสนอมาเดือนนี้ เดือนหน้าได้งบใช้เลย" (นายก ทต/ต1-2)

"ควรมีกฎเกณฑ์ของการแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนฯ ที่ยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น สามารถให้คณะกรรมการคนใดคนหนึ่งสามารถปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน โดยเฉพาะในช่วงที่ไม่มีนายก" (ปลัด ทต/ต3-2)

"การมีกองทุนรู้สึกเป็นภาระ เพราะต้องทำงานร่วมกันหลายหน่วยงาน ใช้จ่ายเงินกองทุนลำบาก ระเบียบไม่ชัดเจน อยากออกจากกองทุน แต่ออกไม่ได้เนื่องจากชาวบ้านชอบ แต่ก็ยอมรับว่าทำให้งานสาธารณสุขดีขึ้น เป็นประโยชน์ต่อประชาชน" (ผอ.สาธารณสุข ทต/ต3-2)

"การมีกองทุน ทำให้งานสาธารณสุขดีขึ้นมาก ชุมชนรู้ว่างานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคคืออะไร และงบกองทุนยังได้มากกว่างบ PP ปกติซึ่งได้เงินไม่เต็มที่ การที่ สอ.มีส่วนร่วมกับกองทุน ทำให้ทำโครงการต่างๆ ได้อย่างเต็มที่" (หน.สอ.ต4-2)

6.2 บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุข (สสจ. สสอ. รพช.)

"ส่วนใหญ่เวลาจังหวัดมาชี้แจงกับคณะกรรมการกองทุน มักจะพูดแต่เรื่องตัวชี้วัดของจังหวัด อีกอย่างคณะกรรมการยังไม่ค่อยเข้าใจงานสาธารณสุข ยังขาดความรู้ความเข้าใจ จึงไม่กล้าเสนอความเห็น ซึ่งตนก็ไม่เห็นด้วยกับการทำงานกองทุนที่มีเฉพาะตัวชี้วัด ... คิดว่ากองทุนน่าจะใช้กับปัญหาความต้องการของชุมชน ไม่น่าเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด" (ปลัด ทต/ต4-2)

6.2 บทบาทของ สปสช

"ปี 2551 สอ. ต้องรีบรวบรัดทำโครงการให้ เพราะเงินโอนมาช้ามาก เกรงจะทำไมทัน แต่มีแนวคิดว่าจะต่อไปจะให้ชุมชนเขียนโครงการเองบ้าง" (หน.สอ.ต4-2)

"เรื่องแผนที่ยุทธศาสตร์ ทาง สปสช. เชิญเทศบาลในจังหวัดเพียงแห่งเดียวไปประชุมชี้แจง 3 วัน หลังจากนั้น สปสช. ก็จัดประชุมถ่ายทอดจากเทศบาลนั้น โดยเชิญทุกกองทุนในจังหวัดไปฟัง 1 วัน ยังไม่ค่อยเข้าใจเท่าไร" (หน.สอ.ต4-2)

"สปสช. ควรจัดอบรมชี้แจงแนวทางดำเนินงานให้ชัดเจน และอบรมเพื่อเพิ่มทักษะการบริหารกองทุน

วิเคราะห์

เทศบาลเริ่มให้ความสนใจกับ อสม. มากขึ้น โดยพยายามสนับสนุนงบประมาณกองทุนให้ อสม. ดำเนินโครงการต่างๆ ในชุมชน นอกเหนือจากเงินอุดหนุนชุมชนหมู่บ้านละ 10,000 บาท อย่างน้อยก็เรื่องดีที่ท้องถิ่นให้ความสำคัญกับ อสม. แต่ต้องไม่เป็นการนำ "การเมือง" ไปสร้างเครือข่ายกับ อสม. โดยแลกกับผลประโยชน์ตอบแทน จะเป็นปัญหาในอนาคตได้ ในขณะเดียวกันที่ผ่านมา การเป็น อสม. มักจะเป็นช่องทางเข้าสู่ระบบการเมืองท้องถิ่น เนื่องจากมีความใกล้ชิดประชาชนเป็นทุนเดิม จะเห็นว่า ผู้แทนชุมชน สมาชิกท้องถิ่นจำนวนหนึ่ง ก็มีพื้นฐานมาจาก อสม. เช่นกัน

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติ เช่น สอ. ส่วนใหญ่ และนักวิชาการของ รพ. บางส่วนจะเห็นด้วยกับการจัดตั้งกองทุน เพราะมองว่าเป็นการแก้ปัญหาโดยชุมชนได้เอง สอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น เช่นเดียวกับผู้แทนชุมชน อสม. จะเห็นด้วยกับการมีกองทุนฯ อย่างมาก

ในขณะที่นักวิชาการของ รพ. บางแห่ง กลับมองว่า งบ PP com แบบเดิมจะคล่องตัวกว่า เพราะไม่ต้องผ่านคณะกรรมการ อีกทั้งเทศบาลทำงานยากกว่า อบต. ทั้งนี้เพราะแต่เดิมนั้น งบ PP com ในเขตเทศบาลมักจะอยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายเวชกรรมชุมชน รพ. จึงบริหารจัดการด้วยตัวเองได้ ต่างจากเมื่อมีกองทุนแล้ว รพ. ต้องเขียนโครงการไปรจากงบก้อนนี้

ผู้ปฏิบัติที่รับผิดชอบกองทุนของเทศบาล ส่วนใหญ่ต้องการให้ สปสช. สาขาเขต เข้ามาดูแล ช่วยเสนอแนะด้านต่างๆ แต่ทางปฏิบัติ สปสช. จะมาประชุมช่วงแรกของการจัดตั้งกองทุนเท่านั้น เนื่องจากเจ้าหน้าที่รับผิดชอบกองทุนของ สปสช. มีภาระมาก และมีเวลาลงพื้นที่ได้น้อย

แผนงานโครงการ ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประจำปี 51
เทศบาลตำบลบ้านเก่า อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา (ฉบับปรับปรุง 17 ก.พ. 52)

ก. ราชรับคำนวณงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2551 ทั้งหมด

- งบประมาณ จาก สปสช. 37.50 ต่อหัวประชากร	เป็นเงิน	317,587.50 บาท
- เทศบาลสมทบในปีงบประมาณ 51 ร้อยละ 50	เป็นเงิน	158,793.75 บาท
รวมงบประมาณทั้งหมด	เป็นเงิน	476,381.25 บาท

ข. หมวดงบประมาณตามกลุ่มงานโดยแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้(งบประมาณสามารถใช้ข้ามปีงบประมาณได้)

1. ด้านการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ 5 กลุ่มหลัก
 - ตั้งงบไว้ร้อยละ 34 เป็นเงิน 161,969.63 บาท ใช้จริงตามเสนอ 161,000 บาท คงเหลือ 969.63 บาท
2. ด้านการสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่น
 - ตั้งงบไว้ร้อยละ 33 เป็นเงิน 157,205.81 บาท ใช้จริงตามเสนอ 155,000 บาท คงเหลือ 2,205.81 บาท
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น
 - ตั้งงบไว้ร้อยละ 23 เป็นเงิน 109,567.68 บาท ใช้จริงตามเสนอ 107,000 บาท คงเหลือ 2,567.68 บาท
4. ด้านการบริหารกองทุนพัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนและอื่นๆ
 - ตั้งงบไว้ร้อยละ 10 เป็นเงิน 47,381.75 บาท ใช้จริงตามเสนอ 47,000 บาท คงเหลือ 381.75 บาท

ค. แผนงาน/โครงการในระบบหลักประกันสุขภาพ

ที่	โครงการ	พื้นที่	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1	ด้านการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ 5 กลุ่ม ผู้ควบคุมและติดตาม หมอสุรพิพร, หมอมณีนุตรา อสม.สมศักดิ์ อสม.รุ่งเรือง					
1.1	โครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์	ม.1-12	หญิงตั้งครรภ์		8,000	สถานีอนามัย
1.2	โครงการดูแลสุขภาพเด็กแบบองค์รวม	ม.1-12	0-6 ปี		10,000	สถานีอนามัย
1.3	โครงการพัฒนาแกนนำเยาวชนส่งเสริมสุขภาพในชุมชน	ม.1-12	เยาวชน 6-25 ปี		35,000	สถานีอนามัย สภาเด็ก กองสาธารณสุข
1.4	เด็กยุคใหม่ใส่ใจสุขภาพ	โรงเรียน	เยาวชน		5,000	สถานีอนามัย
1.5	โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (อสม.น้อย)	โรงเรียน	เยาวชน		5,000	สถานีอนามัย
1.6	โครงการมหกรรมสร้างสุขภาพ	ม.1-12	ประชาชน 25 ปีขึ้นไป	ก.ย. 51	35,000	สถานีอนามัย
1.7	โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนบ้านเก่า	ม.1-12	ประชาชน 25 ปีขึ้นไป		20,000	สถานีอนามัย
1.8	โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายชายวัย 30 ปีขึ้นไป	บ้านเก่า	30 ปีขึ้นไป		20,000	กองสาธารณสุข
1.9	โครงการสตรีบ้านเก่าห่างไกลโรคมะเร็ง	ม.1-12	หญิง 35-60 ปี		10,000	ชมรม อสม.
1.10	โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตใหม่	ม.1-12	ผู้พิการ		5,000	มณีนุตรา
1.11	โครงการอสม.กับการดูแลสุขภาพผู้พิการ	ม.1-12	ผู้พิการ		5,000	กัลยา, สุกัญญา

ที่	โครงการ	พื้นที่	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
2	การสนับสนุนงบประมาณแก่งานบริการสาธารณสุข					
2.1	โครงการอาหารปลอดภัยชีวิตปลอดภัย	ม.1-12	ประชาชน		15,000	สอ.ถ้าเจริญราษฎร์
2.2	โครงการต่อยอด เหวบาง ปี51	ม.1-12	แม่บ้าน		5,000	สอ.บ้านถ้า
2.3	โครงการสนับสนุนการพัฒนาเชิงรุกในสอ.	บ้านถ้า	ประชาชน		35,000	สอ.บ้านถ้า
2.4	โครงการสนับสนุนการพัฒนาเชิงรุกในสอ.	บ้านถ้า	ประชาชน		65,000	สอ.ถ้าเจริญราษฎร์
3	ด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชน ในชุมชนท้องถิ่นและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ผู้ควบคุมและติดตาม กำนันบุญผาง อสม.ลำดวน อสม.สุเทพ อสม.สมศักดิ์					
3.1	โครงการอบรมความรู้การป้องกันอุบัติเหตุจากการออกกำลังกายในชุมชน	ม.1-12	ประชาชน		5,000	ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมกำนัน
3.2	โครงการรณรงค์ลดเหล้าเข้าพรรษา	ม.1-12	ประชาชน		10,000	"
3.3	โครงการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับส่งเสริมสุขภาพ	ม.1-12	ประชาชน		10,000	"
3.4	โครงการอบรมผู้นำต้นแบบด้านสุขภาพ	ม.1-12	ผู้นำทั่วไป		10,000	"
3.5	โครงการรณรงค์ลดอุบัติเหตุในชุมชน	ม. 1-12	ประชาชน		20,000	"
3.6	โครงการกินพอดี มีพอใช้อยู่พอเพียง	ม.1-12	ประชาชน	ก.ย. 51	25,000	ชมรม อสม.
3.7	โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายแอโรบิค	บ้านถ้า	ประชาชน		5,000	"
3.8	โครงการรณรงค์อาหารปลอดภัยในชุมชน	บ้านถ้า	ประชาชน		10,000	"
3.9	โครงการ อสม.กับแจ้งข่าวร้ายกระจายข่าวดี	ม.1-12	อสม.		12,000	"
3.10	โครงการส่งเสริมการสูซอนามัยในโรงเรียน	โรงเรียน			10,000	กม.สถานศึกษา
4	ด้านการบริหารจัดการกองทุน/พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ผอ.บุญจันทร์,อสม.สุเทพ,ครูทวี,หมอประหยัด					
4.1	โครงการจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์สำนักงาน	เทศบาล	สำนักงาน	ต.ค.	3,000	คณะกรรมการ
4.2	โครงการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานองค์กร	เทศบาล	กรรมการ	ม.ค,มิย,ธค	21,000	คณะกรรมการ
4.3	โครงการประชาสัมพันธ์งานกองทุนสุขภาพ	เทศบาล	ประชาชน	ต.ค.51-กย.52	5,000	คณะกรรมการ
4.4	โครงการสรุป นำเสนอผลการดำเนินงานประจำปี	เทศบาล	เจ้าของโครงการ	21-25 ธ.ค. 51	18,000	คณะกรรมการ

บทที่ 6

วิเคราะห์กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. ขนาดกลาง/ขนาดเล็ก

ความเป็นมา

ปัจจุบัน พื้นที่ในความดูแลของ อบต. ขนาดกลางและขนาดเล็ก คือพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่ของประเทศ อยู่ห่างไกลจากเขตเมือง หรืออยู่ในถิ่นทุรกันดาร อบต. เหล่านี้มีจำนวนคิดเป็นสัดส่วนมากที่สุดในจำนวน อปท. ทั้งหมด ส่วนใหญ่มีประชากรน้อยกว่า 10,000 คน รายได้รวมของท้องถิ่นต่ำกว่า 20 ล้านบาทต่อปี สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขแห่งเดียวที่มีอยู่ในพื้นที่เท่านั้น ดังนั้น ความใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่กับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยทั่วไปค่อนข้างแน่นแฟ้น แต่พบว่าในบางพื้นที่อาจมีปัญหาความขัดแย้งระหว่างกันบ้าง ขึ้นกับลักษณะตัวบุคคลแต่ละฝ่าย ทั้งนี้เพราะในสังคมชนบทที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลถือเป็นเรื่องสำคัญนั้น บทบาทของตัวบุคคลจะมีความหมายกว่าตัวระบบกฎเกณฑ์ค่อนข้างชัดเจน

อบต. บางแห่งพยายามหรือได้ยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลแล้ว ด้วยเหตุผลเรื่องการได้รับงบประมาณจากส่วนกลางมากขึ้น แต่จะต้องอยู่ภายใต้ระเบียบกฎเกณฑ์ของเทศบาลที่มีโครงสร้างการบริหารจัดการและการตรวจสอบที่เข้มงวดกว่า ด้วยเหตุนี้ ผู้บริหารท้องถิ่นบางแห่งจึงไม่ต้องการยกฐานะตัวเองเป็นเทศบาล ผู้วิจัยจึงจัดให้เทศบาลตำบลบางแห่งอยู่ในกลุ่มนี้ โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรและรายได้ของท้องถิ่นเป็นหลัก

1. บริบทของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 14 แห่ง ได้แก่ อบต.หนองกรด จ.นครสวรรค์ (อบต/น1-4) เทศบาลตำบลในเมือง อ.สวรรคโลก (ทต/น3-2) เทศบาลตำบลนาขยาด อ.ควนขนุน (ทต/ต2-1) อบต.ดอนทราย อ.ควนขนุน (อบต/ต2-2) อบต.พนมวัง อ.ควนขนุน (อบต/ต2-3) อบต.โพธิ์ทอง อ.เมือง กาฬสินธุ์ (อบต/อ2-2) อบต.เหนือ อ.เมือง กาฬสินธุ์ (อบต/อ2-3) อบต.บางโพธิ์ อ.เมือง สุราษฎร์ธานี (อบต/ต1-4) อบต.บ้านใหม่ อ.พระนครศรีอยุธยา (อบต/ก2-2) อบต.วัดตูม อ.พระนครศรีอยุธยา (อบต/ก2-3) อบต.โพธิ์ไทร จ.อุบล (อบต/อ4-3) อบต.ตาลเตี้ย อ.เมือง สุโขทัย (อบต/น3-3) อบต.ไร่เก่า (อบต/ก3-2) อบต.ไร่ใหม่ จ. ประจวบ (อบต/ก3-3)

บริบทพื้นที่

ตารางที่ 6.1 ข้อมูลบริบทของพื้นที่ตัวอย่างเทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล

รหัส อบต./...	ประเภท	ประชากร	ชุมชน	บริบทเศรษฐกิจ	สถานี อนามัย	รายได้ ท้องถิ่น (ล้านบาท)	โครงสร้าง/อัตราค่าจ้างของ ส่วนงาน สธ. อบต.	ผู้บริหารท้องถิ่น
น1-4	อบต. กลาง	11,464	17	ชนบท, เศรษฐกิจปานกลาง ประชากรส่วนใหญ่ทำนาทำไร่ และทำงานโรงงาน มีโรงงาน ขนาดใหญ่ 14 แห่ง ขนาดเล็ก	3	39.6 (2552)	ปลัด อบต. รักษาการ หัวหน้าส่วนสาธารณสุข และมีเจ้าพนักงาน สาธารณสุข 1 คน มี	นายก อบต. อายุ 40 ปีเศษ จบปริญญาโท ดำรงตำแหน่ง สมัยที่ 2 เคยได้รับรางวัลผู้นำ ท้องถิ่นดีเด่นปี 2551 และรางวัล

รหัส อป.	ประเภท	ประชากร	ชุมชน	บริบทเศรษฐกิจ	สถานีนามาย	รายได้ ท้องถิ่น (ล้านบาท)	โครงสร้าง/อัตรากำลังของ ส่วนงาน สร. อบต.	ผู้บริหารท้องถิ่น
				4 แห่ง			ตำแหน่งเปิดรับโอนจาก สถานีอนามัย แต่ยังไม่ มีผู้สมัคร	วัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดีเด่น ให้มีความสำคัญกับ โครงสร้างพื้นฐาน แผนนโยบาย ด้านสาธารณสุขยังไม่ชัดเจน
๑4-3	อบต. กลาง	11,263	19	ชนบท อาชีพทำนาทำไร่	2	25-30	ไม่มี แต่มีแผนจะเปิดฝ่าย สร.	นายก ทำงานเครือข่ายได้ดี เป็นกรรมการระดับจังหวัด แต่ได้ลาออกจากตำแหน่ง ปลัด อบต. ให้ความสนใจงาน สาธารณสุขและใกล้ชิดกับ เจ้าหน้าที่ สอ.ดี
๑3-2	เทศบาล ตำบล	8,023	13	ชนบท, อาชีพเกษตรกรรม ทำ ไร่ छो้ย และสวนผลไม้	1	23.0	ยังไม่มีกองสาธารณสุข แต่ มีศูนย์สุขภาพชุมชน ของ เทศบาล 1 แห่ง มี จ.นท. จาก รพช. มาช่วย 4 คน เริ่มดำเนินการปลายปี 2550	ยกฐานะเป็นเทศบาลปี 2551 นายก เป็นสมัยที่ 3 เดิมทำไร่ छो้ย
๑2-1	เทศบาล ตำบล	8,068	12	ชนบท, ประชากรทำนา สวน ยาง โรงงาน 1 แห่ง โรงสี 23 แห่ง	3	20.0 (2551)	ไม่มี กองทุนตำบลอยู่ในความ รับผิดชอบของปลัดเทศบาล และนักพัฒนาชุมชน 1 ท่าน	นายก อบต. เป็นสมัยที่ 2 ก่อนนี้ทำรับเหมาก่อสร้าง
๑2-2	อบต. กลาง	5,000	11	ชนบท, ประชากรทำนา สวน ยาง	2	19.9 (2552)	ไม่มี	กำลังขอยกฐานะเป็นเทศบาล
๑2-3	เทศบาล ตำบล	6,467	8	ชนบท, ประชากรทำนา สวน ยาง โรงไม้หิน 1 แห่ง โรงสี 6 แห่ง	1	18.3 (2552)	ไม่มี	-
๑2-2	อบต. กลาง	5,817	10	ชนบท, ทำนา สวนผัก, มี โรงงานแปงมัน โรงน้ำแข็ง โรงงานเครื่องหนัง โรงงานอบ เมล็ดพันธุ์	1	16.3 (2550)	ปลัด อบต. รักษาการ ทน. ส่วนสาธารณสุข มี จ.ท.ส่งเสริมสุขภาพ 1 คน ลูกจ้าง 3 คน	นายกสมัยที่ 2 เดิมเป็นช่าง เทศบาลเมือง
๑2-3	อบต. กลาง	7,000	12	ชนบท, ทำนา ปลูกผัก	1	18.3 (2551)	ไม่มี จนท. เดิมเพิ่งย้ายออก	นายกสมัยแรก เดิมเป็นครู จึง ให้ความสำคัญการพัฒนา คุณภาพชีวิต มากกว่าเรื่อง สิ่งก่อสร้าง
๑1-4	อบต. เล็ก	2,000	5	ชนบท, ทำสวนมะพร้าว ป่าส้ม เลี้ยงเป็ด เลี้ยงกุ้ง ประมง และทำงานโรงงาน	1	9.0 (2551)	ไม่มี ปลัด อบต. เพิ่งย้ายมาได้ 6 เดือน	นายกสมัยที่ 2 กำลังจะหมด วาระ กค. 2552
๑2-2	อบต. เล็ก	4,908	9	ชนบท อาชีพทำนา	1	10.0	ไม่มี แต่มีแผนจะรับ ทน.สอ. เพราะคุ้นเคยกัน	นายกสมัยที่ 2 เดิมเป็นช่าง โยธา ผู้จัดการบริษัท และมี โรงงานแกะสลักแท่นพระ มี ความคุ้นเคยกับหัวหน้า สอ. ส่วนปลัด อบต. เพิ่งมารับ ตำแหน่ง

รหัส บค.	ประเภท	ประชากร	ชุมชน	บริบทเศรษฐกิจ	สถานี อนามัย	รายได้ ท้องถิ่น (ล้านบาท)	โครงสร้าง/อัตรากำลังของ ส่วนงาน สอ. อบท.	ผู้บริหารท้องถิ่น
ก2-3	อบต. เล็ก	4,300	5	ชนบท อาชีพทำนา ไม่มี โรงงาน แต่มีแรงงานย้ายถิ่น จากต่างจังหวัดเข้ามาทำงาน	1	16.0	ไม่มี แต่คิดจะจ้าง จนท. ประจำ	นายกสมัยที่ 2 ทำธุรกิจรดเข้า ปลัด อบต. เพิ่งมาอยู่ท้องถิ่น ได้ 5 ปี ยอมรับว่าไม่รู้เรื่อง กองทุนมากนัก
ก3-3	อบต. เล็ก	4,246	4	ชนบท เกษตรกรรม	1	13.8	ไม่มี จพง. พัฒนาชุมชนเป็นผู้ รับผิดชอบแทน	นายกฯ กับปลัด อบต. คน ก่อนเคยมีความเห็นไม่ตรงกัน ในเรื่องกองทุน คือปลัดไม่เห็น ด้วยกับกองทุน
ก3-2	อบต. กลาง	4,106	5	ชนบท อาชีพทำไร่สัปปะรด	2	15-16	ไม่มี จนท.ฝ่ายแผนเป็นผู้รับผิดชอบ กองทุน และกำลังขอ อัตรานักวิชาการ สอ.	ปลัด อบต. ย้ายมาได้ 2 ปีเศษ
ก3-3	อบต. เล็ก	2,732	4	ชนบท อาชีพทำไร่สัปปะรด	สอ. 2 แห่งและ PCU รพ.	6	ไม่มี จนท.ฝ่ายแผนเป็นผู้รับผิดชอบ กองทุน และกำลังขอ อัตรานักวิชาการ สอ.	นายกฯ สมัยที่ 2

2. การดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต) ของ อบท. ที่ผ่านมา

ทต/อ4-3

ตั้งแต่ปี 2547 อบต.เริ่มหันมาเน้นเรื่องสาธารณสุขมากขึ้น เนื่องจากได้พัฒนาด้านโครงสร้างพอสมควรแล้ว มีงานเด่นจนได้รับรางวัลนวัตกรรมสุขภาพชุมชนดีเด่นระดับจังหวัด "โครงการคูหู่ คู่นวน" เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการใช้ตารางชีวิตในการควบคุมตนเอง นอกจากนี้ มีการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยที่ อบจ.สนับสนุนตัวรถ อบต. ช่วยค่าน้ำมันและค่าตอบแทน และมีศูนย์ อพปร.ดีเด่น

เนื่องจาก อบต. ไม่มีฝ่ายสาธารณสุข การทำงานหลายอย่างจึงต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย สามารถทำงานร่วมกันได้ดี ดังที่ปลัด อบต. พูดถึงเจ้าหน้าที่ สอ. ว่าเป็นตัวหลักในการทำงานกองทุน

"หน.สอ.เป็นคนในพื้นที่ ทำงานช่วยเป็นฝ่ายสาธารณสุขให้ท้องถิ่น เป็นแกนหลักในการจัดทำโครงการ รวมทั้งงานเอกสารของกองทุน ไม่ว่าจะเป็นรายงานการประชุม แพ้มีงานต่างๆ" (ปลัด อบต/อ4-3)

ทต/ต2-1

ปี 2550 โครงการด้านสาธารณสุข 2 โครงการ รวม 22,990 บาท (ฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า อบรมความรู้โรคเอดส์) เงินอุดหนุน อสม. 120,000 บาท (รวมงบด้านสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 0.7) โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิต 4 โครงการ 878,250 บาท (งบร้อยละ 90 จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ) และโครงการด้านสิ่งแวดล้อม 4 โครงการ 2,831,700 บาท (งบเกือบทั้งหมดจัดซื้อขยะและถังขยะ)

อต/ต2-2

ปี 2551 โครงการด้านสาธารณสุขของ อบต. 1 โครงการ 50,000 บาท (ใช้เลือดออก) เงินอุดหนุน อสม. 110,000 บาท (รวมงบด้านสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 0.8) ก่อนมีกองทุนฯ อบต. เคยสนับสนุนงบให้ สอ. เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เคมีภัณฑ์ และทรายใช้เลือดออก แต่เมื่อมีกองทุนฯ สอ. จึงของบจากกองทุนแทน ไม่มีการขอโครงการซ้ำซ้อน

อต/ต2-3

ปี 2551 อบต. มีโครงการด้านสาธารณสุข 4 โครงการ รวม 47,710 บาท (คัดกรองเบาหวานความดัน ซึ่อุปกรณ์บำบัดแขนขา รณรงค์ลดโรคความดัน) เงินอุดหนุน อสม. (ไม่ทราบจำนวน)

ปี 2552 ไม่พบโครงการสาธารณสุข นอกจากเงินอุดหนุน อสม. 80,000 บาท งบสิ่งแวดล้อม 3 โครงการ 1,383,288 บาท (ส่วนใหญ่เป็นค่านมโรงเรียนและเด็กเล็ก อาหารกลางวันโรงเรียน)

อต/อ2-2

ปี 2551 อบต. มีงบสาธารณสุข 382,260 บาท (คิดเป็นร้อยละ 2.3) ส่วนใหญ่ใช้จ่ายในกิจกรรมทั่วไป เช่น การควบคุมไข้เลือดออก 28,500 บาท ใช้หัววัดใหญ่ 5,000 บาท การส่งเสริมการออกกำลังกาย การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส อาหารปลอดภัย รวมทั้งงบอุดหนุน อสม. 100,000 บาท ทุนนักเรียนพยาบาล 50,000 บาท โครงการดูยาสามัญประจำบ้าน โครงการลดความแออัด จัดหาญาติทำฟันและจ้างทันตแพทย์และทันตภิบาล

ด้านคุณภาพชีวิต ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 1.46 ล้านบาท จัดงานผู้สูงอายุ 1.48 ล้านบาท จัดงานวันเด็ก 45,000 บาท กีฬาด้านกายยาเสพติด 50,000 บาท อบรมเยาวชน 20,000 บาท อบรม อปพร. 30,000 บาท

ปี 2552 จัดซื้อรถปิกอัพเป็นรถรับส่งผู้ป่วย EMS เป็นหลัก และจ้างคนขับ 24 ชม.

อต/อ2-3

ปี 2551 อบต. มีงบสาธารณสุข 300,000 บาท (คิดเป็นร้อยละ 1.6) มี 6 โครงการ ได้แก่ การควบคุมไข้เลือดออก การส่งเสริมการออกกำลังกาย รับขวัญทารกแรกเกิด ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า งบอุดหนุน อสม. เป็นต้น นอกจากนี้ อบต. ยังสนับสนุนรถกู้ชีพ (EMS) และกองทุนพัฒนาสุขภาพตำบล (กองทุน 2 บาท) ตามนโยบายจังหวัด อีก 60,000 บาท

นอกจากนี้ โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่ โครงการอาหารกลางวันศูนย์เด็กเล็ก นมโรงเรียน และแปลงสีพันยาสีพันให้โรงเรียนที่มีอยู่ 3 แห่ง กีฬาผู้สูงอายุ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดงานวันผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ทำจัดขยะ เป็นต้น

ปี 2552 กิจกรรมคล้ายปี 2551

หมายเหตุ โครงการรถกู้ชีพ เป็นแนวคิดของ นพ.สสจ. ที่ต้องการให้ท้องถิ่นเข้ามาดูแลประชาชนในพื้นที่อย่างทั่วถึง มีการอบรมกู้ชีพ 16 ชั่วโมงต่อปี การที่ อบต. ได้มีรถกู้ชีพทำให้เกิดข้อเปรียบเทียบกันเองและเสียงเรียกร้องจากประชาชนในหมู่บ้าน

อต/ต1-4

นายกฯ มีความคิดเป็นของตัวเองสูง พยายามคิดโครงการต่างๆ ด้านสุขภาพออกมาอยู่ตลอด จึงค่อนข้างรู้เรื่องงานสาธารณสุขรวมทั้งจุดอ่อนของเจ้าหน้าที่และ อสม.

“ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ดนเห็นว่ามีปัญหาหลายอย่างมาก เพราะเป็นที่ลุ่ม แม้จะพยายามขุดพ่นหมอกควัน (อบต.มีเครื่องพ่นและสารเคมี ให้ชุมชนพ่นเอง) แต่ก็ไม่ได้ผลเพราะยุ้งในสวนเข้ามาอยู่เรื่อยๆ และอีกอย่างตามบ้านเรือนมี โถงใหม่มาก ดนสนใจเรื่อง “คอนโดยุง” ทำจากยางล้อรถมีมุ้งครอบคอยดักจับยุง ดนดัดแปลงให้กลุ่มแม่บ้านช่วยทำถุงตาข่ายจับยุง เป็นโครงการที่ทำเพิ่มในปี 52 นอกจากนี้ คิดแผนจะซื้อรถจักรยานพร้อมกระเป๋ายาให้ อสม. และโครงการ ร่วมกับวิทยาลัยอาชีววะ ให้มาสอน อสม. โดย อบต.จะซื้อชุดตรวจสารพิษตกค้างในผัก ผลไม้ ให้ อสม. ไปตรวจอาหารใน ร้านค้าต่างๆ” (นายก อบต/ต1-4)

“เรื่องเงินอุดหนุน สสม. นั้นตนเห็นด้วย อยากให้มียาและการรักษาต่างๆ ให้ อสม. และควรเป็นภาคบังคับ โดย จัดตั้งเป็น ศสมช. ซึ่งปัจจุบันไม่มีอยู่ในหมู่บ้านแล้ว” (นายก อบต/ต1-4)

อบต/ก2-2

กิจกรรมสาธารณสุขทั้งหมดของท้องถิ่น เกิดจากหัวหน้าสถานีอนามัย ที่มีบทบาทและเป็นที่ยอมรับของชุมชนสูง มาก โดย อบต. เป็นเพียงผู้สนับสนุนงบประมาณปีละ 200,000-250,000 บาท หัวหน้า สอ. เป็นที่ยอมรับของนายก อบต. มาแล้ว 5 คน เช่น อบต.จะใช้สถานที่ห้องประชุมของ สอ. ช่วยจ้างลูกจ้างงานบัญชีให้ สอ. และหัวหน้า สอ. จะเป็นผู้ดูแล การเงินและสมุดบัญชีของกองทุนตำบล และบัญชีกองทุนอื่นๆ ด้วย

“ผมมีความรู้เรื่องสาธารณสุขดีกว่า ทุกโครงการจึงให้หมอทำ ส่วนนายกจะทำตัวเหมือนผู้จัดการ คอยหาเงินมา ให้หมอทำ และติดตามผลงาน” (นายก อบต. ก2-2)

โครงการปี 2552 เป็นงานสาธารณสุขที่ อบต. ให้เงิน สอ. ทำ ได้แก่ การผลิตน้ำดื่มจำหน่ายราคาถูก โครงการ ตรวจสารปนเปื้อนในอาหารตลาดสด การป้องกันพิษในเด็กนักเรียน

อบต/ก2-3

งบด้านสาธารณสุขของ อบต. ปี 2552 ประมาณ 400,000 บาท ใช้ทำเรื่องไข้เลือดออก อบรมกลุ่มสตรี และฉีด วัคซีนสุนัข ปัญหาของท้องถิ่นมีเรื่องน้ำประปา กำลังของบมาทำระบบประปาผิวดิน ส่วนโครงการที่นายกฯ อยากทำ ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก เยี่ยมและจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ตรวจคัดกรองเบาหวานความดัน มะเร็งปากมดลูก ทำศูนย์ ฟิตเนสบริการฟรี สร้างสนามกีฬา เสี่ยงตามสาย โดยเฉพาะศูนย์ฟิตเนส

อบต/ก3-2

ปัญหาสาธารณสุข ได้แก่ ไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า

งบด้านสาธารณสุขของ อบต. ปีละ 200,000 บาท ใช้ในกิจกรรมดังนี้ การซื้อเครื่องมือออกกำลังกาย การพ่น หมอกควัน การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ด้านคุณภาพชีวิต ได้แก่ การสนับสนุนการกีฬา การจัดตั้งศูนย์เด็กเล็ก

อบต/ก3-3

ปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น ได้แก่ ไข้เลือดออก และโรคพิษสุนัขบ้า ด้านสิ่งแวดล้อมก็มีเรื่องน้ำสะอาด และขยะ แต่ด้วยงบประมาณและบุคลากรน้อย จึงลดกิจกรรมบางอย่างลง คงงานสาธารณสุขของท้องถิ่น ด้านป้องกันโรค ได้แก่ ไข้เลือดออก ฉีดวัคซีนสัตว์เพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ด้านสิ่งแวดล้อม ยังไม่จัดบริการกำจัดขยะ บำบัดน้ำเสีย หรือรักษา ความสะอาด ในศูนย์เด็กเล็กไม่สามารถสนับสนุนนมหรืออาหารกลางวันได้

ตารางที่ 6.2 งบประมาณและโครงการด้านสาธารณสุขในแผนประจำปี ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นขนาดกลางและขนาดเล็ก

รหัส กิจกรรม	ปี 2551				ปี 2552			
	งบสาธารณสุข	ร้อยละ รวม ท้องถิ่น	จำนวน โครงการ	รายละเอียดกิจกรรม	งบ สาธารณสุข (ล้าน บ.)	ร้อยละ รวม ท้องถิ่น	จำนวน โครงการ	รายละเอียดกิจกรรม
บป-4	1,661,000*	6.1	6	ควบคุมโรค 392,000 บาท งานรักษาความสะอาด 200,000 งานอนามัยสิ่งแวดล้อม 335,000 งานส่งเสริมสุขภาพ 48,000 เงินอุดหนุน สอ. 3 แห่ง 186,000 งานอบรม 7 โครงการ 500,000	NA	NA	NA	NA
บ4-3	250,000	1.0						
บ2-1	143,000 (2550)	0.7	3	ฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า อบรม ความรู้โรคเอดส์ 22,990 บาท งบ อสม. 120,000 บาท	NA	NA	NA	NA
บ2-2	160,000	0.8	2	ใช้เลือดออก 50,000 บาท เงินอุดหนุน อสม. 110,000 บาท	NA	NA	NA	NA
บ2-3	NA	-	5	คัดกรองเบาหวานความดัน ซ้อม อุปกรณ์บำบัดแขนขา รณรงค์ลด โรคความดัน รวม 47,710 บาท เงินอุดหนุน อสม. (ไม่ทราบ จำนวน)	NA	-	1	งบอุดหนุน อสม. 80,000 บาท
บ2-2	382,000	2.3	5	ใช้เลือดออก ออกกำลังกาย เยี่ยมบ้าน ดูแลผู้สูงอายุและ ผู้ด้อยโอกาส อาหารปลอดภัย สิ่งแวดล้อม และงบ อสม. การจ้างทันตแพทย์และทันตภิ บาลให้บริการที่ สอ. และกำลัง จัดซื้อยูนิตทำฟัน และโครงการตู้ ยาสามัญประจำบ้าน	NA	-		จัดซื้อรถปิกอัพ รับส่งผู้ป่วย EMS
บ2-3	300,000	1.6	6	ใช้เลือดออก ออกกำลังกาย เยี่ยมบ้าน ดูแลผู้สูงอายุและ ผู้ด้อยโอกาส อาหารปลอดภัย สิ่งแวดล้อม แปรงสีฟัน ยาสีฟันให้ 3 โรงเรียน รถกู้ชีพ สนับสนุนกองทุนพัฒนาสุขภาพ ตำบล 60,000 บาท	NA	-		สนับสนุนกองทุนพัฒนาสุขภาพ ตำบล 80,000 บาท
บ1-4				NA	0.07		2	อบรมให้ความรู้โรคติดต่อใน ชุมชน 20,000 บาท และเงิน อุดหนุน อสม. 50,000 บาท

รหัส สผ.	ปี 2551				ปี 2552			
	งบสาธารณสุข	ร้อยละ รวม ท้องถิ่น	จำนวน โครงการ	รายละเอียดกิจกรรม	งบ สาธารณสุข (ล้าน บ.)	ร้อยละ รวม ท้องถิ่น	จำนวน โครงการ	รายละเอียดกิจกรรม
ก2-2				การสนับสนุนค่าตอบแทนแพทย์ พยาบาลของ รพ. ออกตรวจ คลินิกโรคเรื้อรังในชุมชน (ต่อเนื่องตั้งแต่ 2547) สนับสนุนค่าจ้างลูกจ้างและ คนขับรถ refer ให้ สอ.				ผลิตน้ำดื่มชุมชนจำหน่ายใน ราคาถูก การตรวจสารปนเปื้อน อาหารในตลาดสด และโครงการ ป้องกันพิษณุ
ก2-3				NA	400,000	2.5	3	ใช้เลือดออก อบรมกลุ่มสตรี และ ฉีดวัคซีนสุนัข
ก3-2					200,000	1.25	NA	จัดซื้อเครื่องออกกำลังกาย รณรงค์ใช้เลือดออก (พ่นหมอก ควัน) การจัดวัคซีนป้องกันโรค พิษสุนัขบ้า ศูนย์เด็กเล็ก
ก3-3								รณรงค์ใช้เลือดออก (แจก ทรายอะเบทและพ่นหมอกควัน) การจัดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัข บ้า

* เฉพาะงบปี 2550

วิเคราะห์

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดกลางและขนาดเล็กแต่มีจำนวนมากที่สุดกลุ่มนี้ มีพื้นที่ครอบคลุมชนบทส่วนใหญ่ของประเทศ ไม่มีเขตเมือง ดูแลประชากร 5,000-10,000 คน โครงสร้างของ อบต. จะแบ่งเป็นส่วนหลัก 4-5 ส่วน ได้แก่ สำนักงานปลัด ส่วนคลัง ส่วนโยธา และหรือส่วนการศึกษาศาสนาและวัฒนธรรม ส่วนใหญ่ยังไม่มีส่วนสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม อัตรากำลังข้าราชการทั้งสำนักงานประมาณ 15-20 คนโดยเฉลี่ย การจัดเก็บรายได้ของท้องถิ่นไม่มากนัก (ร้อยละ 55) รัฐต้องจัดสรรงบอุดหนุนทั่วไปมาเสริมให้ (ร้อยละ 45) ทำให้รายได้รวมเฉลี่ยอยู่ที่ 20-40 ล้านบาทต่อปี

งบประมาณด้านสาธารณสุขของ อบต. ค่อนข้างน้อยมาก (ร้อยละ 1-2) เมื่อเทียบกับงบประมาณของ อปท. ทั้งหมด โครงการมักจะเป็นกิจกรรมที่เป็นงานประจำ ได้แก่ การควบคุมโรคไข้เลือดออก ฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมการออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส อบรมยาเสพติดและโรคเอดส์ เป็นต้น โดยได้รวมงบอุดหนุน อสม. หมู่บ้านละ 10,000 บาทไว้ด้วย ส่วนงบด้านสิ่งแวดล้อมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของ อบต. ที่สำคัญ ได้แก่ การรักษาความสะอาด การกำจัดขยะ การจัดหานมโรงเรียนและอาหารเสริมแก่ศูนย์เด็กเล็ก การจ่ายเบี้ยยังชีพต่างๆ การจัดงานวันผู้สูงอายุ ฯลฯ ทั้งนี้การที่ อปท. กลุ่มนี้ไม่มีส่วนสาธารณสุขของตัวเอง การดำเนินงานสาธารณสุขจึงต้องอาศัยสถานีนานามัยในพื้นที่เป็นหลัก โดยท้องถิ่นจะให้การสนับสนุน สอ. ตามที่ขอบ้าง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นระดับนี้กับ สอ. ค่อนข้างใกล้ชิดกัน

แม้ว่าโครงการด้านสาธารณสุขของ อบต. ในแต่ละปีจะมีกิจกรรมที่หลากหลาย แต่ยังไม่มีความไม่แน่นอน และขาดความต่อเนื่อง เพราะส่วนมากเป็นการจัดกิจกรรมครั้งคราว แล้วแต่นโยบายและภูมิหลังของผู้บริหารท้องถิ่น เช่น ผู้บริหารท้องถิ่นที่เคยเป็นครู จะให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การที่ท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขจากงบประมาณรายจ่ายในอัตราค่อนข้างน้อย อาจด้วยเห็นว่ามิสธานี อนามัยเป็นหน่วยให้บริการและรับผิดชอบงานส่งเสริมป้องกันแก่ประชาชนในพื้นที่อยู่แล้ว ประกอบกับท้องถิ่นขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขและขาดความพร้อมด้านวิชาการ ท้องถิ่นจึงจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่จำกัดในด้านสิ่งแวดล้อม และพัฒนาคุณภาพชีวิตมากกว่า ดังนั้น กองทุนฯ น่าจะมีส่วนช่วยกระตุ้นความสนใจและเพิ่มสัดส่วนของงบประมาณ ท้องถิ่นในด้านสาธารณสุขได้มากขึ้น

กรณี อด/ก2-2 เป็นที่น่าสนใจว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยมีบทบาทและเป็นที่ยอมรับของชุมชนสูงมาก จน อบต. จะทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณให้ สอ. ทำงานทุกอย่างที่ต้องการ รวมทั้งการจัดทำบัญชีและถือสมุดบัญชีของกองทุนต่างๆ รวมทั้งกองทุนสุขภาพตำบลด้วย บทบาทของหัวหน้า สอ. ดังกล่าวได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เป็นผู้ริเริ่มชักชวน ชาวบ้านและ อสม. จัดตั้งกองทุนสวัสดิการเมื่อปี 2549

3. กระบวนการจัดตั้งและการบริหารกองทุน

การจัดตั้งกองทุนฯ ทุกแห่งดำเนินการได้เรียบร้อย ทั้งในเรื่องเสนอชื่อคณะกรรมการให้ สปสช. แต่งตั้ง ตลอดจน การโอนและสมทบเงินเข้าบัญชีกองทุน เนื่องจากเป็นเงื่อนไขที่ส่งไปพร้อมกับใบสมัคร แม้ว่าบาง อบต. จะมีปัญหาความไม่ เข้าใจและเร่งรีบไปบ้าง แต่ก็ปรับตัวได้หลังผ่านปีแรกไป

ข้อมูลจังหวัดที่ดำเนินงานกองทุนเต็มพื้นที่ 1 จังหวัด (ต2) พบว่า ที่มาเกิดจากความคิดของผู้แทน อบท. ใน คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งอยู่ในจังหวัดนี้ ได้เสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี 2550 ว่า จังหวัดพร้อมที่จะทำเต็มพื้นที่ 73 อบท. ขอให้เป็นจังหวัดนำร่อง จึงมีการลงนาม MOU ระหว่าง สปสช. กับท้องถิ่นเมื่อ 16 พย. 2550 ก่อนหน้านั้น จังหวัดเริ่มจากกองทุน 4 แห่งในปี 2549 และสำรวจความพร้อมปี 2550 เพิ่มอีก 19 แห่งเท่านั้น นอกจากนี้ อบจ. ยังสนับสนุนงบประมาณอีก 2-3 ล้านบาทเพื่อช่วยเหลือกองทุนให้เต็มพื้นที่ด้วย

อด/อ4-3

อด/อ4-3 ได้ชื่อว่าเป็น อบต. นำร่องของจังหวัด เริ่มจัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2550 โดยได้รับทราบจากการ ประชาสัมพันธ์ของ สปสช. ได้งบจาก สปสช. 480,000 บาท อบต.สมทบ 40,000 บาท

คณะกรรมการประชุม 2 เดือน/ครั้ง แต่ละครั้งมีวาระ 3 เรื่อง ได้แก่ การติดตามผลการดำเนินงาน การแจ้งข่าวสาร และสรุปผลการดำเนินงาน ที่ผ่านมา หัวหน้าสถานีนอนามัยเป็นผู้เสนอโครงการเองในที่ประชุม โดยเลือกหยิบปัญหาจาก แผนชุมชนที่ได้ทำประชาคมร่วมกับชุมชนไว้ก่อนแล้ว ภายใต้เงื่อนไข 4 ข้อ ได้แก่ ปัญหาภายในกรอบของ สปสช. เดิม ส่วน ชาติของ สอ. เป็นความต้องการของชุมชน และด้านบริหารจัดการ จากนั้น สอ. ก็ไปดำเนินโครงการเอง ชุมชนไม่มีส่วนใน การเสนอโครงการ

ทต/น3-2

จัดตั้งกองทุนในปี 2549 โดยเป็นกองทุนนำร่องของอำเภอ และนายกฯ ได้รับการติดต่อโดยตรงจาก สปสช. ให้เข้า ร่วมโครงการ คณะกรรมการบริหารกองทุน ประกอบด้วยกรรมการ 20 คน และประชุมกันทุก 3 เดือน

ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้จัดทำโครงการเองทั้งหมด เนื่องจากคณะกรรมการส่วนใหญ่ยังไม่ เข้าใจงานสาธารณสุข การเสนอโครงการของศูนย์สุขภาพชุมชน จะใช้ข้อมูลพื้นฐานที่โรงพยาบาลมีอยู่เป็นฐานในการ เสนอโครงการให้ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ในปี 2552 รูปแบบได้เปลี่ยนไป โดยแบ่งให้กรรมการที่เป็นผู้แทนชุมชนเป็นคน เสนอโดยใช้ปัญหาสุขภาพและความต้องการของชาวบ้านเป็นข้อมูล กรรมการชุมชนจะเป็นผู้เขียนโครงการ เสนอขอความ

เห็นชอบจากคณะกรรมการ และเป็นผู้ดำเนินการด้วยการไปหาทีมงานเอง แต่พบว่ามีปัญหาความไม่พร้อมของ
คณะกรรมการ และศูนย์สุขภาพชุมชนยังคงเป็นหลักในการจัดทำโครงการให้

"นายกฯ อยากให้คณะกรรมการเอาความต้องการของชาวบ้านจริงๆ เป็นตัวตั้งในการทำโครงการ แต่ที่ผ่านมา
พบว่า พื้นฐานความรู้ของตัวแทนชุมชนไม่ค่อยมี ส่วนมากยังคิดไม่เป็น มีแต่รับอย่างเดียว และเออออห่อหมกไปตามๆ
กัน" (ทต/น3-2)

อต/น1-4

เริ่มต้นจากการมีหนังสือชักชวนจาก สปสช. ปลัดและนายกฯ เห็นด้วย จึงสมัครในปี 2551 ได้งบ สปสช. และเงิน
สมทบอีก 100,000 บาท (นายกให้เพิ่มเป็น 200,000 บาทในปีถัดไป)

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และอนุกรรมการเพื่อกลั่นกรองโครงการ คณะกรรมการประชุมไปแล้ว 2 ครั้งในปี
2551 และอีก 2 ครั้งในปี 2552 สาเหตุที่ประชุมได้น้อยครั้ง เพราะมีปัญหาการเรียกประชุมกรรมการมักไม่ค่อยว่าง การ
อนุมัติโครงการ นายกจะดูว่าสอดคล้องกับแผนชุมชนหรือไม่

ทต/ต2-1

กองทุนจัดตั้งเมื่อต้นปี 2551 เหตุผลที่สมัคร "เพราะนายกมีความสนใจด้านสาธารณสุขอยู่แล้ว และคิดว่าน่าจะ
ทำเองได้" คณะกรรมการมี 19 คน ผู้แทนชุมชนเลือกกันเองในหมู่บ้าน ผู้แทน อสม. ก็เลือกกันเองในกลุ่ม คณะกรรมการ
ประชุมกันทุกเดือน และเชิญ นวก.สสอ. มีร่วมด้วยทุกครั้ง

อต/ต2-2

จัดตั้งเมื่อปี 2551 เพราะเป็นนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดให้ทำกองทุนเต็มพื้นที่ "คิดว่ากองทุนตำบลช่วย
เสริมการทำงานของท้องถิ่นได้มาก และมีระเบียบไม่ยุ่งยากในการใช้เงิน" มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน 22 คน ให้
คัดเลือกผู้แทนในหมู่บ้านกันเอง คณะกรรมการประชุมกันเกือบทุกเดือน ตั้งแต่ มค.2551จนถึง พค.2552 ประชุมแล้ว 12
ครั้ง

อต/ต2-3

จัดตั้งเมื่อต้นปี 2551 แต่ยังไม่ได้เริ่มดำเนินงาน เพราะไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่และวิธีการใช้จ่ายเงิน พอปลายปี
2551 จึงเริ่มทำโครงการคนไทยไร้พุง และดำเนินงานต่อเนื่อง คณะกรรมการมี 20 คน โดยมีอนุกรรมการ 2 ชุด (ชุดแรกมี
หน้าที่จัดหาข้อมูลปัญหาสุขภาพ ช่วยเหลือประชาชนให้เข้าถึงบริการ ชุดที่สองมีหน้าที่ทำบัญชีรายรับรายจ่าย) และ
คณะทำงานย่อยอีก 4 ชุด (ได้แก่ คณะทำแผน คณะจัดซื้อจัดจ้าง คณะติดตามประเมินผล และคณะรวบรวมรายงานและ
สรุปผล) ผู้แทนในคณะกรรมการถูกคัดเลือกจากชุมชน จึงได้ผู้แทนที่คล่องตัว เช่น อดีตผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย
ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น คณะกรรมการประชุมแล้ว 6 ครั้ง มีการร่างระเบียบระบบหลักประกันสุขภาพของตำบลขึ้น มีแผนงาน
ประจำปี 2551 และพิจารณาโครงการที่เสนอเข้ามาเป็นระยะๆ

อต/ต2-2

เริ่มจัดตั้งกองทุนปี 2549 เพราะได้รับหนังสือเชิญชวนทั้งที่ไม่มีความรู้เรื่องกองทุน จากนั้นได้ปรึกษากับ สอ. จึง
ตอบรับเข้าร่วมโครงการ

จัดตั้งคณะกรรมการตามเกณฑ์ของ สปสช. และแต่งตั้งคณะทำงานอีก 4 ชุด ได้แก่ คณะการเงิน คณะจัดซื้อจัด
จ้าง คณะตรวจสอบ และคณะประชาสัมพันธ์ กรรมการที่เป็นผู้แทนได้มาจากการคัดเลือกจากภายในกลุ่ม

คณะกรรมการประชุมกันทุกเดือน หน้าทีหลักคือพิจารณาอนุมัติโครงการโดยใช้เสียงข้างมากเป็นหลัก ส่วนการจัดซื้อให้เป็นหน้าที่ของคณะทำงานจัดซื้อ

ในระดับหมู่บ้าน มีคณะกรรมการหมู่บ้านประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. อสม. และผู้ทรงคุณวุฒิในหมู่บ้าน เป็นผู้เขียนโครงการขอการสนับสนุนจากกองทุนโดยมี สอ. เป็นที่ปรึกษา

อต/อ2-3

เริ่มจัดตั้งกองทุนปี 2549 ทดแทน อบท.ที่สละสิทธิ์ จึงมีเวลาเตรียมตัวและตอบรับแค่ 2 วัน

คณะกรรมการ 17 คน ด้วยความเร่งรีบจึงเลือกจากคณะกรรมการจัดทำแผนของ อบต.ที่มีอยู่แล้ว และผู้แทนชุมชนเป็นผู้ใหญ่บ้านทั้ง 12 คน คณะกรรมการมีการประชุมทุกเดือนเพื่อพิจารณาโครงการ

"โครงการที่กองทุนจะสนับสนุน ต้องมีเงื่อนไขว่า ทำได้ง่าย ใช้ระยะเวลาสั้น และเสร็จได้เร็ว" (นายก อต/ก2-3)

"ปัญหากับ สอ. ที่ต้องการดึงเงินกลับไปบริหารเอง จึงมีปัญหากันในช่วงแรก ภายหลังเข้าใจกันมากขึ้น" (นายก อต/ก2-3)

อต/ก2-2

จัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2551 โดยการชักชวนของหัวหน้า สอ. และขอใบสมัครจาก สสจ. มาให้นายก อบต. ที่สำคัญกองทุนมีเงินสมทบจากหลายแหล่งนอกเหนือจาก อบต. ได้แก่ เงินสนับสนุน สอ. ก่อนตั้งกองทุน 200,000 บาท กองทุนสวัสดิการ 200,000 บาท กองทุนเงินล้านปีละ 20,000 บาท กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ปีละ 6,000 บาท และชมรม อสม. หักเงินอุดหนุน อสม. เข้ากองทุนฯ หมู่บ้านละ 5,000 บาทต่อปี รวมเงินสมทบเพิ่มเติมประมาณ 471,000 บาท

คณะกรรมการ 18 คน โดยส่วนใหญ่หัวหน้า สอ. เป็นแกนในการคัดเลือก ได้แก่ ผู้แทนชุมชนมาจากผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ ผู้แทน อสม. จากประธานและรองประธานชมรม อสม. ผู้ทรงคุณวุฒิมาจากประธานกลุ่มผู้สูงอายุ และครูที่เกษียณอายุแล้ว เป็นต้น

ปี 2551 ประชุม 4 ครั้ง ปี 2552 จำนวน 2 ครั้ง หัวหน้า สอ. จะเป็นผู้กระตุ้นให้ประชุมกัน และกำหนดวาระการประชุมด้วย รวมทั้งเป็นผู้มีบทบาทหลักในการประชุม

อต/ก2-3

จัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2551 ทราบจากหนังสือเชิญชวนของ สปสช. โดยนายกเห็นชอบและคิดว่าเป็นการใช้เงินที่เกิดประโยชน์

คณะกรรมการ 12 คน ผู้แทนชุมชนจาก 5 ชุมชน มีการประชุมทุกเดือน นายกจะเป็นผู้เสนอโครงการว่าควรจะทำอะไร หรือจะต่อยอดการทำงานอย่างไร แต่ก็มีกรอบแผนประจำปีวางไว้ โดยดูจากแนวทางของ สอ. เป็นหลัก เช่น มีกรรมการยกปัญหาคนไข้โรคไตต้องใช้เงินมาก นายกก็อยากจัดหาเครื่องฟอกไตมาไว้ที่บ้านของผู้ป่วย เพราะที่ รพ. มีคนไข้มาก

อต/น3-3

จัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2549 โดยนายก อบต. เป็นผู้ริเริ่มและตัดสินใจเข้าร่วม แม้ว่าปลัด อบต. คนก่อนจะไม่เห็นด้วย ส่วนปลัดคนใหม่ก็ยังไม่ค่อยรู้เรื่องกองทุน ในปีแรก ยังไม่มีฝ่ายสาธารณสุข หรือกองพัฒนาชุมชนมาช่วย นายกฯ จะเป็นผู้เสนอโครงการเองทั้งหมด

ปี 2551 การดำเนินงานของกองทุน เริ่มมอบหมายให้เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนจากกองพัฒนาชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบ แม้ว่าการเสนอโครงการจะเริ่มมีกลุ่ม/ชมรมต่างๆ เสนอเข้ามามากขึ้น แต่กองพัฒนาชุมชนยังเป็นตัวหลักในการจัดทำโครงการ

ปี 2552 พบว่า กลุ่ม/ชมรม และสถานีนอ้ามัยมีการเสนอโครงการจำนวนมาก ในส่วนของ สอ. นั้น กองทุนจะแจ้งยอดเงินให้จัดทำโครงการมาเอง ส่วนของชุมชนจะเริ่มโดยกระบวนการที่ อบต. จะแจ้งประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนทราบก่อน และให้กลุ่มหรือชมรมต่างๆ ที่ต้องการเสนอโครงการ มานำเสนอด้วยวาจาในรอบแรกโดยไม่ต้องมีเอกสาร จากนั้นผู้รับผิดชอบกองทุน (จพง.พัฒนาชุมชน) จะเป็นผู้กลั่นกรองและจัดทำโครงการ และนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการ ทั้งนี้ อสม. จะไม่มีส่วนร่วมในการเสนอโครงการ ในขณะที่กองพัฒนาชุมชนมีบทบาทสูงในการจัดทำโครงการมากกว่าเป็นโครงการของชุมชนจริงๆ

อด/ก3-2

จัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2549 โดยปลัด อบต. เป็นผู้ไปประชุม และกลับมาเสนอนายกเห็นชอบ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตามที่ สปสช. กำหนด โดยผู้แทนชุมชนจะเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้านทั้งหมด ตั้งแต่จัดตั้งกองทุน มีการประชุมคณะกรรมการ 5 ครั้ง คือ ปี 2550 จำนวน 3 ครั้ง ปี 2551 จำนวน 1 ครั้ง และปี 2552 อีก 1 ครั้ง

อด/ก3-3

จัดตั้งกองทุนเมื่อปี 2551 เนื่องจากนายกฯ ไปประชุมที่ สสจ. เห็นว่ามีประโยชน์ ประกอบกับ อบต. ได้รับงบประมาณน้อยอยู่แล้ว น่าจะเสริมส่วนที่ขาดได้ มีความล่าช้าในการแต่งตั้งคณะกรรมการตามที่กำหนดจำนวน 13 คน ผู้นำชุมชน 4 คนมาจากผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการได้ประชุมไปแล้ว 1 ครั้ง (พย.2551) และแจ้งหน่วยบริการในพื้นที่เขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ดังนั้น ปี 2551 จึงไม่ได้ใช้จ่ายเงินกองทุน

4. ผลการดำเนินงานกองทุน

อด/อ4-3

ปี 2550 ได้รับงบจาก สปสช. 480,000 บาท อบต.สมทบ 40,000 บาท รวมเป็น 520,000 บาท จัดทำโครงการ 23 โครงการ เป็นเงิน 483,232 บาท คิดเป็นร้อยละ 92.9 ยอดคงเหลือ 36,768 บาท

ปี 2551 ได้เงินกองทุนรวมสมทบเป็นเงิน 510,500 เมื่อรวมกับยอดคงเหลือ เป็นยอดสุทธิ 547,268 บาท ใช้จ่ายไป 20 โครงการ (ไม่รวมด้านบริหาร) เป็นเงิน 288,754 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.8 ยอดคงเหลือ 258,514 บาท

ปี 2552 ได้รับงบ สปสช. 422,737 บาท สมทบ 50,000 บาท รวมยอดคงเหลือปี 2551 เป็นเงิน 731,251 บาท ใช้จ่าย 22 โครงการ (ไม่ทราบวงเงิน)

ได้รับการอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์ไปแล้ว พร้อมกับทีมจังหวัด สอ.และท้องถิ่น แต่ไม่เข้าใจว่าอบรมแล้ว จะให้กลับมาทำอะไร

ทต/น3-2

ปี 2550 ได้รับงบ สปสช. 300,000 บาท อบต. สมทบ 30,000 บาท รวมเป็น 330,000 บาท ดำเนินการ 8 โครงการทั้งกิจกรรมระดับหมู่บ้านและระดับตำบล ได้แก่ การออกกำลังกาย สนับสนุนชมรมด้านโรคเบาหวาน การอบรม อสม. การจัดการขยะ น้ำประปาสะอาด อาหารปลอดภัย และอบรมการจัดทำโครงการแก่นำนชุมชน

ปี 2551 ได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาล จึงสมทบเงินเป็น 150,000 บาท รวมแล้ว 450,000 บาท แต่ได้
ดำเนินงานโครงการปี 2550 แทน และเพิ่มกิจกรรมกีฬาสัมพันธ์

ปี 2552 ได้รับงบ 300,000 บาท และสมทบ 150,000 บาท รวม 450,000 บาท ดำเนินการ 11 โครงการ ได้แก่
การคัดกรองเบาหวานความดัน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การอบรมแกนนำสุขภาพจิต การ
อบรมอาสาสมัครฟื้นฟูผู้พิการ การอบรมทักษะชีวิตวัยรุ่น การประปาหมู่บ้าน การป้องกันไข้เลือดออก การตรวจคัดกรอง
สารเคมีในเกษตรกร การสนับสนุนการออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย และการสนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชนในบริการ
คลินิกโรคเรื้อรัง เป็นต้น

เป็นที่สังเกตว่า โครงการในปี 2552 ทั้ง 11 โครงการ มีความแตกต่างและไม่ซ้ำซ้อนกันเลย ซึ่งหากเป็นกรณีแต่
ละชุมชนเป็นผู้เสนอโครงการ มักจะพบกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน ลักษณะของปี 2552 จึงน่าจะเป็นโครงการที่ตอบสนองงาน
ของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหลัก

ทต/ต2-1

ปี 2551 ได้งบจาก สปสช. 285,000 บาท เทศบาลสมทบอีก 28,500 บาท (ร้อยละ 10) รวมเป็นเงิน 313,500
บาท ได้ใช้จ่ายไปเพียง 2 โครงการ ซึ่ง สอ. เป็นผู้เสนอ เป็นเงินรวม 63,220 บาท (ร้อยละ 20.2 ของยอดเงินรวม) ได้แก่ การ
อบรมความรู้แกนนำครอบครัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการอบรมเตรียมความพร้อมให้กับกองทุน

ปี 2552 งบจาก สปสช. และเงินสมทบเท่าเดิม สนับสนุน 7 โครงการ ได้แก่ การค้นหาและเฝ้าระวังโรคเบาหวาน การคัด
กรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การเพิ่มมูลค่าขยะ การเยี่ยมผู้พิการ การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริม
สุขภาพเด็ก 0-6 ปี และอบรมเยาวชนกับยาเสพติด เป็นต้น โดยกระจายให้ สอ. 2 โครงการ ชมรมผู้สูงอายุ 1 โครงการ ที่
เหลือเป็นโครงการของเทศบาล 4 โครงการ

ยังไม่มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

อต/ต2-2

ปี 2551 ได้งบจาก สปสช. 189,112 บาท อบต. สมทบอีก 40,000 บาท (ร้อยละ 21.2) รวมเป็นเงิน 229,112
บาท ได้ใช้จ่ายไป 6 โครงการ ได้แก่ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การประกวดหมู่บ้านน่าอยู่ การซื้อเครื่องวัดความดัน การ
จัดภาคีคนไทยไร้หุง การควบคุมไข้เลือดออก และอาหารปลอดภัย พบว่าปี 2551 มีงบเหลือค้าง 103,669 บาท (ใช้ไปร้อย
ละ 54.7) และนำไปรวมกับงบปี 2552

ปี 2552 ไปงบจาก สปสช. เท่าเดิม แต่ อบต. ยังมีได้สมทบเงินท้องถิ่น และได้สนับสนุนไปเพียง 1 โครงการ คือ
การดูแลผู้สูงอายุ

ยังไม่มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

อต/ต2-3

ปี 2551 ได้งบจาก สปสช. 211,012 บาท อบต. สมทบอีก 100,000 บาท (ร้อยละ 47.4) รวมเป็นเงิน 311,012
บาท ได้ใช้จ่ายไป 6 โครงการ ได้แก่ การปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การควบคุมโรคไข้เลือดออก การแก้ปัญหา
โภชนาการเกินและต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็ก 0-5 ปี การส่งเสริมแอโรบิก การจัดค่ายเยาวชนป้องกันยาเสพติด และการอบรม
บริหารกองทุน

ปี 2552 ได้งบประมาณเท่าเดิม พิจารณานอมนิติแล้ว 15 โครงการ ได้แก่ ภาคีคนไทยไร้หุง การส่งเสริมการแพทย์
แผนไทยและสมุนไพร การคัดกรองโรคเบาหวานและความดัน การควบคุมโรคไข้เลือดออก การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

และมะเร็งเต้านม การส่งเสริมแอโรบิค การปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การอบรมความรู้โรคเอดส์ การเฝ้าระวังคุณภาพ
เกลือไอโอดีน การส่งเสริมทันตสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ การสร้างทักษะชีวิตในหญิงวัยเจริญพันธุ์ การพัฒนาวัดให้เป็น
เครือข่าย การจัดเวทีประชาคม การอบรมบริหารกองทุน ในจำนวนนี้ได้เบิกจ่ายแล้ว 5 โครงการ จะเห็นว่า โครงการมีเยอะ
มากและหลากหลาย ด้านหนึ่งสะท้อนโครงการซ้ำกับปี 2551 โดยไม่มีการประเมินผล อีกด้านหนึ่งมีโครงการใหม่เกิดขึ้น
เช่น การสร้างทักษะชีวิตในหญิงวัยเจริญพันธุ์ การส่งเสริมทันตสุขภาพ ฯลฯ

ยังไม่มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

อต/อ2-2

ปีแรก 2549 ไม่ระบุจำนวนเงินกองทุน แต่มี 7 โครงการ ได้แก่ การสำรวจสภาวะสุขภาพชุมชน งานวันเด็ก การ
พัฒนา Super อสม. การจัดผ้าป่าและพิธีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ การขยายบริการ สอ. 24 ชั่วโมง การเปิดคลินิกทันตกรรม
และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีส่วนร่วม

ปี 2551 กองทุนฯ ได้รับงบ สปสช. 213,600 บาท ท้องถิ่นสมทบ 150,000 บาท ชุมชนสมทบพร้อมเงินบริจาค
50,000 บาท และผ้าป่าสามัคคีอีก 219,397 บาท รวมเป็นกองทุนทั้งสิ้น 632,997 บาท ซึ่งงบ สปสช. คิดเป็น 1 ใน 3
เท่านั้น แต่รายการจ่ายในปี 2551 มีเพียง 2 โครงการ คือ การจัดทอดผ้าป่าหาทุน และการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ
และผู้รับผิดชอบกองทุนสุขภาพ

ปี 2552 มี 4 โครงการ ได้แก่ โครงการกองทุนใกล้ใจ การออกหน่วยเคลื่อนที่ การสนับสนุนบริการการแพทย์แผน
ไทย และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ยังไม่มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

อต/อ2-3

ปี 2549 มีทั้งหมด 4 โครงการ (ไม่ระบุข้อมูลงบประมาณ) ได้แก่ โครงการซื้อวิทยุสื่อสารให้ศูนย์กู้ชีพ การอบรม
อสม. การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีกระบวนการตรวจสอบ
การใช้จ่ายงบอุดหนุน อสม. โดยส่งคนจาก อบต. ไปดูว่าการปฏิบัติตามแผนหรือไม่

ปี 2551 มีการให้ อสม. เป็นผู้เสนอโครงการฯ ละ 1 ชุดต่อหมู่บ้าน ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ 6 โครงการเป็น
เงิน 210,000 บาท (คิดเป็นร้อยละ 54.9 ของงบสาธารณสุขท้องถิ่น) ได้แก่ การแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ การรับขวัญให้แก่เด็ก
เกิดใหม่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย ครอบครัวยุบธนู การติดตามผลปฏิบัติงานของ อสม. และการอบรม อปพร. เรื่อง
ให้วัคซีนและโรคพิษสุนัขบ้าประมาณ 10,000 บาท

ปี 2552 มี 14 โครงการ เป็นเงิน 211,530 บาท (ร้อยละ 70.5 ของงบสาธารณสุขท้องถิ่น) โดยจัดเป็น 1 โครงการ
1 หมู่บ้าน ได้แก่ ใช้เลือดออก (5 โครงการ) ป้องกันโรคเบาหวานความดัน (2 โครงการ) ส่งเสริมการออกกำลังกาย เรื่อง
ปลอดภัยพิช การแข่งขันกีฬาหมู่บ้าน การให้ภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้ยังมีโครงการรับขวัญรับใจ อสม. และโครงการกีฬา
ผู้สูงอายุด้วย

เคยรับการอบรมแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เมื่อปี 2551 เน้นกลุ่มนักจัดการสุขภาพ

อต/ต1-4

อต/ก2-2

โครงการส่วนใหญ่ สอ. เป็นผู้เสนอ นายกเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง

ปี 2551 กองทุนได้รับจาก สปสช. 180,000 บาท อบต. สมทบ 40,000 บาท และเงินสมทบจากแหล่งต่างๆ ในชุมชนอีก 471,000 บาท รวมเป็น 691,000 บาท ได้ใช้ไป 5 โครงการเป็นเงิน 555,932 บาท คิดเป็นร้อยละ 80.5 ได้แก่ โครงการตลาดนัดสุขภาพ คัดกรองเบาหวานความดัน จัดตั้งกองทุนแปรงสีฟันยาสีฟัน โครงการหุ้นส่วนตั้งห้อง (ให้หญิงมีครรภ์มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หากคลอดปกติจะได้เงิน 500 บาท) และโครงการนวดแผนไทย

ปี 2552 มีเงิน สปสช. 173,737 บาท อบต. สมทบ 40,000 บาท เงินสมทบเพิ่มเติม บวกกับยอดคงเหลือ รวมเป็น 510,000 บาท ส่วนใหญ่ยังทำโครงการเดิมต่อเนื่อง แต่เพิ่มอีก 2 โครงการ คือ การตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร และการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (ใช้วิธีรับเงินเข้ากองทุน หากบ้านใดมีลูกน้ำยุงลาย)

หัวหน้า สอ. ให้ข้อมูลว่า ยังไม่เคยเข้ารับการอบรมเรื่องแผนที่ยุทธศาสตร์ จังหวัดมีเป้าหมายการอบรมกองทุน 80 แห่ง ทำได้แค่ 50% ที่ผ่านมาไม่ค่อยได้ผล เพราะผู้บริหารท้องถิ่นไม่เข้าร่วมอบรม เรื่องแผนที่ยุทธศาสตร์เป็นแนวคิดดี แต่ทำยาก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ค่อยเข้าใจอีกด้วย ยังใช้การทำแบบเดิมๆ

อต/ก2-3

ปี 2551 ได้งบจาก สปสช. 150,000 บาท อบต. สมทบ 30,000 บาท รวมเป็น 180,000 บาท ใช้ไป 152,000 บาท (ร้อยละ 84.4) คงเหลือ 28,000 บาท โครงการสำคัญ ได้แก่ จัดซื้อสูวี่งและเครื่องออกกำลังกาย รวมกับเงิน อบต. 300,000 บาท และโครงการของ สอ. 2 โครงการ คือ โครงการสายใยรัก และโครงการพัฒนาเด็กเล็ก

ปี 2552 ได้งบ สปสช. 160,000 บาท สมทบและรวมกับงบคงเหลือปี 2551 เป็นเงิน 220,000 บาท

ส่วนใหญ่โครงการเป็นไปตามแผนที่ อบต. วางไว้ 19 โครงการ รวม 141,950 บาท แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์การอบรม 4 โครงการ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมคัดกรองโรคเบื้องต้น 5 โครงการ (เบาหวานความดัน มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม นวดแผนโบราณ ประกวดหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย และตรวจสุขภาพประจำปี) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 4 โครงการ (ช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ กองทุนแปรงสีฟันยาสีฟัน เฝาระวังยาเสพติดในเยาวชน และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) ยุทธศาสตร์การรักษาโรค 4 โครงการ (เยี่ยมแม่หลังคลอด เยี่ยมผู้พิการ ภายภพบำบัด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน) และยุทธศาสตร์ระบบบริหารจัดการ 2 โครงการ (อบรมอาสาสมัครไทย และศึกษาดูงาน)

โครงการที่เกี่ยวกับสาธารณสุขจะให้ สอ. เป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งแผนของ อบต. ดังกล่าวได้เลียนแบบมาจากแผนของ สอ. ส่วนเรื่องการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ยังไม่มีกรอบ

อต/น3-3

ปี 2549-2550 ได้รับจาก สปสช. 169,125 บาท สมทบ 16,912.50 บาท (ร้อยละ 10) รวมเป็น 186,038 บาท ปีแรก นายกฯ เป็นผู้เสนอ "โครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า" เป็นโครงการรวมในวงเงิน 176,037 บาท คิดเป็นร้อยละ 94.6 ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมย่อยๆ เช่น การซื้อเครื่องวัดความดันดิจิตอล เครื่องออกกำลังกาย เครื่องตรวจเบาหวาน เครื่องชั่งน้ำหนัก การตัดแว่นสายตาให้ผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสนับสนุนรำกระบองของชมรมผู้สูงอายุ และการจัดอบรม เป็นต้น งบกองทุนส่วนใหญ่ในปีนั้น จึงถูกนำไปจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ค่อนข้างมาก

ปี 2551 ได้รับจาก สปสช. 169,837 บาท สมทบ 50,000 บาท และยอดคงเหลือ รวมกันเป็น 229,837 บาท ได้ใช้จ่ายไป 4 โครงการ เป็นเงิน 158,750 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.1 ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การตัดแว่นสายตาให้ผู้สูงอายุ การสนับสนุนกองทุนสวัสดิการชุมชน และการสนับสนุนกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น งบกองทุนคงเหลือ 71,087 บาท

ปี 2552 ได้รับงบจาก สปสช. 136,425 บาท ท้องถิ่นสมทบ 28,000 บาท รวมยอดคงเหลือ เป็นเงิน 235,512 บาท คณะกรรมการอนุมัติ 12 โครงการ เป็นเงิน 389,085 บาท ที่น่าสนใจ เช่น โครงการลดภาวะสภาวะพิษในร่างกายเกษตรกร โครงการปั่นจักรยานเพื่อสุขภาพ โครงการสนับสนุนกองทุนสวัสดิการชุมชน โครงการฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ฯลฯ

อบต/ก3-2

ปี 2549-2550 กองทุนได้รับงบ สปสช. บาท สมทบ บาท รวมเป็น บาท ดำเนินโครงการนำร่องเพียงโครงการเดียว คือ โครงการออกกำลังกายแอโรบิกและลีลาส (ปี 2549-2550) ใช้เงินไป 25,688 บาท

ปี 2551 ดำเนิน 2 โครงการ ได้แก่ โครงการคัดกรองเบาหวานความดันโดย อสม. และโครงการจัดซื้อเครื่องมือตรวจระดับเบาหวาน เริ่มมีปัญหาการประสานงานระหว่าง สอ. กับ อบต. เนื่องจาก สอ. ไม่มีเวลาทำงานกองทุนเท่าที่ควร และการโอนเงินลงไปให้ สอ. ไม่ตรงกัน "คนทำงานอยู่ที่หนึ่ง เงินโอนมาลงอีกที่หนึ่ง" จึงได้ตกลงกันว่าให้ สอ. เขียนโครงการที่ถูกต้องตามระเบียบกองทุน แล้วทาง อบต. จะพิจารณาและโอนเงินให้ภายหลัง

ปี 2552 อยู่ระหว่างการจัดทำรายละเอียดโครงการ ประกอบด้วย โครงการสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการอบรม อสม. และโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชผู้สูงอายุ

ที่ผ่านมา อบต. ค่อนข้างมีปัญหาเรื่องระเบียบการใช้จ่ายเงิน ที่กำหนดหลักเกณฑ์ว่า ห้ามใช้ในงานที่เกี่ยวข้องกับงานประจำของสาธารณสุข ต้องเป็นงานส่งเสริมป้องกันเท่านั้น อีกเรื่องคือ การขอซื้ออุปกรณ์และครุภัณฑ์ต่างๆ เช่น เครื่องออกกำลังกาย เครื่องดนตรีไทย แต่ทาง สปสช. แจ้งว่าจัดระเบียบ ถ้าจะซื้อต้องมีตัวชี้วัด

อบต/ก3-3

ปี 2551 ไม่มีการใช้จ่ายเงิน เนื่องจากความล่าช้าในการแต่งตั้งคณะกรรมการ และการประชุมปลายปี 2551 แล้ว ปี 2552 เสนอโครงการทั้งหมด 7 โครงการ ซึ่งเป็นของหน่วยบริการทั้ง 3 แห่ง

วิเคราะห์

ตารางที่ 6.3 ข้อมูลการใช้จ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง อบต.ขนาดกลางและขนาดเล็ก

อบต.	งบรายได้ ท้องถิ่น (ล้านบาท)	งบส่งเสริม ป้องกันโรค	งบกองทุน ปี 2550	ปี 2550 ใช้จ่าย ร้อยละ	งบกองทุน ปี 2551	ปี 2551 ใช้จ่าย ร้อยละ	ยอดสะสม ปี 2552	ปี 2552 ใช้จ่าย ร้อยละ	ยอดคงเหลือ ณ ปัจจุบัน*
น1-4	39.6 (2552)								
ธ4-3	25-30		520,000	92.9	547,268	52.8	731,251	NA	NA
	23.0		330,000	NA	450,000	NA	450,000	NA	NA
ต2-1	20.0 (2551)				313,500	20.2	563,780	NA	NA
ต2-2	19.9 (2552)				229,112	54.7	293,669	NA	NA
ต2-3	18.3 (2552)				311,012	NA	311,012	NA	NA

อปท.	งบรายได้ ท้องถิ่น (ล้านบาท)	งบส่งเสริม ป้องกันโรค	งบกองทุน ปี 2550	ปี 2550 ใช้จ่าย ร้อยละ	งบกองทุน ปี 2551	ปี 2551 ใช้จ่าย ร้อยละ	ยอดสะสม ปี 2552	ปี 2552 ใช้จ่าย ร้อยละ	ยอดคงเหลือ ณ ปัจจุบัน*
อ2-2	16.3 (2550)				632,997				
อ2-3	18.3 (2551)								
ต1-4	9.0 (2551)								
ก2-2	10.0	NA	-	-	691,000**	80.5	510,000	NA	NA
ก2-3	16.0	400,000	(ยังไม่จัดตั้งกองทุน)		180,000	84.4	220,000	64.5	78,050
น3-3	13.8 (2551)	NA	186,038	94.6	229,837	69.1	235,512	100.0	-

* ช่วงเวลาเก็บข้อมูล พค.- มิย. 2552

** เงิน สปสช. 180,000 บาท อปท. สมทบ 40,000 บาท เงินสมทบจากแหล่งอื่นในชุมชน 471,000 บาท

เนื่องจาก อปท. กลุ่มนี้ยังไม่มีส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการกองทุนจึงถูกมอบหมายให้อยู่ความดูแลของปลัดเทศบาลหรือปลัด อปท. ซึ่งอาจมีหรือไม่มีเจ้าหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานเลยก็ได้ จากกรณีตัวอย่าง (ทต/ต2-1) บุคลากรที่มารับผิดชอบกองทุนเป็นนักพัฒนาชุมชน ซึ่งไม่มีพื้นความรู้ด้านสาธารณสุข แต่ก็อาศัยการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นหลัก

การวิจัยพบว่า การจัดตั้งกองทุน การสมทบเงินจากท้องถิ่น การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน และการประชุมคณะกรรมการ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. แต่ส่วนใหญ่เริ่มต้นจากความไม่พร้อม ไม่มีความรู้เรื่องกองทุนหรือถูกชักชวนอย่างเร่งรีบ เช่น ถูกชักชวนว่า สปสช. มีงบประมาณให้ท้องถิ่น วิธีการใช้จ่ายเงินไม่ยุ่งยาก การสมทบเงินของท้องถิ่นจะมากหรือน้อย ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้บริหารท้องถิ่นเพียงคนเดียว มีบ้างเป็นส่วนน้อยที่ท้องถิ่นสมทบเพิ่มเป็นร้อยละ 20-50 แต่ในปีต่อๆ มาบางแห่งมีการชะลอการสมทบไว้ก่อน กรณีตัวอย่างที่น่าสนใจของกองทุนแห่งหนึ่ง ที่ท้องถิ่นและชุมชนช่วยกันสมทบ 1 ส่วน ทอดผ้าป่า 1 ส่วน และงบ สปสช. 1 ส่วนซึ่งนับว่าชุมชนมีความตื่นตัวสูง

ด้านการบริหารเงินกองทุนจะพิจารณาในรูปคณะกรรมการทุกแห่ง หลายแห่งมีการแต่งตั้งอนุกรรมการหรือคณะทำงานชุดต่างๆ มาทำหน้าที่ช่วยเหลือ เช่น การกลั่นกรองโครงการ การจัดทำแผน การจัดซื้อจัดจ้าง การติดตามประเมินผล การเงินและบัญชี กรณีตัวอย่าง อปท. (อต/ต2-3) มีการออกระเบียบการบริหารกองทุน และจัดทำแผนประจำปี นอกจากนี้ โครงการส่วนใหญ่เมื่อเสนอเข้าที่ประชุมคณะกรรมการแล้ว มักจะผ่านความเห็นชอบ แต่อาจมีการตัดทอนบ้างไม่มากนัก อัตราการใช้จ่ายเงินของกองทุนส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุเป้าหมายปีต่อปี กล่าวคือทำได้ระดับปานกลาง ที่ร้อยละ 20-50 ของยอดทั้งปีโดยเฉพาะในปีแรก แต่บางกองทุนก็ทำได้มากกว่าร้อยละ 80 ก็มี จึงมักมีเงินเหลือค้างยกยอดไปปีถัดไป

คณะกรรมการมีจุดเด่นก็คือ การเปิดโอกาสให้ชุมชนคัดเลือกผู้แทนชุมชนกันเอง และมีการประชุมค่อนข้างสม่ำเสมอเกือบทุกเดือน อย่างไรก็ตาม กองทุนบางแห่งก็มีปัญหาการดำเนินงานไม่คืบหน้าโดยเฉพาะในปีแรก เนื่องจาก

ผู้บริหารท้องถิ่นไม่มั่นใจว่าจะดำเนินการอย่างไร บางส่วนไม่ได้ให้ความสำคัญ ไม่มีเวลา หรือไม่เข้าใจงานสาธารณสุข ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของกองทุน หรือเมื่อผู้บริหารท้องถิ่นได้รับการเลือกตั้งมาใหม่ ก็จะถือโอกาสเปลี่ยนบุคคลในคณะกรรมการไปด้วย ดังนั้น ปัจจัยตัวผู้บริหารท้องถิ่นนับว่ามีผลไม่น้อย และอ่อนไหวง่ายสำหรับ อบต. ขนาดกลางและเล็ก เนื่องจากเป็นสังคมขนาดเล็ก

วิธีการพิจารณาโครงการของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกัน แต่เกือบทั้งหมดไม่มีทิศทางหรือยุทธศาสตร์เพื่อกำกับการทำงาน คณะกรรมการสนใจให้ตรงกับกรอบการสนับสนุนจากกองทุน 4 ข้อของ สปสช. ซึ่งเป็นตัวกำหนดขอบเขตที่กว้างมาก (เพื่อไม่ให้ออกนอกกรอบนี้) แต่มีใช้ตัวบ่งชี้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ (เพื่อจัดความสำคัญของปัญหา) การพิจารณางบกองทุนส่วนใหญ่จึงจัดสรรให้ตามที่มีผู้เสนอโครงการเข้ามาเป็นระยะๆ ตลอดปี มีกรณีตัวอย่าง (อบต.2-3) เห็นว่าการจัดการกองทุนทำได้ค่อนข้างเป็นระบบ เช่น มีระบบกลั่นกรองด้วยอนุกรรมการ การแบ่งหน้าที่เป็นคณะทำงานด้านต่างๆ มีแผนประจำปีของกองทุน มีการกระจายงบกองทุนไปสู่ภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์ ผู้บริหารท้องถิ่นในกลุ่มนี้จะมีอิทธิพลต่อแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนค่อนข้างมาก มีลักษณะของการผลักดันโครงการที่ตนเองต้องการค่อนข้างชัดเจน ส่งผลให้ปลัด อบต. หัวหน้าส่วนสาธารณสุข แม้แต่หัวหน้าสถานีอนามัยจะไม่กล้าโต้แย้ง หรือออกความเห็นในทางตรงข้าม ซึ่งต่างจากกรณีเทศบาลขนาดใหญ่ที่ฝ่ายข้าราชการค่อนข้างเข้มแข็งและมีบทบาทมากกว่า ในทางปฏิบัติเมื่อผู้บริหารท้องถิ่นต้องการใช้เงินกองทุนไปแนวทางใด ฝ่ายข้าราชการจะเป็นผู้จัดทำโครงการไปเสนอยังคณะกรรมการ นอกจากนี้ ผู้บริหารท้องถิ่นเรียนรู้ที่จะให้ชุมชนเป็นผู้เสนอโครงการมากกว่าสถานีอนามัย แต่บางแห่งก็พยายามกระจายงบประมาณสนับสนุนส่วนต่างๆ อย่างทั่วถึง เช่น สถานีอนามัย โรงเรียน กลุ่ม/องค์กรในชุมชน รวมทั้ง อบต. เองก็เป็นผู้เสนอด้วย

ลักษณะโครงการสาธารณสุขโดยส่วนใหญ่เป็นงานเล็กๆ แม้ว่าชื่อโครงการดูจะน่าสนใจ และสอดคล้องกับแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การควบคุมโรค การส่งเสริมการออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง และมะเร็งปากมดลูก ฯลฯ แต่โครงการส่วนใหญ่เขียนเพื่อทำกิจกรรมเดียวคล้ายคลึงกัน ไม่มีการวิเคราะห์ปัญหา ไม่พบหลักฐานว่ามีการอ้างอิงแผนแม่บทชุมชน หรือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (ถ้ามี) การใช้งบประมาณไม่เกินโครงการละ 30,000 บาท เพื่อกระจายงบประมาณได้หลายโครงการ แต่ทุกโครงการจะเป็นการจัดกิจกรรมแล้วเสร็จเป็นครั้งๆ และมักทำซ้ำๆ ในปีถัดไป การที่จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพอาจไม่มากนัก

จังหวัดที่จัดตั้งกองทุนตำบลเต็มพื้นที่ ได้แก่ จังหวัด ต.2 พิจารณาได้ว่าเป็นผลจากปัจจัยภายนอก กล่าวคือผู้แทน อบต. จากจังหวัดนี้คนหนึ่งอยู่ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงพยายามเสนอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สั่งการให้จังหวัดดังกล่าวดำเนินการเต็มพื้นที่ โดยให้เหตุผลว่า อบต. ทุกแห่งมีความพร้อม แต่ในความเป็นจริง อบต. หลายแห่งยังไม่ได้รับรู้ในเรื่องกองทุนตำบลด้วยซ้ำ บางแห่งรับรู้แต่ไม่เข้าใจ ในช่วงแรกจึงประสบปัญหาการดำเนินงานค่อนข้างมาก

ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ การที่ประชาชนไม่รู้จักกองทุน จึงไม่มีบทบาทหรือมีส่วนร่วมน้อย ผู้บริหารท้องถิ่นขาดความมั่นใจและกังวลต่อการใช้จ่ายเงินกองทุนเนื่องจากมองว่าจะเียบการใช้จ่ายเงินไม่ชัดเจน ยึดหยุ่นมากเกินไป ไม่มีการวางกรอบให้ปฏิบัติ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่าการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในระดับ อบต. ไม่มีความก้าวหน้าหรือแห่งที่ได้รับการอบรมแล้วก็นำมาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานร่วมกันของท้องถิ่นและสาธารณสุขไม่มากนัก

5. บทบาทและความสัมพันธ์ระหว่าง อปท. สถานบริการในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกองทุนฯ

ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสำเร็จและผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันในระดับชุมชน เนื่องจากงานส่งเสริมป้องกันโดยพื้นฐานเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งนี้ ชุมชนจะมีบทบาทหลัก ส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสุขภาพจะมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน อย่างไรก็ตาม ในท้องถิ่นที่เป็น อบต. ขนาดกลางและขนาดเล็ก ยังไม่มีฝ่ายสาธารณสุข ถ้ามีก็เป็นผู้รับผิดชอบเพียงคนเดียว จำเป็นที่ท้องถิ่นต้องพึ่งพา สอ. ในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการ ส่วนใหญ่ความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างกัน อยู่ในระดับดีมาก

กรณีที่น่าสนใจ (อต/อ4-3) คือ การเปรียบเทียบการได้รับงบประมาณจาก CUP ยุ่งยากและผ่านโครงการได้น้อย ในขณะที่ความสัมพันธ์ที่ดีกับท้องถิ่น ก็นำมาซึ่งงบประมาณมากกว่า และอนุมัติโครงการได้ง่ายกว่า

กรณีเทศบาล ทต/น3-2 มีความสัมพันธ์ที่ดีมากกับโรงพยาบาลชุมชน ทั้งสองหน่วยงานมีการติดต่อประสานเรื่องงานสาธารณสุขในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ และปลายปี 2550 เทศบาลก็จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง โดย รพ. สนับสนุนเจ้าหน้าที่ให้ไปประจำ จึงเป็นการทำงานที่ร่วมกันอย่างชัดเจน

"สอ. ประสานกับ อบต. ได้ดี เนื่องจากหัวหน้า สอ. เป็นญาติกับนายก อบต." (อต/อ2-2)

"ปลัด อบต. ให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุขมาก เนื่องจากไม่มีฝ่ายสาธารณสุข และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ สอ." (หน.สอ.ก4-3)

"การดำเนินงานกองทุนจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่าง สอ. อสม. และท้องถิ่น ... ควรมีการขยายกองทุน เพราะเป็นการเพิ่มโอกาส งบประมาณมากขึ้น มีเครือข่ายมากขึ้น" (ปลัด อต/อ4-3)

"การที่งบประมาณถูกโอนไปให้ท้องถิ่น สอ. ไม่ได้มีปัญหาในการทำงานเพราะยังได้รับสนับสนุนจากหลายทางเพื่อทำงานตอบตัวชี้วัด กองทุนก็ทำโครงการที่เสริมกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว จึงสามารถทำงานตอบตัวชี้วัดได้ตามปกติ ... ทำงานร่วมกันได้ดี เพราะนายกมีแนวคิดค่อนข้างเปิดกว้าง" (อต/อ2-3)

"ก่อนมีกองทุน การเสนอโครงการต้องผ่าน CUP และได้รับอนุมัติโครงการแค่ 2-3 โครงการเท่านั้น แต่พอมีกองทุน ทำให้เสนอโครงการและได้รับอนุมัติง่ายขึ้น" (หน.สอ.ก4-3)

แต่ก็มีบางพื้นที่ (อต/ต1-4) ซึ่งสาธารณสุขกับผู้บริหารท้องถิ่นดูเหมือนมีช่องว่างกัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักจะทำตามกรอบของกระทรวงฯ ขาดการสื่อสาร ในขณะที่ผู้บริหารท้องถิ่นต้องการสร้างความนิยมให้ตนเอง และมองเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านลบ จึงพยายามจัดทำโครงการเอง โดยไม่พึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

"เจ้าหน้าที่ของ สอ. มีภารกิจมาก ส่วนใหญ่ทำงานอยู่แต่ในสำนักงาน เพราะต้องทำงานวิชาการค่อนข้างเยอะลงไปทำงานกับชาวบ้านน้อย" (นายก อต/ต1-4)

"ตนไม่ค่อยทราบเรื่องวิธีการจ่ายเงินอุดหนุน อสม. เคยถาม อสม. ปรากฏว่าไม่รู้ว่ามีโครงการอะไร เพราะ สอ. เป็นผู้เสนอโครงการให้ อสม. แต่ปีนี้ ตน "ปฏิวัติ" ใหม่ โดยได้เชิญ อสม. มาประชุม และให้ อสม. ช่วยกันคิดและเสนอโครงการ เช่น หาเงินจัดตั้ง ศสมช. และเป็นคำตอบแทนแก่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตรงนั้น" (นายก อต/ต1-4)

พื้นที่ อต/ก2-2 เป็นกรณีตัวอย่างของความสัมพันธ์ระหว่างนายก อบต. กับหัวหน้าสถานีอนามัยอยู่ในขั้นดีมาก โดยกิจกรรมด้านสาธารณสุขทั้งหมดเป็นบทบาทของ สอ. ส่วนท้องถิ่นออกเงินให้และช่วยคิดบางโครงการด้วย เนื่องจาก อบต. ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้มอบให้ สอ. เป็นผู้ดูแลการเงินที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้เก็บสมุด

บัญชีของกองทุนด้วย ในการทำงานนั้น หัวหน้า สอ.จะเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหารท้องถิ่น ข้อเสียคือ การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่มี เพราะงบกองทุนมอบให้ สอ. เป็นผู้เสนอโครงการเองทั้งหมด

การที่หัวหน้า สอ. มีบทบาทจนเป็นที่ยอมรับสูงนั้น เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนการจัดตั้งกองทุน กล่าวคือ ในปี 2549 หัวหน้า สอ. ได้ชักชวนชาวบ้านและ อสม. ช่วยกันออกเงินเพื่อก่อตั้งกองทุนสวัสดิการของหมู่บ้านขึ้น เพื่อช่วยเหลือชาวบ้านที่เสียชีวิตรายละ 5,000 บาท จนปัจจุบันมีสมาชิกร่วม 2,000 กว่าคน สมทบเงินคนละ 5 บาทต่อเดือน

“คิดว่าทำเพื่อชาวบ้าน ผลทางอ้อมใครได้อะไรบ้าง เงินนี้เป็นเงินของชาวบ้าน ไม่ใช่เงินของ สปสช. สาธารณสุข หรือท้องถิ่น” (หน.สอ.ก2-2)

“หัวหน้า สอ. เป็นคนไม่กี่คนที่มีการมีขนาดนี้ ไม่มีปัญหาและเป็นที่ยอมรับของฝ่ายการเมือง” (หน.กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.ก2-1)

“ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลงบประมาณ สอ. ทำเรื่องกิจกรรม ส่วนเรื่องในบ้านเป็นหน้าที่ของชาวบ้าน” (หน.สอ.ก2-2)

สอ. ช้างซ้าย ได้รับ Fix cost ปีละ 200,000 และยังได้งบ OP ตามบริการรายหัวอีก 4-5 แสน และ Fix cost จากจังหวัดปีละ 40,000 บาท โบนัสต่างหาก ส่วนงบโครงการ PP ถูกตัด แต่ CUP จะวางโครงการเป็นงบกลาง และแจกจ่ายกันทำ CUP เดียวที่ไม่มีปัญหาระหว่าง รพช. กับ สอ. โดยที่ สอ.ได้เงินครบถ้วนไม่มีตกหล่น มีเงินนำร่องถึง 2 ล้านบาท เพราะผู้ให้บริการมาก

“อยากมีสถานบริการเหมือนกัน เพราะมีปัญหาการดูแลสุขภาพชาวบ้านเหมือนกัน เคยมีข้อตกลงระหว่างเทศบาล รพ. และ สอ. โดยเทศบาลสนับสนุนยูนิตทำฟันแล้ว 1 ชุด ที่ สอ. และให้ รพ. มาให้บริการ ปรากฏว่า สตง. ทักท้วงว่าไม่ใช่ภารกิจ กำลังตั้งบื้ออีก 1 ชุดไว้ที่ สอ.ช้างซ้าย” (นายก ทต/ต1-2)

วิเคราะห์

ข้อมูลจากกองทุนกลุ่มตัวอย่างนี้ พบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารท้องถิ่นและสถานีนามัยในพื้นที่ค่อนข้างดี ทำให้มีการประสานการทำงานร่วมกัน ซึ่งอาจเนื่องจากความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ดี บุคลิกภาพของผู้บริหารท้องถิ่นที่ดี หรือสถานีนามัยไม่ได้รับผลกระทบจากการจัดตั้งกองทุน

เป็นที่สังเกตว่า ระบบการสนับสนุนงบประมาณแก่สถานีนามัยในแต่ละจังหวัดจะแตกต่างกัน โดยทั่วไปสถานีนามัยได้รับงบดำเนินการที่เรียกว่า “Fixed cost” จากหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในอัตราคงที่มากบ้างน้อยบ้างเป็นรายเดือนหรือรายงวด เช่น ปีละ 240,000 บาท ขณะเดียวกันอาจได้รับเพิ่มเติมจากงบประมาณ PP area-based ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้าง หรือขอรับการสนับสนุนจาก อบท. หรือกองทุนบ้างเป็นส่วนประกอบ

6. ความคิดเห็น

ความเห็นต่อการดำเนินงานของกองทุน

“ดี การบริหารกองทุนไม่หนักใจ แต่อยากได้เงินเพิ่มจะได้ทำเรื่องสุขภาพในตำบลให้เด่น” (นายก อต/อ2-2)

“เป็นกองทุนที่มีประโยชน์ น่าจะเพิ่มงบประมาณให้มากกว่านี้” (นายก อต/อ2-3)

"คิดว่าให้ชุมชนสามารถเขียนโครงการเข้ามาขอได้ เช่น อสม. เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและเกิดความยั่งยืนเพราะกลายเป็นโครงการในความสนใจ แต่ต้องเซ็นสัญญารับเงินและแสดงหลักฐานการใช้เงินที่ชัดเจน ดีกว่าจะปล่อยให้คณะกรรมการ หรือสถานีนามัยดำเนินการอย่างเดียว ซึ่งเห็นผลได้แค่ระยะสั้นเท่านั้น" (นายก อต/อ2-3)

"กระทรวงสาธารณสุขควรเปิดกว้างให้จัดกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น เรื่องกิจกรรมบริการรักษาเคลื่อนที่ เพราะเคยถูกหักท้วงว่า เรื่องรักษาไม่เกี่ยวกับกองทุนและไปเข้าซ้อนกับหน่วยบริการ ... ตำบลที่ร่วมโครงการกองทุนควรได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม เช่น ช่วยประสานให้แพทย์มาช่วยตรวจในพื้นที่" (นายก อต/ต1-4 สังเกตจากการสัมภาษณ์ว่า นายกฯ กล่าวถึงกระทรวงสาธารณสุข แทนที่จะเป็น สปสช.)

"ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่รู้ที่เรา (กองทุน) ทำอะไร เพราะคนส่วนใหญ่ที่มาร่วมกิจกรรมมักจะเป็นกลุ่ม อสม. เท่านั้น ตนอยากทำงานที่เห็นเป็นรูปธรรมได้ บริการให้ถึงตัวชาวบ้านมากกว่าที่จะทำงานวิชาการ ใจจริงตนไม่ยากทำกองทุนในลักษณะแบบนี้" (นายก อต/ต1-4)

"งานส่วนใหญ่ของกองทุน จะมาจากงานเดิมๆ ของสาธารณสุขที่ท้องถิ่นเคยสนับสนุนอยู่แล้ว อีกส่วนหนึ่งอยากให้เป็นโครงการที่ท้องถิ่นคิดขึ้น ที่มาจากชุมชนล้วนๆ" (นายก อต/ต1-4)

"กองทุนช่วยเสริมงานสาธารณสุขในพื้นที่นอกเหนือจากปกติ ทำให้มีแนวทางการทำงานที่เปิดกว้างขึ้น เทียบกับเมื่อก่อนที่ทำแต่เรื่องฉีดพ่นยุงลาย กับฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า ... ไม่มีแนวทางกำกับการใช้จ่ายเงิน ทำให้มีช่องโหว่เรื่องการจัดซื้อ จึงเสนอให้มีระเบียบการจัดซื้อ และทำเรื่องประเมินผล" (ปลัด อต/ก2-3)

"ระเบียบการใช้จ่ายเงินกองทุน ไม่ค่อยชัดเจน ไม่ทราบว่าอะไรอนุมัติได้ อะไรไม่ได้ ไม่มีแบบฟอร์มการใช้งบประมาณ จึงต้องอิงระเบียบของท้องถิ่นแทน" (ปลัด อต/ก4-3)

"งบจาก สปสช. ลำบาก ทำให้ต้องหางบประมาณอื่นมาดำเนินงานก่อน เหนื่อยมากขึ้นแต่มีประโยชน์ต่อตัวชี้วัด และทำให้มีการประสานกับท้องถิ่นมากขึ้น" (หน.สอ.ก4-3)

"อยากให้ชาวบ้านได้ร่วมคิดร่วมทำ สร้างความเข้มแข็งให้กับชาวบ้าน" (นายก ทต/น3-2)

ความเห็นต่อผู้บริหารท้องถิ่น

"นายกเน้นนโยบายด้านคุณภาพชีวิตเป็นส่วนมาก ชอบให้มีการอบรม ทำกิจกรรมต่างๆ มากกว่าการปรับปรุงหรือสร้างสิ่งก่อสร้าง" (ปลัด อต/อ2-3)

"นายกชอบทำโครงการที่มันเห็นผลเร็ว ทำได้ไม่ยาก เช่น ตรวจสารปนเปื้อนอาหารในตลาดสด ทำคลินิกทันตกรรม ป้องกันฟันผุในเด็กก่อน แล้วค่อยซ่อมฟันผู้ใหญ่ทีหลัง" (หน.สอ.ก2-2)

"นายกฯ เห็นความสำคัญของงานสาธารณสุข สอ.เป็นผู้ทำกิจกรรม ให้ อบต. ก็ได้ประโยชน์ ได้ฐานเสียง" (หน.สอ.ก2-2)

ความเห็นต่องานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

"ทำงานส่งเสริมสุขภาพอย่างเดียว คงไม่ได้ใจชาวบ้าน" (นายก อต/อ2-2)

"ปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากที่สุด คือ เรื่องผู้สูงอายุที่มีจำนวนมาก และปัญหาสุขภาพจิต วิธีชีวิตที่ไม่รักษาสุขภาพ จึงพยายามให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกับโครงการต่างๆ" (นายก อต/อ2-3)

"เจ้าหน้าที่ของ สอ. มีภารกิจมาก ส่วนใหญ่ทำงานอยู่แต่ในสำนักงาน เพราะต้องทำงานวิชาการค่อนข้างเยอะลงไปทำงานกับชาวบ้านน้อย

ความเห็นของผู้บริหารต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพ

บทนี้เป็นการรวบรวมความคิดเห็นของผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง หรือน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของตน แม้ว่ามิได้เป็นกรรมการบริหารกองทุนใดกองทุนหนึ่ง แต่ผู้บริหารเหล่านี้ย่อมมีโอกาสมองเห็นภาพรวมในพื้นที่ รวมทั้งการดำเนินงานของกองทุนหลายแห่งเปรียบเทียบกับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในพื้นที่ศึกษา 12 จังหวัด 36 อำเภอ ได้แก่

ผู้บริหารระดับอำเภอ ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ หรือนักวิชาการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม (กรณีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) หรือหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมชุมชน (กรณีโรงพยาบาลชุมชน)

ผู้บริหารระดับจังหวัด ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) หรือหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ

ผู้บริหารระดับเขต ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่

1. สาธารณสุขอำเภอ

1.1 บทบาทของสาธารณสุขอำเภอ

บทบาทของสาธารณสุขอำเภอต่อกองทุนสุขภาพตำบลเป็นส่วนที่ขาดความชัดเจนมากที่สุด นับตั้งแต่เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพฯ เมื่อปี 2545 สสอ. ถูกลดทอนบทบาทลง และการทำงานของอำเภอต้องอาศัยงบประมาณส่วนหนึ่งจากโรงพยาบาล คงเหลือแต่สายบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และบริหารงานตามงบประมาณที่ได้รับจากจังหวัดเป็นหลัก สสอ. บางส่วน (ก2-1) มองว่าการมีกองทุนยิ่งไปลดบทบาทของ สสอ. ให้เป็นเพียงผู้ประสานงานเท่านั้น สสอ. ส่วนใหญ่จึงวางบทบาทตัวเองค่อนข้างห่าง คอยให้คำปรึกษาแก่ สอ. และช่วยประสานงานเท่าที่จะทำได้เท่านั้น

“มีความรู้สึกว่าการมีกองทุนนี้เป็นการลดบทบาทของ สสอ. โดยเฉพาะเรื่องเงินต้องไปขอ CUP ใช้ บทบาทเหลือแต่เรื่องบริหารงานบุคคล ความคล่องตัวลดลง สำหรับ สอ. ที่ไม่มีกองทุนจะได้รับเงิน PP com. แต่ สอ. ที่มีกองทุนจะไม่ได้เงิน PP com. ต้องเป็นฝ่ายขอประมาณจากกองทุนมาใช้” (สาธารณสุขอำเภอ น1-1)

“บางครั้งเมื่อเราต้องการทำงาน แต่ สสอ. ไม่มีเงิน ต้องไปขอจาก รพ. ก็ทำให้ สสอ. ไม่อยากทำงาน ไม่อยากทะเลาะกัน” (สสอ.น1-1)

“สสอ. ไม่มีส่วนเสนอโครงการโดยตรง ได้แต่บอกโครงการที่น่าจะทำได้แก่ สอ. และเสนอความคิดเห็นแก่นายกและปลัดในการประชุมหัวหน้าส่วนอำเภอบ้าง บางทีเจอข้างนอกก็พยายามเข้าไปพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ” (สสอ.ก2-1)

“บทบาทของ สสอ. จะเป็นที่เลี้ยงคอยกระตุ้นติดตาม แล้วก็แนะนำ สอ. ดำเนินการ หลังจากมีกองทุนตำบล สสอ. เป็นที่ปรึกษาในเรื่องของการทำแผน ในการใช้จ่ายเงิน สอ.ก็จะมาปรึกษาวางจะใช้อะไรอย่างไร” (นวก.สสจ.อ2)

แม้ว่าสาธารณสุขอำเภอมีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวงและมีอำนาจเจ้าพนักงานตามกฎหมายสาธารณสุข แต่โดยความเป็นจริง โครงสร้างองค์กร ตัวบุคคล และปัจจัยการใช้อำนาจหน้าที่ในเชิงบริหารงานภาครัฐของสาธารณสุขอำเภอ รุ้ข้อจำกัดอยู่มาก รวมทั้งยังขาดแคลนทรัพยากรที่เป็นของตนเอง ยิ่งในบริบทในเขตเมือง สถานะของสาธารณสุขอำเภอ ก็ยากที่จะไปกำกับดูแลงานสาธารณสุขเขตเมืองตามบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการประสานงานเรื่องกองทุนสุขภาพกับ นายกเทศมนตรี หรือผู้บริหารเทศบาลขนาดใหญ่ทำได้ยาก หรือแม้แต่กับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลก็ตาม

“บริบทความสัมพันธ์ระหว่าง ผอ.รพ.กับ สสอ.ในเขตเมืองจะเหมือนเป็นนายกับลูกน้อง คือ ผอ.รพ.เป็นเจ้านาย ส่วน สสอ.เป็นลูกน้อง ถ้าเป็นอำเภออื่นความสัมพันธ์ระหว่าง ผอ.รพ.กับ สสอ. จะเป็นพี่เป็นน้อง แต่ก็มีอำเภอบางแห่ง CUP ให้เงินน้อย และมีปัญหาเบิกเงินช้า” (สสอ.๑2-1)

“เห็นว่าตามกฎหมายแล้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ต้องดูแลการดำเนินงานในภาพรวมของอำเภอเมือง ทั้งหมด แต่ในสถานการณ์จริงดูแลเฉพาะเขตชนบทเท่านั้น เข้าไปยุ่งเกี่ยวในเขตเมืองได้ยาก การประสานงานก็ยากด้วย ยิ่งการเข้าถึงตัวนายกฯ ยิ่งยาก การพบนายกฯ ต้องระดับผู้ว่าราชการจังหวัด” (สสอ.๑1-1)

“การเข้าร่วมประชุมกับ อบต. บางแห่งเขาให้เกียรติสาธารณสุขอำเภอดีมาก ต่างจากเทศบาลนครไม่ได้ให้เกียรติ แต่บาง อบต.ก็ไม่เห็นความสำคัญ เพราะ อบต.คิดว่าเงิน 37.50 บาทเป็นของเขา” (สสอ.๑1-1)

“ตอนนี้คนของ สสอ.เริ่มน้อยลง แต่ตัวชีวิตเยอะ จากส่วนกลางลงมาถึง สอ. เจ้าหน้าที่พอจบปริญญาโทปริญญาเอก ก็หนีไปกันหมด” (สสอ.๑2-1)

“จังหวัดได้วางแนวทางการดำเนินงานให้ท้องถิ่น โดยนำตัวชีวิตของจังหวัดมาให้ท้องถิ่นจัดทำและส่งรายงาน ซึ่งเป็นปัญหาลำบากใจของท้องถิ่น” (สสอ.๑4-1)

ในส่วนองค์ประกอบของคณะกรรมการกองทุน สสอ. เห็นว่ายังไม่เหมาะสม (สสอ.มิได้เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง โดยเฉพาะกองทุนในเขตเมือง) เนื่องจากกรรมการส่วนใหญ่เป็นคนของท้องถิ่น แต่สาธารณสุขเข้าไปเพียงคนเดียว สาธารณสุขอำเภอเห็นว่า ตนไม่ได้รับรู้การจัดตั้งกองทุนฯ มาตั้งแต่ต้น เพราะ สปสช. ประสานโดยตรงกับท้องถิ่นเอง เมื่อกองทุนขยายจำนวนเพิ่มขึ้น สปสช. ก็ไม่สามารถดูแลสนับสนุนได้อย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม สปสช. เขตหลายแห่งเริ่มให้ความสำคัญกับสาธารณสุขอำเภอ โดยให้ สสอ. และ ผอ.รพช. เป็นที่ปรึกษากองทุนฯ ขณะที่บางจังหวัดได้มอบให้ สสอ. ลงไปติดตามเรื่องกองทุน เช่น ปัญหาที่ยังไม่สมทบเงินกองทุน หรือการเบิกจ่ายได้น้อย ในทางปฏิบัติการเป็นที่ปรึกษาของ สสอ. พบว่า สสอ.ได้รับเชิญให้เข้าร่วมประชุมน้อยมาก สสอ. บางส่วนเสนอว่า ควรให้ที่ปรึกษามีบทบาทจริง เช่น เสนอให้แผนกองทุนต้องผ่านความเห็นชอบจากที่ปรึกษา เป็นต้น

“ช่วงแรก สปสช. ไปประสานโดยตรงกับ สอ. และท้องถิ่นเอง โดย สสอ.ไม่ได้รับรู้อะไร แต่พอตอนหลังมีปัญหา ก็ตามไล่ตั้งแต่ สสจ. สสอ. มาเลย” (สสอ.๑2-1)

“ในจำนวนกองทุน 11 แห่ง มี 2 แห่งเชิญ สสอ.ไปให้คำปรึกษา มีแห่งเดียวที่แต่งตั้งเป็นกรรมการ” (สสอ.๑1-1)

“สสอ. ไม่มีบทบาทในช่วงแรก ปลายปี 2551 เริ่มให้ สสอ. มีบทบาทออกไปติดตามประเมินผลกองทุนในอำเภอ ร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาล” (สสอ.๑3-2)

“ที่ปรึกษาเดิมไม่มี พังจะเชิญเมื่อเดือนมกราคม มี สสอ. เมือง เข้าประชุมครั้งแรกก็ไม่ clear ในบทบาท ยังไม่ค่อยได้แสดงความคิดเห็น” (พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม จ.น1)

“ในปี 2552 เป็นปีแรกที่ สสจ. ได้มอบให้ สสอ. เป็นประธานออกติดตามดูปัญหาและอุปสรรค เนื่องจาก สปสช. เขตมีหนังสือแจ้งมาที่ สสจ. เนื่องจากบางแห่งโอนเงินให้แล้ว แต่ อบต.ยังไม่ได้ใช้ บางแห่งยังไม่ได้สมทบ” (สสอ.๑2-1)

1.2 ทศนคติต่อบทบาทของท้องถิ่น

ในส่วนของการลงทุนสุขภาพ สาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่เห็นด้วยในหลักการที่ท้องถิ่นเข้ามีส่วนร่วมในด้านสาธารณสุขมากขึ้น จากประสบการณ์ของ สสอ. เห็นว่า ท้องถิ่นบางแห่งเห็นความสำคัญของกองทุนฯ และสมทบงบประมาณที่กำหนด แต่ที่เข้าร่วมโครงการเพราะต้องการงบประมาณจากกองทุนฯ ก็มี บางแห่งที่เข้าร่วมโครงการแต่ขาดความพร้อม ซึ่งความเห็นของ สสอ. มีทั้งภาพบวกและภาพลบ และควรให้ สสอ. กลับกรองว่าท้องถิ่นใดมีความพร้อม

อย่างไรก็ตาม สาธารณสุขอำเภอส่วนหนึ่งก็เข้าใจว่า กองทุนสุขภาพฯ เป็นเรื่องของการกระจายอำนาจ ซึ่งในอนาคตหากท้องถิ่นมองเห็นปัญหาที่แท้จริง ก็สามารถใช้งบดังกล่าวเพื่อแก้ไขปัญหาได้คล่องตัว ไม่ติดที่ตัวชี้วัด แต่ก็ยอมรับและเป็นห่วงว่า ไม่สามารถทำให้กองทุนสนองตอบตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขได้

"ตนเองสนับสนุนให้มีกองทุน เนื่องจากท้องถิ่นต้องมีหน้าที่ดูแลสุขภาพร่วมกัน และจะมีบทบาทมากในชุมชน เนื่องจากทราบปัญหาในพื้นที่ดี รวมถึงมีงบประมาณดำเนินการมากด้วย ถ้ามาร่วมกันทำงาน จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหางานสาธารณสุขได้ดี" (สสอ.๒3-1)

"เทศบาลจะให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมและป้องกันค่อนข้างน้อย แต่ตอนนี้เริ่มให้ความสำคัญมากขึ้น" (สาธารณสุขอำเภอ น1-1)

"ควรยึดหลักการพัฒนาจากพื้นที่ โดยเน้นให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมกัน ไม่ใช่เพียง อบต. และชาวบ้านเท่านั้น" (สสอ.๒1-1)

"ท้องถิ่นอยากทำเรื่องสุขภาพ แต่ให้เงินไปแล้วไม่ค่อยใส่ใจ ขาดการติดตามควบคุมกำกับทั้งในระดับพื้นที่และจากส่วนกลาง โดยเฉพาะ สปสช. ควรติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ" (สาธารณสุขอำเภอ น1-1)

"ปัญหาที่พบคือ ท้องถิ่นขาดความเข้าใจในเรื่องการใช้จ่าย และคิดว่างบประมาณกองทุนที่ได้เป็นของท้องถิ่น ซึ่งทางสถานีอนามัยไม่สามารถเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการใช้จ่ายได้ ตนได้พยายามเข้าไปพูดคุยปรับความเข้าใจกับท้องถิ่นที่มีปัญหา แต่ไม่เป็นผลนัก ... จึงไม่ควรปล่อยให้ท้องถิ่นคิดโครงการเอง เพราะยังขาดความรู้และความเข้าใจในการใช้งบประมาณ" (สสอ.๓3-1)

1.3 การบริหารกองทุนสุขภาพ

สาธารณสุขอำเภอมองว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทราบปัญหาในพื้นที่ดี และรู้งานสาธารณสุขดีกว่าเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เช่น ลักษณะการเขียนโครงการของท้องถิ่นและชุมชน ดูง่ายเกินไป ท้องถิ่นไม่รู้จริงและขาดประสบการณ์การแก้ปัญหาสาธารณสุข การทำงานของเทศบาลเป็นเอกเทศมากเกินไป งานบางอย่างของกองทุนก็ทับซ้อนกับงานของท้องถิ่นที่มีอยู่ก่อน ฯลฯ จุดเด่นของกองทุนคือ สามารถใช้เงินแก้ปัญหาที่ชุมชนต้องการได้ ดังนั้น หากทั้งสถานีอนามัยกับ อบต. ได้ทำงานร่วมกัน งานสาธารณสุขน่าจะไปได้ โดยเฉพาะโครงการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสนอไป ควรจะได้รับการสนับสนุนหรืออย่างน้อยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงในการเขียนโครงการ

"หลักการดี แต่ในทางปฏิบัติความร่วมมือมีน้อย แต่ไม่ใช่การล้มเหลวโดยสิ้นเชิง" (นักวิชาการ สสอ.)

"เทศบาลมีความพร้อมต่อการทำงานสาธารณสุขมากกว่า อบต. ในเขตรอบนอก แต่ตัวเองคิดว่า การทำงานในเขตชนบทจะดีกว่าในเขตเมือง" (สสอ.น1-1)

"โครงการที่ใช้งบกองทุนบางโครงการทับซ้อนกับงานของเทศบาลที่มีอยู่ก่อน เช่น ไปพ่นยุงลาย ฉีดวัคซีนสุนัข ซึ่งควรเอางบนี้ไปทำงานส่งเสริมสุขภาพมากกว่า" (สสอ.๓2-1)

"ถ้ามองในแง่ของการกระจายอำนาจ ท้องถิ่นน่าจะสามารถมองเห็นสภาพปัญหาที่แท้จริงและสามารถใช้จ่ายเงินแก้ไขได้ ถ้ามองในเรื่องตัวเงินนั้น บางกองทุนก็พร้อม บางกองทุนก็ไม่พร้อม โดยถ้าผ่าน สสอ. ก็จะสามารถดำเนินกิจกรรมที่

สามารถตอบโจทย์ KPI ของส่วนกลางได้ดี แต่อย่างไรก็ตามกองทุนก็สามารถตอบโจทย์อะไรบางอย่างที่ไม่มีใน KPI แต่สำคัญและเป็นที่ต้องการของชุมชนได้" (สสอ. น1-2)

"ทัศนะของ สสอ. เองเห็นว่ากองทุนร้อยละ 80 ไม่ work สาเหตุจากไม่เข้าใจหลักการ และขยายกองทุนเร็วเกินไป แต่ในส่วนที่ทำจริงๆ ก็มี ซึ่งขึ้นกับว่าทาง อบต. และ สอ. ตลอดจนชาวบ้านมีความร่วมมือดี มี อสม. ที่เข้มแข็ง หรือเป็นพื้นที่ที่เคยดำเนินงานด้านสุขภาพประสบผลสำเร็จมาก่อน" (สสอ. น1-1)

"ยกตัวอย่างว่าบางกองทุนก็ใช้เงินไปตัดแว่นตา หรือจัดวิ่งมาราธอน ซึ่งใช้เงินไม่น้อย เช่น กองทุนแห่งแรกในปี 49 มีประชากร 7,000 คน ได้เงิน มา 280,000 บาท ใช้เงินตัดแว่นตาหมดเกลี้ยง" (สาธารณสุขอำเภอ น1-2)

"การเบิกค่าตอบแทนเยี่ยมบ้าน การจ่ายเป็นค่าจ้างลูกจ้างในโครงการหมอน้อยเยี่ยมบ้าน น่าจะผิดระเบียบเงินบำรุง" (สสอ. น1-1)

"การบริหารกองทุน หาก อบต. กับ สอ. มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะได้รับการสนับสนุนดี" (นักวิชาการ สสอ.)

"ควรเพิ่มบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ไม่ใช่ให้เป็นแค่ตัวเบี่ยง ให้เป็นโคหรือขุนบ้าง จะทำให้ท้องถิ่นยอมรับในโครงการที่เสนอโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ้าง"

"การจัดตั้งกองทุนควรเน้นที่คุณภาพมากกว่าปริมาณ ควรมีการประเมินและคัดกรองกลุ่มที่จะขยายผล และเน้นการติดตามกำกับให้มากขึ้น เป็นที่เสี่ยงให้แก่กองทุนที่ยังไม่เข้มแข็ง แม้ว่าขณะนี้ สป.สช. เขตพื้นที่ได้ทำคู่มือซึ่งมีความชัดเจนมาก แต่ความเคยชินของชาวบ้านยังไม่ชอบอ่านหนังสือ ชอบให้มีผู้มาถ่ายทอดมาบอก โดยเฉพาะหากเป็นผู้ที่มาจากจังหวัดหรือส่วนกลาง จะดูน่าเชื่อถือกว่าชาวบ้านบอกกันเอง" (สสอ. น1-1)

"ปัญหาคือจะสื่ออย่างไรให้กองทุนทำงานแทนเราได้ เมื่องานสาธารณสุขขึ้นกับท้องถิ่น" (สสอ. น2-1)

1.4 ผลกระทบต่อสถานีนอามัย

การจัดตั้งกองทุนมีผลกระทบต่องบประมาณของ สสอ. และสถานีนอามัยได้รับลดน้อยลง ข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอระบุว่า การสนับสนุนงบประมาณของท้องถิ่นให้กับสถานีนอามัยโดยตรงภายหลังการจัดตั้งกองทุนฯ ก็น้อยลงมาก หรือยุติไป อาจเป็นเพราะท้องถิ่นคิดว่าได้สนับสนุนผ่านกองทุนฯ แล้วก็ได้ ผลกระทบที่น่าสนใจอีกอย่าง คือ การที่กิจกรรมสาธารณสุขบางอย่างได้หายไป เพราะขาดงบประมาณสนับสนุน เช่น การป้องกันโรคเอดส์

ทั้งนี้ สอ. บางพื้นที่ยังพึ่งตัวเองได้ ไม่ถูกกระทบจากงบกองทุนที่ลดลง เนื่องจากจังหวัดและ CUP สนับสนุนงบ Fixed cost ให้อยู่ได้ และมีงบอื่นๆ เข้ามาเสริมด้วย

"ก่อนมีกองทุนฯ ท้องถิ่นจะสนับสนุนงบในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ปัจจุบันไม่มีเลย ... ภาพรวมแล้วอำเภอมีเงินทำ PP น้อยลงเพราะท้องถิ่นสนับสนุนน้อยลง ไม่เหมือนสมัยก่อนที่มีโครงการแล้วทางท้องถิ่นเติมเงินมา เช่น เรื่องอนามัยแม่และเด็ก วัคซีนสุนัข ทำให้ระยะหลังมีบางกิจกรรมหายไป ... เงินเดิมที่เคยได้ สมมุติว่า 200,000 บาทย้ายกระเป๋ไปอยู่ที่ท้องถิ่นก็จะได้นักกลับมาทำงานเฉลี่ยแค่ 70% บางแห่งก็ได้เงินกลับมาแค่ 20%" (สสอ. น1-2)

"สอ. ในอำเภอไม่มีปัญหา เพราะได้เงิน Fix cost จากจังหวัดแห่งละ 2 แสน และได้เงินตามปริมาณงานจากรายงาน 18 แห่ง และเงินกลุ่มคัดกรองอีก 2.3 แสน แม้ต้องจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ ก็ยังไม่เดือดร้อน" (สสอ. น1-1)

"อบต. น3-1 ในปีแรกนั้นไม่ยอมรับโครงการที่ทางสถานีนอามัยเขียนเข้าไปขอเลย พอขึ้นปีที่ 2 จึงมีการติดต่อกับ สอ. ให้เขียนโครงการเข้าไปแต่ อบต. จะเป็นผู้ดำเนินการเอง ส่วน อบต. น3-2 มีการส่งหนังสือตอบกลับไปที่สถานีนอามัยว่าไม่มีนโยบายสนับสนุนโครงการจากสถานีนอามัย" (สสอ. น3-1)

"การแก้ไขปัญหานั้นของ สอ. ยังมีงบ PP area-based โดย สอ. ต้องไปดูว่า ในพื้นที่ของตนมีปัญหาอะไร แล้วเขียนโครงการมาขอจาก CUP ปกติจะได้เฉลี่ย สอ. ละ 2-3 หมื่นบาท" (สสอ. น2-1)

วิเคราะห์

บทบาทของสาธารณสุขอำเภอในการสนับสนุนงานกองทุนฯ ก่อนข้างมีข้อจำกัด เนื่องจากความรู้สึกรสของ สสอ. ส่วนใหญ่มองว่าตนเองถูกลดบทบาทลงหลังจากที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยบางส่วนต้องอาศัยงบสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนกองทุนสุขภาพก็เช่นกัน งบประมาณ PP community ที่สถานีนอมาลัยเคยได้รับ และ สสอ. มีส่วนใช้จ่ายอยู่ด้วยนั้น นับวันค่อยๆ ถ่างหายไปให้กองทุนฯ บริหารจัดการแทน ซึ่งหมายความว่า ท้องถิ่นเริ่มแสดงบทบาทด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องอาศัยสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไป ในเวลาเดียวกัน ผลกระทบดังกล่าวได้ทำให้งบประมาณต่อสถานีนอมาลัยลดน้อยลง และกิจกรรมบางอย่างได้ขาดหายไปเพราะขาดงบประมาณสนับสนุน

สาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่เห็นด้วยและยอมรับในแนวคิดการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น โดยผ่านรูปแบบกองทุนสุขภาพฯ แต่ก็ประเมินว่า ท้องถิ่นบางแห่งยังไม่มีความพร้อม (บางแห่งประเมินว่าท้องถิ่นร้อยละ 80 ยังไม่พร้อม ที่เหลือเป็นระดับกลางๆ และมีปัญหา) จึงเสนอว่าการขยายกองทุนฯ ควรเน้นคุณภาพมากกว่าปริมาณ มีการประเมินคัดกรองกองทุนที่ขอจัดตั้งใหม่ เน้นการติดตามกองทุนให้มากขึ้น นอกจากนี้ สสอ. บางแห่งยังสะท้อนว่า การจัดทำคู่มือที่ละเอียดมากนั้นไม่สู้จะมีประโยชน์นัก เพราะชาวบ้านไม่ชอบอ่านหนังสือ ท้องถิ่นมักเชื่อการชี้แจงของจังหวัดหรือส่วนกลางมากกว่า นอกจากนี้ สสอ. ยังเห็นว่า การทำงานกองทุนต้องให้ทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วม ไม่เฉพาะเพียงท้องถิ่นและชาวบ้านเท่านั้น ปัจจัยที่ทำให้กองทุนไปได้ดี ขึ้นกับความร่วมมือระหว่างท้องถิ่น สอ. และชุมชนที่มีความเข้มแข็ง

ความที่ สสอ. เป็นคนทำงานอยู่ในพื้นที่ ด้านหนึ่งจะเข้าใจและสะท้อนสภาพความเป็นจริงและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีพอสมควร อีกด้านหนึ่งซึ่งเป็นจุดอ่อนของ สสอ. ก็คือ การยึดโยงตัวชีวิตของส่วนกลางหรือจังหวัดมากเกินไป ในเมือง PP community ลดลงไป การบรรลุตัวชีวิตของพื้นที่จะทำไยยากขึ้นเพราะขาดงบประมาณ จึงต้องหันกลับมาใช้เงินบำรุงของ สอ. แทน

การแต่งตั้งสาธารณสุขอำเภอให้เป็นที่ปรึกษากองทุนฯ แม้อูเหมือน สสอ. จะได้รับการยอมรับและขยายบทบาทจาก สปสช. มากขึ้น แต่ผลลัพธ์ขึ้นกับทัศนคติของผู้บริหารท้องถิ่นแต่ละแห่งและบริบทของเทศบาลขนาดใหญ่ ซึ่งจะไม่ค่อยให้เกียรติเท่าที่ควร

ในส่วนของผลกระทบจากทั้ง PP community ถูกโอนไปให้กองทุนนั้น กรณีที่ สอ. ได้รับเงินสนับสนุนเพียงพอจากจังหวัดหรือ ความสัมพันธ์ใน CUP ดี จะไม่เดือดร้อน รวมทั้งสามารถได้เงินจาก สปสช. ตามผลงานด้วย แต่ถ้า สอ. ต้องพึ่งงบประมาณจาก CUP และถูกตรวจสอบมากเกินไป สอ. ก็ต้องอาศัยงบกองทุนแทน

2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2.1 บทบาทของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและความเห็นต่อท้องถิ่น

ผอ.โรงพยาบาลส่วนหนึ่งเห็นว่า ตนเองไม่มีบทบาทเกี่ยวข้องมากนัก เนื่องจาก รพ. ไม่ต้องพึ่งบ้ท้องถิ่น แต่ CUP ได้รับผลกระทบโดยตรง อันเนื่องจากงบประมาณ PP community ถูกโอนไปให้ท้องถิ่น โดยเฉพาะจังหวัดที่กองทุนเดิมพื้นที่ได้รับผลกระทบมาก การทำงานขาดสภาพคล่อง แต่ก็เห็นด้วยกับการมีกองทุนฯ เนื่องจากเป็นการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทพัฒนาสุขภาพมากขึ้น

บทบาทในฐานะที่ปรึกษากองทุนฯ กลุ่มตัวอย่าง ผอ.รพ. ให้ข้อมูลว่า ไม่เคยได้รับเชิญให้เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ แม้แต่ สอ. บางแห่งที่เป็นกรรมการก็ไม่ถูกเชิญ ความสัมพันธ์กับท้องถิ่นโดยเฉพาะกับเทศบาลที่ รพ. ตั้งอยู่นั้น จัดอยู่ในเกณฑ์ดี

"เห็นด้วยกับแนวคิดของการจัดตั้งกองทุน เป็นการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นและชุมชนได้เข้ามาร่วมพัฒนาสุขภาพด้วยบทบาทที่ชัดเจน" (ผอ.รพ.อ1-1) (ผอ.รพ.อ2)

"เห็นว่ากองทุนมีประโยชน์ ท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมรับรู้กับปัญหาสาธารณสุข ซึ่งเงินจะอยู่ในมือใครก็ได้ สามารถทำงานได้เหมือนกัน กองทุนช่วยให้ฝ่ายสาธารณสุขต้องปฏิบัติตามพันธกิจกับชุมชนและท้องถิ่นมากขึ้น"(หน.ศูนย์แพทย์ รพ.3-1)

"เบื้องต้นนั้นอาจเป็นเพราะ สปสช. ต้องการให้บทบาทแก่ อปท. และชุมชนมากขึ้น ไม่ต้องการให้ถูกครอบงำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนวคิดนี้ก็ถูกส่วนหนึ่ง และใช้ได้ในพื้นที่กองทุนเข้มแข็ง แต่ในการปฏิบัติจริง กองทุนส่วนใหญ่ไม่เข้มแข็งจึงทำให้มีปัญหา" (ผอ.รพ.อ1-1)

"งบประมาณ UC ทั้งจังหวัดได้น้อย และ ต้องตัดไปเป็นเงินเดือนกับต้นทุนบริการเป็นจำนวนมาก งบที่ใช้ในการทำงานส่งเสริมป้องกันจึงน้อยกว่าที่ต้องการมาก" (ผอ.รพ.ต2-1)

"เป็นจังหวัดที่มีกองทุนเต็มพื้นที่ งบประมาณของจังหวัดถูกดึงไปให้กับท้องถิ่นประมาณ 10 กว่าล้านบาท ทำให้ CUP เดือดร้อนต้องนำงบประมาณจากส่วนอื่นมาใช้ งานใดสามารถเป็นหนี้ได้ก็ทำไปก่อน เพื่อให้บรรลุตามตัวชี้วัด เพราะกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีแต่คำสั่งเพียงอย่างเดียว แต่ไม่มีเงินงบประมาณมาให้" (ผอ.รพ.ต2-1)

"เทศบาลมีความสัมพันธ์ดี นายกษณใจงานสาธารณสุข บอกว่า รพ.จะทำอะไรให้เขียนแผนมา" (ผอ.รพ. น1-2)

"เมื่อก่อน CUP ดูแลเงิน สอ. ทำอะไรเรารับทราบ แต่พอเป็นกองทุนโอนเงินให้ท้องถิ่นแล้ว ให้ไปขอจากกองทุน ปรากฏว่า สอ.ขอได้ยากมาก ไม่ทราบเพราะอะไร? ... พื้นที่ไหน สอ. สัมพันธภาพกับท้องถิ่นไม่ดี ก็จะทำงานยากหน่อย" (นวก.รพ.ก3-1)

"มีความรู้สึกว่ากองทุนฯ ทำให้ขาดสภาพคล่อง คือ ตอนที่ยังไม่มีกองทุนฯ สอ.ทำอะไรได้เต็มที่ แต่พอมีกองทุนฯ แล้ว บางงานอาจจะต้องทำไปก่อนเงินยังไม่มา" (นวก.รพ.ก3-1)

2.2 การบริหารกองทุนสุขภาพฯ

ผอ. โรงพยาบาลสะท้อนว่า กองทุนส่วนใหญ่ยังมีปัญหา เช่น ประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณ กิจกรรมของกองทุนมิใช่การแก้ปัญหาจริง แต่เป็นการหาเสียง ได้ประโยชน์ต่อสุขภาพน้อย บางแห่งมีช่องว่างระหว่างท้องถิ่นกับ สอ. ปัญหาการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่นทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง ปัญหาท้องถิ่นและชุมชนยังไม่เข้าใจการทำงานสาธารณสุข ฯลฯ จึงเสนอให้มีการประเมินความพร้อมตั้งแต่การคัดเลือกท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ และการประเมินผลหลังจากกองทุนฯ ดำเนินงานไประยะหนึ่งแล้ว นอกจากนี้ ควรให้มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมในกรรมการกองทุน

กลุ่ม ผอ.รพ. มีความเห็นต่อการบริหารจัดการของ สปสช. ว่ายังไม่มีการเตรียมการที่ดี ไม่มีระบบรองรับและยังไม่อาศัยกลไกของ สสจ. สปสช. ยังขาดผู้รับผิดชอบ ทำให้ไม่สามารถดูแลกองทุนที่มีจำนวนมากได้ และไม่มีการติดตามประเมินผล เมื่อกองทุนมีปัญหาแล้วจึงขอให้ CUP ลงไปดูแล

"การให้ท้องถิ่นสมทบเงินมาทำงานสาธารณสุขจะเป็นผลดี เพราะจะได้เสริมงานสาธารณสุขให้ครอบคลุม แต่ผลการดำเนินงานจะดีหรือไม่ดี ก็ขึ้นอยู่กับตัวนายก/ปลัด/ผอ.กองสาธารณสุข ตนเห็นว่า ถ้างานสาธารณสุขมีภาคีเครือข่ายร่วมด้วย จะทำให้การดำเนินงานไปได้ดีและรวดเร็ว โดยสาธารณสุขจะเป็นผู้ชี้ประเด็นให้" (หน.กลุ่มงานเวชกรรม รพ.อ3-1)

"จำเป็นต้องมีการคัดเลือกท้องถิ่นและประเมินความพร้อมหรือไม่ ซึ่งสามารถประเมินได้ภายหลัง 1 ปี โดยวัดผลการควบคุมโรคสัก 1 โรค เช่น ผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งก่อนและหลังมีกองทุนว่าอันไหนดีกว่ากัน นอกจากนี้ ควรจะประเมินว่าชุมชนได้รับงบกลับมาทำงานเท่าไรเมื่อเทียบกับที่โอนไปให้ และท้องถิ่นใช้งบที่โอนไปให้อย่างไรมีประสิทธิภาพหรือไม่" (ผอ.รพ. น1-2)

"การดำเนินงานของกองทุนจะดีหรือไม่ ขึ้นกับการบริหารจัดการของแต่ละท้องถิ่น บางท้องถิ่นไม่ค่อยสนับสนุนงบประมาณ" (ผอ.รพ.ก4-1)

"CUP เป็นคนจัดการนำ อบต. ไปดูงานที่แพร่และพิษณุโลก เพื่อเตรียมความพร้อมของท้องถิ่น และให้ทราบว่ากองทุนมีจุดประสงค์อย่างไร ปรากฏว่าท้องถิ่นให้ความร่วมมือน้อย บางแห่งไม่ร่วมมือเลย" (ผอ.รพ.อ2-1)

"เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมน้อย ทำให้กองทุนที่ไม่เข้มแข็งขาดที่เลี้ยง" (ผอ.รพ.อ1-1)

"การใช้จ่ายเงินกองทุนถูกบิดเบื้อไปใช้ในกิจกรรมที่ไม่ใช่การแก้ไขปัญหาหลัก ส่วนใหญ่ก็เป็นกิจกรรมที่นิยมทำกันอยู่แล้ว หรือกิจกรรมหาเสียง เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ เยาวชน งานกีฬาเป็นงานที่ทำกันมาก ซึ่งจริงอยู่ความหมายของสุขภาพครอบคลุมกว้างขวางขึ้นมาก แต่เห็นว่างบถูกใช้ไปในกิจกรรมที่ได้ประโยชน์ต่อสุขภาพน้อย" (ผอ.รพ.อ1-1)

"ท้องถิ่นและชาวบ้านยังไม่เข้าใจหลักการและปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ยังไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ขาดการจัดการที่มีประสิทธิภาพ งบกองทุนจึงถูกใช้เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จริง ๆ ยังน้อย ปัจจัยสำคัญขึ้นอยู่กับผู้นำ เมื่อการเมืองเปลี่ยน ผู้นำเปลี่ยน ทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่องและยั่งยืน" (ผอ.รพ.อ1-1)

"ขาดคนรับผิดชอบควบคุมกำกับติดตามประเมินผล สป.สช. ไม่ได้คิดระบบรองรับแต่แรก แต่ทำไปปรับไป ซึ่งกองทุนก็มากเกินกว่าที่ สป.สช. เขตพื้นที่จะดูแลได้ทั่วถึง หากไม่อาศัยกลไกของ สสจ./ สสอ. แต่ที่มาตั้งให้เป็นที่ยกย่องที่ปรึกษาที่หลังไม่ถูกต้อง เพราะแล้วแต่กองทุนจะปรึกษา จะปรึกษาก็ได้ไม่ปรึกษาก็ได้ เป็นกลไกที่ไม่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลเท่าที่ควร" (ผอ.รพ.อ1-1)

"ปัญหาสำคัญ คือ สป.สช. ไม่มีการเตรียมกำลังคนให้พร้อมต่อการทำงานกองทุนตำบล การโอนเงินงบประมาณลงไปให้ท้องถิ่นล่วงหน้าแบบนี้ ท้องถิ่นจึงไม่ได้มีการใช้เงินทำงานให้ได้ประโยชน์ตามที่ สป.สช. ต้องการ สาธารณสุขก็เดือดร้อน ถ้าจะให้เข้าไปยุ่งกับกองทุนตำบลก็ไม่มีใครกล้ายุ่งเพราะไม่มีบทบาทหน้าที่ เงินจึงไปค้างอยู่ที่ท้องถิ่นโดยไม่มีประโยชน์" (ผอ.รพ.ต2-1)

"ปัญหาในช่วงปีแรกเหมือนกับการไหว้ครูมวย ไม่มีใครรู้หน้าที่หลักการของโครงการกองทุนตำบลอย่างละเอียดชัดเจน จึงไม่มีการขยับทำงานอะไรทั้งนั้น เท่ากับไหว้ครูรอกไปอย่างนั้นเอง ไม่มีใครแน่ใจว่าบทบาทใครทำอะไร ใครเป็นผู้ขับเคลื่อน ประชาชนหรือเจ้าหน้าที่ ฝ่ายไหน?" (ผอ.รพ.ต2-1)

"ทาง สป.สช. เขต ได้เรียกให้ CUP สสอ. และ สสจ. เข้าไปคุยเรื่องบทบาทในกองทุนตำบล สรุปว่าให้ทั้ง CUP สสอ. และ สสจ. เป็นที่ยกย่องให้กับท้องถิ่น ซึ่งตามมติแล้วไม่ได้มีการกำหนดบทบาทของ CUP อยู่เลย แต่เมื่ออยู่ในฐานะที่ยกย่อง ถ้าท้องถิ่นไม่มาปรึกษา CUP ก็ไม่สามารถจะไปจัดการเรียกประชุมหรือทำอะไรอย่างอื่นได้ จึงปล่อยให้กองทุนดำเนินการไปเอง ปี 2551 สป.สช. ขอให้ CUP ช่วยรายงานผลการดำเนินงานของกองทุน พบว่าท้องถิ่นบางแห่งยังไม่มีการใช้เงินเลย วิธีแก้ไขต้องให้ สสจ. ประสานกับผู้ว่าราชการจังหวัดสั่งการลงมา" (ผอ.รพ.ต2-1)

"ปีที่แล้ว สป.สช. มีหนังสือให้ CUP ตรวจสอบการใช้เงินของกองทุนซึ่งเป็นช่วงที่มีปัญหามาก เพราะ CUP ไม่มีข้อมูลอยู่เลย สป.สช. ไม่เคยแจ้งให้ทราบเรื่องว่าที่ใดจัดตั้งกองทุนแล้ว" (ผอ.รพ.อ3)

2.3 ข้อคิดเห็นและเสนอแนะ

ข้อเสนอของกลุ่ม ผอ.รพ. ต่อการดำเนินงานกองทุน มีหลายประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจาก ผอ.รพ. ไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับกองทุนเหมือนผู้บริหารท้องถิ่น และมีอิสระทางความคิดมากพอที่จะเสนอความคิดเห็นอย่างตรงไปตรงมา ปัญหาและข้อเสนอเหล่านี้ ได้แก่ การเป็นที่ยกย่องกองทุนยังไม่มีหน้าที่ชัดเจน ควรที่จะให้เสนอความเห็นเพื่อระดมโครงการของกองทุนที่ไม่เหมาะสมได้ ควรมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อมิให้ท้องถิ่นมีอิสระในการบริหารจัดการมากเกินไป การรวมกองทุนตำบลเป็นกองทุนระดับอำเภอเพื่อให้มีขนาดใหญ่ขึ้น มีงบประมาณมากพอที่จะดำเนินการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากองทุนในพื้นที่ระดับอำเภอ ซึ่งมีอำเภอหนึ่ง (ต2-1) ได้ทดลองดำเนินการเรื่อง

นี้แล้ว นอกจากนี้ระดับจังหวัดควรมีการปรับบทบาทการทำงานใหม่ที่ไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของเงิน และควรสร้างความเข้าใจกับจังหวัดเพื่อที่จะประสานงานและทำงานร่วมกับท้องถิ่นได้

“งบประมาณที่โอนให้ท้องถิ่นในขณะนี้ ผู้บริหารคือนักการเมืองซึ่งไม่มีความเข้าใจเรื่องสุขภาพมากพอ และมีบริหารงบประมาณเพื่อคะแนนเสียง” (ผอ.รพ.๑2)

“งบประมาณส่วนใหญ่ ท้องถิ่นมักจะนำไปทำงานของตนเอง ฝ่ายสาธารณสุขจะนำเสนองานของตนเองไปทำร่วมกับท้องถิ่น โดยให้เหตุผลว่าหากดำเนินการงานสาธารณสุขแล้ว จะทำให้เป็นฐานเสียงของผู้บริหารได้ แต่ก็จะไม่ให้ก้าวไกลกับงานการเมืองมากเกินไป” (หน.กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.๑3-1)

“วิธีที่น่าจะเป็นผลดีต่อการทำงานกองทุน คือ ให้ สปสช. กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนมาให้ท้องถิ่น” (ผอ.รพ.๑2)

“ข้อด้อยของกองทุนคือ กองทุนมีอิสระในการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นมากเกินไป ไม่มีการจัดระเบียบจากส่วนกลางลงไปควบคุมเลย เช่น ควรมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนลงไปบ้าง และอาจยกปัญหาสาธารณสุขบางตัวให้กับท้องถิ่น ส่วนการประกวดให้รางวัลนั้นคิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่สมควรทำ เพราะจะกลายเป็นการแข่งขันทางการเมือง” (ผอ.รพ.๑2-1)

“การแต่งตั้ง ผอ.รพ./ สสอ. เป็นที่ปรึกษา ต้องมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน สามารถให้ความเห็น/ระบับโครงการของกองทุนที่ไม่เหมาะสมได้” (ผอ.รพ.๑1-1)

“ควรจะมีคณะกรรมการดูภาพรวมในลักษณะกรรมการสาธารณสุขพื้นที่ระดับอำเภอ เพื่อดูแลกองทุนทั้งอำเภอ” (ผอ.รพ.๑1-1)

“กองทุนควรมีขนาดใหญ่พอสมควร เพื่อสามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ควรยุบรวมกองทุนตำบลให้รวมกันเป็นกองทุนอำเภอ” (ผอ.รพ.๑1-1)

“ควรมีการปรับบทบาทของจังหวัดทั้ง สสจ. และ สสอ. ที่ต้องเปลี่ยนความคิดวัฒนธรรมองค์กรที่ทำตัวเหมือนเป็นเจ้าของเงินทั้งที่ความจริงตอนนี้ไม่มีเงินเลยไม่ทำงาน และควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประสานงานและร่วมทำงานกับท้องถิ่น” (ผอ.รพ.๑2-1)

“CUP ปรึกษากับผู้บริหารท้องถิ่นและจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลระดับอำเภอ 1 ชุดประกอบด้วย นายก อบต./ท้องถิ่น โดยนายอำเภอลงนาม มีหน้าที่อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกองทุนตำบล ขับเคลื่อนการทำโครงการ และติดตามกองทุน ขณะนี้ยังมีปัญหาเพราะประธานกรรมการก็หมดวาระพอดี จึงต้องเริ่มตั้งกันใหม่” (ผอ.รพ.๑2-1)

วิเคราะห์

ผอ.โรงพยาบาลชุมชนนับว่าเป็นบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียน้อยที่สุดกับการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล เนื่องจากโรงพยาบาลมีเงินบำรุงของตัวเอง ไม่ต้องพึ่งพาเงินงบประมาณมากนัก โดยส่วนใหญ่ยอมรับเรื่องการกระจายอำนาจ แต่เห็นว่าต้องอาศัยพื้นที่ที่ชุมชนเข้มแข็งอยู่ก่อน มองว่าท้องถิ่นยังไม่พร้อม มีเพียงร้อยละ 10-20 ที่มีความพร้อม

ในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมค่อนข้างมองเรื่องกองทุนในเชิงบวก เห็นว่าเป็นโอกาสทำให้ท้องถิ่นหันมาสนใจงานสาธารณสุขมากขึ้น ช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเข้าหาและสร้างความสัมพันธ์กับท้องถิ่นและชุมชนมากขึ้น ทำงานเป็นภาคีเครือข่าย แต่ก็ยังมีความกังวลใจเรื่องโอกาสการใช้งบประมาณในเชิงสร้างฐานเสียงให้นักการเมือง

ปัญหาของกองทุนฯ ที่ไม่พร้อม ได้แก่ ท้องถิ่นมักใช้เงินไปกับกิจกรรมที่ได้ประโยชน์ต่อสุขภาพน้อย เช่น แจกของ จ่ายเงินสงเคราะห์ ค่าตอบแทน จัดงานกีฬา ฯลฯ การที่ท้องถิ่นยังไม่เข้าใจปัญหาสาธารณสุขดีพอ ขณะที่เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขมีส่วนสนับสนุนน้อย เพราะเป็นกรรมการเพียงคนเดียวจากฝ่ายสาธารณสุข การแต่งตั้งผอ. รพ. และ สสอ. เป็นที่ปรึกษากองทุนก็ดูจะไม่ได้อะไร เนื่องจากใครจะปรึกษาใครก็ได้ ไม่มีบทบาทที่ชัดเจน

ข้อเสนอจากกลุ่ม ผอ.รพ. ได้แก่ การรวมกองทุนระดับตำบลที่มีขนาดเล็ก ให้เป็นกองทุนระดับอำเภอ และมีคณะกรรมการพัฒนากองทุนในระดับอำเภอ ควรกำหนดตัวชี้วัดเพื่อให้ท้องถิ่นทำงานอย่างอิสระเกินไป และควรมีการติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนด้วย นอกจากนี้ควรปรับทัศนคติของจังหวัด ให้สามารถทำงานร่วมกับท้องถิ่น โดยไม่จำเป็นต้องคิดว่าเงินนั้นตนเป็นเจ้าของหรือไม่

นอกจากนี้ สปสช. ยังขาดระบบสนับสนุนและการกำกับติดตามผลการดำเนินงานกองทุน เนื่องจากมีกองทุนจำนวนมากที่จัดตั้งขึ้นใหม่ทุกปี ทำให้การดูแลของ สปสช. ไม่ทั่วถึง

3. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

3.1 ภาพรวมของกองทุนสุขภาพในจังหวัด

นพ.สสจ. หลายแห่งให้ข้อมูลตรงกันว่า ตั้งแต่เริ่มโครงการในปี 2549 สปสช. เป็นผู้ดำเนินการเอง โดย สสจ. ไม่ทราบเรื่องมาก่อน แม้ว่าปีถัดมา 2551 ได้มีการขยายจำนวนกองทุนเพิ่มขึ้น แต่ สสจ. ก็ไม่รู้สึกว่ามีส่วนร่วมแต่อย่างใด แม้ว่า สปสช. เขตจะเปิดโอกาสให้ สสจ. พิจารณารายชื่อ อบต. ที่ สปสช. รวบรวมส่งมาให้ แต่โดยพฤตินัย นพ.สสจ. มองว่า สปสช. ส่งรายชื่อดังกล่าวให้จังหวัดดูเป็นพิธีเท่านั้น นพ.สสจ. ส่วนใหญ่จึงไม่ต้องการเข้าไปดูแลเรื่องนี้ ไม่ให้ความสนใจ และปล่อยให้เป็นที่ของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ดำเนินการฝ่ายเดียว

อย่างไรก็ดี นพ.สสจ. ทุกคนเห็นด้วยกับเรื่องการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น แต่ก็เห็นว่าท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังไม่พร้อม ส่วนที่ดีก็มีอยู่บ้าง โดยเฉพาะเทศบาลมักเกี่ยวข้องกับการเมืองมากกว่า อบต. เช่น มีเรื่องพรรคพวกและผลประโยชน์ต่างๆ ซึ่งรวมทั้ง อสม. และผู้นำชุมชน นพ.สสจ. ส่วนใหญ่ยอมรับว่า บทบาทของท้องถิ่นในงานสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้นจากกองทุนสุขภาพ แต่บางเรื่องยังเห็นว่าไม่เหมาะสม เช่น ซื้อแว่นตาแจก เครื่องออกกำลังกาย และบางแห่งสาธารณสุขต้องเข้าไปช่วยเขียนโครงการให้ จนมีคำกล่าวว่า "สาธารณสุขออกความคิดและออกแรง ท้องถิ่นออกเงิน"

"การตั้งกองทุนสุขภาพเป็นเรื่องดี ประชาชนได้ประโยชน์ และกองทุนมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ซึ่งปี 2553 ต้องการขยายให้ได้ 100% และท้องถิ่นต้องมีความเข้าใจเพียงพอที่จะนำกองทุนให้เป็นประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ จังหวัดจึงได้แยกงานเป็น "งานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น" ... ที่ผ่านมามีปัญหาอุปสรรคระเบียบข้อบังคับต่างๆ และท้องถิ่นบางส่วนไม่ยอมโอนเงินสมทบ รวมทั้ง สปสช.ขาดกระบวนการเชื่อมต่อกับสาธารณสุข เวลามีปัญหาก็จะมาติดตามจากจังหวัด ซึ่งเป็นแนวทางที่ไม่ถูกต้อง" (นพ.สสจ.ก2)

"ปีแรก 2549 สปสช.ทำเรื่องกองทุนโดยพลการ จังหวัดไม่รู้เรื่อง ทราบภายหลังเมื่อผู้ตรวจสำนักนายฯ มาตรวจบูรณาการเรื่องหลักประกันสุขภาพ และพบปัญหาล้มเหลว จึงขอให้จังหวัดปรับปรุงแก้ไข ปี 51 และ 52 ก็เช่นเดียวกัน สปสช. ไม่เคยแจ้งจังหวัดว่าตั้งกองทุนที่แห่ง มารู้เมื่อดูที่บ PP community ลดลงไป" (นพ.สสจ.ต1)

"สปสช. เขตไม่เคยมาประสานกับตน แต่ใช้วิธีประสานโดยตรงกับผู้ปฏิบัติ คิดว่า สปสช. ให้อำนาจกับจังหวัดน้อยเกินไปตั้งแต่การคัดเลือกกองทุน" (นพ.สสจ.ต1)

"แนวคิดการกระจายอำนาจลงไปสู่ท้องถิ่นนั้นเป็นเรื่องที่ถูกต้อง แต่การโอนงบประมาณลงไปโดยไม่มีการเตรียมพร้อมให้และไม่มีการเชื่อมโยงกับจังหวัด จะทำให้งบประมาณเหล่านั้นกลายเป็นเบี้ยหัวแตกและใช้จ่ายไปในทางที่ไม่ได้ประโยชน์กับประชาชนเท่าที่ควร" (นพ.สสจ.อ1)

ตัวอย่างจังหวัด ๓2 มีกองทุนเต็มพื้นที่ 100% "เนื่องจากรัฐมนตรี ลงมาทำ MOU กับท้องถิ่นและสั่งการให้ทำเต็มพื้นที่ 73 แห่งเป็นจังหวัดน่านตั้งแต่ พ.ศ. 2550 ทั้งที่จังหวัดสำรวจเมื่อปลายปี 2550 ท้องถิ่นมีความพร้อมแค่ 23 แห่งเท่านั้น นอกจากนั้น อบจ. ยังสมทบเงินให้อีก 2-3 ล้านบาท เพราะนายก อบจ. ต้องการหาเสียงเนื่องจากจะหมดวาระ"

โดยสรุป นพ.สสจ. ส่วนใหญ่จะไม่ได้ให้ความสนใจงานกองทุนสุขภาพมากนัก ซึ่งผลที่ออกมาในมุมมองของ นพ.สสจ. นั้น เห็นว่าท้องถิ่นขึ้นกับผู้บริหาร กองทุนในจังหวัดจะมีทั้งกลุ่มที่ดี กลุ่มที่พอไปได้ และกลุ่มที่มีปัญหา บางแห่งมีความขัดแย้งหรือความไม่เข้าใจกันระหว่างท้องถิ่นกับฝ่ายสาธารณสุข กองทุนจะมีความไม่แน่นอนสูง เนื่องจากระบบการเมืองท้องถิ่นเปลี่ยนแปลงและมีความขัดแย้งในระดับพื้นที่

"กองทุนเก่า ที่ยังตั้งหลักไม่ได้ ตอนนี้เท่าที่ทราบมี 11 แห่ง เพราะนายกหรือปลัดไม่เอาด้วย จุดอ่อนเป็นจากระบบคัดเลือกกลั่นกรองไม่ดี บางแห่ง สอ. กับปลัด อบต. ขัดแย้งกันก็มี กองทุนที่ดีๆ ก็มีบ้าง สังเกตว่านายกมาถามมาคุยกับตน" (นพ.สสจ.๓1)

"ทุกวันนี้ ท้องถิ่นไม่พร้อม เสียงสะท้อนเรื่องกองทุนฯ มีความรู้สึกว่าจะละเทะ ยอมรับว่ามีท้องถิ่นบางแห่งแต่ไม่มากนัก ที่ไม่สนใจจะคุยกับใคร" (นพ.สสจ.๓1)

"จังหวัด ๑1 จัดตั้งกองทุนสุขภาพแล้ว 132 แห่ง ลาออก 1 แห่ง คงเหลือ 131 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.5 มีกองทุนขอเลิก 1 แห่ง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ สอ. ขอลาออกจากคณะกรรมการ เพราะเสนอโครงการแล้วไม่ได้รับการสนับสนุน ต่อมา มีการเปลี่ยนนายก อบต. นโยบายจึงเปลี่ยนไป" (นพ.สสจ.๑1)

"การเมืองระดับเทศบาลค่อนข้างแรง หากไม่ใช่พวกตัวเอง โครงการจะถูกยุบ และ อสม.มักจะเป็นฐานเสียงให้ และได้ผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทนต่างๆ" (นพ.สสจ.๑1)

"เรื่องขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่กับท้องถิ่นก็มีมาเรื่อยๆ เพราะเป็นเรื่องการเมือง หรือเคยสมัครท้องถิ่นมาก่อน การประสานงานกับท้องถิ่นที่จังหวัดนั้นมักเป็นในรูปสาธารณสุขออกแรงทำงาน ส่วนท้องถิ่นออกเงิน เช่น ซื้อเครื่องออกกำลังกาย จัดอบรม อสม. คือเราคิด อบต.จ่ายเงิน" (นพ.สสจ.๓1)

"ปัญหาไม่มีการตรวจสอบ ท้องถิ่นอาจนำเงินไปใช้ทำอะไรก็ได้ ซึ่งอาจไม่เป็นประโยชน์ทางสาธารณสุข จนเมื่อปี 2551 จึงเริ่มมีเป้าหมาย 4 ข้อขึ้นมา แต่ก็พบว่าเนื้อหายังกว้างอยู่มาก" (นพ.สสจ.๓3)

"ความสัมพันธ์โดยทั่วไป สสอ. ก็ทำงานร่วมกับท้องถิ่นได้ดีเพราะคลุกคลีกับประชาชนในพื้นที่มาก แต่เรื่องกองทุนตำบล ท้องถิ่นคิดว่าเป็นเงินของตนเอง และจะรายงานตรงต่อ สปสช. เท่านั้น ทำให้ไม่ทราบความก้าวหน้าใดๆ ในบางพื้นที่ สอ. ไม่สามารถของบทำโครงการได้ ไม่ทราบแน่ชัดว่าเพราะอะไร" (นพ.สสจ.๓3)

"ส่วนใหญ่กองทุนยังไม่ทราบบทบาทของตนเอง ไม่ทราบว่าภารกิจอะไรที่กองทุนต้องทำ กองทุนบางแห่งทำได้ดี บางแห่งก็ไม่ได้เรื่อง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนายก" (ผชช.๖.๓4)

"มีปัญหาวេลามองปัญหาสาธารณสุข มองต่างกันระหว่างมุมมองชาวบ้าน เจ้าหน้าที่ สธ. และท้องถิ่น ลงเอยที่ใครใหญ่ ใครมีอำนาจก็จะ dominate โครงการไป ปัญหานี้จะหมดไปได้หาก สธ. ที่เป็นตัวแทนสามารถโน้มน้าวให้คณะกรรมการเห็นคล้อยด้วยการนำเสนอ evidence based" (ผชช.๖.๓3)

3.2 บทบาทด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นในปัจจุบัน

นพ.สสจ. บางแห่งได้พยายามส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่น โดยเฉพาะเทศบาลในเขตเมืองให้มีส่วนรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชากรในพื้นที่ เช่น จัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมพื้นที่ จัดให้มีโรงพยาบาลในเขตเมือง และให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ท้องถิ่นเข้มแข็ง

นอกจากนี้ ยังมองว่า ห้องถิ่นยังขาดความเข้าใจงานสาธารณสุข โครงการต่างๆ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ขึ้นกับความเข้มแข็งของชุมชนด้วย บางครั้งฝ่ายสาธารณสุขก็ไม่เข้าใจเพราะคิดว่าเป็นงบของตัวเอง สปสช. ควรกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนให้ท้องถิ่นดำเนินการ และให้โอกาสท้องถิ่นเรียนรู้ไปด้วยกัน

"เทศบาลนครกับ รพ. จะแบ่งกันดูแลรับผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุข ตนกับ ผอ.รพ. ช่วยเชียร์ให้เทศบาลสร้างโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงในหมู่บ้านจัดสรรแห่งหนึ่ง ซึ่งมีประชากรกลุ่มใหญ่ 20,000 คน แต่บางแห่งเทศบาลไปสร้างศูนย์บริการอยู่ตรงข้าม สอ. ก็มี ซึ่งไม่ได้ประโยชน์" (นพ.สสจ.ต1)

"อบจ. ได้ลงทุนซื้อโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งด้วยราคา 48 ล้านบาท โดยตนได้แนะนำให้นายก อบจ. ซื้อมาทำเป็นโรงพยาบาลอำเภอเมือง" (นพ.สสจ.ต1)

"พื้นที่อำเภอ ๒2-1 เป็นพื้นที่พิเศษ องค์กรประชาชนเข้มแข็ง จนท.สาธารณสุขเข้มแข็งด้วย ทำให้ท้องถิ่นไม่สามารถแทรกแซงได้ หากได้ชุมชนเข้มแข็ง เขากองทุนอะไรลงไปก็สำเร็จ" (นพ.สสจ.๒1)

"ปัญหาของกองทุนเทศบาลนคร เกิดจากความคิดเก่าของฝ่าย รพ. ที่เคยได้รับจาก PP และคิดว่ากองทุนต้องคืนบางส่วนนี้ให้ เมื่อต่างฝ่ายเริ่มยึดอัด ตึงกัน ตนจึงจัดประชุมให้ช่วยกันทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จนฝ่าย รพ. เริ่มเข้าใจบทบาทของตนเอง และเห็นด้วยว่าต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์จึงเริ่มดีขึ้น" (นพ.สสจ.ต1)

"ท้องถิ่นยังไม่รู้ว่ามีปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่คืออะไร การทำโครงการจึงเป็นการนำโครงการของ สอ. หรือ รพ. มาเสนอ หรือยังใช้เงินไม่มีประสิทธิภาพ" (นวก.สสจ.น2)

"นักการเมืองท้องถิ่นไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมากพอ มักบริหารงบประมาณเพื่อให้เกิดเป็นคะแนนเสียง วิธีที่น่าจะได้ผลคือการกำกับการทำงานของกองทุนตำบลคือ การให้ สปสช. กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนมาให้กับท้องถิ่น ชี้แจงวิธีการทำงานให้กับทุกภาคส่วนรับทราบ" (นวก.สสจ.๒2)

"เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นจะแตกต่างจากสาธารณสุข คือ จะขาดความกระตือรือร้น ไม่กล้าเสนอ เพราะกลัวนายกโกรธ จะไม่ทำอะไร ต้องรอนายกสั่งเท่านั้น ... ขอให้ข้างล่างขยับบ้าง ส่วนหัวผมจะสะกิดเอง ถ้านายกดี การทำงานกองทุนก็จะดี" (นพ.สสจ.ก2)

"งบประมาณที่ สปสช. จัดสรรให้กองทุนในภาพรวมนั้นคงไม่มากเท่าไร ถ้าจะหวังให้มีผลกระทบต่อสุขภาพจะได้น้อย แต่หากงบประมาณนี้ใช้เพื่อการเรียนรู้ น่าจะได้ประโยชน์มากกว่า แต่การที่ สปสช. โอนงบประมาณตรงไปที่ท้องถิ่น โดยไม่ได้ให้ สสจ. รับทราบ นั้น ไม่ค่อยเห็นด้วย" (ผชช.ว.๒3)

"การแก้ปัญหาที่หลากหลาย จะต้องมองให้เห็นปัญหา วิเคราะห์ที่สาเหตุ แล้วค่อยหาวิธีแก้ คณะกรรมการวิเคราะห์ปัญหาน้อยมากหรือไม่เลย ดังนั้นจึงใช้วิธีการทำงานแบบเดิมๆ" (ผชช.ว.น3)

3.3 บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เนื่องจาก นพ. สสจ. เป็นผู้แทนกระทรวงในราชการบริหารส่วนภูมิภาค ภารกิจของ นพ. สสจ. จึงได้รับมอบหมายจากส่วนกลางและถูกติดตามผลด้วยตัวชี้วัดต่างๆ ทำให้ นพ. สสจ. หลายแห่งมีความกังวลกับการปฏิบัติงานให้บรรลุภารกิจในแต่ละปี จึงพยายามถ่ายทอดตัวชี้วัดของงานสาธารณสุขให้ท้องถิ่นที่จัดตั้งกองทุนแล้ว เพื่อขอให้ช่วยดำเนินการด้วย อย่างไรก็ตาม นพ. สสจ. ยอมรับว่า ตนเองยังต้องรับผิดชอบงานสาธารณสุขทั้งจังหวัดอยู่ดี แม้ว่าในอนาคต งบประมาณ PPcom ทั้งหมดทุกพื้นที่จะถูกโอนไปยังกองทุนก็ตาม

"ปัญหาตามมา ก็คือ จนท.ของเราเริ่มกดดัน สสจ. ว่า เมื่อไม่ได้งบประมาณ PPcom จะขอไม่รับตัวชี้วัดกระทรวงได้หรือไม่ ตนจึงต้องใช้แบบ PP Area-based จัดอบรม จนท. สาธารณสุขและกรรมการกองทุนตำบลทั้งจังหวัดเพื่อถ่ายทอดแนวคิด

และตัวชี้วัดของเราให้กองทุนเข้าใจงานของสาธารณสุข มีผลให้กองทุนหลายแห่งเริ่มปรึกษาเราหรือขอให้ไปประชุมชี้แจงให้ด้วย" (นพ.สสจ.ต1)

"จังหวัดวางแนวทางการดำเนินงานให้ท้องถิ่นในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มอายุ โดยนำตัวชี้วัดของจังหวัดมาให้ท้องถิ่นจัดทำและส่งรายงาน ซึ่งเป็นปัญหาลำบากใจของท้องถิ่น" (สสอ.อ4-1)

"หากมีการขยายกองทุน ต้องมีกรอบการทำงานให้ชัดเจน จะไม่สะเปะสะปะ ควรให้มีการทำแผนชุมชน แผนที่ยุทธศาสตร์ ควรเตรียมการก่อนปีงบประมาณ จัดสรรตั้งแต่ต้นปี ให้สอดคล้องกับการทำงานของจังหวัดด้วย เพื่อให้กองทุนเห็นว่า เป็นการทำงานร่วมกันในด้านส่งเสริมและป้องกัน" (ผชช.ว.ก4)

ที่ผ่านมา สสจ. มีบทบาทรับผิดชอบต่อเรื่องกองทุนสุขภาพค่อนข้างน้อย นพ. สสจ. ทุกคนให้ข้อมูลตรงกันว่า สปสช. เริ่มโครงการโดยไม่เคยแจ้งให้จังหวัดทราบ ไม่มีการกลั่นกรองคัดเลือกท้องถิ่นที่สมัครเข้าโครงการ เพียงแต่ให้จังหวัดผ่านความเห็นชอบตามใบสมัครเท่านั้น ดังกรณีตัวอย่างจังหวัดหนึ่งเสนอไม่เห็นชอบให้ อบท. แห่งหนึ่งเข้าร่วมโครงการ แต่เมื่อผ่านเรื่องไปถึง สปสช. สาขาเขตพื้นที่ กลับอนุมัติโดยไม่มีการหารือกับจังหวัดถึงเหตุผลความจำเป็น ด้วยเหตุนี้ ทำให้งานกองทุนในเกือบทุกจังหวัดจึงถูกปล่อยให้ สปสช. ดำเนินการโดยลำพัง และถือว่าไม่ใช่หน้าที่ของ สสจ. ที่จะติดตามดูแล ทั้งนี้ เมื่อ นพ. สสจ. ไม่ให้ความสำคัญในเรื่องกองทุนฯ ก็ส่งผลให้สาธารณสุขอำเภอและ สอ. ขาดความสนใจตามไปด้วย

อย่างไรก็ดี มีตัวอย่างบางจังหวัดเห็นความจำเป็นที่ควรให้ท้องถิ่นเข้าใจงานสาธารณสุข จึงพยายามมีนวัตกรรมต่างๆ (กล่องที่ 7.1) หรือพยายามชี้แจงทำความเข้าใจทั้งฝ่ายท้องถิ่นและฝ่ายสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อดำเนินการภารกิจและตัวชี้วัดต่างๆ และมีการจัดฝึกอบรมเรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปด้วย แต่การติดตามประเมินผลนั้น มีการดำเนินการน้อยมากเพียงบางจังหวัดที่สนใจเท่านั้น ดังกรณีตัวอย่าง (ตารางที่ 7.1)

ตารางที่ 7.1 ตัวอย่าง กิจกรรมที่จังหวัดให้การสนับสนุนการดำเนินงานกองทุน

จังหวัด	กิจกรรมการสนับสนุนกองทุน
อ2	1. การพัฒนาฝึกอบรม อสม. ให้เป็น "ผู้จัดการสุขภาพ" เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหา และเขียนโครงการหมู่บ้านละ 1 โครงการไปของบดำเนินการจาก อบท. หรือกองทุนฯ ในวงเงิน 10,000 บาทต่อหมู่บ้าน (ดูกล่องข้อความ) 2. ในชุมชนมีกองทุนสุขภาพชุมชน 24 บาท (หรือกองทุน 2 บาท) กับกองทุนตำบล กองทุนสุขภาพชุมชนมีกำนันเป็นประธาน บางแห่งนำเงินมาพัฒนา สอ. หรือให้คำตอบแทนหมอมารตรวจที่ สอ. ฯลฯ ส่วนกองทุนหลักประกันฯ มีนายก อบต. เป็นประธาน 3. นโยบาย Home health care ให้ อสม. เยี่ยมบ้าน โดยให้ จนท.สอ. 1 คนออกเยี่ยมประมาณ 200 ครั้งเรือน และทำแผนออกเยี่ยมร่วมกับ อสม. ด้วย 4. สนับสนุนท้องถิ่นดูแลช่วยเหลืออุบัติเหตุ โดยอบรม EMS ให้ อบต.ละ 10 คน 16 ชั่วโมง มีศูนย์สั่งการอยู่ที่ สสจ. และให้ท้องถิ่นจัดหารถกู้ชีพภายหลัง แต่ต่อมากลายเป็นเรื่องการเมืองที่ท้องถิ่นแข่งขันกันเอง ทำให้เวลาออกเหตุจะไม่ควบคุมคุณภาพยาก
น2	1. จังหวัดประยุกต์กระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็น "Mini SLM" 2. จังหวัดจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุน ครั้งละ 5 กองทุน เพื่อ "ต่อยอด" โดยใช้กองทุนที่เป็นตัวอย่าง Role model มาถ่ายทอดบทเรียนให้แก่กองทุนอื่นๆ

ก2	1. จังหวัดจัดประชุมอบรมผู้บริหารท้องถิ่น (นายกและปลัด) ปีละครั้งๆ ละ 2 วัน เพื่อสร้างความเข้าใจและสัมพันธภาพระหว่าง สอ. สปสช. กับท้องถิ่น ปีนี้จะเสนอประเด็นยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพให้ท้องถิ่นทราบ 2. สสจ. แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามผล 2 ชุด คือ คณะกรรมการติดตามผลระดับอำเภอ (ประกอบด้วย นายอำเภอ สาธารณสุข เกษตร พัฒนาการ) และคณะกรรมการติดตามผลระดับจังหวัด
ก3	จังหวัดจัดให้มีการประเมินผลกองทุน โดยให้อำเภอเป็นผู้ประเมินแบบไขว้อำเภอกัน จังหวัดอยู่ระหว่างการสร้างเครื่องมือให้ทีมอำเภอออกไปติดตาม
ก4	จังหวัดได้วางแนวทางการดำเนินงานให้ท้องถิ่นดูแลสุขภาพประชาชนในทุกกลุ่มอายุ มีการนำตัวชี้วัดของจังหวัดมาให้ท้องถิ่นจัดทำ และส่งรายงาน ติดตามประเมินผลด้วยรูปแบบการนิเทศ และให้ท้องถิ่นและ สอ. มานำเสนอผลงาน

"ดูว่าเราเป็นผู้สูญเสีย เพราะเมื่อก่อนเราเป็นคนทำ เคียวนี่ไม่ได้บ่ก่อนนี้ แต่ความรับผิดชอบและภารกิจก็ยังเหมือนเดิม ท้องถิ่นสามารถสร้างภารกิจและงานมาแทนความรับผิดชอบเดิมของ สอ. ได้หรือไม่ หรือคิดว่าให้ท้องถิ่นกลับมาซื้อบริการจาก สอ. ... ตรงนี้ไม่เห็นด้วย เพราะยังงั้น ทำไมไม่ให้อาสาสมัครทำเองเลย" (นพ.สสจ.น1)

"ทุกวันนี้ สปสช. ตัดบทบาทของ สสจ. ออกไป เพื่อกระจายอำนาจลงข้างล่าง เพราะ สปสช. เชื่อว่าท้องถิ่นมีศักยภาพ แต่จริงๆ ขึ้นกับตัวผู้บริหารท้องถิ่น และความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ สอ. แต่ทุกวันนี้ สสจ. ยังต้องรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอยู่ ... ตอนนี้ จึงยังติดกันไม่ขาด เพราะคุยกับ อบต. กันรู้เรื่อง ท้องถิ่นยังเชื่อถือ สอ. ตนจะเตือน สอ. ว่าอย่าไปยุ่งกับเรื่องหวังผลประโยชน์" (นพ.สสจ.น1)

"สปสช. เริ่มทำโครงการโดยไม่แจ้งรายละเอียดให้ทาง สสจ. ทราบล่วงหน้า ถือเป็นการข้ามหน้าข้ามตา ไม่ระบุหน้าที่ สสจ. ให้ชัดเจน ทำให้ สสจ. ไม่คิดว่าเป็นหน้าที่ของตน" (นพ.สสจ.น2)

"สปสช. มอบให้ สสจ./สอ. ประเมินว่า ท้องถิ่นใดมีคุณสมบัติครบถ้วนและพร้อมที่จะเข้าร่วมกองทุน แต่ก็พบว่า สปสช. เก็บทุกท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วมโครงการทั้งหมด จึงไม่ทราบว่า สปสช. จะถามความคิดเห็นจากฝ่ายสาธารณสุขไปทำไม่" (ผชช.ว.ก4)

"สปสช. จะติดตามที่จังหวัดโดยผ่านผู้ประสานงานจังหวัด แต่เวลาส่งหนังสือ สปสช. จะทำตรงไปที่ อบต. เลย ทำให้ สสจ. ไม่ทราบเรื่อง ทำให้เกิดปัญหาการประสานงาน" (นวก.สสจ.น2)

"สาธารณสุขอำเภอ และ จนท.สอ. คิดว่าเรื่องกองทุนเป็นงานฝาก ให้ทำเองคงไม่ยากทำ" (นพ.สสจ.น1)

"จำเป็นต้องดึงท้องถิ่นเข้ามาร่วมกับเรา ให้เขาได้รับทราบแนวทางต่างๆ เจ้าหน้าที่ของเราที่ต้องเข้าใจแนวโน้มเหล่านี้ด้วย"

"ในส่วนของกองทุน จังหวัดจะมาดูเรื่องความรู้ การติดตามนิเทศ การประเมินผล หาแนวทางให้ท้องถิ่นมองปัญหาสุขภาพ สนใจงานสร้างเสริม ป้องกันมากขึ้น พยายามบูรณาการกับ PPcom กับ PParea-based" (นวก.สสจ.น2)

"ขณะนี้ ช่องว่างระหว่าง CUP กับท้องถิ่นยังห่างกัน ควรพัฒนาให้ CUP เป็นพี่เลี้ยงให้ท้องถิ่น ดังนั้น ถ้า สปสช. ทำความเข้าใจกับจังหวัดได้ จังหวัดถ่ายทอดให้ CUP ได้ เป็นบทบาทของจังหวัด" (นวก.สสจ.น2)

"การทำงานยุทธศาสตร์ใน สสจ. ตอนนี้มีความยากขึ้น เพราะต้องบริหารทรัพยากรจากหลายส่วนมากขึ้น จำเป็นต้องทำงานบูรณาการร่วมกับภาคอื่น วิธีทำงานเปลี่ยนไปจากการทำงานโครงการตามสั่ง มาเป็นการทำงานเชิงกลยุทธ์ที่ต้องกำหนดทิศทางด้วยตนเองมากขึ้น ... ระบบหลักประกันฯ ทำให้เกิดการพัฒนางานเชิงบูรณาการ เพราะบมี ความยืดหยุ่น สามารถนำงบประมาณที่ได้มาลงขัน เพื่อทำแผนร่วมกันในภาคี แตกต่างจากในอดีตที่งบประมาณจะกำหนดวิธีการที่เข้มงวด" (หน.กลุ่มยุทธศาสตร์ น2)

"เพราะกองทุนมีการใช้เงิน บางทีไม่มีความโปร่งใส สะท้อนให้เห็นความมีวุฒิภาวะของคณะกรรมการว่าเหมาะสมแค่ไหน คิดว่าเราจะเสริมความรู้ และสร้างความเข้มแข็งให้คนเหล่านี้ได้อย่างไรบ้าง ... ผลกระทบของกองทุนต่อ สอ. อาจคิดว่ากองทุนเอาเงินของเราไป ดังนั้นต้องทำความเข้าใจกับ สอ. ด้วย" (ผชช.ว.น3)

"บทบาทของตนเอง เป็นผู้สร้างความเข้าใจ เป็นวิทยากร มีหลายกองทุนใช้เงินไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ เช่น เอาไปซื้อเครื่องออกกำลังกายบ้าง ซื้อแว่นตาแจกบ้าง" (ผชช.ว.น3)

"บทบาทของ สสจ. ควรสร้างความเข้าใจกับกองทุนที่เกิดขึ้นใหม่ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย ถือว่ากองทุนเปิดโอกาสที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในด้านสุขภาพ จังหวัดจึงควรสนับสนุนกองทุนให้แก่ปัญหาสุขภาพให้ถูกทาง" (ผชช.ว.น3)

กล่องที่ 7.1 กรณีศึกษา สสจ. (จังหวัด อ2) มีบริบทของการพัฒนาจังหวัด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน ดังนี้

เดิมตั้งแต่ปี 2548 จังหวัดได้ริเริ่ม "โครงการบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมและความยากจน" เพื่อจัดทำแผนชุมชน นำร่อง 35 ตำบล โดยใช้งบ CEO 10.9 ล้านบาท ร่วมกัน 6 หน่วยงานหรือ 6 ทหารเสือ คือ สาธารณสุข เกษตร ศึกษา มหาดไทย พัฒนาชุมชน และท้องถิ่น กำหนดตัวชี้วัด 6 หมวด 19 ตัวชี้วัด

ปี 2550 ได้ขยายเป็น "โครงการแผนงานบูรณาการขับเคลื่อนปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ยุทธศาสตร์อยู่ดีมีสุข" เพื่อจัดทำแผนชุมชนเสนอท้องถิ่นใน 65 ตำบล ใช้งบ 286.2 ล้านบาท ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง เพราะต้องการจะกระตุ้นให้เกิดการทำงานขององค์กรต่างๆ และร่วมมือประสานงานให้ดี

ปี 2552 ขยับเคลื่อน "ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้วยสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อขจัดความยากจน และพัฒนาการจัดการสุขภาพ" โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของ อ.อมร ครอบคลุมทั้งจังหวัด และการพัฒนา อสม.ให้เป็น "ผู้จัดการสุขภาพ" โดยอบรมให้รู้จักการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ และนำมาเขียนโครงการเพื่อขอรับสนับสนุนจากกองทุน หรือ อปท.

รูปแบบผู้จัดการสุขภาพ เป็นแนวคิดของ นพ. สสจ. ซึ่งคิดว่าชุมชนน่าจะมีนักคิดนักวางแผน เพื่อสร้างตัวช่วยท้องถิ่นในการทำงานสาธารณสุข โดยการจัดอบรมผู้จัดการสุขภาพทุกหมู่บ้าน ละ 10 คน สอนให้รู้จักมองปัญหา วิเคราะห์ และเขียนโครงการ นอกจากนี้ยังมีหนังสือจากคู่มือการจังหวัดขอให้ท้องถิ่นสนับสนุนโครงการแก้ปัญหาตามแผนชุมชน หมู่บ้านละ 10,000 บาท โดยจังหวัดเชื่อว่า เมื่ออบรมแล้วชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาเองได้ เกิดกระบวนการแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม และจะเชื่อมโยงแผนสู่การวางแผนในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผ่านผู้จัดการสุขภาพนี้

กองทุน 24 บาท หรือกองทุน 2 บาท เริ่มเมื่อปี 2548 ภายหลังจากจากงานหล่นสึกและบ้าตัว ได้เห็น สอ. กับชุมชนที่นั่นมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สอ. ช่วยกันทอดผ้าป่ามาเงินมาพัฒนา สอ. จึงกลับมาทำประชาคม เพื่อขอประชาชนจ่ายเดือนละ 2 บาทไปใช้พัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนและพัฒนา สอ. เช่น เทศบาลแห่งหนึ่งชาวบ้านตั้งกองทุนได้เงิน 200,000 บาท ท้องถิ่นสมทบ ทำแล้ว 3-4 ปีได้เงินเป็นล้าน นำเงินมาพัฒนา One stop service ใน สอ. ส่วนกองทุนหลักประกันฯ จะใช้สำหรับรักษาชาวบ้าน

3.4 การบริหารจัดการกองทุน

นพ.สสจ. เห็นว่า เรื่องกองทุนยังมีปัญหาการบริหารจัดการ โดยเฉพาะ สปสช. ดำเนินการโดยไม่ปรึกษาหารือ ไม่ดูบริบทที่จังหวัดมีรูปแบบกองทุนอยู่ก่อนแล้ว ทำให้เกิดปัญหาความสับสนที่จังหวัดต้องตามไปแก้ รวมทั้ง สปสช. มองเฉพาะกองทุนตัวอย่างที่ดี ทำให้มองไม่เห็นปัญหาและรับขยายโครงการ จึงเสนอให้จังหวัดเป็นผู้ดูแลกองทุนโดยให้โอนเงินกองทุนผ่านจังหวัด

"การที่ สปสช. เริ่มกองทุนโดยไม่ปรึกษามาตั้งแต่รุ่นแรก ทำให้ สสจ. อยู่ในฐานะคนกลางที่ไม่ทราบรายละเอียดอะไรเลย แต่เมื่อท้องถิ่นมีปัญหาก็ต้องตอบข้อสงสัยให้ เพราะ สสจ.จะเป็นที่แรกที่ท้องถิ่นมาขอความรู้ ซึ่งทาง สสจ.จะปิดภาระไปก็ไม่ได้ และพยายามจัดการอบรมท้องถิ่นเพื่อช่วยให้ปรับตัวได้เร็วขึ้น" (หน.กลุ่มประกัน อ2)

"การจัดตั้งคณะกรรมการกองทุน ควรให้เป็นไปตามบริบทในพื้นที่มากกว่า แบบแผนของ สปสช.จะดีในบางพื้นที่ที่ไม่มีการทำกิจกรรมรูปแบบกองทุนมาก่อน สำหรับจังหวัด อ2 มีกองทุนอยู่แล้ว จึงน่าจะเปลี่ยนเป็นรูปแบบอื่น" (หน.กลุ่มประกัน อ2)

"พื้นที่ปกติที่ไม่มียากจนกับบ่อน้ำไม่แฟร์ เนื่องจากต้องเฉลี่ยงบประมาณไปช่วยพื้นที่ที่ไม่มีบ่อน้ำ PP com" (นพ.สสจ.ต1)

"เรื่องเงินควรโอนเงิน PP com ให้ สสจ. ดูแลและโอนให้กองทุน อย่างน้อยท้องถิ่นจะเกรงใจ การกำกับหรือสั่งการท้องถิ่นยังเป็นปัญหา เช่น ท้องถิ่นหลายแห่งยังไม่สมทบเงินด้วยซ้ำ ถ้าบงกองทุนให้ สสจ. ดูแล จะช่วยประสานกับท้องถิ่นจังหวัดได้อีกทางหนึ่งด้วย" (นพ.สสจ.ต1)

"ทุกกองทุนน่าจะให้ สสอ. เป็นกรรมการ เพื่อดำเนินการตัวชี้วัดต่างๆ ให้ท้องถิ่น ปัญหาที่ผ่านมา มักจะขาดการชี้แจงทำความเข้าใจกับกรรมการกองทุน" (นพ.สสจ.ต1)

"สปสช. ไม่ได้ดูของจริง ติดตามแต่กองทุนที่มีการดำเนินการดี จึงทำให้พบแต่ผลลัพธ์ของกองทุนที่ดี ในปี 2552 มีการขยายกองทุน แต่ก็มีส่วนแห่งของถอนตัว" (ผชช.ว.ก4)

"ข้อดีของกองทุนคือเรื่องความร่วมมือร่วมใจของชุมชนในการดูแลสุขภาพมากขึ้น การบริหารงบประมาณสามารถขยายเวลาได้กรณีทำไม่แล้วเสร็จ ส่วนข้อเสียคือแนวทางเบิกจ่ายเงินไม่ชัดเจน เมื่อก่อนเงินอยู่ที่ CUP ต้องผ่านหลายขั้นตอน แต่ถ้าเงินมาเข้า CUP ก็เอาเงินสำรองออกมาให้ก่อน พอเป็นระบบกองทุน ในปี 51 สอ.เขียนโครงการของเงินกองทุน มีร้อยละ 50 ไม่ได้จบ" (นวก.สสจ.น2)

"ในอนาคต งบประมาณ PPcom ถูกโอนไปอยู่กับท้องถิ่นเต็มรูปแบบแล้ว งานในส่วนของการสาธารณสุขจะทำงานได้ยากขึ้น" (นวก.สสจ.น2)

"การมีนโยบายกองทุนฯ นั้นดี มีแนวทาง หลักการดี แต่ต้องการให้ค่อยๆ ขยายกองทุน อย่างหว่านหรือกระจายในวงกว้างมากขึ้นไป เพราะกองทุนจะไม่ค่อยเข้าใจวิธีการ" (กลุ่มประกัน สสจ.อ3)

"โดยส่วนตัวเชื่อมั่นว่า จังหวัดทำแผนบูรณาการมีถูกทางแล้ว และการทำงานที่ดีต้องเริ่มต้นจากการเตรียมพร้อมให้ประชาชนในพื้นที่ก่อน แม้ว่าบางพื้นที่จะไม่พร้อมที่สุด แต่ก็มีความสามารถพอที่จะทำได้บ้าง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ขึ้นกับผู้บริหารท้องถิ่นที่เข้ามาทำงาน" (หน.กลุ่มยุทธศาสตร์ น2)

"เห็นว่ายังไม่ควรขยายกองทุน เนื่องจากยังไม่ทราบผลการประเมินที่แท้จริงว่ากองทุนที่ดำเนินการอยู่นั้น มีคุณภาพหรือไม่ ใช้จ่ายเงินเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่" (หน.กลุ่มประกัน ก4)

3.5 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

นพ.สสจ. ส่วนใหญ่เห็นว่า เป็นแนวคิดที่ดีแต่ปฏิบัติค่อนข้างยาก ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจ ไม่ควรไปเร่งรัด ซึ่ง สปสช. ใช้วิธีสั่งการเกินไป

"การทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นแนวคิดที่ดีแต่ทำยาก ต้องให้นักวิชาการของกระทรวง เขียนประยุกต์ให้ง่ายๆ ก่อน จึงนำไปลงปฏิบัติให้ทำได้" (นพ.สสจ.อ1)

"ทีมงานควรศึกษาข้อมูลพื้นฐานในพื้นที่ให้ละเอียดก่อน จึงสามารถนำมาคิดให้สัมพันธ์กัน และวิเคราะห์เป็นแผนที่ยุทธศาสตร์ขึ้นมา ในการปฏิบัติเจ้าหน้าที่มีหน้าที่เตรียมอบรมและปูพื้นฐานเพื่อให้กองทุนสามารถทำแผนได้ แต่ตอนนี้ยังเป็นการทำแผนแบบคร่าวๆ ซึ่งต้องใช้เวลาทำความเข้าใจ ไม่ควรเร่งรัดและบีบบังคับ เน้นกระบวนการพัฒนาเรียนรู้แบบค่อยเป็นค่อยไป" (นวก.สสจ.น2)

"การทำแผนที่ยุทธศาสตร์จริงๆ นั้นค่อนข้างยาก จึงมีการนำมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทในพื้นที่ มีการทำคู่มือเพื่อแกนนำชุมชน และ อสม. พบว่าการปฏิบัติจริงยังยากเกินกว่าที่ประชาชนทั่วไปจะเข้าใจ" (หน.กลุ่มงานยุทธศาสตร์ อ2)

"จังหวัด จัดอบรมวิทยากร (แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์) ให้ทุกอำเภอโดยใช้งบประมาณของตัวเอง สปสช. ไม่เคยจัดอบรมให้เลย มีหน้าที่สั่งอย่างเดียวว่าจะต้องจัดทำแผนยุทธศาสตร์" (นักวิชาการ สสจ.อ3)

3.6 การติดตามประเมินผล

จังหวัดส่วนใหญ่ยังไม่มีผลการประเมินผลกองทุนทั้งจาก สปสช. หรือจังหวัดเอง จะมีกิจกรรมอยู่บ้างในบางจังหวัด เช่น การพัฒนาศักยภาพของกองทุนในเรื่องระเบียบและวิธีการจัดการ การจัดประชุมให้แต่ละกองทุนมาเสนอผลงาน บางแห่งให้ทุกกองทุนส่งแผนงาน/โครงการมาที่จังหวัดเพื่อตรวจสอบ ทั้งนี้ ในปี 2552 หลายจังหวัดได้มอบให้ สสอ. เป็นผู้ประเมินแทน เช่น การประเมินแบบไขว้อำเภอ จังหวัดจะเป็นผู้ออกแบบฟอร์มประเมินผล ผลการประเมินพบว่า กองทุนร้อยละ 10 ดำเนินการได้ดี ส่วนที่เหลือดำเนินการพอไปได้

"ท้องถิ่นไม่ได้รายงานความก้าวหน้าผ่าน สสจ. แต่รายงานตรงต่อ สปสช.เขต เมื่อสสจ.เรียกประชุมเพื่ออบรมให้ความรู้และติดตามงาน ส่วนใหญ่ท้องถิ่นจะส่งตัวแทนมาโดยบางทีก็เป็นเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่รู้เรื่อง" (ผชช.ว.๓2)

"ช่วงปี 2549 สปสช. เขต ไม่ให้ สสจ. รับรู้อะไรเลยเรื่องกองทุนตำบล แอบเชิญไปทำ TOR กับท้องถิ่นที่สงขลา เมื่อถึงปี 2550 สปสช. เขต เริ่มรู้แล้วว่าทำไมไม่ให้ สสจ. รับรู้ทำให้เกิดปัญหาตามมา จึงเริ่มเปิดช่องทางในปี 2552 โดยจัดสรรเงินกองทุนละ 2000 บาทให้กับ สสจ. เพื่อให้ช่วยติดตามภารกิจหลัก 4 ข้อ" (นวก.สสจ.๓2)

"สปสช. ต้องการให้ สสจ.เข้าไปติดตามเรื่องกองทุน แต่การประเมินผลของจังหวัดทำได้น้อย ประเมินแล้วจัดเป็น 3 กลุ่ม คือ เก่ง กลาง ด้อย พวกเก่งก็ส่งเสริม พวกกลางๆ ก็เสริมศักยภาพ ส่วนพวกด้อย สปสช. ต้องลงไปช่วย และหากไม่ไหว ประเมินไม่ผ่าน ให้เลิกหรือลาออกได้ไหม" (นพ.สสจ.๑1)

"ขาดการประเมินผล ตนไม่ได้ประเมินจริงๆ ไม่มีใครบอกมาให้ สสจ. ประเมินผล เพราะคงคิดว่าจะอคติ ถ้าตามไปดูว่าผลลัพธ์แค่ Output ว่าได้ทำกิจกรรมที่กำหนดแล้ว แต่ถ้าดูผลกระทบ เช่น ท้องถิ่นได้พัฒนาตัวเองให้รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนได้แค่ไหน คงไปไม่ถึงขั้นนั้น เพราะคิดว่าท้องถิ่นยังไม่เข้าใจงานสาธารณสุขดีพอ งานของกองทุนฯ ล้มเหลวถ้าดูถึงจิตสำนึก ท้องถิ่นไม่ได้คิดโครงการเอง สาธารณสุขคิดให้ ทุกวันนี้เป็นแค่เปลี่ยนคนจ่ายเงินเท่านั้น" (นพ.สสจ.๑1)

"ปี 52 เป็นปีแรกที่มีหนังสือให้ สสอ. ออกไปนิเทศติดตามงานกองทุน เนื่องจากโอนเงินให้แล้ว แต่ว่าบางแห่งยังไม่ได้ใช้งบ บางแห่งไม่ได้สมทบ สสจ. เลยให้ สสอ. ออกไปดู และทาง นพ.สสจ. ก็เคยสุ่มไปดูกองทุนในบางพื้นที่ ไปพูดคุยดูปัญหาอุปสรรค" (นวก.สสจ.๑2)

"เมื่อปี 51 สปสช. มีหนังสือให้ CUP ไปตรวจสอบการใช้เงินของกองทุนตำบล ซึ่งเป็นช่วงที่มีปัญหาการตรวจสอบ เพราะทาง CUP ไม่มีข้อมูลการใช้เงินของท้องถิ่น ท้องถิ่นให้ความร่วมมือน้อย บางแห่งก็ไม่ให้ความร่วมมือเลย และข้อมูลที่ท้องถิ่นให้เป็นเพียงข้อมูลตัวเลขที่ไม่มีความละเอียดเพียงพอ" (นวก.สสจ.๑2)

"บางพื้นที่กองทุนต้องการให้สุขภาพชาวบ้านดี มีแผนดำเนินงาน เพราะฉะนั้นตัวเลขงบประมาณจะปรับตามผลงานได้หรือไม่ ... การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะกรรมการแต่ละกองทุนน่าจะช่วยให้ เช่น การบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมและ การเลือกคณะกรรมการ" (ผชช.ว.๓3)

"การติดตามประเมินผลของจังหวัดในปี 2551 พบว่าส่วนใหญ่มีการใช้จ่ายไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เช่น ซื้อเครื่องออกกำลังกาย ปี 2552 จึงปรับเปลี่ยนการติดตามประเมินผล เป็นการกำหนดกรอบตัวชี้วัดให้ สสอ. เป็นผู้ประเมิน ทั้งนี้จะประเมินทั้งที่มีกองทุน และ สอ.ที่ไม่เข้าร่วมกองทุนด้วย" (หน.กลุ่มประกันสุขภาพ จ.๓4)

ในส่วนของ สปสช. จะประเมินภาพรวมเป็นหลัก โดยให้กองทุนฯ บันทึกข้อมูลโครงการผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใน Website สปสช. โดยให้ระบุโครงการและจำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์
2. การสนับสนุนแก่นักบริการสุขภาพ

3. การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น
4. การบริหารจัดการ

ด้วยระบบดังกล่าว สปสช. จะทราบเพียงข้อมูลชื่อโครงการ สัดส่วนร้อยละของจำนวนโครงการและงบประมาณในแต่ละประเภท แต่โดยข้อเท็จจริงนั้น เพียงชื่อโครงการไม่สามารถสื่อได้ว่า กิจกรรมที่ดำเนินการและใช้จ่ายงบที่แท้จริงคืออะไร รวมทั้งไม่สามารถประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นภายในแต่ละโครงการได้

ตัวอย่างชื่อโครงการที่พบบ่อย ได้แก่ โครงการอบรม อสม. เสริมสร้างกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ โครงการสามวัยสายใยรักแห่งครอบครัว โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โครงการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในชุมชน โครงการจัดระบบสุขภาพชุมชนโดยใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ฯลฯ

4. ผู้อำนวยการ สปสช. สาขาเขตพื้นที่

4.1 ภาพรวมของกองทุนสุขภาพในจังหวัด

"การจัดตั้งกองทุนรุ่น 2 มาด้วยความสมัครใจของ อบท. ไม่มีหน่วยงานหรือคณะกรรมการช่วยคัดกรอง พื้นที่ใดสมัครมาก็รับทั้งหมด ในการจัดตั้งกองทุนต้องผ่าน สอ. และ สสอ. ให้ความเห็นชอบ แต่ในทางปฏิบัติมีความเกรงใจกัน ไม่อยากเป็นปรปักษ์กับท้องถิ่น ทำให้ไม่มีใครไม่เห็นด้วย มองว่าขาดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการเห็นชอบให้ อบท. จัดตั้งกองทุนที่มีอยู่เป็นเพียงความสมัครใจและความพร้อมที่จะจ่ายของฝ่ายท้องถิ่น ซึ่งไม่มีเกณฑ์ตัดสินที่เป็นรูปธรรมว่าเหมาะสมหรือไม่อย่างไร ทำให้ขาดเหตุผลที่เป็นข้อยุติ" (ผอ.สปสช.น1)

"สปสช. คิดเรื่องกองทุนนี้ขึ้นมา ตนเห็นด้วยมาก เพราะเปิดโอกาสให้ชาวบ้านคิดเองทำเอง" (ผอ.สปสช.ต1)

"ตนเห็นด้วยกับแนวคิดกองทุน เพราะต้องเปิดโอกาสให้คนอื่นมาช่วยกันทำ ต้องทำให้สาธารณสุขเปลี่ยนแนวคิดมาตั้งท้องถิ่นร่วมทำ "เป็นกระแสนัก" ต้องช่วยกันพัฒนาให้ประชาชนมีส่วนร่วม เห็นด้วยที่ CUP ต้องเข้ามีส่วนร่วม เพื่อทำให้เกิดแผนสุขภาพที่ฝ่ายต่างๆ ทำงานด้วยกัน" (ผอ.สปสช.อ1)

"เหตุที่หน่วยงานต่างๆ ไม่ค่อยเห็นด้วย เพราะงบที่ได้ลดลง หายไปจากระบบเยอะมาก ลึกๆ นพ.สสจ. คงไม่ อยากให้ขยายกองทุนไปเยอะ และยังไม่ไว้ใจเงินที่อยู่ในมือของท้องถิ่น ตนมองว่าหากจังหวัดรู้จักเข้าหาท้องถิ่น เขาคงไม่ ขัดข้องหรือเพราะท้องถิ่นยังไม่ค่อยรู้" (ผอ.สปสช.ต1)

"สอ.บางแห่ง อสม.ออกเยี่ยมบ้านได้มากขึ้น สอ.บางแห่งชอบ เพราะได้เงินออกเยี่ยมบ้าน" (ผอ.สปสช.น1)

"ท้องถิ่นมองว่าเงินกองทุนจื้อมาก ตนคิดว่าตัวนายกไม่มีอะไร อยากได้แค่คะแนนเสียง ส่วนปลัด อบต. สนใจแต่ เรื่องระเบียบ ท้องถิ่นจึงมีทั้ง Good boy กับ Bad boy ช่วงแรกมีปัญหาการสื่อสาร ชี้แจงไม่ชัด แต่อธิบายให้ดี ท้องถิ่นจะรู้ว่าเรื่องนี้มันได้กับได้" (ผอ.สปสช.ต1)

"เรื่องกองทุน บาง อบท. เห็นความสำคัญเพราะได้ทำงานสาธารณสุข บางแห่งมองเพียงแค่ว่าได้เงินเพิ่ม แต่ สปสช. เขตไม่มีข้อมูลว่าภาพรวมเป็นอย่างไร" (ผอ.สปสช.อ1)

"กองทุนส่วนใหญ่ยังกระตือกรกระตัก มีบางส่วนน้อยที่โดดเด่น คือ ดีแบบหิวหงา" (ผอ.สปสช.ต1)

"บทบาท สสจ. ที่จะคัดกรองใบสมัครกองทุน เป็นเรื่องยาก เพราะคงไม่อยากไปขัดแย้ง และเป็นเรื่องที่ท้องถิ่น แสดงเจตจำนงชัดเจน" (ผอ.สปสช.อ1)

“โครงการที่ท้องถิ่นทำได้ดีกว่าสาธารณสุขก็มี เช่น การเยี่ยมบ้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นจิตอาสา และงาน EMS รุ่ง สอ. ทำให้ไม่ได้เพราะขาดคน โครงการที่ไม่ดี เช่น ท้องถิ่นสมทบเงินมาก กลายเป็นเรื่องฟอกเงิน เช่น สมทบเงินไปซื้อรถ” (ผอ.สปสช.น1)

“กองทุนมี 4 แบบ ได้แก่ แบบแรก ตัวนายกเป็นบทบาทหลัก (10%) แบบ 2 ปลัดมีบทบาทแต่มีปัญหางานไม่เดิน แบบ 3 สาธารณสุขมีบทบาท กิจกรรมจะออกแนวราชการ แบบ 4 ทุกฝ่ายร่วมกัน มี 40% ยกตัวอย่างกองทุนที่มี NGO เป็นตัวผลักดัน บางแห่งคิดเรื่องใหม่ๆ เช่น ทำบุญอินทรีฯ ทำเตียงตรวจโรคเวลาออกเยี่ยมบ้าน หรือบางแห่งเพราะ สาธารณสุขสนับสนุนกับนิติกร อบต. มาก” (ผู้เชี่ยวชาญ สปสช.ต1)

“การทำงานของกองทุน จัดได้เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรก (ประมาณ 60%) เป็นกลุ่มที่ สอ. Dominate โดย สอ. เป็นผู้เสนอโครงการให้กองทุน โครงการที่ออกมาจะเป็นรูปแบบเดิมๆ เช่น ควบคุมไข้เลือดออก กลุ่มสอง (ประมาณ 10%) เป็นกลุ่มที่ผู้บริหารท้องถิ่นกับปลัดท้องถิ่นไม่ค่อยลงรอยกัน ทำให้ติดขัดไม่ค่อยมีความก้าวหน้า กลุ่มสาม (30%) เป็นกลุ่มที่ท้องถิ่นบริหารจัดการได้ดี” (ผอ.สปสช.น1)

4.2 การบริหารจัดการกองทุน

“จุดอ่อนอยู่ในระดับปฏิบัติการ สปสช. เขต และสาขาต้องเข้าใจตรงกัน การเลือกกองทุน การกำกับติดตามต้องร่วมมือกันทั้ง สปสช. เขต/สาขา และ สสอ.” (ผอ.สปสช.น1)

“ช่วง implement ระยะแรก กองทุนไม่กล้าใช้เงิน เพราะวิธีใช้เงินต่างจากท้องถิ่นและเงินบำรุง” (ผอ.สปสช.อ1)

“สสอ. ควรเป็น สปสช. อำเภอบ้าง เพราะหากดำเนินการกองทุนครบ 100% สปสช. ไปดูไม่ได้แน่นอน การควบคุมกำกับจะ lack ในระดับอำเภอ” (ผอ.สปสช.น1)

“เรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ส่วนใหญ่ยังเตาะเตาะ เพราะมันยาก และยัง Ideal ไม่รู้ว่าชาวบ้านจะหยิบใช้ อย่างไร” (ผอ.สปสช.ต1)

“เห็นว่ามีประโยชน์ แต่เป็นเรื่องที่ยากในการทำความเข้าใจ และปฏิบัติจริงได้ยาก เหมือนแผนยุทธศาสตร์จังหวัด ทำแผนไว้แล้ว เวลาทำจริงก็ไม่ใช้แผน หรือนำมาใช้ตัดสินใจในการทำโครงการ” (ผอ.สปสช.น1)

4.3 บทบาทของ สปสช. เขตพื้นที่

“การสนับสนุนกองทุน ตอนนี้ สปสช. ทำกันไม่ไหว จึงต้องอาศัยทีมของแต่ละจังหวัด ให้ลงไปชี้แจงกับแต่ละ กองทุน ตนเห็นว่า ทุกวันนี้สาธารณสุขมีบทบาทน้อยไป ควรเพิ่มบทบาทของสาธารณสุขให้มากขึ้น เพื่อ check balance กับภาคประชาชนและท้องถิ่น” (ผอ.สปสช.ต1)

“สปสช. เขตมีคนรับผิดชอบเรื่องกองทุนแค่ 1.5 คน ดังนั้นก็ต้องอาศัยจังหวัดมาช่วยกันทำงาน แต่ สสจ. งานยุ่งมาก จึงเน้นไปที่อำเภอ นโยบาย สปสช. ถ้าไม่สั่ง ผมจะ freeze ไม่ขยายจำนวน” (ผอ.สปสช.อ1)

“สปสช. มีหน้าที่ออกไปบรรยายอบรม เตรียมความพร้อมให้ท้องถิ่น ทำความเข้าใจกับระเบียบปฏิบัติ และสร้าง ทีมจังหวัดให้ช่วยเหลือพื้นที่ด้วย โครงการของกองทุนส่วนใหญ่ดำเนินการกันเอง ไม่ค่อยมาปรึกษา มีท้องถิ่นแห่งเดียวที่ทำ หนังสือหรือมาที่ สปสช. เรื่องการใช้เงินกองทุน ถ้าท้องถิ่นปรึกษามา ตนจะตอบไปกลางๆ ให้ใช้ดุลพินิจเอง” (ผอ.สปสช.น1)

“สปสช. ต้องทำหนังสือชี้ทางวิชาการ เพื่อไม่ให้ทำโครงการสะเปะสะปะ เช่น ใช้เลือดออก” (ผอ.สปสช.น1)

“สปสช. กลางยังคิดไม่เนียน เคยให้ LDI เตรียมความพร้อม แต่เพราะเอียงไปทางท้องถิ่นโดยไม่สนใจเตรียมฝ่าย สาธารณสุข ครั้งนั้นมีทีมพี่เลี้ยง 4 คนต่อจังหวัด ก็ไม่ work สุดท้ายต้องหันไปพึ่งทีมอำเภอ” (ผอ.สปสช.อ1)

4.3 การประเมินผลกองทุน

"สปสช. เขตเพิ่งเริ่มประเมินผลกองทุนในปี 2552 โดยเริ่มทำเครื่องมือประเมินและให้วิทยาลัยพยาบาลช่วยฝึกอบรมการใช้เครื่องมือชิ้นส่วนเรื่องการตรวจสอบเรื่องเงินของกองทุน คงต้องสอบถาม สปสช. ก่อนว่าจะให้ดำเนินการอย่างไร" (ผอ.สปสช.ต1)

"ขณะนี้ สปสช. เขตยังประเมินสถานการณ์ไม่ได้ ปีนี้จึงได้ระดมสมองจากสาธารณสุขกับท้องถิ่นเพื่อทำเกณฑ์ประเมินกองทุน เพื่อพิจารณาเรื่องการต่ออายุ จะใช้ในปี 53 แต่ยังประเมินเรื่องการบริหารจัดการ ยังไม่ถึงผลลัพธ์" (ผอ.สปสช.อ1)

"สดง. เคยท้วงติง อบต. แห่งหนึ่ง พบว่า มีรายการนำเงินท้องถิ่นไปสมทบกองทุน ซึ่ง สดง. เข้าใจว่าเป็นเงินรับฝากและต้องลงบัญชีเงินรับฝากของ อบต. แต่กองทุนฯ มีประกาศของ สปสช. รองรับแยกกันชัดเจน" (ผอ.สปสช.ต1)

"งบกองทุนควรแยกออกจากงบ PP com เพราะว่า สาธารณสุขของ PP com เป็นเรื่องสร้างเสริมป้องกันโรคแบบสาธารณสุขตาม KPI ส่วนท้องถิ่นจะมองเป็นเรื่องรูปธรรมจับต้องได้ แต่พองบ PPcom ถูกย้ายไปเป็นกองทุน สาธารณสุขก็รู้สึกสูญเสีย และ สสอ. รู้สึกไม่มีบทบาทต่อการใช้จ่ายเงินก้อนนี้ จึงควรแยกเงินเป็น 2 ก้อน" (ผอ.สปสช.น1)

"ต้องทบทวนกลไกการทำงาน Primary care เช่น ต้องให้การทำงาน PP กับ PCU ไปด้วยกัน" (ผอ.สปสช.อ1)

กล่องที่ 2 เครื่องมือประเมินการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลของ สปสช. เขตพื้นที่ ๑1

- ตัวบ่งชี้ 1 มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการฯ และมีการประชุมคณะกรรมการ
เกณฑ์ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ
มีการประชุมคณะกรรมการ
- ตัวบ่งชี้ 2 มีการกำหนดระเบียบและขั้นตอนการดำเนินงานของกองทุนที่เป็นไปตามข้อกำหนดของ สปสช.
เกณฑ์ มีการกำหนดระเบียบ หลักเกณฑ์ ขอบบังคับในการดำเนินการกองทุน
ระเบียบ หลักเกณฑ์ ขอบบังคับที่ตั้งไว้ตรงตามเจตนารมณ์ และวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งกองทุน
- ตัวบ่งชี้ 3 มีการจัดทำแผนการดำเนินงานของกองทุน โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
เกณฑ์ มีและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานกองทุน
- ตัวบ่งชี้ 4 กองทุนมีการกำหนดแนวทาง ระเบียบในการบริหารจัดการเงินหรือทรัพย์สินของ กองทุนที่สอดคล้อง และเป็นไปตามประกาศ
ของ สปสช.
เกณฑ์ สรุปผลการดำเนินงานและการใช้เงินรายไตรมาส
มีรายงานสถานการณ์การเงินแจ้งที่ประชุมกรรมการทุกครั้ง
- ตัวบ่งชี้ 5 ความเข้าใจจุดมุ่งหมายของการจัดตั้งกองทุนของผู้บริหาร กรรมการ และผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการ การวางแผน การ
ดำเนินงานพัฒนากองทุน
เกณฑ์ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ
เป้าหมายของกองทุน
มีแผนดำเนินงานสอดคล้องกับแผนท้องถิ่น/แผนชุมชน/แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
- ตัวบ่งชี้ 6 การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม
เกณฑ์ มีการทำประชาคมของชุมชนที่สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
มีโครงการจากภาคีเครือข่าย
- ตัวบ่งชี้ 7 การบริหารงบประมาณของกองทุนเป็นไปตามข้อตกลงตามประกาศ สปสช.
เกณฑ์ โครงการมีความสอดคล้องและครอบคลุมตามเงื่อนไข 4 ประการ
- ตัวบ่งชี้ 8 การดำเนินงานของกองทุนมีการขยายผลเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง
เกณฑ์ แผนงาน/โครงการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์
- ตัวบ่งชี้ 9 การกำหนดเป้าหมาย การจัดสรรงบประมาณ การประเมินผลของแผน/โครงการ
เกณฑ์ มีคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลแผนงาน/โครงการ
มีแผนการประเมินโครงการ
มีบันทึกรายงานผลการประเมิน
- ตัวบ่งชี้ 10 ผลการดำเนินงานกองทุนทำให้มีการพัฒนาการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการ สถานบริการ ภาคประชาชน และอื่นๆ
เกณฑ์ มีโครงการที่เกิดจากทุกภาคส่วนเป็นลายลักษณ์อักษร
มีกิจกรรมที่แสดงถึงความร่วมมือกับหน่วยบริการ ฯ
- ตัวบ่งชี้ 11 ความสำเร็จของการดำเนินงานของกองทุนในกิจกรรม/โครงการที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟู
สมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
เกณฑ์ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานของกองทุนในกิจกรรม/โครงการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริม ป้องกันฯ
- ตัวบ่งชี้ 12 ความพึงพอใจของผู้ได้รับบริการ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากกิจกรรม/โครงการกองทุน
เกณฑ์ ระดับความพึงพอใจของผู้ได้รับบริการ

วิเคราะห์เครื่องมือประเมิน

1. ลักษณะเครื่องมือเป็นการประเมินตามหมวดประเด็นด้วยเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อพิจารณาว่าจะผ่านเกณฑ์หรือไม่ คล้ายกับการประเมินเพื่อรักษาระดับมาตรฐาน หรือการประเมินเพื่อการรับรอง ในขณะที่ผู้ประเมินต้องการทราบสถานการณ์ ความเป็นไป และสภาพปัญหาของการดำเนินงานกองทุน ซึ่งจะเห็นว่าวัตถุประสงค์ของ "การประเมินผล" และเครื่องมือ "ประเมิน" ไม่สอดคล้องกัน
2. เมื่อเครื่องมือถูกออกแบบให้มีลักษณะเป็นเกณฑ์ตามตัวบ่งชี้หลักๆ 12 ข้อ จะเห็นว่าตัวชี้วัดบางตัวเป็นเรื่องใหญ่และมีความสำคัญมาก เช่น ความสำเร็จของการดำเนินงานของกองทุน (ตัวบ่งชี้ 11) ซึ่งมีตัวแปรมากมายและหลากหลายเกินกว่าจะสรุปด้วยเกณฑ์เพียงข้อเดียว ที่สำคัญคือข้อนี้ถือว่าเป็นเป้าหมายของการประเมินผล แต่กลับให้น้ำหนักน้อย
3. ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ เช่น การพิจารณาว่ากองทุนควรมีคณะกรรมการประเมินผล มีแผนประเมินผล และมีบันทึกรายงานประเมินผล (ตัวบ่งชี้ 9) แม้ว่าเรื่องประเมินผลจะมีความสำคัญ แต่การที่ให้กองทุนต้องประเมินผลตนเองในขณะที่ศักยภาพของกรรมการกองทุนยังไม่พร้อมมากนัก และขาดการพัฒนาการทำงานอย่างเป็นระบบ จึงเป็นเรื่องไม่สอดคล้องกับสภาพและเงื่อนไขจริงที่เกิดขึ้น
4. วิธีการประเมินอาศัยหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษร แทนที่จะดูว่ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้นจริง

วิเคราะห์ความเห็นของผู้บริหาร

นพ.สสจ. ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวคิดการกระจายอำนาจ แต่ประเมินว่าท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังไม่พร้อม ยังขาดจิตสำนึก เชื่อมั่นว่าฝ่ายสาธารณสุขมีความรู้ความชำนาญและรู้งานดีกว่า มองว่าท้องถิ่นยังไม่สามารถแทนที่สาธารณสุขในภารกิจและความรับผิดชอบด้านสุขภาพทั้งหมดในพื้นที่ได้ จังหวัดยังคงต้องรับผิดชอบอยู่เหมือนเดิม หันมาคิดต่อท้องถิ่นดังกล่าวของ นพ.สสจ. ส่วนใหญ่ จึงยังไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของท้องถิ่น หรือยังมองท้องถิ่นด้วยภาพพจน์ด้านลบ หรือมี

ผลประโยชน์เกี่ยวข้องกับ ยกเว้น นพ.สสจ. บางจังหวัดซึ่งเป็นส่วนน้อยที่เข้าใจสภาพปัญหาและมีความพยายามเข้าไปพัฒนา ความรู้ความสามารถของท้องถิ่น ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นต้องเร่งสร้างความเข้าใจและปรับเปลี่ยนมุมมองของ นพ.สสจ. ที่มีต่อ ท้องถิ่นด้วย

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างส่วนภูมิภาคกับส่วนท้องถิ่นนั้น นพ.สสจ.ส่วนใหญ่เห็นว่า ทั้งสองฝ่ายยังประสานงานกัน ในระดับพื้นที่ได้ดีพอสมควร แม้ว่าในบางพื้นที่จะมีความขัดแย้งกันบ้างก็เป็นส่วนน้อย ฝ่ายสาธารณสุขมักจะเป็นฝ่ายเขียน โครงการและเป็นผู้ปฏิบัติ ส่วนท้องถิ่นเป็นฝ่ายออกเงิน ทั้งนี้ประเมินว่า ท้องถิ่นยังให้การยอมรับ สอ. ในระดับดีพอสมควร

ช่องว่างการทำงานระหว่าง สปสช. เขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีอยู่ค่อนข้างชัดเจนและสะท้อนตรงกัน จาก นพ.สสจ. ทุกจังหวัดที่ให้ข้อมูล ภาพที่ปรากฏชัด คือ ต่างฝ่ายต่างทำโดยไม่มีการติดต่อประสานงานกันเท่าที่ควร ปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญและมีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของโครงการกองทุนสุขภาพฯ อย่างยิ่ง แม้ว่าในอนาคต สปสช. สามารถชักชวนและขยายการจัดตั้งกองทุนสุขภาพในเต็มพื้นที่ของแต่ละจังหวัดได้ก็ตาม แต่ปัญหาการดำเนินงาน กองทุนที่ตามมา เป็นเรื่องใหญ่กว่าและมีผลกระทบต่อการบริหารงานสาธารณสุขในภาพรวม สปสช. ในฐานะผู้รับผิดชอบ โครงการจึงควรให้ความสำคัญกับบทบาทของ สสจ. ในการกำกับดูแลและสนับสนุนกองทุน มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ข้อมูลจากพื้นที่ พบว่าการดำเนินงานของกองทุนในปีแรกจะประสบปัญหาเกือบทุกแห่ง แม้ว่าในปี 2549 ซึ่งเป็นปี แรกของโครงการ สปสช. ได้มอบหมายให้มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) ช่วยจัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมให้แก่กองทุน ที่ตั้งใหม่ทุกแห่ง และทำการประเมินผลในปีแรกด้วย แต่ก็ไม่ประสบผลเท่าที่ควร ทั้งที่กองทุนในปีแรกนั้นถูกคัดเลือกจาก ท้องถิ่นที่มีผลงานดีเด่นก็ตาม นอกจากนี้ ผู้บริหารท้องถิ่น หรือผู้รับผิดชอบกองทุนของท้องถิ่น ต่างให้ข้อมูลตรงกันว่า การ ดำเนินงานนั้นอยากให้มีที่ปรึกษาจากจังหวัดหรือ สปสช. ที่ผ่านมา ผู้แทน สปสช. มาร่วมประชุมชี้แจงกับคณะกรรมการใน ครั้งแรกเท่านั้น หลังจากนั้นส่วนใหญ่ก็ติดตามทวงถามรายงานเท่านั้น

จากการวิจัยยังพบว่า ผู้บริหารระดับจังหวัด และ สปสช.เขต ขาดการรับรู้ข้อมูลที่ต้อง ขาดข้อมูลปัญหาการ ดำเนินงานกองทุนในพื้นที่ และขาดการประเมินผลที่ช่วยสะท้อนสภาพจริง ทำให้ผู้บริหารเข้าใจภาพรวมของการดำเนินงาน กองทุนในพื้นที่ได้ไม่ชัดเจน เช่น สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติทั้งฝ่ายท้องถิ่น และฝ่าย สาธารณสุขในพื้นที่ การรับรู้ที่จำกัดส่งผลให้ผู้บริหารทั้ง สสจ. และ สปสช. คาดเดาความเป็นไปต่างๆ ตามทัศนส่วนตัว มากเกินไป เป็นการซ้ำเติมช่องว่างของการบริหารจัดการกองทุน

อย่างไรก็ดี เป็นที่สังเกตว่า นพ.สสจ. ส่วนน้อยจำนวนหนึ่งให้ความสนใจการดำเนินงานของกองทุนในจังหวัด ได้ แสดงบทบาทเป็นฝ่ายกระทำการต่อการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น แม้จะไม่เห็นด้วยกับการดำเนินงานของ สปสช. เรื่องขยายจำนวน กองทุน แต่ได้พยายามชี้แจงทำความเข้าใจกับท้องถิ่น จนสามารถคลี่คลายปัญหาความขัดแย้งต่างๆ ลงได้ระดับหนึ่ง กรณี ดังกล่าวยอมพิสูจน์ได้ว่าหาก สปสจ. จะสนับสนุนให้ สสจ. มีบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกับ สปสช. ในการกำกับดูแล กองทุนสุขภาพโดยตรง หากการมอบหมายให้เป็นผู้จัดอบรมเป็นคราวๆ หรือผู้ติดตามประเมินผลโดยไม่มีบทบาทที่เป็นจริง ก็น่าจะเป็นแนวทางการบริหารโครงการที่เหมาะสมในอนาคต

ข้อเสนอในบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการบริหารจัดการกองทุน ประกอบด้วย

1. บทบาทของจังหวัดในการกลั่นกรองคัดเลือกท้องถิ่นที่จะเข้าร่วมโครงการกองทุน
2. บทบาทของจังหวัดในการชี้แจง สร้างความเข้าใจ และเตรียมความพร้อมในเรื่องกองทุน เช่น การพัฒนาศักยภาพ ของท้องถิ่นให้เข้าใจงานสาธารณสุข การทำความเข้าใจกับสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ตลอดจนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อปรับแนวคิดในการทำงานร่วมกัน

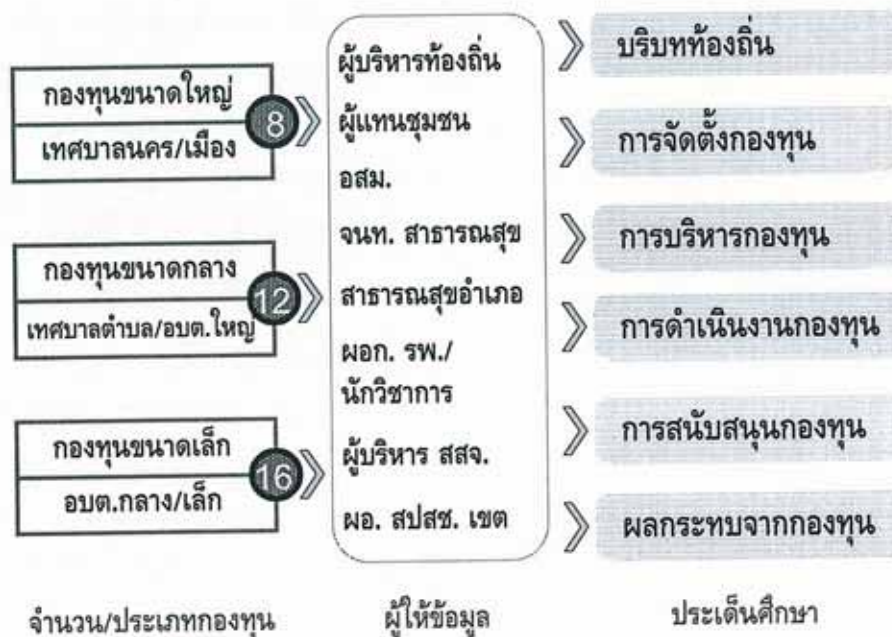
3. บทบาทในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกองทุนในระดับพื้นที่ และส่งเสริมกองทุนฯ ที่ดำเนินงานได้ดีให้เป็นตัวอย่าง ส่วนกองทุนที่ประสบปัญหา ก็ให้มีการแก้ไขปรับปรุง หรือจำเป็นก็ให้ยุบเลิกกองทุน
 4. สปสช. ควรโอนงบกองทุนให้จังหวัดเป็นผู้ดูแลและจัดสรรให้กับกองทุน เพื่อให้ท้องถิ่นเกิดความเกรงใจและจังหวัดสามารถประสานกับท้องถิ่นจังหวัด ซึ่งเป็นส่วนราชการจังหวัดของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ในการกำกับดูแลกองทุนอีกทอดหนึ่ง
-

วิเคราะห์ผลการศึกษารวม

ในบทนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลสำคัญจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย ทั้งส่วนของผู้บริหารท้องถิ่น ผู้แทนชุมชน ผู้แทน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ ผู้บริหารโรงพยาบาล ตลอดจนผู้บริหารของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่นั้นๆ ข้อมูลเชิงคุณภาพเหล่านี้จะถูกนำมาใช้กำหนดกรอบโครงสร้างของการวิเคราะห์ผลการศึกษาก่อน จากนั้นจึงนำข้อมูลการศึกษาเชิงปริมาณจากแบบสำรวจ 4 ชุดสำหรับผู้ตอบ 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่นซึ่งเป็นประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ ปลัดท้องถิ่นซึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการ หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขหรือนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกองทุน และสาธารณสุขอำเภอ จำนวนผู้ตอบแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับกองทุนอยู่ระหว่าง 746-918 ตัวอย่างมาประกอบการวิเคราะห์เพื่อแสดงผลการวิเคราะห์ภาพรวมทั้งประเทศ

การวิเคราะห์บทนี้ ได้แบ่งหัวข้อให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงและความสัมพันธ์เชิงระบบเป็น 6 ตอน ได้แก่ บริบทของท้องถิ่น การจัดตั้งกองทุน การบริหารกองทุน การดำเนินงานกองทุน การสนับสนุนกองทุน และผลกระทบจากการดำเนินงานกองทุน นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังคำนึงถึงความแตกต่างของกองทุนตามลักษณะประชากรและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่เทศบาลนครและเทศบาลเมืองในตัวเมืองจังหวัดซึ่งเป็นท้องถิ่นขนาดใหญ่และมีศักยภาพสูง เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ ไปจนถึงองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลางและขนาดเล็กที่กระจายทั่วไปในชนบท ซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ความรู้ความสามารถ และงบประมาณ จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์แยกแยะให้เหมาะสมตามสภาพของกองทุน ไม่อาจตีความเหมารวมเป็นภาพเดียวกันได้

แผนภูมิที่ 8.1 โครงสร้างการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 36 กองทุน



1. บริบทท้องถิ่น

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพได้จัดแบ่งประเภทของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้การสนับสนุน ดังนี้

- 1) กองทุนขนาดใหญ่ บริหารโดยเทศบาลนครและเทศบาลเมือง
- 2) กองทุนขนาดกลาง บริหารโดยเทศบาลตำบล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่
- 3) กองทุนขนาดเล็ก บริหารโดยองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลางและขนาดเล็ก

การวิเคราะห์บริบทของการดำเนินงานกองทุน มีความแตกต่างอย่างมีนัยยะ ดังนี้

1.1 กองทุนขนาดใหญ่ (เทศบาลนครและเทศบาลเมือง)

พื้นฐานของสังคมท้องถิ่นจะเป็นเขตเมืองใหญ่ที่มีประชากรหนาแน่น ตั้งแต่ 20,000 คนขึ้นไป หรือมีรายได้ท้องถิ่นมากกว่า 100 ล้านบาทต่อปี พื้นที่ประกอบด้วยเขตธุรกิจพาณิชย์ เขตท่องเที่ยว และเขตที่อยู่อาศัย บางพื้นที่จัดเป็นเขตอุตสาหกรรมก็มี พื้นที่เหล่านี้เป็นเขตเทศบาลมานานไม่ต่ำกว่า 50 ปี จนปัจจุบันเทศบาลมีความเข้มแข็งทั้งอาคารสถานที่ บุคลากร งบประมาณ การจัดเก็บรายได้ และเครื่องมืออุปกรณ์ ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมจะมี "สำนัก" หรือ "กอง" เป็นหน่วยย่อยของเทศบาล มีผู้อำนวยการสำนักหรือกองเป็นผู้บังคับบัญชาข้าราชการท้องถิ่นจำนวน 30-50 คน ที่เหลือเป็นพนักงานราชการและลูกจ้าง เทศบาลหลายแห่งมีศูนย์บริการสาธารณสุขกระจายในเขตเมือง เป็นหน่วยบริการสุขภาพของตนเอง 1-5 แห่ง ที่เหลือจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลจังหวัด

เมืองใหญ่กับปัญหาที่สะสม

ในอดีตที่ผ่านมา การสาธารณสุขในเขตเมืองถูกจัดว่าเป็นปัญหาที่ซับซ้อนต่อเนื่องมายาวนาน ประชาชนที่ยากจนและด้อยโอกาสในเมือง รวมทั้งแรงงานย้ายถิ่น มักเป็นกลุ่มที่ถูกกลืนและไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่เสมอ ปัญหาความแออัดในเมืองใหญ่ ปัญหาสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขปกคลุม ล้วนเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขในเขตเมือง ได้แก่ การควบคุมโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค และอนามัยโรงเรียน ฯลฯ ล้วนเป็นปัญหาที่สะสมและสะท้อนด้วยดัชนีชี้วัดสุขภาพหลายตัวที่รุนแรงกว่าเขตชนบท ประชาชนเขตเมืองจึงมีคุณภาพชีวิตที่เสื่อมถอย

กรณีเทศบาลที่มีเขตนิคมอุตสาหกรรม มักตามมาด้วยชุมชนแรงงานย้ายถิ่น ซึ่งมีจำนวนมากกว่าประชากรในพื้นที่ จนโครงสร้างของเมืองไม่สามารถรองรับการขยายตัวที่รวดเร็ว เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมตามมามากมาย ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้มักจะเกินกว่าขีดความสามารถของท้องถิ่นที่จะแก้ไขได้โดยลำพัง

สาธารณสุขเขตเมืองในอดีต กับความพยายามของผู้เกี่ยวข้อง

ก่อนปี 2545 การดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง ตกเป็นภาระของโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยมีกลุ่มงานเวชกรรมป้องกันเป็นหน่วยรับผิดชอบหลัก ขณะนั้น เทศบาลส่วนใหญ่ยังให้ความสนใจกับการพัฒนาสาธารณสุขปกคลุมโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ การรักษาสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะ และการจัดศูนย์บริการสาธารณสุข แต่เนื่องจากในอดีตนั้นเทศบาลมีศักยภาพในการจัดเก็บรายได้ค่อนข้างน้อย ต้องพึ่งงบประมาณอุดหนุนจากรัฐเป็นหลัก การดำเนินงานด้านสุขภาพของเทศบาลจึงยังไม่เป็นที่ยอมรับเท่าใดนัก ข้อมูลจากการวิจัยพบว่า โดยปกติเทศบาลจัดสรรงบประมาณรายจ่ายสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแต่ละปี โดยเฉลี่ยเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น และส่วนใหญ่เป็นงานประจำ มีไม่งานที่มุ่งแก้ปัญหาที่อยู่มากมายในพื้นที่ได้

ช่วงเวลาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามผลักดันการพัฒนาสาธารณสุขเขตเมืองร่วมกับกระทรวงมหาดไทยอยู่หลายปี แต่ยังไม่สามารถจัดการได้อย่างเป็นระบบทั้งที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานพัฒนาสาธารณสุขเขตเมือง (คปสอ.เมือง) เนื่องจากเทศบาลส่วนใหญ่มักมีข้อจำกัดเรื่องขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขมีจำนวนน้อย และขาดการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ ตลอดจนผู้บริหารเทศบาลไม่ได้ให้ความสำคัญต่องานสาธารณสุขมากนัก ส่งผลให้การจัดบริการสาธารณสุขของเทศบาลที่ผ่านมาทำได้ค่อนข้างจำกัด ไม่สามารถครอบคลุมกิจกรรมและพื้นที่ได้ครบถ้วน ขณะที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มอบให้กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพศ./รพท. มีหน้าที่รับผิดชอบพื้นที่ในเขตเมืองเช่นกัน ที่ผ่านมา หลายพื้นที่จึงใช้รูปแบบการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบระหว่างเทศบาลกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมฯ และประสานงานโดยอาศัยกลไก คปสอ. หรือความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้ปฏิบัติด้วยกันเอง

การวิจัยพบว่า เทศบาลขนาดใหญ่อย่างเทศบาลนคร และเทศบาลเมือง แม้ว่าในปัจจุบันจะมีรายได้ท้องถิ่นจำนวนมาก และมีการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในสัดส่วนที่แตกต่างระหว่างร้อยละ 2-3 และร้อยละ 11-18 แต่ส่วนใหญ่เป็นงบลงทุนด้านสิ่งแวดล้อม (การก่อสร้างระบบกำจัดน้ำเสีย) หรือการจัดการขยะและรักษาความสะอาด หากพิจารณาเฉพาะงบดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเทศบาลเอง ยังนับว่าน้อยมาก (ร้อยละ 2) ทำให้งานส่งเสริมป้องกันในประชากรบางกลุ่มและงานด้านคุณภาพขาดหายไป (เช่น หญิงมีครรภ์ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส) รวมทั้งยังมีอยู่ไม่เพียงพอสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้ครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง (เฉลี่ย 22-33 บาทต่อหัวประชากร) ซึ่งต่ำกว่าเงินกองทุนสุขภาพที่ สปสช. จัดสรรให้ด้วยซ้ำ (37.50 บาทต่อหัวประชากร)

จุดเปลี่ยนของงานสาธารณสุขเขตเมือง

เมื่อรัฐบาลริเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2545 การจัดสรรบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่สถานบริการต่างๆ จึงถูกปรับเปลี่ยนเป็นงบเหมาจ่ายรายหัว โดยอิงจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนหลักประกันในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากเทศบาลส่วนใหญ่ยังไม่พร้อม งบเหมาจ่ายรายหัวในเขตเมืองทั้งหมดจึงอยู่ในความรับผิดชอบของ รพศ./รพท. ซึ่งแบ่งเป็นงบบริการส่งเสริมป้องกันเหมาจ่ายรายหัว (PP expressed demand) และงบส่งเสริมป้องกันในชุมชน (PP community) อย่างไรก็ตาม ในบางพื้นที่ได้จัดสรรงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP) ให้เทศบาลรับผิดชอบพื้นที่เป็นแห่งๆ อยู่บ้างตามความพร้อมของแต่ละเทศบาล

ตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา สปสช. ได้เริ่มให้มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพในเขตเทศบาลนครและเทศบาลเมือง โดยโอนงบส่งเสริมป้องกันในชุมชน (PP community) จากเดิมที่เคยให้กลุ่มงานเวชกรรมสังคมดูแล ไปให้กองทุนบริหารจัดการแทน ซึ่งนับเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของงานสาธารณสุขในเขตเมือง ด้วยเหตุผลที่บ่งบอกว่ามีจำนวนมากกวางบส่งเสริมป้องกันโดยปกติของเทศบาล ส่งผลให้ทั้งผู้บริหารเทศบาลและผู้ปฏิบัติต่างให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม งบประมาณของกองทุนเมื่อเทียบกับงบประมาณรายจ่ายทั้งหมดของเทศบาลก็ยังคงถือว่าเป็นเล็กน้อยมาก ผู้บริหารเทศบาลบางส่วนจึงไม่ได้ให้ความสนใจในรายละเอียดของการบริหารเงินกองทุน คงปล่อยเป็นหน้าที่ของฝ่ายปฏิบัติมากกว่า

การวิจัยพบอีกว่า เทศบาลขนาดใหญ่หลายแห่งกำลังให้ความสนใจกับการสร้างศูนย์บริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น บางแห่งวางแผนเตรียมการก่อสร้างโรงพยาบาล ดังกรณีตัวอย่างของการจัดซื้อโรงพยาบาลเอกชนมาปรับปรุงใหม่ของเทศบาลนครนครราชสีมา ทั้งนี้ เพื่อแสดงบทบาทและศักยภาพของเทศบาลในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือ

อาจจะยุติภูมิด้วยตนเอง ตามแนวคิดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น รวมทั้งเตรียมการขอรับจัดสรรงบประมาณรายหัวของ สปสช. กรณีผู้ป่วยนอก และบริการส่งเสริมป้องกัน (PP expressed demand) มาดำเนินการเอง

ความพร้อมที่ท้าทายการพัฒนา

จากการวิเคราะห์โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเทศบาล พบจุดอ่อนที่สำคัญหลายประการ เช่น โครงการส่วนใหญ่มุ่งเน้นกิจกรรมเป็นหลัก มากกว่าผลลัพธ์ต่อการแก้ไขปัญหาที่แท้จริง หลายโครงการขาดความสม่ำเสมอต่อเนื่องทั้งในแง่การดำเนินงานและงบประมาณ บ้างมีความแตกต่างในข้อบัญญัติงบประมาณแต่ละปี บางปีโครงการถูกยกเลิกโดยไม่ทราบเหตุผลและข้อมูลทางวิชาการสนับสนุน ลักษณะการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเทศบาลส่วนใหญ่ยังเป็นงานตั้งรับ (Walk-in) มากกว่างานเชิงรุกที่เน้นความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ขาดการพัฒนาบุคลากรในด้านความรู้และวิธีการทำงาน เนื่องจากไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบการพัฒนาบุคลากรและด้านวิชาการ โดยเฉพาะ ลักษณะดังกล่าวจึงเป็นข้อจำกัดของงานส่งเสริมป้องกันของเทศบาล

อย่างไรก็ดี ปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนของงานสาธารณสุขเขตเมือง ยังเป็นเรื่องท้าทายต่อศักยภาพของเทศบาล ซึ่งมีได้มีเพียงเรื่องวิสัยทัศน์ของการพัฒนางานส่งเสริมป้องกันในเขตเมือง กับการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่ต้องการความรู้ความสามารถในเชิงวิชาการ และการบริหารจัดการเชิงระบบค่อนข้างมาก ในขณะที่เทศบาลยังขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข ทั้งในแง่จำนวนและประสิทธิภาพการทำงานอย่างมาก

ประเด็นที่ท้าทายต่อมา ก็คือ ทำอย่างไรเทศบาลซึ่งกำลังจะก้าวขึ้นมามีบทบาทและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเต็มรูปแบบในอนาคต จะสามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักวิชาการด้านสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ หรือในทางกลับกัน กลุ่มงานเวชกรรมสังคมควรที่สนับสนุนส่งเสริมการทำงานของเทศบาลอย่างไร และจะวางบทบาทของตนเองอย่างไรในอนาคต เพื่อมิให้เกิดภาวะซ้ำซ้อนและบั่นทอนประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในเขตเมือง

1.2 กองทุนขนาดกลาง (เทศบาลตำบลและ อบต.ขนาดใหญ่)

พื้นที่ในความดูแลของเทศบาลตำบลหรือ อบต. ขนาดใหญ่ จะมีประชากรไม่หนาแน่นอย่างในเมืองใหญ่หรือตัวจังหวัด ส่วนใหญ่จะเป็นตัวอำเภอ มีประชากรในความดูแลประมาณ 10,000-30,000 คน ฐานเศรษฐกิจของชุมชนในเขตเทศบาลหรือ อบต. กลุ่มนี้ค่อนข้างดี บางแห่งเป็นแหล่งท่องเที่ยว หรือเป็นเขตอุตสาหกรรมขนาดย่อม หรือเป็นเขตชลประทานที่มีผลผลิตดีกว่าพื้นที่ทั่วไป มีรายได้ท้องถิ่นที่ 40-100 ล้านบาทต่อปี อย่างไรก็ตาม เทศบาลตำบลส่วนใหญ่เพิ่งได้รับการยกฐานะจากสุขาภิบาลหรือ อบต. ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

พื้นที่ส่วนหนึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน หรือสถานอนามัยขนาดใหญ่ซึ่งกำลังได้รับการพัฒนาให้เป็น "โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)" ลักษณะพื้นที่เหล่านี้พบว่า ฝ่ายเวชกรรมชุมชนหรือฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน สามารถทำงานส่งเสริมป้องกันได้ค่อนข้างดี และมีวิชาการเป็นจุดแข็งได้ระดับหนึ่ง ตลอดจนเป็นฝ่ายที่ดูแลรับผิดชอบงานส่งเสริมป้องกันโดยงบรายหัวจาก สปสช. สำหรับประชากรในเขตเทศบาล เช่นเดียวกับกรณีเทศบาลนครและเทศบาลเมือง โดยโรงพยาบาลชุมชนได้จัดหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในหรือนอกสถานบริการขึ้นใหม่ การที่ สปสช. โอนงบส่งเสริมป้องกันในชุมชน (งบ PP community) ไปให้กองทุนฯ แม้จะกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาลชุมชนบ้าง แต่ก็ไม่มากนัก เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีเงินบำรุง และยังได้รับบริการส่งเสริมป้องกัน (งบ PP expressed demand) ในภาพของทั้งอำเภอมานับบริหารจัดการอยู่

เนื่องจากเทศบาลตำบลหรือ อบต. ส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้เพิ่งจัดตั้งหรือยกฐานะไม่นานนัก ยังขาดผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข หรือเพิ่งจัดโครงสร้างฝ่ายสาธารณสุข มีหัวหน้าและผู้ปฏิบัติงานเพียง 1-2 คน และไม่มีหน่วยบริการสาธารณสุขของตนเอง กิจกรรมด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแผนงบประมาณของท้องถิ่น จึงยังไม่ชัดเจนนักและเน้นการจัดกิจกรรมเป็นครั้งคราวมากกว่า งบประมาณจัดสรรกับงานด้านความสะอาดและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก ด้วยเหตุนี้ เมื่อมีการจัดตั้งกองทุนฯ ขึ้น เทศบาล/อบต. จึงได้อาศัยบุคลากรของ รพ. ชุมชนเป็นที่เล็งในการบริหารจัดการกองทุนฯ ด้วยเนื่องจากการยอมรับและความคุ้นเคยใกล้ชิด โดยทั่วไปความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นกับโรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงอยู่ในระดับดี

1.3 กองทุนขนาดเล็ก (อบต. ขนาดกลางและขนาดเล็ก)

พื้นที่ในความดูแลของ อบต. ขนาดกลางและขนาดเล็ก จะมีประชากรต่อแห่งต่ำกว่า 10,000 คน พื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจโดยทั่วไปเป็นชุมชนชนบท อาชีพเกษตรกรรมตามสภาพท้องถิ่น มีหน่วยธุรกิจขนาดเล็กบ้าง เช่น โรงสี โรงงานขนาดเล็ก ร้านค้า ปิมน้ำมัน ฯลฯ รายได้ที่จัดเก็บของ อบต. เฉลี่ยอยู่ที่ 10 ล้านบาทต่อแห่ง เมื่อรวมกับเงินอุดหนุนจากรัฐคิดเป็นรายได้เฉลี่ย 20 ล้านบาทต่อแห่ง อบต. ในกลุ่มนี้บางส่วนได้ยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลแล้ว แต่เนื่องจากจำนวนรายได้ยังไม่มากนัก จึงจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน โครงสร้างของ อบต. ส่วนใหญ่ยังไม่มีส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม บทบาทด้านสาธารณสุขในพื้นที่จึงตกอยู่กับสถานีอนามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีจำนวน 1-3 แห่งในพื้นที่

การจัดตั้งกองทุนในพื้นที่มีผลกระทบต่อสถานีอนามัยค่อนข้างชัดเจน เนื่องจากแหล่งงบประมาณที่เคยสนับสนุนการทำงานของ สอ. มาจากงบส่งเสริมป้องกันในชุมชน (PP community) เป็นหลัก โดยที่งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยตรงที่ CUP ให้มา (PP expressed demand) ไม่เพียงพอ หรือถูกใช้ไปเป็นงบดำเนินการของ สอ. (Fixed cost) ซึ่งเป็นงานรักษาพยาบาลมากกว่า เมื่อบางตำบลถูกโอนให้กองทุนฯ ที่ตั้งขึ้นใหม่ ทำให้ สอ. ขาดงบดำเนินงานไปพอสมควร จำเป็นต้องปรับรูปแบบการทำงานโดยเป็นฝ่ายเสนอโครงการเพื่อขอจากงบกองทุนฯ อันมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นกับเจ้าหน้าที่ สอ. ค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ส่วนบุคคลตามสภาพสังคมเล็กๆ ที่มีโอกาสเกือบลหรือขัดแย้งกันก็ได้

ข้อสรุป

งานสาธารณสุขในบทบาทและความรับผิดชอบของท้องถิ่นที่ผ่านมา ยังคงค่อนข้างอยู่ในวงจำกัด และแตกต่างกันตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและศักยภาพของผู้บริหารท้องถิ่น จะเห็นว่า เทศบาลนครและเทศบาลเมืองเป็น อบท. ที่มีศักยภาพมากที่สุดเนื่องจากมีงบประมาณจากรายได้ของตนเอง องค์กรมีโครงสร้างและบุคลากรค่อนข้างพร้อม แต่กลับพบว่าเทศบาลกลุ่มนี้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่องานส่งเสริมป้องกันเพียงร้อยละ 2-3 ของงบประมาณปีเท่านั้น หรือคิดเป็น 22-33 บาทต่อหัวประชากร ซึ่งต่ำกว่าเงินกองทุนสุขภาพที่ สปสช. จัดสรรให้ (37.50 บาทต่อหัวประชากร) ในขณะที่เทศบาลตำบลหรือ อบต. ขนาดใหญ่ มีการจัดสรรงบส่งเสริมป้องกันและสาธารณสุขแบบกระจายตัว ตั้งแต่ 12-33 บาทต่อหัวประชากร กลุ่ม 40-100 บาทต่อหัว และกลุ่มที่มากกว่า 100 บาทต่อหัว

เป็นที่ยอมรับว่า งานสาธารณสุขในเขตเมืองเป็นงานที่ยุ่ยยากและซับซ้อน เนื่องจากสภาพความแตกต่างของบริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของเมือง นอกจากเทศบาลบางแห่งมีปัญหาขาดแคลนงบประมาณแล้ว ยังพบว่ามีความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่และการประสานงานระหว่างเทศบาลกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดมาโดยตลอด การจัดตั้งกองทุนฯ โดยเทศบาลนครและเทศบาลเมืองจึงเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในงานสาธารณสุขเขตเมือง โดยที่ สปสช. ได้โอนงบส่งเสริมป้องกันในชุมชนจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม มาจัดตั้งเป็นกองทุนฯ ซึ่งส่งผลให้เทศบาลให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมป้องกันมากขึ้น และมีแนวโน้มที่เทศบาลจะขยายบทบาทไปสู่การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับประชากรในเขตพื้นที่ทั้งหมดในอนาคต จุดอ่อนที่สำคัญของเทศบาลยังคงเป็นเรื่องการขาดแคลนบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการ

ในส่วนกองทุนที่จัดตั้งในเขตเทศบาลตำบลหรือ อบต.ขนาดใหญ่ นั้น ยังไม่พบปัญหาการดำเนินงานมากนัก เนื่องจากขนาดกองทุนและประชากรที่รับผิดชอบไม่มากเกินไป หน่วยบริการในพื้นที่ได้แก่โรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างเข้มแข็งและส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยใกล้ชิดกัน อีกทั้งโครงสร้างของเทศบาล/อบต. ซึ่งเพิ่งจัดตั้งหรือยกฐานะไม่นานนัก ยังไม่มีส่วนงานสาธารณสุข หรือมีบุคลากรรองรับเพียง 1-2 คน การทำงานร่วมกันระหว่างท้องถิ่นกับโรงพยาบาลชุมชนจึงมีลักษณะอาศัยซึ่งกันและกัน แม้ว่างบส่งเสริมป้องกันในชุมชนที่เดิมจัดให้กับโรงพยาบาลชุมชน (PP community) จะถูกโอนจัดตั้งเป็นกองทุนฯ ก็ตาม แต่ก็ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลชุมชนไม่มากนัก

เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้บริหารท้องถิ่นหลายแห่งโดยเฉพาะเทศบาลตำบลหรือ อบต.ขนาดใหญ่ เริ่มให้ความสนใจการทำงานของ อสม. มากขึ้น เช่น พยายามที่จะกระตุ้นให้ อสม. รู้จักเสนอปัญหาของชุมชนและจัดทำโครงการด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามเจ้าหน้าที่ สอ. ทั้งหมด มีการสนับสนุนสวัสดิการ การฝึกอบรม และงบอุดหนุนการปฏิบัติงานของ อสม. และมีข้อวิจารณ์ว่า สอ. มีการเสนอแต่โครงการเดิมๆ ขาดการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ บทบาทของเทศบาลกลุ่มนี้ จึงได้พัฒนาตนเองไปสู่การเป็นผู้ประสานการพัฒนาจากทุกภาคส่วนในท้องถิ่นนั้น ให้เกิดความเป็นเอกภาพ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน และมีความเป็นสมดุลงัน

ส่วนเขตพื้นที่ อบต. ขนาดกลางและขนาดเล็กเป็นจุดที่มีผลกระทบต่อการทำงานสาธารณสุขของสถานีนอามัยค่อนข้างชัดเจน เนื่องจาก สอ. เคยได้รับงบส่งเสริมป้องกันในชุมชน (งบ PP community) รองรับการทำงานพื้นที่ค่อนข้างมาก เดิมยังเข้าใจในระยะแรกว่าบส่วนนี้เป็นงบสนับสนุน สอ. จนต่อมาจึงเริ่มเข้าใจมากขึ้น การจัดตั้งกองทุนฯ ภายใต้ อบต. กลุ่มนี้จึงมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่าง สอ. กับท้องถิ่นซึ่งความสัมพันธ์ส่วนบุคคลเป็นหลัก อย่างไรก็ตามก็ดีการจัดตั้งกองทุนฯ มีผลทำให้ อบต. มีความสนใจต่อกิจกรรมสาธารณสุขมากขึ้นอย่างชัดเจน

2. การจัดตั้งกองทุน

ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารท้องถิ่น 918 แห่งที่ให้เหตุผลของการสมัครเข้าร่วมโครงการ พบว่าร้อยละ 81.7 เห็นว่าการจัดตั้งกองทุนเป็นประโยชน์ต่อประชาชน และร้อยละ 10.3 เห็นว่ากองทุนเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมบริหารงบ สปสช. ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้แทนชุมชน ผู้แทน อสม. ต่างให้ความเห็นตรงกันทุกแห่งว่า การจัดตั้งกองทุนเป็นเรื่องที่ดี เป็นประโยชน์ต่อชุมชน ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ชุมชนมีงบประมาณเพื่อใช้แก้ปัญหาสุขภาพที่ชุมชนต้องการ เช่นเดียวกับผู้บริหารระดับจังหวัด / อำเภอ หัวหน้าสถานีนอามัย หรือผู้รับผิดชอบงานในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของ รพศ./รพท. หรือกลุ่มงานเวชกรรมชุมชนของ รพช. ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวคิดการจัดตั้งกองทุนว่า เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของตนเอง

การจัดตั้งกองทุนฯ ในปี 2549 เริ่มจากกลุ่ม อบต. โดยผ่านเครือข่ายสมาคม อบต. แห่งประเทศไทย ซึ่งคัดเลือกจาก อบต. ที่มีผลงานเด่นหรือเคยได้รับรางวัลดีเด่นมาก่อน และสนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้น ได้มีการประชุมชี้แจงและปฐมฤกษ์ มีการจัดทำคู่มือและฝึกอบรมเฉพาะกิจโดยมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ส่วนกองทุนปี 2551 เริ่มจาก สปสช. แจ้งข่าวให้ อบต. ที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการโดยตรง รวมทั้งเปิดโอกาสสำหรับเทศบาลนครและเทศบาลเมือง

ด้วย ส่วนหนึ่งที่สนใจสมัครเป็นเรื่องของการบอกต่อว่า การจัดตั้งกองทุนเป็นประโยชน์และมีงบประมาณสนับสนุน ผลปรากฏว่าการคัดเลือกทั้งสองรูปแบบนั้น ไม่มีข้อพิพาทว่ามีความแตกต่างกัน

ในช่วง 1-2 ปีแรกนั้น การดำเนินงานกองทุนประสบปัญหาอุปสรรค เพราะต่างไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ เจตนารมณ์ และแนวทางการบริหารกองทุน โดยเฉพาะหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินที่ สปสช. กำหนด หลายกองทุนได้นำไปจัดซื้อครุภัณฑ์โดยเฉพาะเครื่องออกกำลังกาย (อต/ก1-3) จ่ายเป็นค่าจ้างลูกจ้างใน สอ. (อต/ก1-3) หรือต้องการซื้อรถตรวจมลพิษทางอากาศ (ทม/ก1-2)

ทุกแห่งสามารถจัดตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนครบตามองค์ประกอบที่ สปสช. กำหนด แต่ทางปฏิบัติอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกทุกแห่ง เช่น ผู้แทนชุมชน ร้อยละ 55.0 ได้จากการเลือกกันภายในชุมชน และร้อยละ 41.6 ได้จากผู้นำชุมชนที่มีอยู่แล้วหรือผู้บริหารท้องถิ่นเป็นผู้เสนอชื่อ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนเขตเมือง ในส่วนผู้แทน อสม. ร้อยละ 62.7 ได้จากการเลือกกันเองในกลุ่ม อสม. และร้อยละ 32.9 ได้จากผู้เป็นประธาน อสม. หรือผู้บริหารท้องถิ่นเป็นผู้เสนอชื่อ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า กองทุนที่มีระบบการคัดเลือกที่เปิดกว้าง โดยให้แต่ละกลุ่มไปคัดเลือกกันเองนั้น มีจำนวนไม่มากนัก (ทต/ก1-2, อต/ก1-3, อต/ต2-3) ซึ่งมักจะคัดเลือกจากความเข้มแข็งของการทำงาน และให้เป็นคณะทำงานด้วยโดยมีค่าเบี้ยเลี้ยงออกเยี่ยมบ้านให้

พบว่า กองทุนขนาดใหญ่หรือกองทุนขนาดกลางที่มีโครงสร้างองค์กร ระบบงาน ผู้บริหาร ตลอดจนบุคลากรที่มีประสบการณ์มาบ้างแล้ว เช่น กลุ่มเทศบาล และ อบต. ขนาดใหญ่ จะมีความพร้อมต่อการดำเนินงานกองทุนค่อนข้างดี ทำให้การบริหารจัดการค่อนข้างเป็นระบบ เช่น มีอนุกรรมการเพื่อกลั่นกรองโครงการ มีการติดตามรายงานผล โดยเฉพาะบทบาทของส่วนงานสาธารณสุขท้องถิ่นจะเป็นฝ่ายเลขานุการที่สำคัญ

กรณีศึกษาจังหวัดที่ขยายกองทุนเต็มพื้นที่ พบว่า การตัดสินใจดังกล่าวเป็นดำริของส่วนกลาง (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น) และผู้แทน สปสช. ในพื้นที่เท่านั้น ไม่มีการประเมินความพร้อมของฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง เมื่อได้ประกาศจัดตั้งกองทุนทั้งจังหวัดแล้ว ไม่พบว่าการเสริมสร้างความพร้อมทั้งในส่วนของท้องถิ่น หรือในส่วนของสาธารณสุขแต่อย่างใด

การเตรียมความพร้อมของ สปสช. ส่วนกลาง ได้เริ่มเป็นจริงเป็นจังเมื่อปี 2551 โดยขอให้แต่ละจังหวัดจัดทีมวิทยากรระดับจังหวัด มีการฝึกอบรมทีมและจัดทำคู่มือ เพื่อให้แต่ละทีมออกไปจัดประชุมชี้แจงกับกองทุนฯ ที่จัดตั้งขึ้นใหม่ แต่จากการสัมภาษณ์ ผู้บริหารท้องถิ่นยังไม่เข้าใจแนวปฏิบัติและระเบียบที่เกี่ยวข้อง แม้ว่าจะผ่านการอบรมแล้ว

ปัญหาอุปสรรค

ผู้บริหารท้องถิ่นส่วนใหญ่ให้ข้อมูลตรงกันว่า สปสช. ได้เชิญไปรับฟังการชี้แจงและปฐมนิเทศกองทุน มีบางครั้งที่ผู้แทน สปสช. มาร่วมประชุมกับคณะกรรมการกองทุนในช่วงแรก แต่หลังจากนั้น ไม่มีการออกมาเยี่ยมอีก เวลาที่กองทุนมีปัญหาคือต้องการคำปรึกษา ผู้ปฏิบัติจึงต้องใช้วิธีการโทรศัพท์ไปตาม จึงต้องการให้ สปสช. ส่งผู้แทนออกมาเยี่ยมเยียนให้คำแนะนำ เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนมีความเข้าใจตรงกัน

ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้บริหารทุกแห่งสะท้อนตรงกันว่า จังหวัดไม่มีส่วนรับรู้หรือมีส่วนในการคัดเลือกกองทุนมาตั้งแต่ต้น เช่น ในปี 2549 สปสช. ส่วนกลางได้ประสานโดยตรงกับสมาคม อบต. เพื่อคัดเลือก อบต. ที่มีผลงานดีเด่นจำนวน 888 แห่งเป็นพื้นที่นำร่อง แม้แต่ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ก็ยังไม่ทราบเรื่อง ส่วนวิธีการคัดเลือกกองทุนใหม่ในปี 2551 นั้น เป็นเรื่องที่ สปสช. มอบให้ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ดำเนินการ โดยมีหนังสือเชิญชวนแจ้งให้ อบต. ที่สนใจยื่นใบสมัครโดยตรงไปที่ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ จากนั้น สปสช. สาขาเขตพื้นที่จึงรวบรวมกลับมาให้จังหวัดพิจารณาให้ความเห็น ซึ่งวิธีการดังกล่าวถูกวิพากษ์วิจารณ์จาก นพ.สสจ. ว่าเป็นการโยนลูกกลับมาให้จังหวัด

เห็นชอบพอเป็นพิธีเท่านั้น ไม่มีขั้นตอนการตรวจสอบอย่างเป็นจริงเป็นจัง เพราะตามขั้นตอนที่กำหนดไว้นั้น สปสช. ได้ให้ท้องถิ่นที่ยื่นใบสมัคร เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารรอรับโอนเงินจาก สปสช. เป็นที่เรียบร้อยแล้ว การที่จังหวัดจะปฏิเสธไม่เห็นชอบ หรือจัดการตรวจสอบขึ้นมา ก็ย่อมสร้างความขัดแย้งกับท้องถิ่นแน่นอน ซึ่งเป็นสิ่งที่ นพ.สสจ. ต่างอึดอัดใจอย่างมาก วิธีการดังกล่าวยังคงใช้เช่นเดิมในปี 2552

อย่างไรก็ดี ผอ. สปสช. สาขาเขตพื้นที่บางแห่งมีความเห็นว่า นโยบายการจัดตั้งกองทุนฯ ไม่ควรเร่งรีบขยายเร็วเกินไป เนื่องจากประเมินว่าท้องถิ่นหลายแห่งยังไม่มีความพร้อม กองทุนที่จัดตั้งแล้วมีทั้งประเภทที่ดำเนินงานได้ดี ปานกลาง และมีปัญหาควรปรับปรุงแก้ไข การดำเนินการในปี 2552 จึงมิได้ทำการประชาสัมพันธ์กับท้องถิ่นมากนัก

ข้อสรุป

การศึกษาได้ข้อสรุปในเชิงนโยบายว่า การจัดตั้งกองทุนฯ เป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายต่างเห็นด้วย ทั้งฝ่ายท้องถิ่น ฝ่ายชุมชน ฝ่ายสาธารณสุขในพื้นที่ และผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ เช่น เห็นว่าเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ มีกิจกรรมสุขภาพที่ชุมชนริเริ่มเอง สนับสนุนการกระจายอำนาจ เป็นต้น

การแต่งตั้งคณะกรรมการในกองทุนต่างๆ ทำได้ครบถ้วนทุกแห่ง กองทุนในเขตเทศบาลนครหรือเทศบาลเมืองจะมีคณะกรรมการค่อนข้างใหญ่ 30-70 คน เนื่องจากมีจำนวนชุมชนมาก ทุกชุมชนต้องการมีผู้แทนเพื่อรักษามลประโยชน์ของตน วิธีการได้มาของกรรมการผู้แทนชุมชน หรือผู้แทน อสม. ยังต่างกันอยู่ พบว่า ครั้งหนึ่งของกองทุนใช้วิธีเลือกกันเองภายในชุมชนหรือกลุ่ม อสม. แต่อีกครึ่งหนึ่งใช้วิธีการกำหนดตามตำแหน่ง หรือตัวประธานกองทุนเป็นผู้เลือก ทั้งนี้ น่าจะสะท้อนอิทธิพลและความสัมพันธ์ที่แท้จริงระหว่างผู้บริหารท้องถิ่นในกระบวนการคัดเลือกผู้แทนชุมชน หรือผู้แทน อสม. ด้วย นอกจากนี้ หลายกองทุนได้มีการจัดตั้งอนุกรรมการ คณะทำงาน เพื่อช่วยเหลือคณะกรรมการบริหารในด้านต่างๆ

การจัดตั้งกองทุนฯ ที่ผ่านมาเป็นเรื่องที่ สปสช. ประสานงานโดยตรงกับ อบต. ในช่วงแรกของการจัดตั้งกองทุนพบว่าแต่ละแห่งต่างประสบปัญหามากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นกับความเข้าใจและวิธีการทำงานของผู้บริหารท้องถิ่น แต่ก็มี การปรับตัวหลังจากผ่านปีแรกไปแล้ว ซึ่งกองทุนส่วนใหญ่สะท้อนว่าเวลาที่มียังปัญหา ไม่รู้จะปรึกษาใคร สปสช. เองก็ไม่สามารถติดตามเยี่ยมเยียนกองทุนได้ทุกแห่ง แม้ว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปตามขั้นตอนของ สปสช. เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการ การจัดประชุม การอนุมัติโครงการ ในปี 2551 สปสช. ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของกองทุนมากขึ้น เช่น การฝึกอบรม การจัดทีมวิทยากรระดับจังหวัด เป็นต้น

ผลจากการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนในระยะแรก ทำให้เห็นว่า การพัฒนาสุขภาพต้องการการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายอย่างจริงจัง การเปลี่ยนผ่านบ่งเสริมป้องกัน PP community จากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเดิมเป็นผู้ดูแลเรื่องนี้ ไปยังเทศบาลหรือ อบต. ในทันที ทำให้โอกาสที่ฝ่ายสาธารณสุขกับฝ่ายท้องถิ่นต่างฝ่ายต่างไม่เข้าใจกัน และเหินห่างกัน ย่อมมีมากขึ้น

การที่ สปสช. ติดต่oprสานงานกับ อบต. โดยตรง ไม่ได้ให้ สสจ. รับรู้และมีส่วนในการคัดเลือก มีผลทำให้ผู้บริหารในระดับจังหวัดต่างไม่นำพาต่อความเป็นไปของกองทุน โดยเห็นว่าเป็นเรื่องของ สปสช. เอง มิใช่หน้าที่ความรับผิดชอบของตน บางส่วนมองว่าการให้จังหวัดกลั่นกรองความพร้อมของกองทุนที่สมัครเข้าโครงการเป็นเพียงขั้นตอนที่กำหนดไว้เท่านั้น ไม่มีผลในทางปฏิบัติ แม้ในส่วนของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่บางแห่งก็เห็นว่า ไม่ควรเร่งรีบขยายกองทุนเร็วเกินไป เนื่องจากท้องถิ่นหลายแห่งยังไม่มีความพร้อม

3. การบริหารกองทุน

ข้อมูลจากการสำรวจพบว่า ในปี 2551 คณะกรรมการกองทุนมีการประชุมอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 81.4 (ที่เหลือไม่มีการประชุมเลย) ในกลุ่มที่มีการประชุมนั้น ร้อยละ 48.8 ประชุมเฉลี่ยปีละ 2-3 ครั้ง การสัมภาษณ์ได้ข้อมูลของการประชุมว่า ช่วงแรกจะประชุมเพื่อทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติ ออกระเบียบต่างๆ และพิจารณาโครงการ ในปีแรกมักมีการประชุมดีกว่าปีที่สอง และปี 2552 จะประชุมน้อยกว่าปีที่ผ่านมา

เนื่องจากคณะกรรมการบริหารกองทุนจะมีบทบาทเป็นผู้ให้ความเห็นชอบโครงการทั้งหมด ดังนั้นรูปแบบการบริหารจัดการในหลายกองทุนโดยเฉพาะกองทุนขนาดใหญ่ จึงมีการจัดตั้งอนุกรรมการหรือคณะทำงานชุดต่างๆ เพื่อทำหน้าที่กลั่นกรองโครงการก่อนเสนอเข้าคณะกรรมการพิจารณา รวมทั้งการติดตามผลโครงการ โดยให้หน่วยงาน องค์กรชุมชน หรือภาคประชาชนที่มีได้เป็นกรรมการกองทุน ได้มีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง ในส่วนของข้าราชการ (ปลัดท้องถิ่น) ที่มีประสบการณ์การบริหาร จะให้ความสนใจในขั้นตอน และช่วยออกระเบียบทางการเงินของกองทุนเพิ่มเติม

การสำรวจพบว่า กองทุนมีการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินในปี 2551 ร้อยละ 58.6 ที่เหลืออยู่ระหว่างการจัดทำแผน แต่จากการสัมภาษณ์กลับพบว่า คณะกรรมการในทุกกองทุนจะไม่มีกำหนดแผนหรือปฏิทินการทำงาน ไม่มีการจัดทำแผนประจำปีของคณะกรรมการ หรือแผนงบประมาณของกองทุน ส่วนใหญ่จะพิจารณาเป็นรายโครงการตามที่มีผู้เสนอ โดยอาจเปิดรับโครงการและพิจารณาในครั้งเดียวตอนต้นปี หรือทยอยพิจารณาโครงการได้เท่าที่ยังมีงบกองทุนที่เหลืออยู่ ทั้งนี้ นิยามของแผนการใช้จ่ายเงินในการสำรวจอาจไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ตอบเข้าใจว่าแผนเป็นการรวบรวมโครงการเข้าด้วยกัน

การใช้จ่ายเงินกองทุนมีปัญหาล่าช้า และไม่เป็นไปตามแผน (โครงการ) ร้อยละ 13.0 (ข้อมูลการสำรวจ) ทำให้มีเงินคงเหลือข้ามปี และท้องถิ่นบางแห่งยังไม่สมทบเงินเข้ากองทุน โดยขณะนี้ยังไม่มียกหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบกำกับติดตาม ขณะที่คณะกรรมการกองทุนบางส่วนต้องการให้ใช้จ่ายเงินกองทุนแบบเปิดกว้าง โดยไม่ต้องอิงระเบียบกฎเกณฑ์สถานการณ์ที่ไม่เข้าใจกันอาจทำให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้นได้

การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จากข้อมูลการสำรวจพบว่า ก่อนหน้าการจัดตั้งกองทุนนั้น หน่วยบริการฯ เคยได้รับงบสนับสนุนจากท้องถิ่นทั้งเป็นประจำและไม่ประจำ ร้อยละ 89.4 ภายหลังการจัดตั้งกองทุน หน่วยบริการฯ ที่เคยได้รับงบสนับสนุนเป็นประจำปี กลับไม่ได้รับการสนับสนุนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.7 และร้อยละ 69.6 ในกลุ่มที่เคยได้รับบอย่างไม่สม่ำเสมอ ซึ่งบ่งชี้ว่าภายหลังการจัดตั้งกองทุน งบสนับสนุนของท้องถิ่นจะเริ่มผลัดไปให้กองทุนรับผิดชอบแทนในการสนับสนุนสถานบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการกองทุนเป็นผู้ที่มีบทบาทต่อการบริหารกองทุนมากที่สุด ด้วยบาร์มีและประสบการณ์ของการทำงานกับชุมชน ผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์และความพร้อมในเชิงบริหารจัดการ จะส่งเสริมหรือชี้นำให้ฝ่ายต่างๆ มีส่วนร่วมในการเสนอโครงการ และกระจายเงินกองทุนออกไปสนับสนุนภาคีต่างๆ ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของท้องถิ่นอย่างแท้จริง แต่ถ้าผู้บริหารไม่กล้าตัดสินใจเกรงว่าจะผิดระเบียบ เพราะไม่เข้าใจแนวทางการบริหารกองทุน หรือผู้บริหารหมดวาระในตำแหน่ง ต้องเลือกตั้งใหม่ ก็จะทำให้การทำงานของคณะกรรมการล่าช้าหรือหยุดชะงักได้ ผู้ที่มีบทบาททรงลงมา ได้แก่ ปลัดเทศบาลหรือปลัด อบต. ซึ่งบางคนมีบทบาทในการกลั่นกรองโครงการ บางคนเข้มงวดกับการปฏิบัติให้ถูกระเบียบ ส่วน ผอ.สำนักหรือกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จะมีบทบาทในคณะกรรมการน้อยมาก

การที่ สปสช. กำหนดให้ประธานกรรมการคือนายกเทศบาลหรือนายก อบต. และพิจารณาข้อตกลงที่ สปสช. ลงนามกับประธานกรรมการกองทุน ได้ระบุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นเป็นผู้กำกับติดตามการดำเนินงานของกองทุน ดังนั้น จะเห็นว่า นายกเทศบาลหรือนายก อบต. จึงเป็นทั้งตัวประธานกรรมการบริหารกองทุน และผู้กำกับติดตามในเวลา

เดียวกัน และการบริหารจัดการกองทุนขึ้นอยู่กับตัวบุคคล คือ นายกเทศบาลหรือนายก อบต. มากกว่าคณะกรรมการ จึงขัดแย้งกับหลักการบริหารอย่างธรรมาภิบาลโดยตรง

การประสานงานระหว่างท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการกองทุนโดยตรงกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าหลายพื้นที่มีการดำเนินงานร่วมกันได้ดี แต่หลายพื้นที่มีปัญหาการทำงานระหว่างบุคคล ข้อมูลจากการสำรวจพบว่าหัวหน้าสถานีอนามัยหรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน หรือผู้รับผิดชอบหน่วยบริการสาธารณสุข ร้อยละ 25.4 ไม่เคยเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการกองทุนเลย ร้อยละ 87.5 เคยเสนอโครงการเพื่อขอการสนับสนุนจากท้องถิ่น ในจำนวนนี้ร้อยละ 37.4 ไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งจากท้องถิ่นหรือกองทุน ตัวอย่างปัญหาของกองทุนในเขตเทศบาลขนาดใหญ่ คือ ขาดการประสานงานในช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างเทศบาลซึ่งรับผิดชอบกองทุน กับโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผลกระทบจากการที่ต่างฝ่ายต่างทำ จะนำไปสู่ความสับสนและการพัฒนาสาธารณสุขในเขตเมืองได้อย่างไร

ข้อสรุป

การบริหารจัดการกองทุน ถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จของกองทุน และควรพัฒนาให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล การวิจัยได้พบจุดอ่อนของการบริหารจัดการกองทุนที่ควรปรับปรุงแก้ไขหลายประการ ได้แก่

การบริหารกองทุนอยู่ในมือของผู้บริหารท้องถิ่นค่อนข้างเบ็ดเสร็จ กล่าวคือ นายกเทศบาลหรือนายก อบต. เป็นประธานกรรมการบริหารกองทุนด้วย แม้ว่าโครงสร้างดังกล่าวมีข้อดี ทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นเห็นความสำคัญของงานสาธารณสุข ต้องเป็นประธานการประชุม และตัดสินใจอนุมัติงบประมาณท้องถิ่นสมทบกองทุน แต่ข้อเสียก็คือ การบริหารกองทุนซึ่งรวมงบประมาณท้องถิ่นที่สมทบแล้วทั้งหมด จะอยู่ในมือของผู้บริหารท้องถิ่นเป็นหลัก โดยมีเพียงคณะกรรมการบริหารกองทุนเท่านั้นที่จะเห็นชอบหรือคัดค้าน ซึ่งทางปฏิบัติเกิดขึ้นได้ยาก อีกทั้งสภาท้องถิ่นไม่มีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบการบริหารกองทุน ดังนั้น ลักษณะการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุน จึงเป็นการสนับสนุนหรือรองรับการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่า โดยปลัดท้องถิ่นและฝ่ายสาธารณสุขทำหน้าที่เลขานุการและดูแลการใช้จ่ายงบประมาณ ภายใต้แนวทางของผู้บริหารท้องถิ่นโดยตรง

อย่างไรก็ดี ข้อมูลจากฝ่ายสาธารณสุขมักจะมีมุมมองแตกต่างจากผู้บริหารท้องถิ่นหรือคณะกรรมการกองทุน โดยผู้บริหารระดับจังหวัด / อำเภอ เห็นว่า การบริหารจัดการของกองทุนในพื้นที่ยังมีปัญหามากบ้างน้อยบ้าง ที่เป็นปัญหารุนแรงจะมีไม่มากนัก ผู้บริหารส่วนใหญ่ยังไม่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของท้องถิ่นในปัจจุบันเท่าใดนัก แต่ก็เห็นด้วยว่าควรต้องมีการพัฒนาทั้งฝ่ายท้องถิ่นและฝ่ายสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความร่วมมือกัน เช่น การสร้างความเข้าใจงานสาธารณสุขแก่ท้องถิ่นและชุมชน การปรับกระบวนการทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ การนำกระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ ฯลฯ

ทั้งนี้ ปัญหาการบริหารจัดการกองทุนที่แท้จริงในภาพรวม ยังขาดการประเมินผล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารพบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ทั้ง สสจ. หรือ สปสช. ไม่สามารถรับรู้ข้อเท็จจริงและความเป็นไปของกองทุนต่างๆ เนื่องจากขาดข้อมูลจากพื้นที่ เป็นเหตุให้ไม่มีผู้ใดหรือหน่วยงานใดเข้าไปจัดการแก้ปัญหาการบริหารจัดการอย่างจริงจัง

4. การดำเนินงานของกองทุน

ผลการดำเนินงานของกองทุนในด้านการเบิกจ่ายงบประมาณ พบว่า

กองทุนขนาดใหญ่ (เทศบาลนครและเทศบาลเมือง)

การใช้จ่ายเงินกองทุนในปีแรก 2551 ส่วนใหญ่อยู่ในอัตราเฉลี่ยปานกลาง-ต่ำ และดีขึ้นเล็กน้อยในปีต่อมา เป็นเหตุให้ยอดเงินคงเหลือ ณ มิถุนายน 2552 มีจำนวนมากในหลายกองทุน เช่น เกิน 4 ล้านบาทอยู่ถึง 3 ใน 8 กองทุนที่ศึกษา และพบว่า ผลการดำเนินงานของแต่ละกองทุนมีความเชื่อมโยงกับความสนใจและบทบาทของผู้บริหารเทศบาล

ผู้บริหารท้องถิ่นที่มีเงินรายได้มาก มักไม่ค่อยสนใจเงินกองทุน เนื่องจากมีงบประมาณของท้องถิ่นจำนวนมาก และบางแห่งยังมีแหล่งเงินทุนจากกองทุนพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายอีกด้วย ปัญหาของเทศบาลนครและเทศบาลเมืองจึงไม่ใช่เรื่องการขาดงบประมาณ แต่จะอยู่ที่ข้อจำกัดด้านบุคลากรตามกรอบโครงสร้างเดียวกันทั่วประเทศ และปัญหาดัชนีภาพของท้องถิ่นในการรับมือกับปัญหาสาธารณสุขในเขตเมือง รวมทั้งปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลภาวะ ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อน

ปลัดเทศบาล และ ผอ.สำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีบทบาทต่อการดำเนินงานของกองทุนในลำดับรองลงมา เนื่องจากมีประสบการณ์ในการปฏิบัติราชการอยู่แล้ว การบริหารกองทุนขนาดใหญ่จึงดูเป็นระบบ มีโครงสร้างรองรับ มีกฎเกณฑ์ และสายบังคับบัญชาที่ชัดเจนมากกว่ากองทุนอื่น

จุดเด่นที่น่าสนใจของกองทุนขนาดใหญ่ ก็คือ การที่ชุมชนมีบทบาทเป็นผู้เสนอโครงการเอง แม้จะเป็นส่วนน้อย แต่ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยที่ส่วนใหญ่ ผู้บริหารเทศบาลจะเป็นประธานกองทุน จึงให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน แต่พบว่า ชุมชนหลายแห่งยังขาดความพร้อม เช่น การจัดทำโครงการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน

กองทุนขนาดกลาง (เทศบาลตำบล และ อบต. ขนาดใหญ่)

ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การใช้จ่ายเงินในแต่ละกองทุนแตกต่างกันมาก ข้อมูลในปีแรกของกองทุนขนาดกลาง 11 แห่ง มีการใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 66.2 และปีที่สองลดลงเป็นร้อยละ 40.9 และปีที่สามอยู่ที่ร้อยละ 37.9 อีกทั้งกองทุน 3 แห่งมีงบคงเหลือสุทธิเทียบกับเงินกองทุนทุกปีรวมกัน มากกว่าร้อยละ 50 ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณในภาพรวมน่าจะมีปัญหา การใช้จ่ายดังกล่าวไม่สัมพันธ์กับจำนวนยอดเงินกองทุน

ลักษณะกิจกรรมของกองทุนขนาดกลาง จะแตกต่างจากกิจกรรมตามข้อบัญญัติท้องถิ่นที่เน้นด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างทั่วไป รวมทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและความสะอาด แต่กิจกรรมกองทุนจะสอดคล้องตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า และเน้นการดำเนินการให้ครอบคลุมพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ท้องถิ่นจึงต้องอาศัยสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล ช่วยกันดำเนินงาน เนื่องจากโครงสร้างและบุคลากรของฝ่ายท้องถิ่นยังไม่เอื้ออำนวย เช่น การตรวจคัดกรองเบาหวานความดัน การตรวจมะเร็งปากมดลูก ฯลฯ ผลจึงปรากฏว่าสถานีอนามัย/โรงพยาบาลและฝ่ายสาธารณสุขของท้องถิ่น เป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการผลักดันและรับผิดชอบโครงการของกองทุนส่วนใหญ่ โดยที่ชุมชนยังไม่มีบทบาทมากนัก อย่างไรก็ตามก็พบว่ายังมีกองทุนจำนวนไม่มากนัก ถูกบริหารแบบอำนาจนิยม ตามความต้องการของผู้บริหารท้องถิ่นฝ่ายเดียว ภายใต้นุคลิกและวิธีการทำงานของผู้บริหาร เช่น เน้นกิจกรรมที่ให้ชาวบ้านได้รับรู้ หรือประชาสัมพันธ์เพื่อผลประโยชน์ทางการเมือง

ดังนั้น ผู้บริหารท้องถิ่นจึงเป็นตัวแปรสำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของกองทุน คณะกรรมการบริหารกองทุนยังไม่มีบทบาทชัดเจนและมีปัญหาการเปลี่ยนแปลงบ่อย ตามวาระการดำรงตำแหน่งทางการเมืองและเลือกตั้งใหม่ กรรมการส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจงานสาธารณสุข ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพ

กองทุนขนาดเล็ก (อบต. ขนาดกลางและขนาดเล็ก)

การใช้จ่ายเงินกองทุนแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันเช่นเดียวกับกองทุนขนาดใหญ่และขนาดกลาง คือมีทั้งอัตราการใช้จ่ายที่สูง ปานกลาง และต่ำ วิเคราะห์แล้วน่าจะขึ้นกับปัจจัยตัวผู้บริหารท้องถิ่น ซึ่งมีอิทธิพลต่อแนวทางการใช้จ่ายเงินด้วย กล่าวคือ มีลักษณะของการผลักดันโครงการที่ตนเองต้องการค่อนข้างชัดเจน หรือบางกองทุนที่ผู้บริหารขาดความมั่นใจ หรือไม่ได้ให้ความสำคัญ หรือไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของกองทุน ก็จะส่งผลที่สูงต่อการดำเนินงานของกองทุนที่อ่อนไหวง่าย นอกจากนี้ ยังส่งผลให้ปลัด อบต. หัวหน้าส่วนสาธารณสุข แม้แต่หัวหน้าสถานีอนามัยจะไม่กล้าได้แย้ง หรือออกความเห็นในทางตรงข้าม ซึ่งต่างจากกรณีเทศบาลขนาดใหญ่ที่ฝ่ายข้าราชการค่อนข้างเข้มแข็งและมีบทบาทมากกว่า นอกจากนี้ ผู้บริหารท้องถิ่นเรียนรู้ที่จะให้ชุมชนเป็นผู้เสนอโครงการมากกว่าสถานีอนามัย แต่บางกองทุนก็พยายามกระจายงบประมาณสนับสนุนไปยังส่วนต่างๆ อย่างทั่วถึง

เนื่องจากกองทุนขนาดเล็กมีจำนวนมากถึงร้อยละ 90 กระจายตัวเป็นพื้นที่เล็กๆ ในแนวกว้าง รายได้ท้องถิ่นมีจำกัด ไม่มีโครงสร้างและบุคลากรด้านสาธารณสุขรองรับในท้องถิ่น การดำเนินงานกองทุนจึงขึ้นกับประสบการณ์ตรงของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ไม่มีการกำหนดทิศทางหรือยุทธศาสตร์การทำงาน การพิจารณาจัดสรรงบกองทุนให้ตามข้อเสนอเข้ามาเป็นคราวๆ ได้ตลอดปี

ลักษณะโครงการ ส่วนใหญ่เป็นโครงการขนาดเล็ก ไม่เกินโครงการละ 30,000 บาท เพื่อกระจายได้หลายโครงการ มีการระบุชื่อโครงการอย่างน่าสนใจและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การควบคุมโรคระบาด การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง ฯลฯ การเขียนโครงการมักไม่มีการวิเคราะห์ปัญหา ไม่มีการอ้างอิงแผนแม่บทชุมชน หรือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์แต่อย่างใด กิจกรรมที่ดำเนินการจะแล้วเสร็จเป็นครั้งๆ ไม่ต่อเนื่อง

จุดเด่นของกองทุนขนาดเล็ก คือ ความสัมพันธ์กับชุมชนค่อนข้างดี เปิดโอกาสให้ชุมชนคัดเลือกผู้แทนชุมชน แต่ในแง่ชาวบ้านก็อาจไม่รู้จักกองทุน ปัญหาที่ผู้บริหารท้องถิ่นสะท้อนบ่อย ก็คือ เกณฑ์การใช้จ่ายเงินไม่ชัดเจน ยืดหยุ่นมากเกินไป ไม่มีกรอบให้ปฏิบัติ

ลักษณะของโครงการโดยทั่วไป

โครงการส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมในลักษณะที่คล้ายกับแผนงบประมาณ และไม่แตกต่างระหว่างท้องถิ่นมากนัก แต่ละโครงการถูกกำหนดให้ดำเนินการแต่ละเรื่องที่ไม่ซ้ำกัน เช่น การฝึกอบรม การตรวจคัดกรอง การรณรงค์ให้ความรู้ การเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดและผู้สูงอายุ โครงการมักตั้งชื่อหัวข้อให้สอดคล้องกับแนวทางและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ฯลฯ แต่วิธีดำเนินการจะเน้นกิจกรรมระยะสั้น เป็นรูปธรรมและจับต้องได้ หรือบางโครงการนำไปจัดซื้อครุภัณฑ์ ของเยี่ยม หรือจ่ายค่าตอบแทนให้อสม. หรือเจ้าหน้าที่ในการออกเยี่ยมบ้านและตรวจคัดกรอง ส่วนผลลัพธ์ต่อการลดทอนปัญหาจะไม่ชัดเจน หรือประเมินไม่ได้

คณะกรรมการพิจารณารายโครงการโดยมิได้วางกรอบการทำงานหรือกำหนดจากสภาพปัญหาพื้นที่ จุดอ่อนของการเขียนโครงการเหล่านี้ ก็คือ การดำเนินงานที่เน้นกิจกรรมมากเกินไป ขาดความต่อเนื่อง ไม่มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่ โครงการถูกเสนอไปตามความคิดเห็นส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้นำชุมชน ตลอดจนไม่เข้าใจกลยุทธในการแก้ไขปัญหา โครงการปีต่อมาจะคล้ายคลึงกับปีที่ผ่านมา หรือมีการปรับเปลี่ยนบ้างเล็กน้อย

โครงการที่กองทุนส่วนใหญ่ให้ความสนใจ ได้แก่ การจัดชมรมสร้างสุขภาพ การตรวจคัดกรองเบาหวานความดัน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม และการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นต้น

การประเมินผลการดำเนินงาน กองทุนส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการด้วยตัวเอง มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีเพียงการติดตามโครงการและการเบิกจ่ายงบประมาณ และมักเป็นกองทุนขนาดใหญ่ที่ฝ่ายสาธารณสุขของเทศบาลเข้มแข็ง หรือนักวิชาการของโรงพยาบาลในระดับจังหวัดหรืออำเภอนั้น มีความสนใจและกระตือรือร้น แต่ก็ยังไม่สามารถประเมินในระดับผลลัพธ์ของโครงการได้ ในระดับจังหวัดบางแห่ง และ สปสช. สาขาเขตพื้นที่บางพื้นที่ เช่น สุราษฎร์ธานี ระยอง มีการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนโดยบุคคลภายนอก แต่ผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจนนัก

การประเมินศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพของกองทุน โดยสำรวจความคิดเห็นของสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 336 อำเภอ พบว่า กองทุนรุ่นแรกที่จัดตั้งเมื่อปี 2549-2550 ร้อยละ 61.5 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 20.9 ควรปรับปรุง ส่วนกองทุนรุ่นสองเมื่อปี 2551 ร้อยละ 57.6 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 27.7 ควรปรับปรุง จะเห็นว่าสาธารณสุขอำเภอมองว่า ศักยภาพของกองทุนในภาพรวม ตกต่ำลงอยู่ที่ระดับควรปรับปรุงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ โครงการที่สาธารณสุขอำเภอ เห็นว่ากองทุนได้ใช้จ่ายเงินกองทุนอย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ได้แก่ การตรวจคัดกรองเบาหวานความดัน การป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนชมรมสร้างสุขภาพ ฯลฯ ส่วนโครงการที่ไม่เหมาะสมและไม่เป็นประโยชน์ ได้แก่ การจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ แจกจ่ายประชาชน (ร้อยละ 23.3) การสนับสนุนชมรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 18.3) และการอบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. (ร้อยละ 16.1)

ข้อสรุป

ข้อมูลจากเอกสารกองทุนและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่า การดำเนินงานของกองทุนไม่มีความแตกต่างจากโครงการเดิมที่สถานีอนามัยเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งมีการระบุชื่อโครงการให้สอดคล้องกับนโยบายพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และตัวโครงการเน้นเพียงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ได้ผลงานตามตัวชี้วัดเท่านั้น เอกสารที่เป็นแผนงานมักเขียนชื่อโครงการสั้นๆ เท่านั้น จะขาดรายละเอียดความชัดเจนในกลยุทธ์และมาตรการแก้ไขปัญหานอกจากนี้ ยังพบว่าโครงการที่กองทุนให้การสนับสนุนจะแตกต่างจากโครงการในข้อบัญญัติท้องถิ่นอยู่บ้าง เพื่อมิให้เกิดความซ้ำซ้อนในส่วนที่เทศบาลหรือ อบต. ยังคงตั้งงบประมาณด้านสาธารณสุขอยู่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค การรักษาความสะอาด การจัดการสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น

ผลการดำเนินงานของกองทุนแต่ละแห่ง พิจารณาจากอัตราการเบิกจ่ายเงินกองทุนในแต่ละปีมีความแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ระดับดีมากจนถึงระดับที่ควรปรับปรุง โดยส่วนใหญ่จะอยู่ที่ระดับปานกลางถึงต่ำ ผลดังกล่าวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสนใจ บทบาทและวิธีการทำงานของผู้บริหารท้องถิ่นซึ่งเป็นประธานกรรมการ ทั้งนี้ ในส่วนบทบาทของคณะกรรมการในทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจนนัก และคณะกรรมการมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยตามวาระการดำรงตำแหน่งของกรรมการ อีกทั้งกรรมการส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจงานสาธารณสุขเท่าที่ควร

ในสภาพท้องถิ่นที่มีกองทุนขนาดเล็ก พบว่า ผู้ปฏิบัติอย่างฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล หรือผู้แทนหน่วยบริการสุขภาพ มักมีลักษณะโอนอ่อนผ่อนตาม ส่วนใหญ่ไม่กล้าโต้แย้งหรือแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม ต่างจากกรณีเทศบาลขนาดใหญ่ที่ฝ่ายข้าราชการค่อนข้างเข้มแข็งและมีบทบาทมากกว่า เนื่องจากเทศบาลมีโครงสร้างและระบบการทำงานราชการที่ยาวนานพอควร

การจัดตั้งกองทุนจึงเป็นช่องทางที่ทำให้เกิดการกระจายงบประมาณด้านสุขภาพไปสู่ท้องถิ่นมากขึ้น เป็นการสนับสนุนระบบบริหารราชการส่วนท้องถิ่นให้เข้มแข็ง ประกอบกับมีแนวคิดที่ต้องการสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินงานกองทุนด้วยตนเอง แต่ปัจจุบันกองทุนยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับชุมชนได้เท่าที่ควร ชุมชนยังขาดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ

แม้แต่การมีผู้แทนชุมชนในคณะกรรมการยังเป็นเพียงสัญลักษณ์ หรือแสดงบทบาทและทัศนคติส่วนตัว มากกว่าบทบาทที่สะท้อนปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้บริหารท้องถิ่นหลายแห่ง มีความโน้มเอียงที่จะสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้เสนอโครงการมากกว่าสถานีนอมา

ในกองทุนขนาดกลาง สถานีนอมา/โรงพยาบาล และฝ่ายสาธารณสุขของท้องถิ่น เป็นสองหน่วยงานที่มีบทบาทมากที่สุดในการผลักดันโครงการต่างๆ ต่างจากกองทุนขนาดใหญ่ที่ฝ่ายสาธารณสุขของเทศบาลนครหรือเทศบาลเมืองจะเป็นผู้ดำเนินการเองเป็นส่วนใหญ่ โดยอาศัยผู้แทนชุมชนเป็นฐานในการเสนอโครงการด้วย

ทั้งนี้ เมื่อ สปสช. และจังหวัดเตรียมขยายการจัดตั้งกองทุนเพิ่มขึ้นในปี 2553 และ 2554 เป็นจำนวน 6,000-8,000 แห่ง ย่อมไม่มีหน่วยใดทำหน้าที่ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนอย่างเป็นกิจจะลักษณะ ซึ่งผลการดำเนินการของกองทุนมีความแตกต่างกันอย่างมากดังที่กล่าวมาแล้ว จึงจำเป็นต้องสร้างระบบกำกับติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนอย่างใกล้ชิด

กรณีจังหวัดตัวอย่างแห่งหนึ่งที่ได้จัดตั้งกองทุนเต็มพื้นที่ พบว่าสภาพการดำเนินงานของกองทุนไม่มีความแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ สืบเนื่องจากการผลักดันมาจากความต้องการในระดับนโยบาย ไม่ได้คำนึงถึงความพร้อมในพื้นที่ ซึ่งผู้บริหารระดับจังหวัดได้สะท้อนทั้งความไม่พร้อมทั้งขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งไม่มีระบบสนับสนุนรองรับแต่อย่างใด

5. การสนับสนุนกองทุน

5.1 บทบาทการสนับสนุนจากหน่วยบริการในพื้นที่

ข้อมูลจากการสำรวจความเห็นของปลัดท้องถิ่น พบว่า ร้อยละ 43 ตอบว่าเคยได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่แตกต่างจากข้อมูลจากหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีการสนับสนุนวิชาการแก่กองทุน ร้อยละ 48.0 เป็นตัวเลขใกล้เคียงกัน ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นกับหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่แนบแน่นเท่าใดนัก

การสนับสนุนด้านวิชาการให้แก่กองทุนในความเห็นของปลัดท้องถิ่น ปรากฏว่า เป็นเรื่องการบริหารกองทุน ร้อยละ 29.9 การจัดเก็บข้อมูลและรายงานทางอินเทอร์เน็ตร้อยละ 26.1 ที่เกี่ยวกับเนื้อหากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีเพียงร้อยละ 13.4 ส่วนความเห็นของหน่วยบริการสาธารณสุข พบการสนับสนุนวิชาการมากที่สุด คือ เรื่องบริหารจัดการ/การเงิน/ระเบียบ ร้อยละ 36.7 การจัดทำแผน/แผนยุทธศาสตร์ ร้อยละ 20.7 อบรมให้ความรู้ ร้อยละ 12.0 การให้ข้อมูลพื้นที่/ระบาดวิทยา/ปัญหาสาธารณสุข ร้อยละ 11.7 กิจกรรมด้านส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ 9.2 จะเห็นว่า การสนับสนุนด้านบริหารจัดการมีความต้องการเรียนรู้มากกว่าด้านส่งเสริมป้องกัน

ข้อมูลจากการสำรวจความเห็นของสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 336 อำเภอ พบว่า ร้อยละ 61.0 ของผู้ตอบ ไม่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งกองทุน ร้อยละ 70.2 ไม่มีส่วนร่วมในการฝึกอบรมให้กรรมการกองทุน ร้อยละ 21.1 และ 53.6 ไม่มีส่วนร่วมจัดทำแผนงาน หรือเพียงแต่ให้แนวทาง สอ. เป็นผู้เสนอแผน ร้อยละ 54.5 เคยร่วมประชุมคณะกรรมการกองทุนด้วยตนเอง และร้อยละ 78.3 เคยให้คำปรึกษาแนะนำแก่กองทุนบ้าง

5.2 บทบาทการสนับสนุนของจังหวัด

ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของประธาน เลขาธิการกองทุน เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ และสาธารณสุขอำเภอ ต่อความเข้าใจงานสาธารณสุขของคณะกรรมการบริหารกองทุน พบว่า หากผู้ตอบเป็นประธานกองทุน (ผู้บริหารท้องถิ่น) ร้อยละ 63-68 หรือเลขาธิการกองทุน (ปลัดท้องถิ่น) ร้อยละ 74-76 จะประเมินความเข้าใจของตนเองอยู่ในระดับดีมาก-

มากที่สุด ส่วนผู้ตอบที่เป็นสาธารณสุขอำเภอ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 42-50 จะประเมินความเข้าใจของ อสม. ที่ระดับมาก-มากที่สุด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 41-43 ประเมินประธานและเลขาฯ กองทุนอยู่ในระดับดีมาก-มากที่สุด ส่วนสาธารณสุขอำเภอร้อยละ 27-30 ประเมินประธานและเลขาฯ กองทุนอยู่ในระดับดีมาก-มากที่สุด

ผลการสำรวจระดับการสนับสนุนงานสาธารณสุขมาก-มากที่สุด พบว่า ผู้ตอบที่เป็นประธานกองทุน ร้อยละ 74-76 หรือเลขานุการกองทุน ร้อยละ 74-76 จะประเมินระดับการสนับสนุนของตนเองอยู่ในระดับดีมาก-มากที่สุด รองลงมา คือผู้แทน อสม. ส่วนผู้ตอบที่เป็นสาธารณสุขอำเภอ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 55-67 เห็นว่า อสม. เป็นผู้สนับสนุนงานสาธารณสุขมาก-มากที่สุด โดยเฉพาะสาธารณสุขอำเภอ ประเมินระดับการสนับสนุนของประธานและเลขานุการ ต่ำมาก คือ ร้อยละ 44 และ 39 ตามลำดับ

ผู้บริหารระดับจังหวัดส่วนใหญ่ ติดตามผลการดำเนินงานกองทุนอยู่ห่างๆ นพ.สสจ.จำนวนน้อย (ต1, ก1, ข2, น2) จะให้ความสนใจและลงมือกำกับดูแล จนถึงขั้นแจ้งทำความเข้าใจกับท้องถิ่นและสาธารณสุขอำเภอ (ต1) หรือทำข้อตกลงกับท้องถิ่น (ข4)

ผู้รับผิดชอบงานประกันของ สสจ. มีจำนวน 1-2 คน ไม่สามารถติดตามดูแลกองทุนทั้งจังหวัดได้ จังหวัดส่วนใหญ่จึงวางแผนให้อำเภอเป็นผู้ติดตามแทน หรือติดตามเพียงตัวเลขการใช้จ่ายเงิน ไม่ได้ดูโครงการเลย

บางจังหวัดได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างกองทุน (น2) เพื่อให้เห็นท้องถิ่นที่ทำได้ดี และ "ต่อยอด" กันเอง แต่ก็ยังไม่สามารถประเมินผลได้

5.3 บทบาทการสนับสนุนของ สปสช.สาขาเขตพื้นที่

หลายแห่งเริ่มมองเห็นปัญหาคุณภาพของกองทุนเมื่อขยายจำนวนมากขึ้น จนไม่สามารถกำกับดูแลด้วยตนเองได้ มีความพยายามปรับกระบวนการทำงานเฉพาะเขตขึ้น (น1, ก1, ข1) บางแห่งไม่เน้นการขยายจำนวน (ก1)

มีการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนในรูปแบบต่างๆ เช่น จ้างสถาบันภายนอก (ก1) ประเมินเองโดยการให้นำนเสนอ (ข4) หรือประเมินร่วมกับทีมจังหวัด (ข1)

การประสานงานกับผู้บริหาร สสจ. ยังเป็นปัญหาช่องว่างอยู่ แม้ว่า สปสช. พยายามประสานโดยตรงกับผู้รับผิดชอบงานกลุ่มประกันและจัดรูปแบบการทำงานเป็นทีม

5.4 การพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการบริหารงานกองทุนในภาพรวม

ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นในด้านต่างๆ ของประธาน เลขานุการกองทุน ซึ่งเป็นฝ่ายท้องถิ่น กับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ และสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นฝ่ายสาธารณสุข พบความเห็นที่แตกต่างในเกือบทุกด้าน ดังนี้

ในประเด็นปัญหาอุปสรรค พบว่า เจ้าหน้าที่หน่วยบริการและสาธารณสุขอำเภอ ประเมินว่ามีปัญหาอุปสรรคต่างๆ มากกว่าฝ่ายท้องถิ่นในทุกประเด็น โดยประธานและเลขานุการ เห็นว่าปัญหาขาดการรับรู้และมีส่วนร่วมของประชาชน และปัญหาการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่น เป็นเรื่องสำคัญ ส่วนเจ้าหน้าที่หน่วยบริการและสาธารณสุขอำเภอ เห็นเพิ่มเติมในปัญหาวิธีการบริหารของท้องถิ่น ปัญหานโยบายการถ่ายโอน สอ. ไปท้องถิ่น และปัญหองค์ประกอบของคณะกรรมการ

ในประเด็นการปรับปรุงการบริหารงานกองทุนนั้น ประธานและเลขานุการ จะให้ความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ควรปรับปรุงระเบียบปฏิบัติของกองทุนให้ชัดเจนรัดกุม และ สปสช. ควรสนับสนุนงบประมาณกองทุนเพิ่มขึ้น ขณะที่เจ้าหน้าที่หน่วยบริการและสาธารณสุขอำเภอ เห็นตรงกันว่า ควรปรับปรุงการจัดทำแผนของกองทุนให้มีประสิทธิภาพ ควรปรับปรุง

ระเบียบปฏิบัติของกองทุนให้ชัดเจนรัดกุม ควรเพิ่มบทบาทของฝ่ายสาธารณสุข ส่วนสาธารณสุขอำเภอ เห็นเพิ่มเติมให้
ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกองทุน ควรมีระบบตรวจสอบกองทุน และควรปรับปรุงประกอบคณะกรรมการ

ในด้านความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานกองทุน พบว่า ทุกฝ่ายประเมินความพอใจระดับปานกลางอยู่ที่ร้อยละ
58-63 แต่ประธานและเลขานุการ ประเมินความพอใจมากที่สุดที่ร้อยละ 29-38 (โดยรวมแล้วพอใจ-พอใจมาก) ขณะที่
เจ้าหน้าที่หน่วยบริการและสาธารณสุขอำเภอ ประเมินความไม่พอใจที่ร้อยละ 19-24 (โดยรวม ไม่พอใจ-พอใจ)

ในด้านความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ท้องถิ่น ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ด้านการ
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านการแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า/ฉุกเฉิน พบว่า ทุกฝ่ายประเมินว่าภารกิจด้านการ
รักษาพยาบาล น่าจะยังมีความพร้อมน้อยที่สุด และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการกับสาธารณสุขอำเภอ ประเมินความพร้อมใน
ทุกภารกิจต่ำกว่าฝ่ายท้องถิ่น

ในด้านนโยบายการดำเนินงานกองทุนในอนาคต พบว่า ประธานและเลขานุการ เห็นควรให้โอนกองทุนให้ท้องถิ่น
บริหารเอง ร้อยละ 34-40 ควรปรับปรุงกองทุน ร้อยละ 33-37 และคงสภาพเดิมเพียงร้อยละ 25 ส่วนเจ้าหน้าที่หน่วย
บริการและสาธารณสุขอำเภอ เห็นว่าควรปรับปรุงร้อยละ 27-48 ควรขยายกองทุนให้ครบทุกตำบลร้อยละ 19-30 และควร
ยุบเลิกกองทุนร้อยละ 12-13

จะเห็นว่า ทั้งประธานและเลขานุการซึ่งอยู่ในฝ่ายท้องถิ่น กับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการและสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งอยู่
ในฝ่ายสาธารณสุข มีความเห็นในทุกด้าน ได้แก่ ปัญหาอุปสรรค เรื่องที่ควรปรับปรุงการบริหารกองทุน ความพึงพอใจ
ความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ท้องถิ่น และนโยบายการดำเนินงานกองทุนในอนาคต ค่อนข้าง
สวนทางกัน กรณีความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นปัญหาอุปสรรคที่เร่งด่วน และจะส่งผลเสียต่อการดำเนินงานร่วมกันใน
อนาคต

5.5 การฝึกอบรมและจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

การสำรวจความเห็นของปลัดท้องถิ่น พบว่า ร้อยละ 26.1 เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการจัดทำแผนที่ทางเดิน
ยุทธศาสตร์มาแล้ว แต่ประเมินความเข้าใจได้แค่ระดับปานกลางร้อยละ 55.9 และเข้าใจน้อยหรือไม่เข้าใจเลย ร้อยละ 33.3
ส่วนของเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการสาธารณสุข ร้อยละ 41.5 ให้ข้อมูลว่า เคยอบรมเรื่อง "แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์"
ประเมินผลว่าเข้าใจระดับปานกลางร้อยละ 72.6 และเข้าใจน้อยหรือไม่เข้าใจร้อยละ 20.1 การสำรวจข้อมูลของ
สาธารณสุขอำเภอ (336 อำเภอ) ร้อยละ 28.9 ให้ข้อมูลว่า ไม่เคยรับการอบรมเรื่องแผนที่ยุทธศาสตร์ ผลการอบรม เข้าใจ
ปานกลางร้อยละ 84.5 และเข้าใจน้อยหรือไม่เข้าใจ ร้อยละ 5.2

จะเห็นว่า การฝึกอบรมเรื่องการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ยังไม่เป็นที่รับรู้ในวงกว้าง มีผู้ผ่านการอบรมน้อย
กว่าร้อยละ 50 โดยเฉพาะปลัดท้องถิ่นและสาธารณสุขอำเภอ เคยผ่านการอบรมเพียงร้อยละ 30 ที่สำคัญคือ ผู้รับการ
ฝึกอบรมส่วนใหญ่มีความเข้าใจระดับปานกลาง ส่วนที่เข้าใจน้อยหรือไม่เข้าใจเลยนั้น ปลัดท้องถิ่นพบมากที่สุด
ผู้ปฏิบัติงานรองลงมา และสาธารณสุขอำเภอพบน้อยที่สุด

การผลักดันให้มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ดำเนินการ แม้ว่าบางแห่งได้ผ่านการอบรม
มาแล้ว แต่ก็ไม่สามารถนำกระบวนการมาปรับใช้ หลายฝ่ายทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ทั้งฝ่ายท้องถิ่นและฝ่ายสาธารณสุข
ยอมรับตรงกันว่าเป็นเรื่องยุ่งยากและซับซ้อน เข้าใจยาก แม้ว่าเป็นเรื่องที่ดีและมีความพยายามที่จัดอบรมให้แก่ผู้บริหาร
ท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ก็ตาม ตัวอย่างจังหวัดหนึ่ง นพ.สสจ. นำกระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดิน
ยุทธศาสตร์มาใช้ปรับความเข้าใจและสามารถคลี่คลายความขัดแย้งระหว่างเทศบาลนคร กับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของ

โรงพยาบาลศูนย์ บางจังหวัดได้ปรับปรุงกระบวนการให้จ่ายขึ้นในรูปแบบเฉพาะตัว แต่ก็ไม่ได้แสดงผลที่ได้จากการจัดทำแผนที่

ข้อสรุป

การวิจัยพบว่า การดำเนินงานกองทุนในช่วง 3 ปีแรก ยังมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นหลายด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการ ระเบียบปฏิบัติ จำนวนงบประมาณของกองทุน ความพร้อมและศักยภาพของคณะกรรมการ รูปแบบการให้คำปรึกษาด้านวิชาการ การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดทำแผนงานและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นที่สังเกตว่า ความคิดเห็นในด้านต่างๆ เหล่านี้ ระหว่างฝ่ายท้องถิ่นและฝ่ายสาธารณสุข มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ซึ่งน่าจะเป็นผลจากพื้นฐานและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน และปัญหาทัศนคติต่อการดำเนินงานของกองทุนที่แตกต่างกันด้วย

นอกจากนี้ ยังพบว่าการดำเนินงานของกองทุน ยังขาดการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ กล่าวคือ มีช่องว่างของการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างจังหวัดกับ สปสช. เขต และระหว่างจังหวัด สปสช. กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และระหว่างจังหวัด สปสช. กับกองทุนและท้องถิ่นในพื้นที่ ตลอดจนการติดตาม การกำกับดูแล และการประเมินผล ก็นับว่าเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องเช่นกัน

6. ผลกระทบจากการดำเนินงานกองทุน

การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีจุดเด่นที่ช่วยกระตุ้นให้ทั้งเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลหันมาให้ความสนใจกับงานสาธารณสุขมากขึ้น โดยก่อนที่มีกองทุนฯ นั้น ส่วนใหญ่ของเทศบาลและ อบต. จะไม่ค่อยมีบทบาทด้านสาธารณสุข ยกเว้นเรื่องการควบคุมโรค สิ่งแวดล้อม และการรักษาความสะอาดเท่านั้น และมักไม่เข้าไป "ก้าวก้าว" งานของสถานีอนามัย แต่เมื่อมีกองทุนฯ และ สอ. รวมทั้งชุมชนเสนอโครงการให้กองทุนพิจารณา ทำให้ท้องถิ่นเริ่มมีความสำคัญมากขึ้น และมีบทบาทในฐานะเป็นหน่วยรับผิดชอบงานสาธารณสุขในพื้นที่อีกหน่วยหนึ่ง จะเห็นว่า ท้องถิ่นที่ดูแลกองทุนบางแห่งเริ่มลงไปดูรายละเอียดของโครงการและประเมินผลการดำเนินงานของ สอ. หรือเทศบาลนครบางแห่งเริ่มแสดงบทบาทเป็นผู้จัดบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่ายรายหัวของ สปสช. เป็นต้น

ตัวอย่างผู้บริหารเทศบาล ทม/ก1-1 ให้ความสนใจอย่างมากในการขอเข้าร่วมโครงการคลินิกอบอุ่นของ สปสช. เพื่อขอรับเงิน UC รายหัวมาบริหารจัดการเอง โดยได้รับแนวคิดจากการประชุมสันนิบาตเทศบาล รวมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งน่าจะเป็นกระแสความคิดหลักของผู้บริหารเทศบาลเมือง ที่ต้องการขยายบทบาทของเทศบาลขนาดใหญ่ไปสู่การจัดตั้งโรงพยาบาลของตนเอง

สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงนี้ มีส่วนทำให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเคยได้รับงบประมาณ PP community เกิดเข้าใจผิดในช่วงแรกว่า งบก้อนนี้ยังเป็นของหน่วยบริการในพื้นที่ และต้องการดึงมาบริหารจัดการเองทั้งหมด โดยเสนอโครงการตามที่คำนวณงบรายหัว อย่างไรก็ตาม การมีกองทุนก็มีส่วนช่วยให้เจ้าหน้าที่ สอ. เกิดความตระหนักในบทบาทที่ต้องประสานงานกับท้องถิ่นให้มากขึ้น มิใช่ทำงานเป็นเอกเทศอย่างแต่ก่อน อีกทั้งการทำงานในอนาคตต้องอาศัยแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้ชุมชนมีความตื่นตัวในการจัดการสุขภาพเพื่อประโยชน์ของคนในชุมชน

การทำงานของสถานีนามัย/โรงพยาบาล เริ่มถูกวิจารณ์จากท้องถิ่นว่า ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงเป้า เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักจะเขียนโครงการขึ้นภายใต้มุมมองของตนเอง จึงไม่แตกต่างจากโครงการเดิมที่เคยทำมาแล้วทั้งสิ้น เช่น การป้องกันโรคไข้เลือดออก ฯลฯ อีกทั้งการทำงานของ สอ. ยังเน้นที่เป้าหมายตามตัวชี้วัด มากกว่าการพัฒนารูปแบบทางเลือกในการทำงานใหม่ๆ

โดยทั่วไป สถานีนามัยและโรงพยาบาลหลายแห่ง ยังไม่มีปัญหาในการโอนย้ายงบ PP community ไปให้ท้องถิ่นดูแล เนื่องจากยังมีงบประมาณจากแหล่งอื่นมาสนับสนุนอยู่ เช่น งบ PP expressed demand งบบริการผู้ป่วยนอก (OP) งบเหมาจ่ายค่าบริหารจัดการ ที่เรียกกันว่า Fixed cost ทั้งจากจังหวัดและจากหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) ในอำเภอนั้น นอกจากนี้ สอ. เห็นว่า การเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุน ยังคล่องตัวกว่า และไม่ยุ่งยากเหมือนที่ขอจากหน่วยคู่สัญญาของอำเภอ (CUP) ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานที่ถูกกระทบมากที่สุด หากมีการจัดตั้งกองทุนเดิมพื้นที่น่าจะเป็นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เนื่องจากแต่เดิม สอ. จะอาศัยงบประมาณจาก PP community เป็นหลักในการทำงาน และได้รับงบบริหารจัดการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบ้างเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ทั้ง สอ. สอ. หรือโรงพยาบาล ควรที่จะเรียนรู้สถานการณ์และปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

แนวโน้มอีกประการหนึ่ง คือ การที่ผู้บริหารท้องถิ่นบางราย เริ่มให้ความสนใจกับบทบาทการทำงานของ อสม. มากขึ้น เนื่องจากงบบุคลากรสาธารณสุขมูลฐาน หมู่บ้านละ 10,000 บาทก็ดี งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็ดี กิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังต่างๆ ก็ดี ล้วนแต่ต้องอาศัยทีมงาน อสม. ร่วมกันดำเนินงาน โดยที่เทศบาล/ อบต. และกองทุนฯ จะเป็นแหล่งงบประมาณที่สำคัญสำหรับ อสม. ดังนั้น รูปแบบการทำงานของ สอ./โรงพยาบาล กับ อสม. จึงควรต้องพิจารณาด้วยวิสัยทัศน์และมุมมองในการทำงานชุมชนที่ต้องร่วมมือกันอย่างเท่าเทียมกัน

จุดอ่อนของกองทุนที่อาจมีผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ การที่งบประมาณรอนจาก สปสช. ค่อนข้างล่าช้า ไม่ทันตามแผนส่งเสริมป้องกันที่มีอยู่ และเกิดปัญหาในกองทุนที่มีอิทธิพลการเมืองค่อนข้างมาก หรือเมื่อเจ้าหน้าที่สถานีนามัย อยู่คนละฝ่ายกับผู้บริหารท้องถิ่น อาจกระทบกระทั่งกันบ้าง

ข้อสรุป

การทำหน้าที่ในกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลหรือ อบต. ทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นเริ่มหันมาสนใจงานสาธารณสุขมากขึ้น ในเวลาเดียวกัน ตัวองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองก็เริ่มมีความสำคัญ และมีบทบาทในฐานะเป็นหน่วยรับผิดชอบงานสาธารณสุขในพื้นที่มากขึ้น ในที่สุด ท้องถิ่นจะทำหน้าที่ตัวกลางในการเชื่อมต่อกับหน่วยบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข กับ อสม. ซึ่งได้ชื่อว่า เป็นผู้ที่ทราบปัญหาของชาวบ้านดี และถือเป็นตัวแทนของชาวบ้าน

บทบาทของ อสม. ดังกล่าวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และช่วยให้ อสม. ทำหน้าที่เป็นของตัวเองมากขึ้น จนสามารถแยกออกจากบทบาทของสถานีนามัยได้ ทั้งนี้ การที่ผู้บริหารท้องถิ่นหลายแห่งเริ่มให้ความสนใจและมีส่วนสนับสนุนบทบาทของ อสม. ทำให้องค์ประกอบด้านพัฒนาสุขภาพในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข และชุมชน ซึ่ง อสม. เป็นแกนหลัก เด่นชัดขึ้น

สถานีนามัยหรือโรงพยาบาลที่ดูแลรับผิดชอบการจัดบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์และมุมมองการทำงานชุมชน โดยต่อไปจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบจัดการสุขภาพในชุมชน การมีกองทุนมีส่วนช่วยให้เจ้าหน้าที่ สอ. เกิดความตระหนักในบทบาทการประสานงานกับท้องถิ่นมากขึ้น มิใช่ทำงานเป็นเอกเทศอย่างแต่ก่อน ต้องพัฒนาทักษะการทำงานอย่างมีส่วนร่วม และสร้างพื้นฐานของตัวเองด้านวิชาการให้เข้มแข็ง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ได้รับผลกระทบค่อนข้างชัดเจน ควรที่จะปรับกระบวนการทํางานเช่นเดียวกัน สสอ. ควรพัฒนารูปแบบการทํางานแนวราบให้มากขึ้น โดยทํางานเชิงประสานนโยบายและสร้างแนวร่วมในการทํางาน สาธารณสุข ตลอดจนพัฒนาศักยภาพในการกำกับดูแล และประเมินผล แทนที่จะทํางานแนวดิ่งตามสายงานบังคับบัญชา เช่นที่เป็นอยู่

ในเขตเมืองที่มีปัญหาสาธารณสุขค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนตามสภาพสังคมเศรษฐกิจนั้น การจัดตั้งกองทุนในเขต เทศบาลนครหรือเทศบาลเมืองถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ เป็นการโอนย้ายผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขเขตเมือง จากกลุ่ม งานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลประจำจังหวัด ไปสู่สำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล นอกจากนี้ เทศบาลนครบางแห่งยังต้องการแสดงบทบาทเป็นผู้จัดบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่ายรายหัวของ สปสช. อีกด้วย การ เปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลกระทบอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อการจัดบริการส่งเสริมป้องกันแก่ประชาชนในเขตเทศบาล ขึ้นอยู่กับความพร้อมของเทศบาล ศักยภาพของผู้บริหารท้องถิ่น และความสัมพันธ์กับกลุ่มเวชกรรมสังคม ทั้งนี้ ควรมีการ ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างเป็นระบบ เพื่อสะท้อนสภาพปัญหาตามความเป็นจริง ส่วนกลุ่มงานเวชกรรม สังคมจำเป็นต้องปรับพื้นฐานการทํางานไปสู่วิทยาการอย่างเร่งด่วน

อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการดำเนินงานโดยรวม

สถานการณ์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ภายหลังจากที่ได้ดำเนินงานช่วงแรก จะเป็นผลสะท้อนของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Social interaction) ภายใต้อิทธิพลของพื้นที่ ประกอบด้วย 3 ฝ่ายหลัก ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ผู้บริหารท้องถิ่น ปลัดท้องถิ่น และผู้อำนวยการส่วน/กอง/สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) หน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีนอyman หรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน หรือกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาล) และชุมชน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน) ภาพดังกล่าวสะท้อนอิทธิพลเชิงอำนาจทางสังคมหรือ "บารมี" ของผู้เกี่ยวข้องเหล่านี้ในพื้นที่ เช่น บางพื้นที่เจ้าหน้าที่ สอ.เก่งเป็นที่ยอมรับ ท้องถิ่นก็จะเกรงใจ หรือหากผู้บริหารท้องถิ่นหวังผลทางการเมืองจากการบริหารกองทุน และมีฝ่ายสาธารณสุขที่ทำงานเองได้ ท้องถิ่นจะดำเนินการเอง ส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่อย่างเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง ผู้บริหารก็จะให้ความสนใจน้อย

การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน ไม่สามารถพิจารณาเป็นภาพเดียวทั้งประเทศ จำเป็นต้องแยกแยะกองทุนที่แตกต่างกันเป็น 3 ประเภท เพื่อให้สอดคล้องกับศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่

1. กองทุนขนาดใหญ่ บริหารงานโดยเทศบาลนคร หรือเทศบาลเมือง
2. กองทุนขนาดกลาง บริหารงานโดยเทศบาลตำบล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่
3. กองทุนขนาดเล็ก บริหารงานโดยองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง และขนาดเล็ก

โดยทั่วไป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง จะมีการจัดทำแผนสาธารณสุขประจำปีตามข้อบัญญัติท้องถิ่น ซึ่งค่อนข้างจำกัดในเรื่องการควบคุมโรค การรักษาความสะอาด และการจัดการสิ่งแวดล้อม แต่ที่ผ่านมาค่อนข้างได้รับงบประมาณน้อย (ร้อยละ 2-10 ของงบรายจ่ายรวม) ยิ่งหักค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรและรายจ่ายประจำออกแล้ว จะเหลือสำหรับการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันน้อยลงมาก และยังคงแตกต่างกันตามความพร้อมของท้องถิ่น (โครงสร้างองค์กร เงินรายได้ บุคลากร) และศักยภาพของผู้บริหารท้องถิ่น (วิสัยทัศน์ กระบวนทัศน์ ความเป็นผู้นำ วิธีการทำงาน)

โครงการด้านสาธารณสุขที่ใช้จ่ายด้วยงบประมาณของท้องถิ่น ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น งานดูแลหญิงตั้งครรภ์ การวางแผนครอบครัว ภาวะโภชนาการในเด็ก การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ฯลฯ

เทศบาลเมือง ก1-1 เป็นกรณีตัวอย่างที่ชัดเจนมากในเรื่องบทบาทและอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ซึ่งมีความยุ่งยากและซับซ้อนเกินกว่าขีดความสามารถของท้องถิ่นที่จะแก้ไขปัญหาได้โดยลำพัง และต้องการแผนงานรองรับในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ ข้อจำกัดต่อการรองรับการขยายตัวของชุมชน ความไม่เป็นระบบในการจัดการผังเมือง วิถีชีวิตแบบชุมชนเมือง อุตสาหกรรมกับภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การขยายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เพียงพอต่อความ

ต้องการและมีคุณภาพ เป็นต้น ทั้งนี้ ที่ผ่านมานหน่วยงานส่วนกลางยังไม่สามารถช่วยเหลือ หรือสนับสนุนด้านวิชาการ ให้แก่ท้องถิ่น รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นให้เห็นผลอย่างจริงจัง

การวิเคราะห์ลักษณะของงานสาธารณสุขไม่ว่าดำเนินการโดยสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะพบว่ามีมิติสำคัญสองด้าน คือ มิติด้านความรู้เทคโนโลยี และมิติทางสังคม มิติด้านความรู้เทคโนโลยี ก็คือ ความสามารถของหน่วยงานที่เกิดจากการประยุกต์ความรู้ วิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข และการใช้ทักษะเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่วนมิติทางสังคม คือ การใช้ความสัมพันธ์ทางสังคม วัฒนธรรมและค่านิยม ให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งทั้งฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายท้องถิ่นต่างมีจุดแข็งจุดอ่อนคนละด้าน

แนวโน้มและผลกระทบ

การสาธารณสุขเขตเมืองน่าจะมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างชัดเจน จากเดิมที่เป็นบทบาทของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลประจำจังหวัด เริ่มปรับเปลี่ยนไปสู่บทบาทของเทศบาลนครและเทศบาลเมืองมากขึ้น ทั้งในด้านการจัดบริการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้บริหารเทศบาลในเมืองใหญ่เริ่มให้ความสนใจกับการจัดการบริการสุขภาพ ด้วยการลงทุนขยายศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกผู้ป่วยนอก หรือการจัดตั้งโรงพยาบาลของเทศบาลในพื้นที่ชองว่างในเขตเมือง ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดตั้งกองทุนฯ ในเขตเมือง ส่งผลให้ สปสช. โอนย้ายงบ PP community ของประชากรทั้งเขตเทศบาล จากเดิมในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ไปให้กองทุนซึ่งเทศบาลนครหรือเทศบาลเมืองเป็นผู้บริหารจัดการ ซึ่งงบประมาณดังกล่าวในบางแห่งมีจำนวนมากกว่างบประมาณรายจ่ายประจำปีด้านสาธารณสุขของเทศบาล ทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสนใจและกระตือรือร้นในงานสาธารณสุขมากขึ้น ในอนาคตหากเทศบาลได้ขยายการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชากรในเขตเทศบาลได้เต็มรูปแบบ งบจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP expressed demand) ก็ย่อมจัดสรรให้แก่เทศบาลนั้นๆ ด้วยเช่นกัน

เมื่อกองทุนในเทศบาลเขตเมืองได้ขยายครบทุกพื้นที่ รวมทั้งการจัดบริการของเทศบาลเป็นเช่นนี้ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมจำเป็นต้องปรับภารกิจของตนด้วยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดยควรเน้นงานวิชาการด้านต่างๆ ให้มากขึ้น เช่น ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านระบาดวิทยา ด้านการควบคุมป้องกันโรค ด้านศึกษาวิจัย ฯลฯ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพทางวิชาการสาธารณสุข พร้อมทั้งจะเป็นเสาหลักให้กับหน่วยงานต่างๆ ในท้องถิ่นและจังหวัด

ในส่วนเทศบาลตำบลและ อบต. แม้ว่าอนาคตคงยังไม่สามารถจัดหน่วยบริการสุขภาพของตนเองได้ในเร็ววัน แต่ควรได้รับการส่งเสริมให้จัดตั้งกองทุนฯ เต็มพื้นที่เช่นเดียวกัน การที่งบ PP community ถูกบริหารจัดการทั้งหมดที่ อบต. ย่อมมีผลต่อการบริหารงานสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานในสังกัด ซึ่งในปี 2553 คาดว่าจะ เป็นปีแรกที่งบด้านส่งเสริมป้องกันของจังหวัดได้รับจัดสรรน้อยกว่างบ PP community ที่จัดสรรให้แก่ท้องถิ่นโดยผ่านกองทุน

ปัญหาอุปสรรค

1. ปัญหาศักยภาพและความพร้อมที่แตกต่างกันตามพื้นฐานของท้องถิ่นแต่ละประเภท

เนื่องจากในปัจจุบันกองทุนได้ขยายตัวเป็นจำนวนมาก คาดว่าในปี 2553 จะมีประมาณ 6,000 แห่ง หรือร้อยละ 75 ของจำนวนท้องถิ่นทั่วประเทศ ผลการดำเนินงานของกองทุนจึงมีความหลากหลายมาก เนื่องจากระบบการบริหารกองทุนที่ สปสช. กำหนดขึ้น ได้มอบหมายให้คณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นคณะบุคคลที่จะใช้ดุลยพินิจแทน สปสช.

และให้ผู้บริหารท้องถิ่นเป็นประธานกรรมการ ปลัดท้องถิ่นเป็นเลขานุการ โดยนัยยะเพื่อให้ท้องถิ่นเข้ามาดูแลรับผิดชอบ กองทุน ข้อมูลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญอยู่ที่ตัวบุคคลที่เป็นผู้บริหารท้องถิ่น มิใช่องค์กรหรือคณะกรรมการ เนื่องจากผู้บริหารท้องถิ่นเป็นผู้ควบคุมการใช้ทรัพยากรและกลไกของท้องถิ่นโดยตรง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารท้องถิ่นกับฝ่ายสาธารณสุข และผู้แทนชุมชนรวมทั้ง อสม. จะเป็นเพียงปัจจัยเสริมหรืออาจจำกัดบทบาทของฝ่ายสาธารณสุขและผู้แทนชุมชน ยิ่งกองทุนขนาดเล็กในระดับ อบต.ซึ่งมีความสัมพันธ์ภายในสังคมที่แคบ บทบาทและอิทธิพลของผู้บริหารท้องถิ่นยิ่งเด่นชัด

ปัญหาของกองทุนขนาดใหญ่ พบว่า เทศบาลจะเป็นผู้ดำเนินการเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับข้าราชการท้องถิ่นมีประสบการณ์การบริหาร และท้องถิ่นมีความเข้มแข็งระดับหนึ่งจึงสามารถดำเนินงานด้วยตนเองได้ ส่วนฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลมีบทบาทค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นเพียงการสนับสนุนวิชาการ และบุคลากรที่ออกปฏิบัติการตามที่ท้องถิ่นร้องขอ

ปัญหาของกองทุนขนาดกลาง พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นกับฝ่ายสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นลักษณะพึ่งพาอาศัยกัน เนื่องจากเทศบาลยังไม่มีโครงสร้างและอัตรากำลังรองรับ ส่วนฝ่ายสาธารณสุขมีความพร้อมระดับหนึ่งและเข้ามาหนุนเสริม เช่น กลุ่มงานเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลชุมชน กองทุนหลายแห่งที่มอบให้ฝ่ายสาธารณสุขเป็นผู้เสนอโครงการและรับงบประมาณไปดำเนินการเอง

ปัญหาของกองทุนขนาดเล็ก พบว่า ฝ่ายท้องถิ่นเป็นผู้ที่มีบทบาทมากที่สุด ข้าราชการท้องถิ่นขาดความพร้อมและอัตรากำลังไม่เพียงพอ สถานื่อนามัยมีบทบาทไม่แน่นอน ผลการดำเนินงานของกองทุนขนาดเล็กจึงแตกต่างกันมาก

2. บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ สถานีอนามัยในพื้นที่ อบต.ขนาดกลางและขนาดเล็ก ศูนย์สาธารณสุขชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลชุมชน หรือกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ส่วนใหญ่ของหน่วยงานสาธารณสุข ยังปฏิบัติงานตามกรอบและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือกำกับและประเมินผล จนกลายเป็นแบบแผนการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขไปโดยปริยาย หลายกรณีจากการวิจัย ได้ชี้ให้เห็นว่า กรอบการทำงานของฝ่ายสาธารณสุขที่ยึดตัวชี้วัดของส่วนกลางหรือที่จังหวัดทำเพิ่มเติม กับแนวคิดที่พยายามมองปัญหาในพื้นที่ของผู้บริหารท้องถิ่น ทำให้เกิดช่องว่างของการประสานงาน ตลอดจนปัญหาการทำงานร่วมกัน ผู้บริหารท้องถิ่นในบางแห่งถึงกับปฏิเสธการที่จะใช้เงินกองทุนไปสนองตอบตัวชี้วัดของจังหวัดก็มี

การสนับสนุนกองทุน ยังเป็นปัญหาเช่นเดียวกัน เพราะหน่วยงานที่ควรจะมีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ กลับไม่แสดงบทบาทที่ควรจะเป็น เนื่องจาก พบว่า สปสช. เป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด ตั้งแต่การประชาสัมพันธ์ การรับสมัครท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ การเห็นชอบและเสนอ สปสช. อนุมัติและจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การลงนามข้อตกลง การประชุมปฐมนิเทศ การให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนการรายงานผลผ่านระบบออนไลน์

การที่ สปสช. ต้องเป็นผู้ดำเนินการในเรื่องกองทุนเหล่านี้ด้วยตนเอง ทั้งที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ลงพื้นที่ ไม่มีเวลาเนื่องจากภาระงานต่างๆ มีมาก รวมทั้งขาดประสบการณ์และความเข้าใจปัญหาและสภาพการทำงานในพื้นที่ ทำให้ปัญหาต่างๆ ของกองทุนไม่ได้รับการแก้ไขทันเวลาที่ เช่น กองทุนบางแห่งไม่มีการดำเนินการเป็นเวลานาน อัตราการใช้จ่ายเงินกองทุนค่อนข้างต่ำและล่าช้า ทำให้มียอดเงินคงเหลือเพิ่มขึ้นโดยไม่มีโครงการรองรับ การใช้จ่ายเพื่อจัดซื้อวัสดุและครุภัณฑ์ไม่ถูกต้องเหมาะสม การใช้จ่ายเงินที่ไม่มีการตรวจสอบ เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นจุดอ่อนที่พบค่อนข้างบ่อยและถูกละเลยในการดำเนินงานกองทุนเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่า สปสช. มีเจตนาที่ดี ต้องการให้ชุมชนมีบทบาทในกองทุน โดยผ่านผู้แทนชุมชนหรือผู้นำ รวมทั้ง อสม. เป็นแกนนำในคณะกรรมการ สาเหตุสำคัญมาจากการที่ชุมชนยังไม่ตื่นตัว ขาดการรับรู้ในเรื่องกองทุนและประโยชน์ที่ชุมชนได้รับ ขาดทักษะในการเขียนโครงการและการบริหารจัดการงบประมาณ ตลอดจนขาดความเข้าใจในปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้แทนชุมชนมักจะมีสายสัมพันธ์กับผู้บริหารท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้ง บางแห่งเป็นระบบอุปถัมภ์ระหว่างผู้บริหารท้องถิ่นกับผู้นำชุมชนหรือ อสม. ด้วยเหตุนี้ ผู้แทนชุมชนจึงขาดความเป็นอิสระ และไม่อาจโต้แย้งหรือยืนยันประโยชน์ของโครงการต่อประชาชนได้โดยตรง

นอกจากนี้ ชุมชนไม่มีโอกาสที่จะตรวจสอบการดำเนินงานของกองทุนได้เลย การดำเนินงานของกองทุนไม่มีข้อบังคับว่า แผนงานหรือโครงการใดของกองทุนต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นหรือเปิดโอกาสให้ชุมชนแสดงความคิดเห็นได้บ้างได้ คณะกรรมการจะพิจารณาโครงการตามที่มีหน่วยงานเสนอในที่ประชุมเป็นคราวๆ ไป หลังจากการดำเนินงานผ่านไป ก็ยังไม่มีมีการตรวจสอบผลการดำเนินงานและการใช้จ่ายจากภาคประชาชน

4. การกำกับดูแลการดำเนินงานกองทุน

แม้ว่าระบบการบริหารกองทุนของ สปสช. ถูกออกแบบให้ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการบริหารกองทุน แต่ในทางปฏิบัติ กลับเป็นเรื่องการใช้ดุลยพินิจของผู้บริหารท้องถิ่นเป็นหลัก แม้ว่าบางกองทุนมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างท้องถิ่นกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ได้ดี เนื่องจากท้องถิ่นนั้นไม่มีโครงสร้างและบุคลากรรองรับ อีกทั้งชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมเท่าใดนัก ส่วนน้อยที่ผู้บริหารท้องถิ่นเห็นความสำคัญหรือหวังผลทางการเมือง ก็จะส่งเสริมบทบาทของผู้แทนชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ โครงการด้านสาธารณสุขที่แต่ละกองทุนสนับสนุน ส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมมากกว่าการแก้ไขปัญหา ขาดมิติของความรู้เทคโนโลยี และขาดการกำกับและติดตามผลอย่างชัดเจน

จะเห็นว่า ความเป็นอิสระของคณะกรรมการบริหารกองทุน และผู้บริหารท้องถิ่นในการดำเนินงานกองทุนนั้น แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ดี แต่ก็ทำให้เกิดสภาพที่หลากหลาย ไม่คงเส้นคงวา ทำให้การพัฒนาไม่เป็นไปในทิศทางที่ควรจะเป็นได้โดยง่าย และโดยหลักการบริหารอย่างธรรมาภิบาลนั้น ควรจะมีระบบกำกับดูแลเพื่อเป็นการถ่วงดุลการใช้ดุลยพินิจของผู้บริหารท้องถิ่น การกำกับดูแลยังเป็นเงื่อนไขจำเป็นของการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น ตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ ฉบับปี 2550 มาตรา 282 อีกด้วย

5 บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขแทบไม่มีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับกองทุน เนื่องจากการดำเนินการในเรื่องกองทุนทั้งหมดมาจากคำริชของ สปสช. ฝ่ายเดียว ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ไม่มีระบบและช่องทางในการสื่อสาร การปรึกษาหารือ และประสานงานในระดับส่วนกลาง เป็นผลให้ต่างคนต่างทำตามนโยบายของตน ยกเว้นการมีข้อตกลงที่ลงนามร่วมกันหลายองค์กรเมื่อปี 2549 แล้ว ก็ยังไม่มีมีการดำเนินงานร่วมกันอีก ข้อบ่งชี้ในเรื่องนี้ก็คือ การที่ไม่มีหน่วยงานใดเลยในกระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ประสานงานในเรื่องกองทุน ไม่มีแนวทางหรือตัวชี้วัดในการติดตามผล ด้วยมีช่องว่างเชิงโครงสร้าง ส่วนกลางจึงปล่อยให้เป็นที่ของ สปสช. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการไปโดยลำพังตามความเห็นความรู้สึกส่วนตน ส่วน สปสช. ก็มุ่งผลักดันนโยบายกองทุนฝ่ายเดียว ด้วยเชื่อมั่นว่าเป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารท้องถิ่น ได้แก่ นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จะเป็นผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดในการโครงสร้างและระบบการบริหารกองทุนที่เป็นอยู่ บทบาทและอิทธิพลของผู้บริหารท้องถิ่นจะเด่นชัดมาก ในพื้นที่ของท้องถิ่นขนาดเล็ก (อบต. ขนาดกลางและขนาดเล็ก) ซึ่งเป็นสังคมชนบทที่แคบ และกลไกของระบบราชการยังขาดความเข้มแข็ง ตรงข้ามกับพื้นที่เขตเมือง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของท้องถิ่นขนาดใหญ่ (เทศบาลนคร และเทศบาลเมือง) จะเป็นบริบทของสังคมเมืองที่มีความซับซ้อนกว่า ซึ่งเทศบาลมีโครงสร้างและบุคลากรที่พัฒนาแล้วในระดับหนึ่ง รวมทั้งพื้นฐานของชุมชนมีความตื่นตัวอยู่บ้าง บทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในการบริหารกองทุนจึงกระจายไปยังกลุ่มบุคคลต่างๆ ทั้งในเทศบาล และหน่วยงานสาธารณสุข รวมทั้งชุมชนด้วย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารท้องถิ่น กับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ มีความสำคัญต่อความก้าวหน้าของการดำเนินงานกองทุน เนื่องจากอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวและไม่เป็นทางการ จะมีส่วนอย่างมาก ซึ่งอาจเกิดจากทั้งฝ่ายสาธารณสุขเป็นผู้ริเริ่ม หรือจากฝ่ายท้องถิ่นเป็นหลัก ความสัมพันธ์ดังกล่าวเด่นชัดมาก ในกองทุนขนาดกลาง ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลตำบล หรือ อบต. ขนาดใหญ่ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับ สปสช. สาขาเขตพื้นที่

ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด (นพ.สสจ.) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการสนับสนุนหรือผลักดันการดำเนินงานของกองทุน เป็นกุญแจสำคัญในการผลักดันการพัฒนากองทุน เนื่องจากอยู่ในฐานะหัวหน้าส่วนราชการที่ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความเกรงใจ สามารถเชื่อมโยงกับผู้ว่าราชการจังหวัดและท้องถิ่นจังหวัดได้ และมีหน่วยงานในสายบังคับบัญชาที่ปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่น โดยทั่วไป สาธารณสุขยังเป็นหน่วยงานที่ท้องถิ่นให้การยอมรับว่ามีวิชาความรู้ สามารถให้ข้อเสนอแนะได้ ที่ผ่านมา ตัวบุคคลที่ดำรงตำแหน่ง นพ.สสจ. จึงมีผลอย่างมาก ทั้งเชิงบวกในการสนับสนุนผลักดันการดำเนินงานกองทุน หรือเชิงลบ รู้สึกสูญเสียบทบาท และวางเฉยปล่อยให้ท้องถิ่นดำเนินงานกองทุนโดยเอกเทศฝ่ายเดียว หรือวางตัวกลางๆ คือ ร่วมทำเท่าที่จะทำได้

จังหวัดที่จัดตั้งกองทุนครอบคลุมหรือเกือบครอบคลุมทั้งจังหวัด จะได้รับผลกระทบจากการขาดงบประมาณที่เคียได้ PP community ทำให้อำเภอและตำบลต้องปรับตัวทางใดทางหนึ่ง จังหวัดเองก็ต้องพยายามหางบประมาณแหล่งต่างๆ มาสนับสนุนงานของพื้นที่ เช่น งบพัฒนาจังหวัด

ผอ.สปสช.สาขาเขตพื้นที่ เป็นผู้ที่มีบทบาทในการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนได้มาก แต่เนื่องจากที่ตั้งของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ค่อนข้างห่างไกลพื้นที่ และมีบุคลากรจำกัดมาก ไม่สามารถให้คำปรึกษา หรือติดตามกองทุนอย่างใกล้ชิดได้ ดังนั้น การจะดำเนินบทบาทดังกล่าวได้นั้น ผู้บริหาร สปสช. ต้องเข้าใจบทบาท จุดแข็งจุดอ่อนของทุกฝ่ายในการทำงานร่วมกัน และคำนึงถึงการสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม โดยเฉพาะ สสจ. และกระจายอำนาจการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม มีสัญญาณว่า สปสช.สาขาเขตพื้นที่ มองเห็นความจำเป็นที่จะประสานงานกับจังหวัดมากขึ้น เช่น ขอให้จังหวัดจัดทีมติดตามประเมินผล หรือให้อำเภอรับไปดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ในเชิงนโยบาย การจัดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมและชุมชน สอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นของรัฐบาล การดำเนินงานที่ผ่านมา มีส่วนช่วยกระตุ้นให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลให้ความสำคัญงานสาธารณสุขได้มากขึ้น มีการจัดโครงสร้างของท้องถิ่นและอัตรากำลัง เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจนขึ้น ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีของท้องถิ่นเพื่อสมทบเงินกองทุน และดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของกองทุนพบว่า ยังมีปัญหาความเข้าใจในบทบาทของกองทุน และปัญหาการบริหารจัดการค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในท้องถิ่นที่ยังไม่มีความพร้อม แม้ว่าการขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง จะเป็นเรื่องที่เหมาะสมในเชิงนโยบาย แต่ก็ควรขยายด้วยความรอบคอบรัดกุม เพื่อให้เกิดประโยชน์จากงบประมาณที่ลงไปอย่างแท้จริง หากท้องถิ่นใดยังไม่มีความพร้อมหรือไม่ยื่นความจำนงค์ ก็ไม่ควรไปบังคับให้จัดตั้งกองทุน เพื่อหวังให้ครบทุกพื้นที่

2. การพัฒนากลไกให้กองทุนหลักประกันสุขภาพไปสู่ความมั่นคงอย่างยั่งยืน เป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน และเพื่อยกระดับการดำเนินงานกองทุนให้เป็นนโยบายระดับชาติ แทนที่จะเป็นเพียงภารกิจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ฝ่ายเดียว โดยกำหนดเป็น "โครงการพัฒนากองทุนฯ ระยะ 2" เน้นความร่วมมือในระดับนโยบาย ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยในการพัฒนากองทุนฯ ให้มีประสิทธิภาพ อาทิเช่น การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายและกำกับทิศทาง การเปลี่ยนสถานภาพของกองทุนที่มีอยู่เดิม ให้เป็นกองทุนชุมชนที่มีกฎหมายรองรับ

3. ควรขยายหุ้นส่วนการพัฒนาสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการผลักดันให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมทบงบประมาณเพิ่มเติมแก่กองทุน และมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกองทุนในภาพจังหวัดในรูปของคณะกรรมการระดับจังหวัดด้วย ทั้งนี้ ควรให้ความสำคัญกับกองทุนขนาดเล็ก ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของกองทุนที่มีอยู่

4. ควรจัดให้มีกลไกการกำกับดูแลการดำเนินงานของกองทุน เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเป็นไปเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น และส่วนรวม โดยต้องไม่ขัดกับหลักการกระจายอำนาจและการปกครองตนเองของท้องถิ่น กลไกการกำกับดูแลดังกล่าว ประกอบด้วยคณะกรรมการกำกับทิศทางการดำเนินงานของกองทุนระดับจังหวัด มีบทบาทในการประสานแผนงาน/โครงการของกองทุนต่างๆ ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาสังคมในพื้นที่

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์

1. กระทรวงสาธารณสุขควรสร้างกลไกประสานความร่วมมือระหว่างราชการบริหารส่วนภูมิภาคกับส่วนท้องถิ่น โดยร่วมกันจัดทำ "กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของจังหวัด" เพื่อเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดอย่างแท้จริง ทั้งในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกองทุนหลักประกันสุขภาพภายในจังหวัดนั้น ทั้งนี้ เพื่อให้ทิศทางการดำเนินงานของท้องถิ่นมีความสอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐ ด้วยการเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด ไม่มีลักษณะต่างคนต่างทำ

2. ผลการวิจัยพบว่า ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของแต่ละกองทุนขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลมากที่สุด โดยเฉพาะตัวผู้บริหารท้องถิ่น สปสช. จึงควรสร้างระบบกำกับดูแลการดำเนินงานของกองทุน รวมทั้งการติดตามและประเมินผลกองทุน เพื่อให้การใช้จ่ายมีประสิทธิภาพ และเป็นการมอบบทบาทให้ส่วนภูมิภาคกำกับดูแลแทน สปสช. ทั้งนี้ มีข้อเสนอ ดังต่อไปนี้

2.1 สปสช. ควรจัดให้มีระบบตรวจสอบโดยภาคประชาชน ตั้งแต่แผนการใช้จ่ายงบประมาณ โดยจัดทำเป็นประกาศท้องถิ่นในที่สาธารณะก็ดี การรายงานผลการดำเนินงานต่อสภาท้องถิ่นก็ดี หรือเปิดโอกาสให้สภาองค์กรชุมชน ตำบลเป็นตัวแทนภาคประชาชนในการตรวจสอบผลการดำเนินงานกองทุน เป็นต้น

2.2 สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันออกแบบระบบกำกับดูแลกองทุนในระดับจังหวัด ในรูปของคณะกรรมการและให้ผู้แทนท้องถิ่นทั้ง อบจ. เทศบาล และ อบต. ร่วมเป็นกรรมการด้วย โดยให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทในการกำกับดูแลกองทุนทุกแห่งในจังหวัดหรือในอำเภอนั้น ทั้งนี้ อาจพิจารณาให้เป็นบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัดนั้นเป็นทางเลือกหนึ่ง

2.3 สปสช. ควรจัดให้มีการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนเป็นระยะๆ ในปัจจุบัน การรับรู้ความคืบหน้าของการดำเนินงานของกองทุน ได้โดยอาศัยข้อมูลที่มีการรายงานไปยัง สปสช. ผ่านระบบออนไลน์ แต่ยังขาดการประเมินเชิงระบบเพื่อดูแนวโน้มและปรับปรุงการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ

3. งานสาธารณสุขในเขตเมือง

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. การพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่น

อย่างที่ได้อ้างข้างต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมิได้มีศักยภาพและความพร้อมในมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่และทรัพยากรพร้อมกว่าทั้งโครงสร้างองค์กร กำลังคนและกำลังงบประมาณ อย่างเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง ย่อมที่จะแบกรับการบริหารงานกองทุนฯ ได้ดีกว่าท้องถิ่นขนาดเล็กที่กระจายตามตำบลต่างๆ หากมีระบบการบริหารจัดการที่ดีในองค์กรมาช่วยเสริม ศักยภาพและความพร้อมของท้องถิ่นพิจารณาตามหลักการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านองค์กร ด้านผู้บริหาร และด้านการจัดการ การพัฒนาความพร้อมทั้ง 3 ด้านนี้เป็นเงื่อนไขจำเป็นต่อการพัฒนาท้องถิ่นอันใด ย่อมเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาการบริหารกองทุนให้มีประสิทธิภาพด้วย

ด้านองค์กร ประกอบด้วย โครงสร้างองค์กรของสำนักงานท้องถิ่น เช่น ท้องถิ่นที่ยังไม่มีผลงานสาธารณสุข ย่อมขาดความพร้อมที่จะบริหารจัดการด้วยตนเอง สำนักงานยังต้องมีบุคลากรเพียงพอทั้งจำนวนและความรู้ความสามารถ ได้แก่ เจ้าหน้าที่และนักวิชาการสาธารณสุข สู้ท้าทายทรัพยากรและงบประมาณเป็นปัจจัยขับเคลื่อนการพัฒนาเช่นกัน

ด้านผู้บริหารท้องถิ่น ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ เช่น ผู้บริหารท้องถิ่นที่เข้าใจงานสาธารณสุข มิใช่เน้นกิจกรรมเฉพาะหน้าที่สร้างแต่คะแนนนิยม โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างองค์รวม ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วม ระบบบริการสุขภาพ ในด้านภาวะผู้นำนั้น ต้องการผู้บริหารท้องถิ่นที่เปิดใจกว้าง รับรู้ปัญหาและความต้องการของชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง สามารถระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในท้องถิ่น และกระจายงบประมาณเพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาได้ สุดท้ายคือทักษะการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ด้านการจัดการ ประกอบด้วย การพัฒนากระบวนการวางแผนสาธารณสุข กระบวนการแก้ไขปัญหาด้วยวิชาการและเทคโนโลยี กระบวนการกำกับดูแลและระบบตรวจสอบ เพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลในการจัดการ

2. พัฒนาศักยภาพทางวิชาการของหน่วยงานสาธารณสุขอย่างเร่งด่วน

การขยายบทบาทของท้องถิ่นในด้านสาธารณสุข โดยจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพขึ้นทั่วประเทศนั้น แม้ว่า เป็นนโยบายที่ดีและก้าวหน้า แต่ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญที่สุดคือ การบริหารจัดการโครงการ ซึ่งเน้นการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้แก่คณะกรรมการบริหารกองทุนฝ่ายเดียว โดยมีได้จัดระบบการกำกับดูแลและประเมินผล การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านวิชาการจากฝ่ายสาธารณสุข

บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขที่พร้อมจะสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่นในทุกรูปแบบของการกระจายอำนาจนั้น จำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนจากบทบาทการเป็นหน่วยปฏิบัติโดยตรง คือ เป็นผู้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนแต่ผู้เดียว มาเป็นบทบาทส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนและท้องถิ่นสามารถระดมทรัพยากรที่มีอยู่ นำมาใช้พัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต

3. สปสช. ควรจัดระบบการตรวจสอบทางบัญชีและการเงิน เนื่องจากเป็นหน่วยงานเจ้าของงบประมาณ

2.3 ให้มีการสื่อสารประสานงานระหว่าง สปสช. กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณานุกรม

- โกวิทย์ พวงงาม. อบต. ในกระบวนทัศน์ใหม่ พัฒนา สร้างเครือข่ายและความเข้มแข็ง. กรุงเทพฯ : วิทยุชน, 2546.
- โกวิทย์ พวงงาม. รัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 รัฐธรรมนูญเพื่อปฏิรูปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. โกวิทย์ พวงงาม (บรรณาธิการ). ทิศทางการปกครองท้องถิ่นไทยในรัฐธรรมนูญฉบับใหม่. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เสมารธรรม, 2550.
- โกวิทย์ พวงงาม. ทิศทางการกระจายอำนาจและการปกครองส่วนท้องถิ่นไทยในรัฐธรรมนูญใหม่. โกวิทย์ พวงงาม (บรรณาธิการ). ทิศทางการปกครองท้องถิ่นไทยในรัฐธรรมนูญฉบับใหม่. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เสมารธรรม, 2550.
- ข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลปี 2551.
- ข้อตกลงระหว่าง สปสช. สาขาเขตพื้นที่ กับ สปสช. สาขาจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ปี 2551.
- คณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนมัย. คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549.
- จรัส สุวรรณมาลา. รัฐบาล - ท้องถิ่น: ใครควรจัดบริการสาธารณะ? กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2542.
- เชาวนะ ไตรมาศ. ข้อเสนอทิศทางการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและทิศทางในอนาคตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญใหม่. โกวิทย์ พวงงาม (บรรณาธิการ). ทิศทางการปกครองท้องถิ่นไทยในรัฐธรรมนูญฉบับใหม่. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เสมารธรรม, 2550.
- ชูชัย ศุภวงศ์. อบต. กับการจัดการปัญหาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมาย. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย, 2542.
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ บรรณาธิการ. การวิจัยนโยบายสาธารณะ : กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2550.
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ. รายงานการวิจัย: การประเมินกองทุนสุขภาพท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552.
- ทีมวิจัยปัญหาตุลาการศาสตร์. การปกครองส่วนท้องถิ่น ข้อคิดเห็นเสนอจากประสบการณ์อินโดนีเซีย สาขา "ตุลาการศาสตร์". โกวิทย์ พวงงาม (บรรณาธิการ). ทิศทางการปกครองท้องถิ่นไทยในรัฐธรรมนูญฉบับใหม่. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เสมารธรรม, 2550.
- ธเนศวร์ เจริญเมือง. ทศวรรษแห่งการกระจายอำนาจในสังคมไทย (พ.ศ. 2534-2544). สถาบันพระปกเกล้า. การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย การประชุมวิชาการสถาบันพระปกเกล้าครั้งที่ 3. นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า, 2545.
- ปธาน สุวรรณมงคล. การปกครองท้องถิ่นไทย ในบริบทของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540. กรุงเทพฯ : โครงการส่งเสริมการแต่งตำรา มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช, 2547.

- ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องการบังคับใช้ แผนการกระจายอำนาจ
ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 118 ตอนพิเศษ 4 ง หน้า 23. กรุงเทพฯ : 2544
- ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องการบังคับใช้ แผนการกระจายอำนาจ
ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ
ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอนพิเศษ 40 ง หน้า 1. กรุงเทพฯ :
2551.
- ประยงค์ เต็มฉวลา. การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย. ชลบุรี : ศูนย์ฝึกอบรมและ
พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง จังหวัดชลบุรี, 2540.
- ปรีดา แด่อารักษ์ และคณะ. กระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น. นนทบุรี : สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจาย
อำนาจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
- พระราชบัญญัติสภาองค์กรชุมชน พ.ศ. 2551.
- พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2550.
- พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550.
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
- พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. โครงสร้างอำนาจท้องถิ่น ความขัดแย้ง และการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพมหานคร : จรัสสินทวงศ์
การพิมพ์, 2552.
- มนัส สุวรรณ, เอกกมล สายจันทร์, ไพสิฐ พาณิชยกุล. การตรวจสอบขององค์กรภาคประชาชนในระบบการบริหารงาน
และกิจการสาธารณะของท้องถิ่น. เชียงใหม่ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- รัชนี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, ปิ่นนเรศ กาศอุดม, วัฒนา บันเทิงสุข. ประเมินผลการดำเนินงานระบบ
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้นแบบ. ชลบุรี : ศูนย์พัฒนานวัตกรรมกาดูแลสุขภาพภาค
ตะวันออก, 2551.
- วิทยาลัยพัฒนาการปกครองท้องถิ่น. การเสริมสร้างระบบกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเชิงสร้างสรรค์ :
กรณีศึกษาเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล. นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า, 2550
- วินัย สิลสมิทธิ์ และสุกสิทธิ์ พรรณารุณทไย. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย. สถาบันพระปกเกล้า.
การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย การประชุมวิชาการสถาบันพระปกเกล้าครั้งที่ 3.
นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า, 2545
- วุฒิสาร ตันไชย. การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 4 นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า, 2546.
- สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. การกระจายอำนาจของกระทรวง ทบวง กรม ลงสู่ภูมิภาค
และท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สมารธรรม, 2543.
- สมคิด เลิศไพฑูรย์. รัฐธรรมนูญกับการปกครองท้องถิ่นในรัฐธรรมนูญ. โกวิท พวงงาม (บรรณาธิการ). ทิศทางกา
ปกครองท้องถิ่นไทยในรัฐธรรมนูญฉบับใหม่. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สมารธรรม, 2550.
- หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.19/ว.0689 ลงวันที่ 21 เมษายน 2551 เรื่องการโอนงบประมาณ
และเร่งรัดดำเนินกิจกรรมระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. 2550.

Sosmena, Gaudioso C. Jr. Decentralization and Intergovernmental Relations. สถาบันพระปกเกล้า. การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย การประชุมวิชาการสถาบันพระปกเกล้าครั้งที่ 3. นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า, 2545.

A

เพื่อให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์ถูกต้องที่สุด ขอให้ท่านซึ่งเป็นประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล กรุณาตอบหรือให้ข้อมูลตามความเป็นจริง หรือความคิดเห็นส่วนตัวแล้วแต่กรณี ความเห็นของท่านจะไม่ถูกปรากฏชื่อบุคคล สถานที่ ด้วยวิธีการใดๆ ทั้งสิ้น

1. ผู้ตอบ ☐ นายกเทศบาล ☐ นายก อบต. ☐ บุคคลอื่น โปรดระบุ
.....
2. เหตุผลสำคัญที่สุด ที่ท่านสมัครเข้าร่วมโครงการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลของ สปสช.(กรุณาเลือกตอบเพียงข้อเดียว)
☐ เห็นประโยชน์กับประชาชนในด้านสุขภาพ ☐ มีโอกาสเข้าถึง
ประชาชนในพื้นที่มากขึ้น ☐ เป็นโอกาสของท้องถิ่นที่จะมีส่วนร่วมบริหารบ
สนับสนุนจาก สปสช. ☐ เพื่อสานต่อกองทุนเดิมที่มีอยู่แล้ว
☐ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาชักชวน / แนะนำ ☐ เหตุผลอื่น โปรดระบุ
.....
3. ปัญหาสาธารณสุขใดที่ท่านคิดว่าสำคัญที่สุด ในท้องถิ่นของท่าน (โปรดเรียงลำดับความสำคัญ 3 ปัญหา)
1.
2.
3.
4. โปรดระบุหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
1. จากสมาชิกสภาเทศบาล / อบต
.....
2. จากผู้นำหมู่บ้าน / ผู้แทนชุมชน
.....
3. จากกลุ่ม อสม
.....

5. ท่านคิดว่าที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ เป็นอย่างไร

5.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจงานสาธารณสุขของคณะกรรมการ

บุคคล	ความรู้ ความเข้าใจงานสาธารณสุข					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
ประธานกองทุน						
กรรมการที่เป็น สมาชิกสภาเทศบาล / อบต.						
กรรมการที่เป็น ผู้นำหมู่บ้าน / ผู้แทนชุมชน						
กรรมการที่เป็น ผู้แทน อสม.						
ปลัดเทศบาล / อบต. ผู้เป็นเลขานุการ						

5.2 บทบาทของคณะกรรมการในการสนับสนุนงานสาธารณสุข

บุคคล	บทบาทการสนับสนุนงานสาธารณสุข					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
ประธานกองทุน						
กรรมการที่เป็น สมาชิกสภาเทศบาล / อบต.						
กรรมการที่เป็น ผู้นำหมู่บ้าน / ผู้แทนชุมชน						
กรรมการที่เป็น ผู้แทน อสม.						
ปลัดเทศบาล / อบต. ผู้เป็นเลขานุการ						

5.3 อุปสรรคต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ

การดำเนินงาน	ระดับอุปสรรค					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
ตัวบุคคลที่เป็นคณะกรรมการกองทุน						
วิธีการบริหารขององค์กรปกครองท้องถิ่น						
การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่น						
โอกาสในการรับรู้และมีส่วนร่วมของประชาชน						
นโยบายการถ่ายโอน สอ. ไปอยู่กับท้องถิ่น						
อุปสรรคอื่นๆ ระบุ						

6. ท่านคิดว่า รูปแบบการบริหารงานกองทุนฯ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ เหมาะสมดีแล้ว ไม่ต้องปรับปรุง
- ☐ ควรสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น
- ☐ ควรพัฒนาการจัดทำแผนประจำปีของกองทุนให้มีประสิทธิภาพ
- ☐ ควรปรับปรุงคณะกรรมการ เช่น ให้หลากหลายจากภาคราชการ ภาคองค์กรเอกชน ภาคชุมชน ฯลฯ
- ☐ ควรกำหนดระเบียบ แนวปฏิบัติ และวิธีการบริหารกองทุนให้ชัดเจนรัดกุมยิ่งขึ้น
- ☐ ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ ออกความคิดเห็น และร่วมดำเนินงานให้มากขึ้น
- ☐ ควรมีระบบตรวจสอบ ความโปร่งใสของการใช้จ่ายงบประมาณกองทุน
- ☐ ควรให้มีการประสานงานและเพิ่มบทบาทของฝ่ายสาธารณสุขมากขึ้น
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
.....

7. สมมติว่า ในอนาคตอีก 2 ปีข้างหน้า หาก สปสช. จัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพรายหัวทั้งหมด ทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟู ให้กองทุนฯ บริหารเอง ท่านคิดว่า กองทุนฯ จะสามารถดูแลกิจการ และแก้ปัญหาสุขภาพในตำบลได้ด้วยตนเอง ได้หรือไม่

- ภารกิจทั่วไปด้านสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล ☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐
- น่าจะมีความปัญหา
- ภารกิจส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐
- น่าจะมีความปัญหา

ภารกิจการแก้ปัญหาภัยสุขภาพเฉพาะหน้า ☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐
น่าจะมีปัญหา

8. โดยสรุป ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ ที่ผ่านมา อย่างไร
☐ พอใจมาก ☐ พอใจปานกลาง ☐ ไม่พอใจ ☐ ไม่แน่ใจ

9. โดยสรุป ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงานกองทุนฯ ในอนาคต อย่างไร
☐ คงสภาพเดิม ☐ ควรปรับปรุงกองทุน ☐ ควรยุบเลิกกองทุน
☐ ถ่ายโอน สอ.ให้องค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อบริหารกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ
☐ อื่นๆ

10. ท่านมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนอย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....

(หากพื้นที่สำหรับตอบคำถามไม่เพียงพอ กรุณาเขียนเพิ่มเติมในกระดาษอื่นและแนบกลับมา
พร้อมกับแบบสอบถามนี้)

ขอขอบคุณ ที่กรุณาใช้เวลาตอบแบบสำรวจ

แบบสำรวจข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี 2551

เพื่อให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความสมบูรณ์ถูกต้องที่สุด ขอให้ท่านซึ่งเป็น เลขานุการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล กรุณาตอบหรือให้ข้อมูลตามความเป็นจริง หรือความคิดเห็นส่วนตัวแล้วแต่กรณี ความเห็นของท่านจะไม่ถูกปรากฏชื่อบุคคล สถานที่ ด้วยวิธีการใดๆ ทั้งสิ้น

1. ผู้ตอบ ☐ ปลัดเทศบาล ☐ ปลัด อบต. ☐ บุคคลอื่น ระบุ
2. ข้อมูลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
 - 2.1 กองทุนจัดตั้งขึ้นใน ปี พ.ศ. ☐ 2549 ☐ 2551
 - 2.2 วิธีได้มาซึ่งกรรมการกองทุนที่เป็นผู้แทนกลุ่ม
 - 1) กรรมการที่เป็นสมาชิกสภาเทศบาล / อบต. ☐ ไม่ทราบ ☐ ประธานกองทุนเป็นผู้เสนอชื่อ
☐ สมาชิกเลือกกันเอง
 - 2) กรรมการที่เป็นผู้นำหมู่บ้าน / ผู้แทนชุมชน ☐ ไม่ทราบ ☐ ประธานกองทุนเป็นผู้เสนอชื่อ
☐ ชุมชนเลือกกันเอง ☐ เป็นโดยตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน
 - 3) กรรมการที่เป็นผู้แทน อสม. ☐ ไม่ทราบ ☐ ประธานกองทุนเป็นผู้เสนอชื่อ
☐ อสม.เลือกกันเอง ☐ เป็นโดยตำแหน่งประธาน อสม.
 - 2.3 คณะกรรมการกองทุนได้จัดตั้งอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน ☐ ไม่จัดตั้ง ☐ จัดตั้ง รวม ชุด
 - 2.4 การประชุมคณะกรรมการในช่วง มค.- ตค.2551 ☐ ยังไม่ประชุม ☐ มีการประชุม ระบุจำนวน ครั้ง
 - 2.5 เงินกองทุนปี 2551 ประกอบด้วย

☐ ยอดยกมา จากปี 2550	จำนวน	บาท
☐ งบอุดหนุนปี 2551 จาก สปสช.	จำนวน	บาท
☐ งบสมทบปี 2551 จากท้องถิ่น	จำนวน	บาท
☐ เงินสมทบอื่นๆ	จำนวน	บาท
(โปรดระบุเงินสมทบอื่น		
 - 2.6 แผนการใช้จ่ายเงินกองทุน ปี 2551 ☐ ยังไม่มี / กำลังจัดทำ ☐ มีแผนใช้จ่าย
 - 2.7 จำนวนทุนพยาบาล หรือทุนเรียน 2551 ทุน

☐ ทุนพยาบาล ปี 2551 จำนวน	ทุน และทุนก่อนปี
☐ ทุนประเภทอื่นๆ ระบุ	จำนวน
..... ทุน	
 - 2.8 โครงการที่ประชาชนเป็นผู้เสนอโครงการ และได้รับการสนับสนุนจากกองทุน ในปี 2551

1) โครงการ	ได้รับงบ	บาท
2) โครงการ	ได้รับงบ	บาท
3) โครงการ	ได้รับงบ	บาท

- 2.9 กองทุนได้รับการสนับสนุนวิชาการ ปี 2551 ☐ การฝึกอบรมเรื่องการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์
☐ ฝึกอบรมอื่นๆ เรื่อง

.....
☐ ศึกษาดูงาน สถานที่

.....
☐ ได้รับคำปรึกษาจาก จนท.สาธารณสุข เช่น การจัดทำ
 แผน การเขียนโครงการ

2.10 จำนวนเงินกองทุนที่เบิกจ่ายแล้ว ณ สิ้น ตุลาคม 2551 ตามข้อ 2.4 เป็นเงินทั้งสิ้น บาท

- 3 ก่อนหน้าจัดตั้งกองทุนฯ องค์การปกครองท้องถิ่นของท่านเคยสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข
 ในพื้นที่หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ มีบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ

☐ สนับสนุนเป็นประจำทุกปี

ภายหลังจัดตั้งกองทุนฯ ท้องถิ่นของท่านยังสนับสนุนหน่วยบริการ นอกเหนือจากเงินกองทุนในปี 2551 อีก
 หรือไม่ ☐ ไม่สนับสนุนแล้ว ☐ ยังสนับสนุน งบประมาณ 2551

..... บาท

4. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการจัดทำ "แผนที่ยุทธศาสตร์" สำหรับกองทุนฯ หรือไม่

1) การฝึกอบรม ☐ ไม่เคย ☐ เคยเมื่อ

2) ความเข้าใจสาระของการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ☐ เข้าใจดีมาก ☐ เข้าใจปานกลาง

☐ เข้าใจน้อย/ยังไม่เข้าใจ

5. ปัญหาสาธารณสุขใดที่ท่านคิดว่าสำคัญที่สุด ในท้องถิ่นของท่าน (โปรดเรียงลำดับความสำคัญ 3 ปัญหา)

1.

2.

3.

6. ท่านคิดว่าที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ เป็นอย่างไร

6.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจงานสาธารณสุขของคณะกรรมการ

บุคคล	ความรู้ ความเข้าใจงานสาธารณสุข					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
ประธานกองทุน						
กรรมการที่เป็น สมาชิกสภา เทศบาล / อบต.						

บุคคล	ความรู้ ความเข้าใจงานสาธารณสุข					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
กรรมการที่เป็น ผู้นำหมู่บ้าน / ผู้แทนชุมชน						
กรรมการที่เป็น ผู้แทน อสม.						
ปลัดเทศบาล / อบต. ผู้เป็นเลขานุการ						

6.2 บทบาทของคณะกรรมการในการสนับสนุนงานสาธารณสุข

บุคคล	บทบาทการสนับสนุนงานสาธารณสุข					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
ประธานกองทุน						
กรรมการที่เป็น สมาชิกสภาเทศบาล / อบต.						
กรรมการที่เป็น ผู้นำหมู่บ้าน / ผู้แทนชุมชน						
กรรมการที่เป็น ผู้แทน อสม.						
ปลัดเทศบาล / อบต. ผู้เป็นเลขานุการ						

6.3 อุปสรรคต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ

การดำเนินงาน	ระดับอุปสรรค					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
ตัวบุคคลที่เป็นคณะกรรมการกองทุน						
วิธีการบริหารขององค์กรปกครองท้องถิ่น						
การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่น						
โอกาสในการรับรู้และมีส่วนร่วมของประชาชน						

การดำเนินงาน	ระดับอุปสรรค					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
นโยบายการถ่ายโอน สอ.ไปอยู่กับท้องถิ่น						
อุปสรรคอื่นๆ ระบุ						

7. ท่านคิดว่า รูปแบบการบริหารงานกองทุนฯ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ เหมาะสมดีแล้ว ไม่ต้องปรับปรุง
- ☐ ควรสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น
- ☐ ควรพัฒนาการจัดทำแผนประจำปีของกองทุนให้มีประสิทธิภาพ
- ☐ ควรปรับปรุงคณะกรรมการ เช่น ให้หลากหลายจากภาคราชการ ภาคองค์กรเอกชน ภาคชุมชน ฯลฯ
- ☐ ควรกำหนดระเบียบ แนวปฏิบัติ และวิธีการบริหารกองทุนให้ชัดเจนรัดกุมยิ่งขึ้น
- ☐ ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนในการรับรู้ ออกความคิดเห็น และร่วมดำเนินงานให้มากขึ้น
- ☐ ควรมีระบบตรวจสอบ ความโปร่งใสของการใช้จ่ายงบประมาณกองทุน
- ☐ ควรให้มีการประสานงานและเพิ่มบทบาทของฝ่ายสาธารณสุขมากขึ้น
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
.....

8. สมมติว่า ในอนาคตอีก 2 ปีข้างหน้า หาก สปสช. จัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพพรายหัวทั้งหมด ทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟู ให้กองทุนฯ บริหารเอง ท่านคิดว่า กองทุนฯ จะสามารถดูแลกิจการ และแก้ปัญหาสุขภาพในตำบลได้ด้วยตนเอง ได้หรือไม่

- ภารกิจทั่วไปด้านสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล ☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ น่าจะมีปัญหา
- ภารกิจส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ น่าจะมีปัญหา
- ภารกิจแก้ปัญหาภัยสุขภาพเฉพาะหน้า ☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ น่าจะมีปัญหา

9. โดยสรุป ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ ที่ผ่านมา อย่างไร

- ☐ พอใจมาก ☐ พอใจปานกลาง ☐ ไม่พอใจ ☐ ไม่แน่ใจ

10. โดยสรุป ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงานกองทุนฯ ในอนาคต อย่างไร

- ☐ คงสภาพเดิม ☐ ควรปรับปรุงกองทุน ☐ ควรยุบเลิกกองทุน
- ☐ ถ่ายโอน สอ.ให้องค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อบริหารกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ
- ☐ อื่นๆ

11. ท่านมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณ ที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสำรวจ

แบบสำรวจข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี 2551

เพื่อให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์ถูกต้องที่สุด ขอให้ท่านซึ่งเป็นกรรมการผู้แทนหน่วยบริการสาธารณสุข
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล กรุณาตอบหรือให้ข้อมูลตามความเป็นจริง หรือความคิดเห็นส่วนตัวแล้วแต่กรณี
ความเห็นของท่านจะไม่ถูกปรากฏชื่อบุคคล สถานที่ ด้วยวิธีการใดๆ ทั้งสิ้น

3. ผู้ตอบ ☐ หัวหน้าสถานีอนามัย ☐ หัวหน้า PCU ของ รพ.
☐ นักวิชาการ/พยาบาลประจำหน่วยบริการ ☐ อื่นๆ ระบุ
4. ข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี 2551
จำนวนประชากรขึ้นทะเบียน สปสช. ☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ ระบุจำนวน คน
จำนวนงบประมาณที่ได้รับจาก สปสช. ปี 2551 ☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ ระบุจำนวนงบประมาณ บาท
จำนวนงบประมาณสมทบจาก เทศบาล/อบต. ปี 2551 ☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ ระบุจำนวนงบประมาณ บาท
5. ในปีงบประมาณ 2551 ท่านเคยร่วมงานกับคณะกรรมการกองทุนอย่างไร
- 1) จำนวนครั้งของการประชุมคณะกรรมการกองทุน (ที่ท่านทราบ)
☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ จำนวน ครั้ง
ท่านได้เข้าร่วมประชุมด้วยหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย จำนวน ครั้ง
 - 2) กองทุนฯ มีแผนการใช้จ่ายงบประมาณ หรือไม่
☐ ไม่ทราบ ☐ มีแผน ☐ ไม่มีแผน
 - 3) ผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดทำแผนของกองทุนฯ
☐ ไม่ทราบ ☐ ปลัดท้องถิ่น
☐ คณะกรรมการกองทุน ☐ জন.สาธารณสุข
 - 4) การเบิกจ่ายเงินกองทุน ☐ ไม่ทราบ ☐ เบิกจ่ายตามแผน ☐ ไม่เป็นไปตามแผน
 - 5) ท่านเคยสนับสนุนวิชาการแก่กองทุน
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ
 - 6) ปี 2551 ท่านเคยเสนอโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุน ☐ เคย ☐ ไม่เคย
☐ ถ้าเคย โปรดระบุโครงการและงบประมาณที่เคยเสนอไป

ชื่อโครงการ	จำนวนเงิน ที่ขอไป (บาท)	ผลการพิจารณา (กา เครื่องหมาย ✓)		
		ได้งบ เต็ม ตามที่ ขอ	ได้รับ งบ บางส่วน	ไม่ เห็น ชอบ

☐ ถ้าไม่เคย เหตุผลที่ไม่เสนอโครงการ

.....

.....

6. ก่อนหน้าจัดตั้งกองทุนฯ หน่วยงานของท่านเคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ มีบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ ☐ เคย ได้รับเป็นประจำทุกปี

7. ภายหลังจัดตั้งกองทุนฯ หน่วยงานของท่านยังได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น/กองทุน เพิ่มเติมหรือไม่

☐ ไม่ได้รับ

☐ ได้รับจากกองทุน งบประมาณ บาท

☐ ได้รับจากเงินรายจ่ายประจำปีของท้องถิ่น งบประมาณ บาท

8. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการจัดทำ "แผนที่ยุทธศาสตร์" สำหรับกองทุนฯ หรือไม่

1) การฝึกอบรม ☐ ไม่เคย ☐ เคยเมื่อ

.....

2) ความเข้าใจสาระของการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ☐ เข้าใจดีมาก ☐ เข้าใจปานกลาง

☐ เข้าใจน้อย/ยังไม่เข้าใจ

9. ปัญหาสาธารณสุขใดที่ท่านคิดว่าสำคัญ แต่คณะกรรมการกองทุนยังไม่เห็นความสำคัญ (โปรดเรียงลำดับความสำคัญ จำนวน 3 ปัญหา)

1.

2.

3.

10. ท่านคิดว่าที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ เป็นอย่างไร

8.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจงานสาธารณสุขของคณะกรรมการ

บุคคล	ความรู้ ความเข้าใจงานสาธารณสุข					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
ประธานกองทุน						
กรรมการที่เป็น สมาชิกสภาเทศบาล / อบต.						
กรรมการที่เป็น ผู้นำหมู่บ้าน / ผู้แทนชุมชน						
กรรมการที่เป็น ผู้แทน อสม.						
ปลัดเทศบาล / อบต. ผู้เป็นเลขานุการ						

8.2 บทบาทของคณะกรรมการในการสนับสนุนงานสาธารณสุข

บุคคล	บทบาทการสนับสนุนงานสาธารณสุข					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
ประธานกองทุน						
กรรมการที่เป็น สมาชิกสภาเทศบาล / อบต.						
กรรมการที่เป็น ผู้นำหมู่บ้าน / ผู้แทนชุมชน						
กรรมการที่เป็น ผู้แทน อสม.						
ปลัดเทศบาล / อบต. ผู้เป็นเลขานุการ						

8.3 อุปสรรคต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ

การดำเนินงาน	ระดับอุปสรรค					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
ตัวบุคคลที่เป็นคณะกรรมการกองทุน						
วิธีการบริหารขององค์กรปกครองท้องถิ่น						
การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่น						
โอกาสในการรับรู้และมีส่วนร่วมของประชาชน						
นโยบายการถ่ายโอน สอ. ไปอยู่กับท้องถิ่น						
บทบาทและวิธีการบริหารของส่วนกลาง (ก.สาธารณสุข)						
บทบาทและวิธีการบริหารของ สปสช.						
บทบาทและวิธีการบริหารของ สสจ./สสอ.						
อุปสรรคอื่นๆ ระบุ						

11. ท่านคิดว่า รูปแบบการบริหารงานกองทุนฯ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ เหมาะสมดีแล้ว ไม่ต้องปรับปรุง
- ☐ ควรสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น
- ☐ ควรจัดทำแผนของกองทุนให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบาย สร. และแก้ปัญหาสุขภาพพื้นที่
- ☐ ควรปรับองค์ประกอบกรรมการ เช่น เพิ่มสัดส่วนจากภาคราชการ ภาคองค์กรเอกชน ภาคชุมชน ฯลฯ
- ☐ ควรกำหนดระเบียบ แนวปฏิบัติ และวิธีการบริหารกองทุนให้ชัดเจนรัดกุมยิ่งขึ้น
- ☐ ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ ออกความคิดเห็น และร่วมดำเนินงานให้มากขึ้น
- ☐ ควรมีระบบตรวจสอบ ความโปร่งใสของการใช้จ่ายงบประมาณ
- ☐ ควรเพิ่มบทบาทของฝ่ายสาธารณสุข และการประสานงานกับส่วนภูมิภาคให้มากขึ้น
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

12. สมมติว่า ในอนาคตอีก 2 ปีข้างหน้า หากจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพรายหัวทั้งหมด ทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พิษณุ ให้กองทุนฯ บริหารเอง ท่านคิดว่า กองทุนฯ จะสามารถดูแลกิจการ และแก้ปัญหา สุขภาพในตำบลได้ด้วยตนเอง ได้หรือไม่

ภารกิจทั่วไปด้านสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล

☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ น่าจะมีปัญหา

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ น่าจะมีปัญหา

การแก้ปัญหาภัยสุขภาพเฉพาะหน้า / อุบัติเหตุ

☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ น่าจะมีปัญหา

13. โดยสรุป ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ ที่ผ่านมา อย่างไร

☐ พอใจมาก ☐ พอใจปานกลาง ☐ ไม่พอใจ ☐ ไม่แน่ใจ

14. โดยสรุป ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงานกองทุนฯ ในอนาคต อย่างไร

☐ คงสภาพเดิม

☐ ขยายกองทุนให้ครบทุกตำบล

☐ ถ่ายโอน สอ. พร้อมกับการจัดตั้งกองทุนในตำบล

☐ ควรปรับปรุงกองทุน

☐ ควรยุบเลิกกองทุน

☐ ควรโอนกองทุนให้องค์กรปกครองท้องถิ่น

☐ อื่นๆ

15. ท่านมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณ ที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสำรวจ

แบบสำรวจข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี 2551

เพื่อให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์ถูกต้องที่สุด ขอให้ท่านในฐานะ สาธารณสุขอำเภอ กรุณาตอบหรือให้ข้อมูลตามความเป็นจริง หรือความคิดเห็นส่วนตัวแล้วแต่กรณี ความเห็นของท่านจะไม่ถูกปรากฏชื่อบุคคล สถานที่ ด้วยวิธีการใดๆ ทั้งสิ้น

1. ข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในอำเภอของท่าน

จำนวนกองทุนสุขภาพตำบล รุ่น ปี 2549 จำนวน แห่ง

รุ่น ปี 2551 จำนวน แห่ง

ปัจจุบัน รวมทั้งสิ้น กองทุน แห่ง (จำนวน ตำบล/เขต

เทศบาลทั้งอำเภอ แห่ง)

2. งบประมาณด้านส่งเสริมป้องกันของทั้งอำเภอ ปี 2551 (สสอ. รพ. และ สอ.)

ประเภท	งบส่งเสริมป้องกัน สสอ.	งบส่งเสริมป้องกัน รพ.	จัดสรรให้ระดับ ตำบล	กองทุนสุขภาพ ตำบล
งบ Non-UC ของ สสจ.				
งบ PP area-based จาก สสจ.				
งบ PP community				
งบ PP express demand*				
เงินบำรุง รพ. เพื่อส่งเสริม ป้องกัน*				
เงินบำรุง สอ. เพื่อส่งเสริม ป้องกัน*				
งบแหล่งอื่นๆ				

*ให้คิดเฉพาะเงินที่ สถานบริการฯ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ สสอ./สอ. ปี 2551 เท่านั้น

3. ปี 2551 ท่านหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของท่าน มีส่วนร่วมกับการดำเนินงานของกองทุนอย่างไร

- 1) การจัดตั้งกองทุน ☐ ไม่มีส่วนร่วม ☐ กลั่นกรอง/ให้ความเห็นชอบด้วยตนเอง
- 2) การฝึกอบรม ☐ ไม่มีส่วนร่วม ☐ จัดการฝึกอบรมให้
- 3) การจัดทำแผนงาน/ เสนอแผน ☐ ไม่มีส่วนร่วม ☐ ร่วมจัดทำแผนกองทุน
- ☐ ไม่ได้ร่วมจัดทำ แต่ให้ สอ.แต่ละแห่ง เสนอแผนให้กองทุน
- 4) การร่วมประชุมคณะกรรมการ ☐ ไม่มีส่วนร่วม ☐ เคยร่วมประชุมด้วยตนเอง เป็นบางครั้ง
- 5) การให้คำปรึกษา แนะนำ ☐ ไม่มีส่วนร่วม ☐ ร่วมให้คำปรึกษาบ้าง / นานๆ ครั้ง / บาง

แห่งหรือทุกแห่ง

6) กิจกรรมอื่นๆ โปรดระบุ

4. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการจัดทำ "แผนที่ยุทธศาสตร์" สำหรับกองทุนฯ หรือไม่

1) การฝึกอบรม ☐ ไม่เคย ☐ เคยเมื่อปี พ.ศ.

2) ความเข้าใจสาระของการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ☐ เข้าใจดีมาก ☐ เข้าใจปานกลาง ☐
เข้าใจน้อย / ยังไม่เข้าใจ

5. ท่านประเมินว่า กองทุนฯ ในอำเภอของท่าน มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างไร (ระบุจำนวน)

	ดีมาก / ดี (แห่ง)	พอใช้ / ปานกลาง (แห่ง)	ควรปรับปรุง (แห่ง)	จำนวนรวม (แห่ง)
จำนวนกองทุน รุ่นปี 2549 (แห่ง)				
จำนวนกองทุน รุ่นปี 2551 (แห่ง)				

6. ตัวอย่าง โครงการ / กิจกรรม ของกองทุนใดก็ได้ ที่ท่านเห็นว่า ได้ใช้เงินอย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อชุมชน (3 โครงการ)

1.

2.

3.

7. ตัวอย่าง โครงการ / กิจกรรม ของกองทุนใดก็ได้ ที่ท่านเห็นว่า ได้ใช้เงินอย่างไม่เหมาะสมและไม่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน และโปรดระบุเหตุผลที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นประโยชน์ (ระบุ 3 โครงการ)

1. โครงการ
เหตุผล

2. โครงการ
เหตุผล

3. โครงการ
เหตุผล

8. ท่านคิดว่าที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ เป็นอย่างไร

8.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจงานสาธารณสุขของคณะกรรมการ

บุคคล	ความรู้ ความเข้าใจงานสาธารณสุข					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
ประธานกองทุน						
กรรมการที่เป็น สมาชิกสภาเทศบาล / อบต.						
กรรมการที่เป็น ผู้นำหมู่บ้าน / ผู้แทนชุมชน						
กรรมการที่เป็น ผู้แทน อสม.						
ปลัดเทศบาล / อบต. ผู้เป็นเลขานุการ						

8.2 บทบาทของคณะกรรมการในการสนับสนุนงานสาธารณสุข

บุคคล	บทบาทการสนับสนุนงานสาธารณสุข					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
ประธานกองทุน						
กรรมการที่เป็น สมาชิกสภาเทศบาล / อบต.						
กรรมการที่เป็น ผู้นำหมู่บ้าน / ผู้แทนชุมชน						
กรรมการที่เป็น ผู้แทน อสม.						
ปลัดเทศบาล / อบต. ผู้เป็นเลขานุการ						

8.3 อุปสรรคต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ

การดำเนินงาน	ระดับอุปสรรค					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
ตัวบุคคลที่เป็นคณะกรรมการกองทุน						
วิธีการบริหารขององค์กรปกครองท้องถิ่น						
การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่น						
โอกาสในการรับรู้และมีส่วนร่วมของประชาชน						
นโยบายการถ่ายโอน สอ. ไปอยู่กับท้องถิ่น						
บทบาทและวิธีการบริหารของส่วนกลาง (ก. สาธารณสุข)						
บทบาทและวิธีการบริหารของ สปสช.						
บทบาทและวิธีการบริหารของ สสจ./สสอ.						
อุปสรรคอื่นๆ ระบุ						

9. ท่านคิดว่า รูปแบบการบริหารงานกองทุนฯ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ เหมาะสมดีแล้ว ไม่ต้องปรับปรุง
- ☐ ควรสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น
- ☐ ควรจัดทำแผนของกองทุนให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบาย สธ. และแก้ปัญหาสุขภาพพื้นที่
- ☐ ควรปรับองค์ประกอบกรรมการ เช่น เพิ่มสัดส่วนจากภาคราชการ ภาคองค์กรเอกชน ภาคชุมชน ฯลฯ
- ☐ ควรกำหนดระเบียบ แนวปฏิบัติ และวิธีการบริหารกองทุนให้ชัดเจนรัดกุมยิ่งขึ้น
- ☐ ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนในการรับรู้ ออกความคิดเห็น และร่วมดำเนินงานให้มากขึ้น
- ☐ ควรมีระบบตรวจสอบ ความโปร่งใสของการใช้จ่ายงบประมาณ
- ☐ ควรเพิ่มบทบาทของฝ่ายสาธารณสุข และการประสานงานกับส่วนภูมิภาคให้มากขึ้น
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

10. สมมติว่า ในอนาคตอีก 2 ปีข้างหน้า หากจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพรายหัวทั้งหมด ทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟู ให้กองทุนฯ บริหารเอง ท่านคิดว่า กองทุนฯ จะสามารถดูแลกิจการ และแก้ปัญหา สุขภาพในตำบลได้ด้วยตนเอง ได้หรือไม่

ภารกิจทั่วไปด้านสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล ☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ น่าจะมีปัญหา
 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ น่าจะมีปัญหา
 การแก้ปัญหาภัยสุขภาพเฉพาะหน้า / จุกเงิน ☐ น่าจะทำได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ น่าจะมีปัญหา

11. โดยสรุป ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโดยรวมของกองทุนฯ ที่ผ่านมา อย่างไร

☐ พอใจมาก ☐ พอใจปานกลาง ☐ ไม่พอใจ ☐ ไม่แน่ใจ

12. โดยสรุป ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงานกองทุนฯ ในอนาคต อย่างไร

☐ คงสภาพเดิม
☐ ขยายกองทุนให้ครบทุกตำบล ☐ ถ่ายโอน สอ. พร้อมกับการจัดตั้งกองทุนในตำบล
☐ ควรปรับปรุง ☐ ควรยุบเลิก ☐ ควรโอนให้องค์กรปกครองท้องถิ่น
☐ อื่นๆ

13. ท่านมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณ ที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสำรวจ