

การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการกับการสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรค ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
: กรณีศึกษา จังหวัดในเขต 6

Management Factors change towards Implementation
of Health Promotion and Disease Prevention
in the Universal Coverage Health Insurance Program
: Case Study Provinces in Public Health Region 6

คณะผู้วิจัย

เกรียงศักดิ์	เอกพงษ์
ปรีดา	โนวฤทธิ์
วรารณา	อินทโลहित
พิทยา	ศรีกุลวงศ์
วรรณวดี	ศิริจันทร์
วิไลวรรณ	เทียมประชา

ที่ปรึกษา

ผศ.วงศา เล่าหศิริวงศ์

สนับสนุนทุนวิจัยโดย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ.2546

คำชี้แจง

1. ผลการวิจัยขาดข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น บุคลากรของแต่ละจังหวัดเป็นอย่างไร แบ่งมาทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเท่าไร

คำชี้แจง

เนื่องจากการวิจัยเน้นข้อมูลคุณภาพ จึงไม่ได้ออกแบบการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ อีกทั้งยังต้องการทราบแนวโน้มการกระจายกำลังคนในระดับปฐมภูมิเท่านั้น จึงไม่ได้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยละเอียด

2. ผลการดำเนินงานในตารางที่ 15 หากแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดองค์กร การจัดสรรงบประมาณ การกระจายบุคลากร กับผลการดำเนินงานในแต่ละเครือข่าย ออกมาได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

คำชี้แจง

จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่าปัจจัยด้านบริหารจัดการดังกล่าวยังไม่น่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลงานเนื่องจากเป็นระยะแรกของการจัดการยังไม่น่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลการดำเนินงาน

3. การแบ่งกลุ่มเครือข่าย เป็น A, B, C โดยอาศัย Process เป็นหลัก ซึ่งไม่น่าจะสอดคล้องกับ การบริหารแบบ RBM ควรแบ่งกลุ่ม ตามผลการดำเนินการระดับ Outcome ได้จะดีที่สุด

คำชี้แจง

การแบ่งกลุ่มเครือข่าย เป็น A, B, C แบ่งตามข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่การสัมภาษณ์ผู้บริหารการสังเกต บรรยากาศการทำงานของผู้ปฏิบัติ ซึ่งไม่สามารถนำข้อมูลเชิงปริมาณมาเปรียบเทียบกันได้ ถ้าจะหาคำตอบเรื่องนี้คงต้องศึกษารายละเอียดที่ลึกซึ้งกว่านี้มาก สิ่งทีกล่าวในรายงานการวิจัยนี้เป็นเพียงผลการสัมภาษณ์และสังเกตบรรยากาศทั่วไป และความพร้อมของทีมเป็นหลักแล้วนำมาพิจารณาร่วมกับผลงานโดยทั่วไปเท่านั้น

4. ผลการนำเสนอผลการดำเนินการของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรนำเสนอในกรอบของชุดสิทธิประโยชน์ ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำชี้แจง

ในระยะแรกของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับพื้นที่ยังไม่มีระบบประเมินผลตามกรอบชุดสิทธิประโยชน์ จึงไม่มีระบบรายงานรองรับ อีกทั้งพบว่ามีปัญหามากในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเกิดความสับสนในระบบการเก็บและส่งข้อมูลรายงานจึงไม่สามารถจัดระบบข้อมูลผล ตามกรอบชุดสิทธิประโยชน์ได้

5. การมีส่วนร่วมของประชาชน ที่บอกว่าประชาชนตื่นตัวมากขึ้น ร้องเรียนมากขึ้นมีหลักฐานอย่างไร

คำชี้แจง

เป็นการบอกกล่าวของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ไม่ได้หาข้อมูลเชิงปริมาณมายืนยัน ประกอบกับแนวโน้มของสถานการณ์ก็น่าจะเป็นเช่นนั้น เพราะ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการที่รัฐบาลโฆษณาประชาสัมพันธ์มาก อีกทั้งมีระบบร้องทุกข์เป็นช่องทางที่ประชาชนจะร้องทุกข์สะดวกมากขึ้น ซึ่งแตกต่างจากโครงการอื่นๆที่เคยดำเนินการมาในอดีต

6. ที่เจ้าหน้าที่ ไม่ค่อยทำงานพื้นฐานเดิม ทำแต่ออกกำลังกาย เป็นเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ หรือเจ้าหน้าที่ที่มากน้อยเพียงใด และกระทบต่อผลลัพธ์ บริหารหรือไม่ เพราะหากมีมากย่อมเป็นผลกระทบที่สำคัญ

คำชี้แจง

ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่น้อย สถานีนอมนัยแต่ละแห่งมีอัตรากำลัง 2 – 3 คน ในขณะที่งานนโยบายที่สั่งจากหน่วยเหนือมีปริมาณมาก งานใดที่เป็นงานเร่งด่วน หรือผู้บริหารเร่งรัดผลงานด้านใด เจ้าหน้าที่ก็ต้องทุ่มเทเวลาและกำลังความสามารถไปกับงานนั้นๆซึ่งเป็นธรรมดาที่จะทำให้มีเวลาทำงานอื่นๆน้อยลงไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ.วงศา เล่าศิริวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ความคิดเห็น แนวคิด คำแนะนำ ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์ตลอดทั้งช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของรายงานการวิจัย นอกจากนั้นยังเป็นผู้ให้กำลังใจแก่คณะผู้วิจัยตลอดมา คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอขอบพระคุณ อาจารย์ เป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ในเขตสาธารณสุข 6 ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วย

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เลขานุการคณะกรรมการบริหารหน่วยคู่สัญญา นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนประชาชนทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ทำให้การวิจัยดำเนินไปด้วยดี ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการดำเนินการ ตลอดโครงการ

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2546

ชื่อเรื่อง การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการกับการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรค ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาจังหวัดในเขต 6
ผู้วิจัย เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ , ปรีดา โนวฤทธิ์ , วรางคณา อินทโลหิต , พิทยา ศรีกุลวงศ์
วรรณวดี ศิริจันทร์ , วิไลวรรณ เทียมประชา

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการ ได้แก่ การจัดการงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ต่อการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) และของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทำการศึกษาทั้ง 7 จังหวัดในเขต 6 ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี สกลนคร หนองบัวลำภู กาฬสินธุ์ เลย และหนองคาย จำนวน 61 CUP จากทั้งหมด 118 CUP โดยการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ปีงบประมาณ 2545 ทุกจังหวัดในเขต 6 ยึดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีบางจังหวัดปรับโครงสร้างหน่วยงานที่รับผิดชอบงานนี้ แต่บางแห่งก็เพียงเพิ่มฝ่ายหรือตั้งคณะกรรมการเพิ่มเติม จังหวัดต่างๆ จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและให้มีบริการงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานฟื้นฟูสภาพ และงานทันตสาธารณสุข โดยมุ่งให้ทำงานเชิงรุกและใช้หลักการเวชปฏิบัติครอบคลุมในการทำงาน อย่างไรก็ตามในแต่ละจังหวัดก็จะมีจุดเน้นของนโยบายแตกต่างกันไปบ้างขึ้นกับแนวคิดพื้นฐานของผู้บริหารและงานส่งเสริมสุขภาพเดิมที่ทำอยู่ก่อนเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีปรับแนวคิดให้ทำงานแบบใกล้ตัวใกล้ใจมากขึ้น งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยึดชุดสิทธิประโยชน์เป็นหลัก งานที่เพิ่มขึ้นชัดเจนคือการทำแฟ้มครอบครัว การเยี่ยมบ้าน การออกกกำลังกาย มีการกระจายบุคลากรจากระดับจังหวัดมายัง CUP รวมทั้งมีการจัดให้พยาบาลวิชาชีพพบใหม่ไปประจำใน PCU ในบางจังหวัดมีการพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงาน การจัดสรรงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของจังหวัดไม่ว่าจะให้รายบัตรหรือจัดเป็นสัดส่วนงบประมาณ มีผลทำให้งบประมาณในการดำเนินการมากขึ้นทั้งระดับ CUP และ PCU มีรวมทั้งการได้รับวัสดุอุปกรณ์อย่างพอเพียงของทั้ง PCU หรือสถานีนอามัยเมื่อเทียบกับก่อนมีโครงการ แต่ระเบียบการเบิกจ่ายที่ซับซ้อนเป็นอุปสรรค การมีส่วนร่วมของประชาชนยังไม่มากนัก ผู้บริหารระดับจังหวัดมีนโยบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ แต่การเลื่อนนโยบายไปให้ถึงผู้ปฏิบัติยังมีปัญหา องค์กรที่รับผิดชอบในระดับจังหวัดบางแห่งยังไม่เป็นเอกภาพ และไม่สามารถส่งต่อนโยบายหรือแนะแนวทางปฏิบัติได้เต็มที่ ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสนต่อคำว่าสร้างเสริมสุขภาพว่าคืออะไร งานเก่าที่เคยทำไม่แน่ใจว่าเป็นงานสร้างสุขภาพ

หรือไม่ งานใหม่ที่เห็นชัดเจนคือการออกกำลังกาย ผลงานขึ้นกับแนวคิดและการสนับสนุนของ ปรธานคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับงานรักษา พยาบาลมากกว่างานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดสรรงบประมาณ PCU ปัญหาที่สำคัญ คือความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีผลต่อการจัดการใน CUP และ PCU แต่โดยรวมมีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และบาง CUP มีการทำ โครงการบนพื้นฐานของการวิเคราะห์และดำเนินการ เพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหาของชุมชน

ในปีงบประมาณ 2546 การจ่ายงบประมาณแบบ Fix cost ตรงจากจังหวัดช่วยลดปัญหา ความขัดแย้งของ PCU กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลด้านงบประมาณ และมีความคล่องตัวในการ ดำเนินงาน แต่ก็ลดแรงจูงใจในการริเริ่มในการเขียนโครงการเพื่อดำเนินงานให้เหมาะสมของพื้นที่ จากการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในการรณรงค์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยกำหนดกิจกรรมและช่วงเวลาให้ดำเนินการเป็นเรื่องๆ อาจไม่เหมาะสมกับพื้นที่ การลดบ งบประมาณที่จัดสรรให้จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผลกระทบต่อการดำเนินการสร้างเสริมสุ ขภาพมีปัญหา มีเพียงงานออกกำลังกายที่ชัดเจน

Title : Management Factors change towards Implementation of Health Promotion and Disease Prevention in the Universal Coverage Health Insurance Program : Case Study of Provinces in Public Health Region 6

Researchers : Kriengsak Ekapong , Preda Nouwrith , Warangkana Inthalohith Pithapya Srikulwong , Wanwadee Sirrijan , Wilanwan Taimpracha

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the effect of management factors towards the implementation of health promotion and disease prevention in the Universal Coverage Health Insurance Program. The study was conducted in 61 Contracting unit for Primary care (CUP) among 118 CUP of all 7 provinces of Regional 6. These provinces are Khon Kaen, Udonrathani, Nongkai, Skolnakorn, Loei, Kalasin and Nongbualampoo. The qualitative methods were applied for data collection.

The results revealed that in The 2002 Fiscal Year, all 7 provinces of regional 6 followed the health for all policy of the Ministry of Public Health closely. Some provinces modified organization structure of the division responsible for this task, some province added more unit or additional committee. Each province set up PCU to provide curative, health promotion, disease prevention, rehabilitation and dental public health with proactive work based on family medicine principle. However, there are slightly difference in focus point of this policy which came from different basic thinking of administrator and previous health promotion work. There was adaptation of concept to be based mainly on benefit package. Additional works which clearly showed were family file, house call, and exercise. There was personnel distribution from provincial level to CUP including sending new nursing graduates to work at PCU in some provinces, There were personnel development, budget allocation for health promotion and disease prevention based on individual card or proportional budget resulting in more budgets for both CUP and PCU and additional supplies for PCU and health center if compared with before project implementation. However, there were still some problems with finance regulation, not much public participation, communication of officers about health promotion. The outcome depended on concepts and supports of chairman of primary health care network which majority of them are still focused on curative rather than health promotion and disease prevention. Budget allocation to PCU had important problem from conflicts between hospital directors and public health district chief. However, there was overall increase in

health promotion and disease prevention. Some CUP had project to analyze try to help solving community problems.

In 2003 budget year, fix cost distribution of budget helped reduce the conflicts between PCU and hospital director and easier implementation, but it reduced incentive to write project to do the work that suit the area. The policy of the Ministry of Public Health to carry out health promotion and disease prevention by separating activities and duration may not suit every area. The reduction of budget allocation to the provinces in the Northeast effected health promotion work especially exercise.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1. หลักการและเหตุผล	1
2. คำถามการวิจัย	2
3. วัตถุประสงค์การวิจัย	2
4. ขอบเขตของการวิจัย	2
5. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	3
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการ	4
2. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	5
3. แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรค	6
4. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
1. รูปแบบการวิจัย	11
2. ประชากรที่ศึกษา	11
3. กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	11
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	16
5. กรอบแนวคิดการวิจัย	17
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล	19
7. การวิเคราะห์ข้อมูล	19

บทที่ 4 ผลการวิจัย

1. นโยบายการส่งเสริมงานสร้างสุขภาพ	21
2. การจัดรูปองค์การเพื่อรับผิดชอบงานสร้างสุขภาพ	27
3. การบริหารจัดการงบประมาณงานสร้างสุขภาพ	31
4. การจัดการด้านบุคลากร	38
5. การบริหารจัดการวัสดุ/อุปกรณ์ในงานสร้างสุขภาพ	48
6. ระบบการติดตามประเมินผล	50
7. การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสร้างสุขภาพ	56
8. ผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านการจัดการต่องานโครงการ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	57
9. ผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของหน่วยคู่สัญญาในพื้นที่เขต 6	58

บทที่ 5 อภิปรายผล

1. ปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางานสร้างสุขภาพ	62
2. ข้อเสนอแนะจากประชาชน	68
3. ข้อเสนอแนะระดับกระทรวง	69
4. ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	70
5. ข้อเสนอแนะระดับเครือข่ายบริการ	70

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนหน่วยคู่สัญญา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา	12
ตารางที่ 2 รายชื่อหน่วยคู่สัญญากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	13
ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา	16
ตารางที่ 4 นโยบายเน้นหนักในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัดในเขต 6 ปีงบประมาณ 2545	22
ตารางที่ 5 กิจกรรมหลักและกิจกรรมรองในการรณรงค์งานสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคปีงบประมาณ 2546	23
ตารางที่ 6 กิจกรรมการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคที่ปรากฏในหน่วยคู่สัญญาต่างๆ	26
ตารางที่ 7 รูปแบบโครงสร้างองค์การที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	28
ตารางที่ 8 แนวทางการจัดสรรและเงื่อนไขการใช้จ่ายงบประมาณการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคในจังหวัดต่างๆปี 2545	32
ตารางที่ 9 การบริหารจัดการงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในระดับเครือข่ายบริการปี 2545	34
ตารางที่ 10 ลักษณะการกระจายอัตรากำลังตามหน่วยงานระดับต่างๆก่อนและ หลังโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	40
ตารางที่ 11 หลักสูตรอบรม / ประชุมสัมมนาที่จัดขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรหลังมีโครงการ	43
ตารางที่ 12 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่หลังโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ก่อนและหลังโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	50
ตารางที่ 14 รายการประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในจังหวัดต่างๆ ปี 2545	52
ตารางที่ 15 ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเปรียบเทียบก่อน และหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	55

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 การจัดโครงสร้างองค์การเพื่อรองรับงานสร้างสุขภาพในจังหวัด หนองบัวลำภู และอุดรธานี	30

บทที่ 1

บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ “30 บาทรักษาทุกโรค” ที่ได้ขยายการดำเนินการให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในวันที่ 1 ตุลาคม 2544 เพื่อให้ประชาชนชาวไทยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ร้อยละ 30 หรือประมาณ 18 ล้านคน ได้รับสิทธินั้นตามกฎหมาย นับว่าเป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นถึงหลักความเสมอภาค ให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายในการบริการทางสุขภาพของประชาชน ตลอดจนความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีความจำเป็น การส่งเสริมให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ทางเลือกสำหรับบริการที่มีคุณภาพ และเน้นการ “สร้าง” สุขภาพ นอกเหนือไปจากการ “ซ่อม” สุขภาพของประชาชน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวัตถุประสงค์งานบริการสร้างเสริมสุขภาพและงานป้องกันควบคุมโรค ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง มีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อให้ประชาชนได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและบำบัดรักษาโรคที่ได้มาตรฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 84 – 85) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงได้พัฒนากลไกการปฏิรูปต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบการจัดสรรงบประมาณรายหัวรวมค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น การพัฒนาคุณภาพบริการและสถานพยาบาลและกลไกอื่นๆ อันจะมีผลกระทบต่อสถานการณ์ทางการเงินและการจัดการทรัพยากรสุขภาพของสถานพยาบาลทั่วประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (คณะทำงานพัฒนาความพร้อมด้านบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : คำนำ) กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกิจกรรมที่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องการให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้จัดสรรงบประมาณรองรับอย่างแน่ชัดจำนวน 175 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดสรรงบประมาณจากก่อนมีนโยบายดังกล่าว ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหมายกันว่าโครงการนี้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องนโยบาย ระบบ องค์กร การบริหารองค์กร การจัดการทรัพยากรมนุษย์และการให้บริการต่างๆ ของสถานพยาบาล

2. คำถามการวิจัย

2.1 การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางการบริหารจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การจัดสรรงบประมาณ การจัดการด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์ การบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ที่เป็นเครือข่ายบริการของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ(Contracting Unit for Primary Care : CUP)

2.2 การดำเนินการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้างและจะมีแนวทางแก้ไขปัญหายังไง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการต่อการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.2.1 เพื่อศึกษารูปแบบบริหารจัดการงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care : CUP) และของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ในเครือข่ายบริการทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ในด้านการบริหารจัดการ, งบประมาณ, บุคลากร, วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน

3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรแต่ละระดับที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่เป็นเครือข่ายบริการของหน่วยคู่สัญญา(CUP) ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล

3.2.3 เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางการบริหารจัดการที่เหมาะสมในงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยคู่สัญญา(CUP) และของหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) ในเครือข่ายบริการ ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล

3.2.3 เพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4. ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาในทุกจังหวัดของเขต 6 ได้แก่จังหวัด ขอนแก่น อุดรธานี สกลนคร หนองบัวลำภู กาฬสินธุ์ เลย และหนองคาย

5. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

5.1 ปัจจัยด้านการจัดการ หมายถึง ปัจจัยนำเข้าพื้นฐานหรือทรัพยากรที่นำมาใช้ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งประกอบด้วย การบริหารจัดการ, งบประมาณ, บุคลากร, วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์, เวชภัณฑ์, ประชาชน (การมีส่วนร่วมของประชาชน)

5.2 การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หมายถึง บริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.3 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) หมายถึง สถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติเป็นคู่สัญญารับงบประมาณเหมาจ่ายต่อหัวประชากร และจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งหน่วยคู่สัญญาดังกล่าว ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน) โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน ในพื้นที่จังหวัดสาธารณสุขเขต 6 รวม 7 จังหวัด

5.4 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) ในเครือข่ายบริการของหน่วยคู่สัญญา (CUP) ซึ่งตั้งอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลหรือในตำบลที่ตั้งของหน่วยคู่สัญญา

5.5 ศูนย์สุขภาพชุมชนนอกโรงพยาบาล หมายถึง สถานิออนามัยที่ถูกปรับบทบาทให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) ในเครือข่ายบริการของหน่วยคู่สัญญา (CUP) ซึ่งตั้งอยู่นอกเขตตำบลที่ตั้งของหน่วยคู่สัญญา

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบสภาพการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ซึ่งจะพื้นฐานข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการกำหนด แนวทางในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีบนพื้นฐานของการมีความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชน (Self reliance) ต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการ

1.1 ความหมายของการจัดการ

การจัดการ (Management) เป็นกระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Goal) ขององค์การ โดยอาศัยการวางแผน การจัดการ การชักนำหรือการเป็นผู้นำ และการควบคุมทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล (Bovee. C, et al, 1993 : 5)

1.2 ทรัพยากรการจัดการ

โบวีและคณะ (Bovee. C, et al. 1993 : 5) และกริฟฟิน (Giffin, 1996 : 5) กล่าวว่า ทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการ (Managerial Resources) หรือปัจจัยนำเข้าพื้นฐานในการจัดการ (Basic Managerial Inputs) มีอยู่ 4 ประการคือ

1.2.1 ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources) คือบุคลากรทุกระดับขององค์การ

1.2.2 ทางการเงินการคลัง (Financial Resources) คือเงินทุนที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์การ

1.2.3 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Resources) คือความพร้อมของวัสดุสิ่งของ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการผลิต ตลอดจนความเหมาะสมของสถานที่ปฏิบัติงาน

1.2.4 ข้อมูล (Information Resources) คือข้อมูลต่างๆ ที่ใช้ประกอบการตัดสินใจ

คาร์ลิสเล (Carlisle, 1976 : 13-14) กล่าวว่า ทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการมีอยู่ 4 ประการ ได้แก่ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และวิธีการ (Method) หรือที่เรียกว่า 4 M's

1.3 กระบวนการจัดการ

โบวีและคณะ (Bovee. C, et al. 1993 : 5) กริฟฟิน (Griffin, 1996 : 8) รอปบินส์ และคูลเตอร์ (Robbin & Coulter, 1996 : 8) รวมทั้งเฮลล์ไรเกิล และคณะ (Hellriegel. D, et al, 2002 : 8-10) สรุปว่ากระบวนการจัดการ (Managerial Process) ประกอบด้วยการทำงานที่สำคัญ 4 ประการคือ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การเป็นผู้นำหรือผู้บริหาร (Leading) และการควบคุมกำกับ (Controlling)

ไครท์เนอร์ (Kreitner. R, 1995 : 14-15) กล่าวว่า กระบวนการจัดการเพื่อให้องค์การประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ประกอบด้วยการทำงานที่สำคัญ 8 ประการคือ การวางแผน (Planning) การตัดสินใจ (Decision Making) การจัดองค์การ

(Organizing) การบริหารงานบุคคล(Staffing) การเป็นผู้นำหรือผู้บริหาร(Leading) การสื่อสาร (Communicating) การจูงใจ(Motivating) และการควบคุมกำกับ(Controlling)

2. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

2.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการ เพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น(WHO,1986 อ้างถึงใน พิสมัย จันทวิมล, 2541:3) การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic Process) เป็นทิศทางของการพัฒนาตนเอง การเจริญเติบโต การดำรงรักษาและการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อความสมดุลย์ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Logan et al, 1986) นอกจากนี้ประเวศ วะสี (2541 : 15) ยังกล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยภารกิจที่สังคมมีจิตสำนึก หรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดีและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย อาจเรียกกระบวนการนี้ว่าเป็น การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (Health Promotion for All) ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของ การส่งเสริมสุขภาพของ The American Journal of Health Promotion(2001) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นศาสตร์และศิลป์ในการช่วยให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตให้ไปสู่การมีสุขภาพที่ดี คือ เกิดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาและจิตวิญญาณ โดยการสนับสนุนให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพ

2.2 ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพดี ประกอบด้วย 4 ส่วน หรือ 4 วง ดังนี้ (ประเวศ วะสี, 2541)

2.2.1 วงที่ 1 เป็นวงในสุด คือ Core Value เป็นการสร้างคุณค่าและจิตสำนึกเสมือนจิตวิญญาณซึ่งมีอิทธิพลต่อทุกสิ่งทุกอย่าง ผลักดันให้เกิดการคิดการทำสิ่งที่ถูกต้อง

2.2.2 วงที่ 2 เป็นการเรียนรู้ การสร้างพฤติกรรมที่ดี และจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 2) พฤติกรรมการกินที่ถูกต้อง พอประมาณ ได้สัดส่วนครบถ้วน
- 3) หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ เสพสุรามากเกินไป ลำไส้อ่อนทางเพศ พฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ

4) การสร้างทักษะชีวิตในการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ สามารถเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่ไม่ดี เช่น ความกดดันได้

5) จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพ และทางสังคม

6) พัฒนาการทางจิตวิญญาณ ทั้งการเรียนรู้ การเล่น การทำงาน การรวมกลุ่ม การเจริญเมตตา การสัมผัสธรรมชาติ

7) การเรียนรู้ที่ดี เป็นการเรียนที่ทำให้สนุก เกิดปัญญาทำให้มีความสุข

2.2.3 วงที่ 3 การปฏิบัติ คือ บุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และที่ทำงาน

2.2.4 วงที่ 4 ระบบสนับสนุนมหภาค ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมมหภาค ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สถาบันศาสนา สื่อ ระบบบริการสังคม กฎหมาย วงที่ 4 นี้เรียกว่า การมีนโยบายสาธารณะที่ดี (Healthy Public Policies)

ในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องอาศัยโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ (Infrastructure for Health Promotion) คือ ทรัพยากรทั้งบุคลากร และ วัตถุ โครงสร้างองค์กรและการบริหาร นโยบาย กฎระเบียบและสิ่งจูงใจสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่จัดขึ้นเป็นระบบเพื่อตอบสนองต่อประเด็นปัญหาหรือความท้าทายด้านสาธารณสุข (พิสมัย จันทวิมล, 2541)

2.3 การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2541) สรุปว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ

1) สภาพของปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา นิสัยการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมความปลอดภัย โรคหัวใจ สุขภาพจิต ท้นตสุขภาพและพฤติกรรมทางเพศ

2) กลุ่มประชากร ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น-เยาวชน บุรุษ สตรี ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส

3) สถานที่หรือแหล่งที่โครงการส่งเสริมสุขภาพควรดำเนินงาน ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานประกอบการ การเมือง การกีฬา วัฒนธรรม

4) กลยุทธ์ ได้แก่ กิจกรรมสุขภาพ การให้ข่าวสารแก่สาธารณชน การตลาดเชิงสังคม การสร้างกระแสสังคม การสร้างกระแสเครือข่าย บริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค นโยบาย สาธารณ กฎ/ระเบียบ นโยบายด้านการเงิน

3. แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรค

3.1 ความหมายของการป้องกันโรค

การป้องกันโรค (Disease Prevention) หมายถึง กิจกรรมดำเนินงานโดยสาขางาน

รับผิดชอบด้านสาธารณสุขหรือภาคสุขภาพซึ่งจัดให้กับปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มประชากรที่เห็นได้ชัดว่ามีปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ยับยั้งมิให้โรคลุกลาม และลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น (พิสมัย จันทวิมล, 2541 : 9-10)

3.2 ระดับของการป้องกันโรค

พิพัฒน์ ลักขมิจรกุล (2541 : 141-150) ได้แบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับดังนี้

3.2.1 การป้องกันโรคปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันมิให้เกิดความผิดปกติตั้งแต่ต้นหรือในระยะก่อนเกิดพยาธิสภาพของร่างกาย เช่น ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการป้องกันโดยการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการป้องกันเฉพาะโรค (Specific Protection) ซึ่งรวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) ด้วย

3.2.2 การป้องกันโรคทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันเมื่อเกิดโรคแล้ว เพื่อลดความรุนแรงและป้องกันการแพร่กระจายของโรค ได้แก่ การวินิจฉัยแต่แรกเริ่มแล้วรีบทำการรักษา และการจำกัดความพิการหรือลดโอกาสการเกิดความพิการ

3.2.3 การป้องกันโรคตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการหรือแผนงานป้องกันโรค

พิพัฒน์ ลักขมิจรกุล (2541 : 150) สรุปว่า โครงการหรือแผนงานที่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรมักมีสาเหตุมาจากสิ่งต่อไปนี้

3.3.1 ขาดการยอมรับและความร่วมมือของชุมชน หรือชุมชนให้ความร่วมมือไม่ดี

3.3.2 ขาดความต่อเนื่องและจริงจัง

3.3.3 การบริหารจัดการทรัพยากร (บุคลากร, เงิน, วัสดุ) ขาดประสิทธิภาพ

3.3.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ของประเทศและการเมือง

4. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.1 ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

"หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น ไม่ใช่เป็นรัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน (Public Assistance) ทั้งนี้โดยเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการ

สาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ..." (สว.รส. 2544 : 1)

4.2 วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีดังนี้ (สว.รส. 2544 : 2)

4.2.1) ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคยังรวมถึงการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน

4.2.2) ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง ระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Networks) ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ

4.2.3) ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน สามารถเข้าถึงง่าย และเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.4) การ "สร้าง" ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Care) ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภัยต่อสุขภาพด้วย

4.3 ชุดสิทธิประโยชน์หลัก

ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันควบคุมโรคในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

4.3.1) ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง

4.3.2) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

4.3.3) การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันของประเทศ

4.3.4) การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่าง ๆ)

4.3.5) การให้ยาด้านไวรัสเอดส์กรณีเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

4.3.6) การวางแผนครอบครัว

4.3.7) การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)

4.3.8) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

4.3.9) การให้คำปรึกษา (Counseling) สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

4.3.10) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ เคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

ชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ นับเป็นกรอบขั้นต้นสำหรับการเริ่มดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจะมีกลไกเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับความจำเป็นด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์/สาธารณสุข ที่มีการเปลี่ยนแปลงไป

4.4 หน่วยบริการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค

หน่วยบริการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และสถานอนามัย ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที (โดยรถยนต์)

4.5 บุคลากรที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค

บุคลากรที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรคในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน คือได้รับการพัฒนาโดยการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่อง ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 คน (สำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) อัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:10,000 คน (สำหรับแพทย์) และอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 : 20,000 คน (สำหรับทันตแพทย์หรือทันตภิบาล)

4.6 อุปกรณ์ อาคาร และสถานที่

4.6.1) มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตามเกณฑ์

4.6.2) มีการจัดการให้มียานพาหนะ

4.2.3) มีอาคารให้บริการที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย และมีพื้นที่ให้บริการที่

พอเพียง

4.7 งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเท่ากับ 175 บาทต่อคนต่อปี จากงบประมาณทั้งหมด

1,202.40 บาทต่อคนต่อปี แล้วหักไว้ที่ส่วนกลางเป็นค่าจัดซื้อวัคซีนสนับสนุนสถานพยาบาลทั่วประเทศเท่ากับ 14.70 บาทต่อคนต่อปี จังหวัดจะได้รับเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นองค์กรหลักที่รับผิดชอบบริหารกองทุนระดับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) หรือองค์ประกอบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด (ปสน.จังหวัด) สำหรับพื้นที่ที่ยังไม่สามารถจัดตั้ง กสพ. ได้ ทำหน้าที่ตัดสินใจและดำเนินการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิต่อไป ทั้งนี้ กสพ.สามารถกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร ให้แก่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ต่าง ๆ ของจังหวัดแตกต่างกันตามความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ได้ (Adjusted Capitation) นอกจากนี้ กสพ. ยังอาจกันเงินจำนวนหนึ่งจากเงินเหมาจ่ายรายหัวเพื่อจ่ายให้หน่วยบริการเป็นงวด ๆ ตามผลงานการให้บริการ (ซึ่ง กสพ. สามารถกำหนดตามสภาพปัญหาของพื้นที่) เพื่อเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดบริการ

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือผู้บริหารและบุคลากรที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในพื้นที่จังหวัดสาธารณสุขเขต6 ทั้งหมด 7 จังหวัด โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2545 ถึงเดือนกรกฎาคม 2546 ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 6 กลุ่มคือ

- 1) กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสาธารณสุขเขต6
- 2) กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
- 3) กลุ่มผู้บริหารหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ในพื้นที่จังหวัด

สาธารณสุขเขต6 หรือประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (ประธานCUP Board) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และภาคเอกชน

- 4) กลุ่มเลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (เลขานุการ CUP Board)
- 5) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพ
- 6) กลุ่มอสม.หรือประชาชนในเขตพื้นที่บริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

3. กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การเลือกหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ในพื้นที่จังหวัดสาธารณสุขเขต 6 จากจำนวนทั้งหมด 118 หน่วย แบ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาในเขตอำเภอเมือง จำนวน 20 หน่วย และหน่วยคู่สัญญาอำเภออื่นๆ จำนวน 98 หน่วย การเลือกหน่วยคู่สัญญาในแต่ละจังหวัดจะเลือกตามคุณสมบัติ คือ จัดกลุ่มตามขนาดและสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เมื่อมีจำนวนหน่วยคู่สัญญามากกว่าจำนวนที่จะเลือก และจะได้หน่วยคู่สัญญาที่เป็นตัวแทนอำเภอเมือง จำนวน 13 หน่วย และอำเภออื่น จำนวน 49 หน่วย รวมทั้งหมด 62 หน่วย ประกอบด้วย หน่วยคู่สัญญาโรงพยาบาลศูนย์ 2 หน่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 หน่วย โรงพยาบาลทั่วไป 5 หน่วย โรงพยาบาลเอกชน 6 หน่วย โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-30เตียง 37 หน่วย โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60-90 เตียง 11 หน่วย ดังแสดงในตารางที่ 1 และมีรายชื่อของหน่วยคู่สัญญาและจำนวนเตียงในแต่ละจังหวัด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนหน่วยคู่สัญญากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

จังหวัด	จำนวนเครือข่ายบริการทั้ง หมด		เครือข่ายบริการที่ศึกษา			
	อำเภอเมือง	อำเภออื่น	อำเภอเมือง	อำเภออื่น		
				10-30 เตียง	60-90 เตียง	อื่น ๆ
ขอนแก่น	6	22	3 (รพศ*, รพอ***., รพม**.)	8	3	-
อุดรธานี	5	18	2 (รพศ., รพอ.)	7	2	-
สกลนคร	2	16	1 (รพท.***)	6	2	-
หนองบัวลำภู	2	4	2 (รพท., รพอ.)	1	1	-
กาฬสินธุ์	2	13	2 (รพท., รพอ.)	5	1	-
เลย	2	12	2 (รพท., รพอ.)	5	1	-
หนองคาย	1	13	1 (รพท.)	5	1	1 รพอ.
รวม	20	98	13	37	11	1
รวม	118		13	49		

* รพศ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์

** รพม. หมายถึง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

*** รพท. หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป

**** รพอ. หมายถึง โรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 2 รายชื่อหน่วยคู่สัญญากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จังหวัด	เครือข่ายบริการระดับอำเภอ ที่ศึกษา	ลักษณะโรงพยาบาล	ขนาดเตียง
เลย	โรงพยาบาลเลย	โรงพยาบาลทั่วไป	324
	โรงพยาบาลเลย-ราม	โรงพยาบาลเอกชน	30
	โรงพยาบาลเฮอร์วีน	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลเชียงคาน	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลท่าลี่	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลด่านซ้าย	โรงพยาบาลชุมชน	60
	โรงพยาบาลวังสะพุง	โรงพยาบาลชุมชน	60
	โรงพยาบาลผาขาว	โรงพยาบาลชุมชน	30
สกลนคร	โรงพยาบาลสกลนคร	โรงพยาบาลทั่วไป	539
	โรงพยาบาลวาริชภูมิ	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลโพนนาแก้ว	โรงพยาบาลชุมชน	10
	โรงพยาบาลบ้านม่วง	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลพังโคน	โรงพยาบาลชุมชน	60
	โรงพยาบาลวานรนิวาส	โรงพยาบาลชุมชน	60
	โรงพยาบาลสว่างแดนดิน	โรงพยาบาลชุมชน	90
	โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น	โรงพยาบาลชุมชน	90
	โรงพยาบาลอากาศอำนวย	โรงพยาบาลชุมชน	90
กาฬสินธุ์	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	โรงพยาบาลทั่วไป	506
	โรงพยาบาลธีรวัฒน์	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลกุฉินารายณ์	โรงพยาบาลชุมชน	60
	โรงพยาบาลสมเด็จ	โรงพยาบาลชุมชน	60
	โรงพยาบาลยางตลาด	โรงพยาบาลชุมชน	90
	โรงพยาบาลหนองกุงศรี	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลนามน	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลร่องคำ	โรงพยาบาลชุมชน	30

ตารางที่ 2 รายชื่อหน่วยคู่สัญญากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ต่อ)

จังหวัด	เครือข่ายบริการระดับอำเภอ ที่ศึกษา	ลักษณะโรงพยาบาล	ขนาดเตียง
หนองคาย	โรงพยาบาลโพนพิสัย	โรงพยาบาลชุมชน	60
	โรงพยาบาลพิสัยเวหาธร	โรงพยาบาลเอกชน	30
	โรงพยาบาลโซ่พิสัย	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลปากคาด	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลพรเจริญ	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลสังคม	โรงพยาบาลชุมชน	30
หนองบัวลำภู	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	โรงพยาบาลทั่วไป	228
	โรงพยาบาลวิระพลการ แพทย์	โรงพยาบาลเอกชน	30
	โรงพยาบาลนากลาง	โรงพยาบาลชุมชน	60
	โรงพยาบาลโนนสัง	โรงพยาบาลชุมชน	30
ขอนแก่น	โรงพยาบาลขอนแก่น	โรงพยาบาลศูนย์	714
	โรงพยาบาลศรีนครินทร์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	743
	โรงพยาบาลราชพฤกษ์	โรงพยาบาลเอกชน	100
	โรงพยาบาลพระยืน	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลเวียงใหญ่	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลชนบท	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลซำสูง	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลเขาสวนกวาง	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลอุบลรัตน์	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลบ้านฝาง	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลหนองเรือ	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลบ้านไผ่	โรงพยาบาลชุมชน	90
	โรงพยาบาลน้ำพอง	โรงพยาบาลชุมชน	60
	โรงพยาบาลมัญจาคีรี	โรงพยาบาลชุมชน	60

ตารางที่ 2 รายชื่อหน่วยคู่สัญญากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ต่อ)

จังหวัด	เครือข่ายบริการระดับอำเภอ ที่ศึกษา	ลักษณะโรงพยาบาล	ขนาดเตียง
อุดรธานี	โรงพยาบาลอุดรธานี	โรงพยาบาลศูนย์	840
	โรงพยาบาลปัญญาวะ	โรงพยาบาลเอกชน	100
	โรงพยาบาลบ้านดุง	โรงพยาบาลชุมชน	60
	โรงพยาบาลหนองหาน	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลโนนสะอาด	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลศรีธาตุ	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลหนองแสง	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลหนองวัวซอ	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลกุดจับ	โรงพยาบาลชุมชน	30
	โรงพยาบาลไชยวาน	โรงพยาบาลชุมชน	30

หมายเหตุ มีโรงพยาบาลในหน่วยคู่สัญญาที่ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย 1 แห่ง จึงเหลือหน่วยคู่สัญญาที่ศึกษาวิจัย 61 แห่ง

3.1 การเลือกศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ในพื้นที่จังหวัดสาธารณสุขเขต 6 เลือกทำการศึกษาการสุ่ม จากหน่วยคู่สัญญากลุ่มตัวอย่างทั้ง 62 หน่วย หน่วยละ 2 แห่ง โดยแบ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตโรงพยาบาลและนอกเขตโรงพยาบาลประเภทละ 1 แห่ง รวมทั้งหมด 124 แห่ง

3.2 การเลือกกลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ในพื้นที่จังหวัดสาธารณสุขเขต 6 ในทุกจังหวัด ดังนี้

- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- หัวหน้างานประกันสุขภาพ และหัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล จังหวัดละ 3 คน รวมทั้งหมด 21 คน

3.4 การเลือกกลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จากอำเภอซึ่งเป็นที่ตั้งของหน่วยคู่สัญญากลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอรวมทั้งหมด 55 คน

3.5 การเลือกกลุ่มผู้บริหารหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ในพื้นที่จังหวัดสาธารณสุขเขต 6 หรือประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (ประธาน CUP Board) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และภาคเอกชน รวม 61 หน่วย หน่วยละ 1 คน รวมทั้งหมด 61 คน

3.6 การเลือกกลุ่มเลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ จังหวัดสาธารณสุขเขต6 (เลขานุการ CUP Board) ได้เลือกทำการศึกษาแบบเจาะจงจากหน่วยคู่สัญญา กลุ่มตัวอย่างทั้ง 62 หน่วย หน่วยละ 1 คน รวมทั้งหมด 62 คน

3.6 การเลือกกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) เลือกผู้ปฏิบัติงานจากศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพ จากสถานบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล จำนวน 61 แห่ง แห่งละ 1 คน และจากศูนย์สุขภาพชุมชนนอกโรงพยาบาล จำนวน 61 แห่ง แห่งละ 1 คน รวมทั้งหมด 124 คน โดยที่ผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวคือ

3.7 การเลือกกลุ่มอสม. หรือประชาชนในเขตพื้นที่บริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เลือกจากศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 124 แห่ง แห่งละ 1 คน รวมทั้งหมด 124 คน

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		รวม
	อำเภอเมือง	อำเภออื่น	
กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัด	21	-	21
กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	7	48	55
กลุ่มผู้บริหารหน่วยคู่สัญญา	13	49	62
กลุ่มเลขานุการ CUP Board	13	49	62
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน			
- ในโรงพยาบาล	13	49	62
- นอกโรงพยาบาล	13	49	62
กลุ่มอสม.หรือประชาชน			
- ของศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล	13	49	62
- ของศูนย์สุขภาพชุมชนนอกโรงพยาบาล	13	49	62
รวม	106	342	448

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

4.1 แบบสรุปผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคช่วงเวลาก่อนและหลังจาก

มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยคู่สัญญาที่ทำการศึกษา เพื่อรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data)

4.2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview guideline) กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

4.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion guideline) ผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ, เลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ, เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน

4.4 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion guideline) ตัวแทน อสม./ประชาชน

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ ได้แก่

1) การจัดสรรงบประมาณ ซึ่งรวมทั้ง วิธีการจัดสรรงบประมาณในหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ จำนวนงบประมาณที่หน่วยปฐมภูมิได้รับจริง อำนาจในการตัดสินใจในการบริการงบประมาณ ระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทน

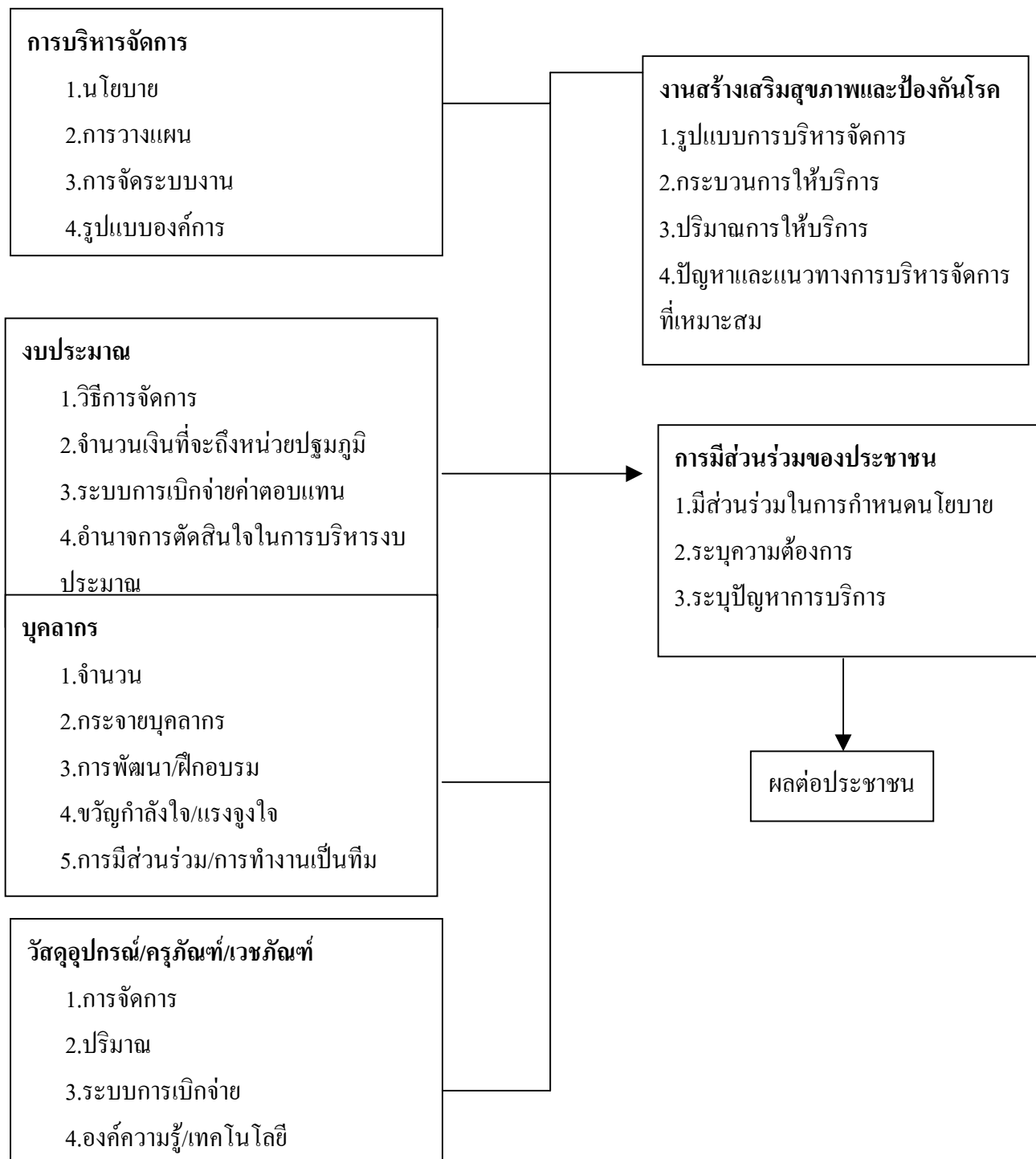
2) บุคลากร ปัจจัยด้านบุคลากรในหน่วยบริการประกอบด้วย จำนวนบุคลากร การกระจายบุคลากร การพัฒนาฝึกอบรม แรงจูงใจขวัญกำลังใจ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และ การทำงานเป็นทีม

3) วัสดุอุปกรณ์ / ครุภัณฑ์ / เวชภัณฑ์ ขึ้นอยู่กับปริมาณ การจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ระบบการเบิกจ่าย รวมทั้งองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง

4) การบริหารจัดการ การบริหารจัดการภายในหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ มีผลต่อการจัดและให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คือ นโยบายของผู้บริหาร การจัดลำดับความสำคัญ การวางแผน การจัดระบบงาน รูปแบบองค์กรและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่

5) การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการกำหนดนโยบายการจัดบริการ การสะท้อนความต้องการและปัญหาเกี่ยวกับบริการ

แผนภูมิความสัมพันธ์ของปัจจัย



6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

6.1 ข้อมูลปฐมภูมิ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

6.1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

6.1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ, เลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ, เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน, ตัวแทน อสม./ประชาชน

6.2 ข้อมูลทุติยภูมิ

6.2.1 จากแบบสรุปผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคช่วงเวลาก่อนและหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยคู่สัญญาที่ทำการศึกษา

6.2.2 เอกสารที่รวบรวมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและของหน่วยคู่สัญญาที่ทำการศึกษา ได้แก่

6.2.2.1) โครงการการแบ่งงบประมาณในส่วนของการสร้างสุขภาพในระดับจังหวัด และอำเภอ

6.2.2.2) แผนภูมิโครงสร้างองค์กร และบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับจังหวัดและอำเภอ

6.2.2.3) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานทุกระดับเกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

6.2.2.4) รายงานการประชุมของหน่วยงานระดับต่างๆ (คปสอ., คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ, คณะทำงานเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชนและคณะทำงานด้านการสร้างสุขภาพระดับจังหวัด/อำเภอ) ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 – มิถุนายน 2545)

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก่อนและหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำเสนอข้อมูลในรูปของตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ

7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และเอกสาร หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว นำมาจัดหมวดหมู่แยกเป็นประเด็นต่างๆ

ตามแผนภูมิความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านการจัดการ งานสร้างสุขภาพและป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของประชาชน จากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล และตามเนื้อหาที่ปรากฏในเอกสาร ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลและจากเอกสาร เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา นำเสนอข้อมูลในรูปของการบรรยายและตารางสรุปข้อมูลแต่ละประเด็น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

1. นโยบายการส่งเสริมงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.1 ระดับจังหวัด

ในปีงบประมาณ 2545 ทุกจังหวัดในเขต 6 ยึดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกำหนดให้จังหวัดต่างๆ จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และกำหนดให้มีบริการต่างๆ ได้แก่ งานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานฟื้นฟูสภาพ และงานทันตสาธารณสุข โดยมุ่งให้ทำงานเชิงรุกและใช้หลักการเวชปฏิบัติครอบคลุมในการทำงาน อย่างไรก็ตามในแต่ละจังหวัดก็จะมีจุดเน้นของนโยบายแตกต่างกันไปบ้างขึ้นกับแนวคิดพื้นฐานของผู้บริหาร และงานส่งเสริมสุขภาพเดิมที่ทำอยู่ก่อนเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น จังหวัดอุดรธานี เน้นเมืองส่งเสริมสุขภาพต้นแบบ ผู้บริหารมีนโยบายในการสร้างสุขภาพ และมีความคิดในการปรับแนวคิดเจ้าหน้าที่จากการ “ส่งเสริมสุขภาพ” เป็นการ “สร้างสุขภาพ” ซึ่งจะสื่อความหมายในมิติทางสังคมศาสตร์ได้ดีกว่า ผู้บริหารมีนโยบายให้เน้นที่ครอบครัว บ้าน วัด โรงเรียน และเชื่อมประสานกับองค์กรท้องถิ่น มีการประกาศนโยบาย “เมืองส่งเสริมสุขภาพต้นแบบอุดรธานี 2545” และเผยแพร่คำประกาศนี้ไปยังหน่วยงานทุกแห่ง

จังหวัดสกลนคร มุ่งเน้นงานเวชปฏิบัติครอบคลุม ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ให้สำรวจเพิ่มประวัติครอบครัว (Family Folder) ให้ครบ 100% เพื่อนำข้อมูลจริงมาวางแผน จังหวัดหนองคาย เน้นชุดสิทธิประโยชน์ (Core Package) และการแก้ไขปัญหในพื้นที่ แผนปฏิบัติของจังหวัดจึงแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แผนงานประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยึดชุดสิทธิประโยชน์ เป็นหลัก และแผนอื่นๆ ซึ่งระบุกิจกรรมจากกรม/กองต่างๆ ซึ่งสามารถบูรณาการเข้ากับชุดสิทธิประโยชน์ได้ จังหวัดขอนแก่น ยึดนโยบายกระทรวง คือ “สร้างนำซ่อม” แต่ยังให้ความสำคัญของงานรักษาพยาบาลคือต้องทำให้ดีเหมือนเดิม งานสร้างสุขภาพให้ทำงานเชิงรุกมากขึ้น โดยให้หน่วยคู่สัญญา นำนโยบายไปปฏิบัติตามบริบทของตนเอง จังหวัดหนองบัวลำภู เน้นงานเวชปฏิบัติครอบคลุม โดยปรับแนวคิดให้ทำงานแบบใกล้ชิดตัวใกล้ชิดใจมากขึ้น งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังยึดชุดสิทธิประโยชน์เป็นหลัก ปรับวิธีการทำงานแบบแยกส่วนให้เป็นการทำงานแบบองค์รวม ส่วนจังหวัดอื่นๆ นอกจากนี้ไม่ได้ระบุจุดเน้นของงานชัดเจน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 นโยบายเน้นหนักในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัดในเขต 6
ปีงบประมาณ 2545

จังหวัด	นโยบาย	กิจกรรม
อุดรธานี	- เมืองส่งเสริมสุขภาพต้นแบบอุดรธานี 2545	- เมื่อนำอยู่ - อนามัยแม่และเด็ก / วางแผนครอบครัว - โภชนาการ / สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - สุขภาพจิต / ทันตสุขภาพ - ออกกำลังกาย / อาหารสะอาด - ดำรงชีพเพิ่มประวัติกอบครัว
สกลนคร	- เวชปฏิบัติครอบครั	- ดำรงชีพเพิ่มประวัติกอบครัว - งานเชิงรุก / เยี่ยมบ้าน
เลย	- เวชปฏิบัติครอบครั	- งานเชิงรุก / เยี่ยมบ้าน
กาฬสินธุ์	- นโยบายกระทรวง	- ควบคุมโรคติดต่อ - ออกกำลังกาย - ควบคุมไข้เลือดออก
หนองคาย	- หุดสิทธิประโยชน์ - ปัญหาพื้นที่	- เยี่ยมบ้าน - ควบคุมโรคติดต่อ
ขอนแก่น	- สร้างนำซ่อม เน้นงานเชิงรุกมากขึ้น แต่ยังให้ความสำคัญต่องานรักษา	- ดำรงชีพเพิ่มประวัติกอบครัว - เยี่ยมบ้าน - ควบคุมโรคติดต่อ - ออกกำลังกาย
หนองบัวลำภู	- เวชปฏิบัติครอบครั	- งานเชิงรุก / เยี่ยมบ้าน
	- หุดสิทธิประโยชน์	- ดำรงชีพเพิ่มประวัติกอบครัว

ในปีงบประมาณ 2546 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในการรณรงค์งาน
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยกำหนดกิจกรรมและช่วงเวลาให้ดำเนินการเป็นเรื่องๆ ตาม
รายละเอียดในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5 กิจกรรมหลักและกิจกรรมรองในการรณรงค์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ปีงบประมาณ 2546**

เดือน	กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง
ตุลาคม 2545	- มะเร็งเต้านม / ท้นตสาธารณสุข (21 ต.ค.)	- ตลาดสดน้ำซื่อ
พฤศจิกายน 2545	- สุขภาพจิตแห่งชาติ (1 – 7 พ.ย.)	- ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
	- เบาหวานโลก	
	- มหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติ (23 พ.ย.)	
ธันวาคม 2545	- เอคส์โลก (1 ธ.ค.)	- โปลิโอ (18 ธ.ค.)
มกราคม 2546	- มะเร็งปากมดลูก	- อุบัติเหตุ
กุมภาพันธ์ 2546	- มหกรรมอาหารสะอาด ปลอดภัย	- โปลิโอ (21 ม.ค.)
มีนาคม 2546	- วัน อสม. (20 มี.ค.)	- กามโรค
	- วันวันโรคโลก (24 มี.ค.)	- คัดกรองทารกแรกเกิด
เมษายน 2546	- วันอนามัยโลก (7 เม.ย.)	- อุบัติเหตุ
	- วันครอบครัว และวันผู้สูงอายุ (14 – 15 เม.ย.)	
พฤษภาคม 2546	- แพทย์แผนไทย 4 ภาค	- มาลาเรีย
	- วันงดสูบบุหรี่โลก (31 พ.ค.)	- สุขบัญญัติแห่งชาติ (28 พ.ค.)
มิถุนายน 2546	- วันยาเสพติดโลก (26 มิ.ย.)	- โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
		- Leptospirosis
กรกฎาคม 2546	- ฉลากโภชนาการ	
สิงหาคม 2546	- เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (1-7 ส.ค.)	- อนามัยแม่และเด็ก
กันยายน 2546	- วันหัวใจโลก (26 ก.ย.)	- เบาหวาน
	- ความดันโลหิตสูง	

สำนักงานสาธารณสุขเขต 6 ได้นำนโยบายดังกล่าวมาปรับให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่และกำหนดงานนโยบายสำคัญ 14 ประเด็น ของเขต 6 ได้แก่

1. การบริหารจัดการ เน้นเรื่องการจัดสรรงบประมาณโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นเรื่องการขึ้นทะเบียน การออกบัตรการร้องทุกข์
3. การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการ เน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. ไข้เลือดออก เน้นการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก ไม่ให้อัตราป่วยเกิน 50 / แสนประชากร
5. เอดส์ เน้นการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยในชุมชน และการกระจายถุงยางอนามัย
6. ยาเสพติด เน้นการบำบัดผู้ติดสารเสพติด และการติดตามผลของการบำบัด
7. อุบัติเหตุ เน้นการเฝ้าระวังอุบัติเหตุช่วงเทศกาล และระบบการดูแลฉุกเฉิน
8. เบาหวาน เน้นการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
9. ความดันโลหิตสูง เน้นการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
10. มะเร็งปากมดลูก เน้นการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
11. มะเร็งเต้านม เน้นการให้ความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตัวเอง
12. ออกกำลังกาย รมรณรงค์ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ
13. อาหารสะอาดปลอดภัย เน้นการตรวจร้านอาหารและแผงลอยขายอาหาร ตามเกณฑ์อาหารสะอาดรสชาติอร่อย
14. การแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก ส่งเสริมการอบ ประคบ นวด และการใช้สมุนไพร

ดังนั้น ในปี 2546 จังหวัดต่างๆ ในเขต 6 จึงปรับนโยบายจาก ปี 2545 ให้สอดคล้องกับนโยบายของเขต 6 ซึ่งกิจกรรมที่ชัดเจนมากที่สุด คือการออกกำลังกาย ส่วนการสำรวจแฟ้มประวัติครอบครัวเพื่อค้นหาปัญหาในพื้นที่ และงานเวชปฏิบัติครอบครัวในหลายจังหวัดก็ลดความเข้มข้นลง

1.2 ระดับหน่วยคู่สัญญา

จากการสังเกตและจากประสบการณ์ของผู้วิจัย มักพบว่า ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ มักจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น

- 1) แนวคิดของประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ถ้าประธานเห็นความสำคัญและมีแนวคิดในด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน

กันโรคด้วย ไม่เน้นงานรักษาเพียงอย่างเดียว หน่วยคู่สัญญานั้นก็จะมีการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมกกว่าหน่วยคู่สัญญาแห่งอื่น

2) รูปแบบการบริหารงานของผู้บริหาร ถ้าหน่วยคู่สัญญาใดผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอมีรูปแบบการบริหารงานที่เข้ากันได้ ยอมรับความคิดเห็นของกันและกันจะทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้รับการสนับสนุนดียิ่งขึ้น

3) การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) เนื่องจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอมีความแตกต่างกันในสายการบังคับบัญชา ดังนั้นการที่จะทำงานร่วมกันได้ดีต้องอาศัยการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ ซึ่งในทางปฏิบัติยังไม่เกิดผลเท่าที่ควร อีกทั้งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็ยังไม่คุ้นเคยกับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพราะเดิมงานนี้ส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย จากการศึกษารายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่ายในจังหวัดหนึ่ง พบว่ามีเพียง 2-3 หน่วยคู่สัญญาเท่านั้นที่ใช้เวทีการประชุมนี้ในการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กล่าวคือมีการนำเสนอปัญหาและการอนุมัติแผนงานโครงการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยที่แผนงานโครงการเหล่านี้มาจากการกลั่นกรองของคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับหน่วยคู่สัญญา เมื่อพิจารณาประกอบกับผลสำเร็จของงานและสอบถามจากผู้เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด พบว่า ผลงานของหน่วยคู่สัญญา 2-3 หน่วยนี้เป็นที่ยอมรับของระดับจังหวัดและหน่วยคู่สัญญาอื่นๆ

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มองเห็นชัดเจนในระดับหน่วยคู่สัญญา ส่วนใหญ่แล้วจะทำเรื่องการออกกำลังกาย มีการจัดตั้งชมรมในศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งอบรมแกนนำหรือผู้นำในการออกกำลังกาย และจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-5 วัน ซึ่งทุกหน่วยคู่สัญญาจะดำเนินการเรื่องนี้ได้ดีและจะกล่าวถึงเป็นเรื่องแรก ส่วนกิจกรรมอื่นๆมีบางหน่วยคู่สัญญาที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างออกไป ตามรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ปรากฏในหน่วยคู่สัญญาต่างๆ

จังหวัด	หน่วยคู่สัญญา	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค	หมายเหตุ
อุดรธานี	- ทุกเครือข่ายบริการ - หนองแสง / หนองวัวซอ	- ออกกำลังกาย - ตำรวจเพิ่มประวัติครอบครัว - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	- มีการรณรงค์ทุกระดับ - ทำก่อนมีโครงการหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
สกลนคร	- พังโคน	- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	- ทำก่อนมีโครงการหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
เลย	- ค่ายชัย	- เน้นการหาข้อมูลกลุ่มเป้า หมายให้ชัดเจนและบูรณาการ งานใหม่เข้ากับงานเดิม	- ทำก่อนมีโครงการหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
กาฬสินธุ์	- กุฉินารายณ์	- ปรับงานส่งเสริมสุขภาพเดิม ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง เครือข่าย เพิ่มงานเชิงรุกและ งานเยี่ยมบ้านมากขึ้น	- ดำเนินการก่อนมีโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ขอนแก่น	- น้ำพอง	- มีรูปแบบงานเวชปฏิบัติครอบ คร้วเป็นรูปธรรมชัดเจน	- ดำเนินการก่อนโครงการ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ เข้าร่วมในโครงการปฏิรูป ระบบบริการสาธารณสุข ระหว่างปี 2540-2542
	- อุดรรัตน์	- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ - มีรูปแบบงานสร้างสุขภาพแบบ ยั่งยืนและประชาชนมีส่วนร่วม	- ดำเนินการก่อนโครงการ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.3 ระดับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

กลุ่มผู้ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่รับทราบนโยบาย “สร้างนำซ่อม”

แต่ก็ไม่เข้าใจว่า “สร้างสุขภาพ” ต้องทำอะไรบ้าง บางคนบอกว่าการสาธารณสุขทุกงานเป็นงานสร้างสุขภาพอยู่แล้ว คำว่า “สร้างสุขภาพ” เป็นคำใหม่ที่ทำให้เกิดความสับสน อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติก็พยายามทำตามนโยบาย เจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งมีความเข้าใจว่างานสร้างสุขภาพก็คืองานส่งเสริมสุขภาพเดิมที่เคยทำอยู่ เช่น การดูแลเด็ก 0 – 6 ปี วิทยากร งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

และอื่นๆ นำมาประกอบกับแนวคิดที่ใหม่ คือ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ถ้านำแนวคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมมาทำให้เป็นรูปธรรมก็จะเป็นงานสร้างสุขภาพนั่นเอง บางคนเพิ่มงานพันธุศาสตร์ สุข และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เข้าไปในงานสร้างสุขภาพ บางแห่งให้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของหน่วยงานโดยให้ระบุคำว่า “งานสร้างสุขภาพ” ไว้ใน วิสัยทัศน์ และ พันธกิจ ด้วย

งานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนที่สุดคือ งานออกกำลังกาย ดังนั้น คำว่า “สร้างสุขภาพ” จึงทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนมองเห็นเพียง “การออกกำลังกาย” กิจกรรมอื่นๆ นอกจากนั้นยังมองไม่ออก ผู้ปฏิบัติบางคนตั้งข้อสังเกตว่า ส่วนใหญ่จะลืมนงานพื้นฐานเดิมที่เคยทำ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ฯลฯ ซึ่งในช่วงหลังของ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ค่อยมีใครพูดถึง ทำให้งานเหล่านี้ได้รับความสนใจน้อยลงไป

นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติระดับอำเภอบางคนยังให้ข้อสังเกตว่างานสร้างสุขภาพ น่าจะเริ่มจากการวินิจฉัยชุมชน (Community Diagnosis) เพื่อวางแผนว่าจะส่งเสริมสุขภาพอย่างไร จึงจะเหมาะสมกับชุมชน แล้วจึงเขียนแผนงานโครงการ แต่ในช่วงปี 2546 ยังไม่สามารถทำได้ เพราะต้องทำเรื่องนโยบายที่กำหนดจากหน่วยเหนือก่อน ในขณะที่ผู้บริหารระดับจังหวัดก็ตระหนักถึงความสำคัญของการวิเคราะห์ชุมชนว่า “การวิเคราะห์ชุมชนต้องถือว่าสำคัญที่สุดเพราะถ้าไม่สามารถระบุปัญหาครอบครัวและชุมชนได้ แนวทางการสร้างสุขภาพก็ไปไม่ถึง” ผู้บริหารอีกท่านหนึ่งให้ความเห็นในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า จะเกิดขึ้นได้จะต้องมีการดำเนินการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนมาในระดับหนึ่งก่อน เมื่อเราตอบสนองความต้องการของเขาได้จึงจะเกิดความร่วมมือและเกิดการมีส่วนร่วมในที่สุด เราจะรู้ปัญหาของประชาชนจริงๆ ต้องทำการวินิจฉัยชุมชนซึ่งต้องทุ่มเท ต้องเข้มแข็ง แต่ปัจจุบันพบว่าไม่ได้ทำ คงไม่รู้จะทำไปทำไม เพราะมีงานที่ต้องทำตามคำสั่งมากเกินไปอยู่แล้ว

2. การจัดรูปองค์กรเพื่อรับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การจัดโครงสร้างองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของงาน ถ้าโครงสร้างองค์กรเหมาะสม มีองค์การรับผิดชอบงานชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมก็จะสามารถบริหารจัดการงานให้บรรลุผลสำเร็จได้เป็นส่วนใหญ่ สำหรับจังหวัดต่างๆ ในเขตสาธารณสุข 6 เมื่อเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ได้มีการปรับโครงสร้างองค์กรเพื่อให้มีผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคชัดเจนขึ้น ซึ่งอาจแบ่งได้ 3 รูปแบบ คือ

2.1.ปรับโครงสร้างใหม่ ให้มีคณะกรรมการรับผิดชอบงานสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองบัวลำภู

2.2.ใช้โครงสร้างเดิม เพิ่มฝ่ายพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ จังหวัด สกลนคร

2.3.ใช้โครงสร้างเดิม และแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบเป็นงานๆ ได้แก่ จังหวัด ขอนแก่น กาฬสินธุ์ หนองคาย เลย ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 รูปแบบโครงสร้างองค์การที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

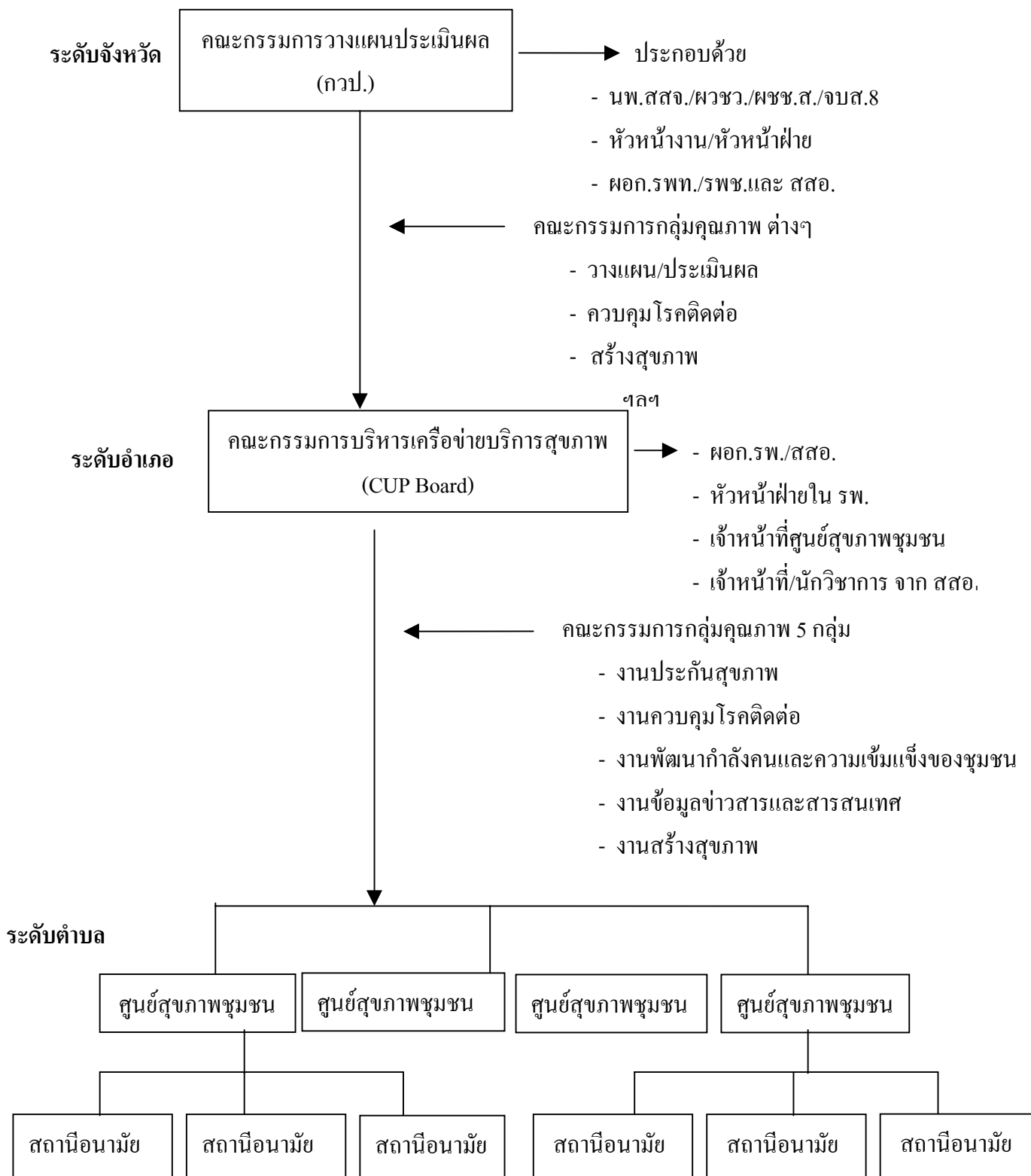
รูปแบบ	ลักษณะโครงสร้างองค์การ	จังหวัด	ข้อดี/ประเด็นที่อาจเป็นปัญหา
1.	ปรับโครงสร้างใหม่ ให้มีคณะกรรมการ รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	อุดรธานี / หนองบัวลำภู	- มีผู้รับผิดชอบชัดเจน - มีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง มากขึ้น
2.	ใช้โครงสร้างเดิม(ฝ่ายส่งเสริม สุขภาพและรักษาพยาบาล) เพิ่มฝ่ายพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	สกลนคร	- อาจมีปัญหาการทำงาน แบบแยกส่วนและขาดการ มีส่วนร่วม
3.	ใช้โครงสร้างเดิมและ แต่งตั้ง อนุกรรมการเป็นงานๆ (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและ รักษาพยาบาล)	ขอนแก่น / กาฬสินธุ์ / เลย หนองคาย	- อนุกรรมการอาจทำงาน ขาดความต่อเนื่อง และขาด การมองงานเป็นองค์รวม

สำหรับจังหวัดที่มีการปรับโครงสร้างองค์การเพื่อรองรับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คือจังหวัดอุดรธานีและหนองบัวลำภู โครงสร้างใหม่ที่กำหนดขึ้น คือ คณะกรรมการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กลุ่มคุณภาพงานสร้างสุขภาพ) ซึ่งประกอบไปด้วยงานส่งเสริมสุขภาพเป็นแกน และมีกรรมการมาจากฝ่าย/งานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง คือ งานควบคุมโรค งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานสุขศึกษา และงานทันตสาธารณสุข มีตัวแทนจากหน่วยคู่สัญญาและศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าร่วมเป็นกรรมการด้วย คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ในการวิเคราะห์งานวางแผน ประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งองค์การลักษณะนี้จะมีความแตกต่างจากโครงสร้างเดิมที่ให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดรับผิดชอบงานโดยลำพัง การแต่งตั้งคณะกรรมการจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากฝ่ายต่างๆ เพราะลักษณะของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จะมีความเกี่ยวข้องกับงานอื่นค่อนข้างมาก โครงสร้างเดิมที่แยกเป็นฝ่ายชัดเจนอาจทำให้ขาดการประสานงาน ทำงานแบบแยกส่วน การปรับโครงสร้างใหม่สามารถแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ในระดับอำเภอก็ต้องตั้งกรรมการคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับอำเภอรองรับ เพื่อทำหน้าที่ให้สอดคล้องกับคณะกรรมการระดับจังหวัด คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับอำเภอมิบทบาทในการบริหารจัดการงบประมาณงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยคณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ดังนี้

- 1) จัดทำแผนงาน/โครงการ ที่เป็นปัญหาร่วมกันของเครือข่ายบริการ โดยใช้งบประมาณส่วนที่กันไว้ ประมาณ 25%
- 2) พัฒนากลั่นกรองโครงการของศูนย์สุขภาพชุมชนต่างๆ ก่อนนำเสนอ ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่าย
- 3) รวบรวมข้อมูลผลงาน และนิเทศติดตามประเมินผล เพื่อนำผลงานมาประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณในส่วน 25% ที่ต้องจ่ายตามผลงานลักษณะการจัดโครงสร้างมีรายละเอียดตามแผนภูมิ ที่ 1

แผนภูมิที่ 1 การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อรองรับงานสร้างสุขภาพในจังหวัด หนองบัวลำภู และอุดรธานี



3 การบริหารจัดการงบประมาณงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.1 แนวทางการจัดสรรงบประมาณในระดับจังหวัด

ในปี 2546 จังหวัดต่างๆ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดมีแนวทางการจัดการงบประมาณงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแตกต่างกัน ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

3.1) ใช้สัดส่วนของงบประมาณจากงบประมาณทั้งหมด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานีจัดสรรให้ 14% จังหวัดหนองบัวลำภูจัดสรรให้ 20% จังหวัดขอนแก่นจัดสรรให้ 15 %

3.2) ใช้วิธีระบุจำนวนเงินต่อบัตร แล้วจัดสรรงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.2.1) จัดสรรงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกับงบบริหารจัดการ (Fix Cost) ได้แก่ จังหวัดสกลนครจัดสรรให้ 75 บาท/บัตรและจังหวัดเลยจัดสรรให้ 100 บาท/บัตร

3.2.2) จัดสรรงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแยกกับงบบริหารจัดการ ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์จัดสรรให้ 34 บาท/บัตร และจังหวัดหนองคายจัดสรรให้ 82 บาท/บัตร

ในแต่ละจังหวัดมีการกำหนดเงื่อนไขการใช้จ่าย และแบ่งงบประมาณส่วนหนึ่งไว้บริหารจัดการระดับเครือข่าย อีกส่วนหนึ่งโอนให้ศูนย์สุขภาพชุมชนตามจำนวนบัตร รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แนวทางการจัดสรรและเงื่อนไขการใช้จ่ายงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรค ในจังหวัดต่างๆ ปี 2545

จังหวัด	งบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)	งบบริหารจัดการ (Fix Cost)
อุดรธานี	14% จากงบประมาณรายหัวทั้งหมดโดยแบ่งสัดส่วนการใช้จ่ายดังนี้ - 40% โอนให้ศูนย์สุขภาพชุมชนตามจำนวนบัตร - 25% ทำโครงการเสนอ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายและโครงการระดับเครือข่าย - 25% จ่ายตามผลงาน - 10% บริหารจัดการระดับ เครือข่าย	- 25,000 บาท / เดือน แยกจากงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ขอนแก่น	- 15% จากงบประมาณรายหัวทั้งหมด - หักค่า Fix cost 15,000 บาท x จำนวน PCU/สอ. ที่เหลือจัดสรรดังนี้ - 40% จ่ายตามจำนวนบัตร - 40% จ่ายตามผลงาน - 20% งานวิจัย/พัฒนา (แก้ปัญหาในพื้นที่)	- 15,000 บาท/เดือน รวมอยู่ในงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
หนองบัวลำภู	- 20% จากงบประมาณรายหัวทั้งหมด	- 20,000 - 30,000 บาท / เดือน
สกลนคร	75 บาท/บัตร เป็นค่าดำเนินการทั้งหมดรวมทั้งบริหารจัดการ ยกเว้น วัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ ตามมาตรฐานที่เครือข่ายจะสนับสนุน	
เลย	- 100 บาท / บัตร หักค่าวัคซีน 14.70 บาท - งบบริหารจัดการ 30 บาท / บัตร - งบ P&P 25 บาท / บัตร โอนตรงให้ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย	- 30 บาท / บัตร รวมอยู่ในงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
กาฬสินธุ์	- 34 บาท / บัตร - 17 บาท / บัตร โอนตรงศูนย์สุขภาพชุมชน - 17 บาท / บัตร บริหารจัดการระดับเครือข่าย	- 15,000 บาท / เดือน

ตารางที่ 8 แนวทางการจัดสรรและเงื่อนไขการใช้จ่ายงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในจังหวัดต่างๆ ปี 2545 (ต่อ)

จังหวัด	งบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)	งบบริหารจัดการ (Fix Cost)
หนองคาย	- 82 บาท / บัตร - 40 บาท / บัตร จ่ายตามผลงาน - 40 บาท / บัตร บริหารจัดการระดับเครือข่าย	- 17,000 บาท / เดือน ใน ศสช.ที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ - 19,000 บาท / เดือน ใน ศสช.ที่มีพยาบาลวิชาชีพ แต่ไม่เปิดบริการ 24 ชม. - 25,000 บาท / เดือน ใน ศสช.ที่มีพยาบาลวิชาชีพและเปิดบริการ 24 ชม. - 30,000 บาท / เดือน ในศูนย์สุขภาพชุมชนนาร่อง

ในปี 2546 สำนักงานสาธารณสุขเขต 6 ได้กำหนดแนวทางการจัดสรรให้แต่ละจังหวัดนำไปปรับใช้ ดังนั้น ทุกจังหวัดจึงมีแนวทางการจัดสรรคล้ายคลึงกันในปี 2546 สำหรับงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นกำหนดให้แบ่งเป็น 2 ส่วนๆ ละ 50 % ส่วนแรกโอนให้ศูนย์สุขภาพชุมชนโดยตรง ส่วนที่ 2 ให้คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริหารจัดการ

3.2 การบริหารจัดการในระดับเครือข่ายบริการ

ปี 2545 เครือข่ายบริการต่างๆมีแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ตามแนวทางที่แต่ละจังหวัดกำหนดให้ และบางส่วนขึ้นกับการตัดสินใจของผู้บริหารเครือข่าย ในการที่จะสนับสนุนให้เกิดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บางจังหวัดกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายโดยให้สัมพันธ์กับผลงาน และต้องมีการประเมินผลงานก่อนให้เบิกจ่าย ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การบริหารจัดการงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ในระดับเครือข่ายบริการ ปี 2545

จังหวัด	เงื่อนไขการเบิกจ่าย	ผลในทางปฏิบัติ
อุดรธานี	- 40% จ่ายตามจำนวนบัตร - 25% ทำโครงการเสนอระดับเครือข่าย - 25% จ่ายตามผลงาน - 10% บริหารจัดการระดับเครือข่าย	- มีเพียง 1 – 2 เครือข่ายบริการ ที่บริหารจัดการได้ดี มีการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดให้ - ส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลจากรายงานปกติ (11 รง. 5) - บางส่วนไม่ได้ประเมินผลงาน พอถึงปลายปีเฉลี่ยคืนให้ทุกหน่วยบริการ - เขียนโครงการไม่ทันปลายปีจึงต้องจ่ายเงินคืนตามจำนวนบัตร - จังหวัดไม่ได้ขอประเมินผลงาน
ขอนแก่น	- 40% จ่ายตามจำนวนบัตร - 40% จ่ายตามผลงาน (40% จ่ายผลงานในสถานบริการ, 60% จ่ายตามผลงานในชุมชน) - 20% งานวิจัย / พัฒนา	- มีเพียง 2 หน่วยคู่สัญญาที่มีเกณฑ์ชี้วัดการจ่ายตามผลงาน - ส่วนใหญ่ไม่สามารถกำหนดเกณฑ์ชี้วัดเพื่อประกอบการเบิกจ่าย - หน่วยคู่สัญญาที่มีประชากรน้อยต้องจ่ายให้เครือข่ายบริการตามจำนวนบัตรทั้งหมดเพราะงบประมาณมีน้อย - งบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนา ส่วนใหญ่ใช้ในงานควบคุมโรคติดต่อ และปัญหาน้ำท่วม - จังหวัดไม่ได้ขอประเมินผลงาน

ตารางที่ 9 การบริหารจัดการงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับเครือข่าย
บริการ ปี 2545 (ต่อ)

จังหวัด	เงื่อนไขการเบิกจ่าย	ผลในทางปฏิบัติ
หนองคาย	- 40 บาท/บัตร จ่ายตามผลงาน แบ่งเป็น 2 ส่วน (40 % จ่ายตามจำนวนบัตร, 60 % จ่ายตามผลการประเมิน) ถ้าประเมินผลงานได้มากกว่า 80% เบิกได้เต็มจำนวน ถ้าผลงานไม่ถึง เบิกลดลงตามส่วน	- มีการประเมินผลงาน โดยทีมประเมินระดับจังหวัดหลังประเมินจึงเบิกจ่ายตามผลการประเมินเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้
หนองบัวลำภู	- 40 บาท/บัตร บริหารจัดการระดับเครือข่าย ซื้อวัสดุ/เวชภัณฑ์ งานสร้างสุขภาพ และงานที่เป็นปัญหาในพื้นที่	
	- 50% จ่ายตามจำนวนบัตร	- จังหวัดกำหนดตัวชี้วัดให้ แต่ไม่ได้ดำเนินการประเมิน
	- 50% จ่ายตามผลงาน	- ปลายปีจ่ายตามจำนวนบัตร (เนื่องจากไม่มีการประเมิน)

จังหวัดอื่นๆนอกจากนี้ ไม่มีกำหนดรายละเอียดเงื่อนไขการเบิกจ่าย

ข้อสังเกต

1. ถึงแม้จะมีการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน และจำนวนเม็ดเงินที่ถึงหน่วยบริการปฐมภูมิอาจแตกต่างกัน แต่ก็ยังเป็นเพียงระยะเวลานี้ เนื่องจากในปี 2546 มีการสั่งการให้ทุกจังหวัดบริหารจัดการเงินในรูปแบบเดียวกันคือ 50% จ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิตามจำนวนบัตร อีก 50% บริหารจัดการระดับเครือข่าย

2. หน่วยคู่สัญญาที่มีการบริหารจัดการงบประมาณงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดี มักจะเป็นเครือข่ายบริการที่มีลักษณะสำคัญ ต่อไปนี้

2.1 มีทีมงานวิชาการที่เข้มแข็ง สามารถร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาของเครือข่ายได้ดี มีคณะกรรมการรับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และมีการประชุมคณะกรรมการสม่ำเสมอ

2.2 ประธานกรรมการบริหารเครือข่ายเห็นความสำคัญและคอยกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้าในการประชุมอย่างสม่ำเสมอ

ถึงแม้ว่าในปี 2545 การโอนงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ศูนย์สุขภาพชุมชน จะแตกต่างกันทั้งสัดส่วนงบประมาณและวิธีการเบิกจ่าย ประกอบกับในต้นปี 2546 หลังจากส่วนกลางกำหนดแนวทางการโอนงบประมาณให้โอนตรงไปยังศูนย์สุขภาพชุมชน 50% ของงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีผลทำให้การเงินในศูนย์สุขภาพชุมชนดีขึ้นมาก ส่วนใหญ่มีเงินบำรุงประมาณ 400,000 บาทขึ้นไป จากเดิมที่เคยมีเป็นหลักหมื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้นปี 2546 นโยบายส่วนกลางชัดเจนมากขึ้นในการโอนเงินตรงในศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมดไม่ต้องผ่านหน่วยคู่สัญญา ยิ่งทำให้สถานการณ์การเงินระดับศูนย์สุขภาพชุมชนดีขึ้นมากในเรื่องนี้ในระดับผู้ปฏิบัติเห็นว่าดีมากทำให้สะดวกในการทำงาน

“มีเงินมากองไว้ ถ้าอยากทำก็ได้ทำ แต่ก่อนถ้าอยากทำต้องไปขอที่อื่น” ส่วนผู้บริหารระดับหน่วยคู่สัญญาบางคนเห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชน ยังไม่ค่อยใช้จ่ายเงินให้เกิดผลงานมากนัก “ปัญหาคือ ถือเงินไว้เฉยๆ ไม่มีผลงานขึ้นมา ” บางคนเห็นว่า “ เงินอาจถูกจ่ายในทางอื่น (ที่ไม่ใช่ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ต้องเตรียมแผนงาน/โครงการไว้และต้องมีระบบบริหารจัดการที่ดี ” แต่ผู้บริหารอีกท่านหนึ่งเห็นว่าการโอนเงินตรงไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชนก็เป็นการดีที่เขาขึ้นได้บนขาของตัวเอง การบริหารแบบใหม่ไม่จำเป็นต้องมีเงินอยู่ในมือ ใช้วิธีกำกับประเมินผลพูดคุยกันได้ ใช้แผนงาน/โครงการ และผลงาน แทนวิธีการเดิมซึ่งต้องกำกับด้วยเงิน ผู้บริหารเครือข่ายบริการคนหนึ่งกล่าวว่า “วิธีการที่เหมาะสมในการบริหารงานไม่ได้ขึ้นกับเงินทั้งหมด ถ้ามีเงินก็ใช้เงินบริหาร ถ้าไม่มีก็ใช้วิธีการอื่นแทน บางทีอาจเป็นการดีกว่า สบายกว่าที่เราจะไม่จับเงิน ” ผู้บริหารระดับจังหวัดท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า

“ สอ .ต้องรู้จักค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหาเอง มีเงินอยู่แล้ว ผู้ปฏิบัติต้องมีจิตสำนึก”

อีกท่านหนึ่งบอกว่า “ เรื่องนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ และทัศนคติของผู้ปฏิบัติมากกว่า ถ้าถูกสอนว่างานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นงานที่ต้องทำอยู่แล้ว มีเงินหรือไม่ก็ทำไม่น่าจะเปลี่ยนเพราะเราเอาเงินไปเปลี่ยนทัศนคติคนไม่ได้ ” เพราะฉะนั้นการพัฒนาบุคลากรระดับปฏิบัติให้สามารถวิเคราะห์งานและวางแผนประเมินผลได้เองในพื้นที่ จึงน่าจะมีความสำคัญมากต่อความสำเร็จของงานสร้างสุขภาพ ในกรณีการจัดสรรงบประมาณแบบนี้ กรณีที่กล่าวข้างต้นเป็น ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในศูนย์สุขภาพชุมชนนอกโรงพยาบาล สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลนั้น แทบทุกแห่งมีปัญหาเหมือนกันคือ ผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบชัดเจนเกี่ยวกับงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ควรจะได้รับ เงินถูกรวมอยู่ในบัญชีเงินของโรงพยาบาล โดยไม่ระบุชัดเจนว่าส่วนไหนจะใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เมื่อจัดทำแผนงาน/โครงการเสนอของบประมาณมักจะขึ้นอยู่กับผู้อำนวยการในโรงพยาบาลว่าจะสนับสนุนอย่างไร

เท่าไร แต่ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความยากลำบากในการปฏิบัติงาน เพราะงบประมาณไม่คล่องตัว แม้แต่งบประมาณเรื่องค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล จะได้รับน้อยกว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนอกโรงพยาบาล

3.3 ระเบียบการเบิกจ่าย

ในช่วงแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปลายปีงบประมาณ 2544 – ต้นปีงบประมาณ 2545) ระเบียบการเบิกจ่ายยังไม่ชัดเจนการเบิกจ่ายค่าตอบแทนจึงมีความสับสน บางจังหวัดมีผลให้การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนล่าช้าไป ด้วยความไม่แน่ใจในระเบียบการเงิน ปัญหาในการเบิกจ่ายงบประมาณ มี 3 ประการคือ

3.3.1) การตีความระเบียบไม่ตรงกัน และไม่มีใครตัดสินชี้ขาด ทำให้เกิดความลักลั่นในทางปฏิบัติ เช่น หน่วยคู่สัญญาบางแห่งให้เจ้าหน้าที่เบิกค่าตอบแทนมากเกินไป บางแห่งน้อยเกินไป บางแห่งไม่กล้าเบิกเลย บางแห่งถูกตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) กรณีเบิกค่าตอบแทนในการออกไปทำแฟ้มประวัติครอบครัว ซึ่งถูกตีความว่าเป็นเพียงการออกไปเก็บข้อมูล ยังไม่ได้ทำให้เกิดงานเลย จึงเบิกไม่ได้ แต่ผู้ปฏิบัติเห็นว่า การออกไปทำแฟ้มประวัติครอบครัวนั้นทำไปพร้อมกับการเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำดูแลทุกอย่างในครอบครัวไปพร้อมกัน เป็นต้น ถึงแม้ว่าในช่วงปีงบประมาณ 2545 ระเบียบค่าตอบแทนจะชัดเจนมากขึ้น แต่การตีความก็ยังไม่เหมือนกัน หน่วยคู่สัญญาบางแห่งให้ไม่กล้าให้เบิกค่าตอบแทน เตรียมหลักฐานทุกอย่างไว้ ปลายปีถ้าเบิกได้ค่อยเบิก ถ้าเบิกไม่ได้ก็ไม่เบิก เรื่องนี้มีผลต่อขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานมากจากคำกล่าว “งานก็ยังทำเหมือนเดิมแต่ความรู้สึกมันไม่ดี”

ความไม่ชัดเจนของระเบียบการเบิกจ่ายทำให้งานหยุดชะงักไปในหลายเครือข่ายบริการที่เคยเริ่มต้นอย่างคึกคักในระยะแรกก็ค่อยๆ ลดความเข้มข้นของงานลง นอกจากนี้ได้พบว่าบางแห่งมีปัญหาเรื่องการตีความ “งานสร้างสุขภาพ” ผู้บริหารเครือข่ายบริการหลายแห่งไม่เข้าใจว่ากิจกรรมใดเป็นงานสร้างสุขภาพหรือไม่ ผู้ปฏิบัติคนหนึ่งบอกว่า “ผู้บริหารไม่เข้าใจว่าอะไรเป็นงานสร้างสุขภาพ พอขอไปก็ไม่อนุมัติ”

3.3.2) นโยบายของจังหวัดและผู้บริหารเครือข่ายบริการบางจังหวัด มีการกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกค่าตอบแทน เช่น

กาพลินธุ์กำหนดให้เบิกค่าตอบแทนนอกเวลาได้ 7 ครั้ง/คน/เดือน

สกลนครเบิกค่าตอบแทนเวชปฏิบัติครอบครัวได้คนละ 3 ครั้ง/คน/เดือน/หมู่บ้าน

หนองคายกำหนดให้เบิกค่าตอบแทนไม่เกิน 25 บาท/บัตร

ขอนแก่นกำหนดให้เครือข่ายบริการเบิกค่าตอบแทนในการให้บริการในหมู่บ้าน 1 ครั้ง/เดือน/หมู่บ้าน ส่วนจังหวัดอื่นๆ ไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ระดับจังหวัด ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้

บริหารเครือข่าย จึงเกิดความแตกต่างกันมากในแต่ละเครือข่าย ผู้บริหารเครือข่ายบริการมักจะตัดสินใจตามการตีความในระเบียบและวงเงินงบประมาณที่ได้รับ ทั้งนี้ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลเบิกค่าตอบแทนได้น้อยกว่าศูนย์สุขภาพชุมชนนอกโรงพยาบาลในทุกจังหวัด

3.3.3)ข้อจำกัดของระเบียบการจ่ายค่าตอบแทนคือ การที่ไม่ให้จ่ายค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ที่ออกไปช่วยงานศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้การช่วยเหลือกันในเครือข่ายบริการลดลง และการมีคนลงไปช่วยทำงานซ่อมสุขภาพก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ประจำมีเวลามากขึ้น สำหรับการออกไปทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในชุมชน

4. การจัดการด้านบุคลากร

4.1 การกระจายบุคลากร

เดิมการกระจายบุคลากรในจังหวัดต่างๆมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ ไม่มีการกำหนดกรอบ หรือวางแผนไว้ล่วงหน้า บุคลากรส่วนใหญ่จะไหลเข้าหน่วยงานระดับจังหวัด เช่น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง แต่พอเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้บริหารทุกจังหวัดมีนโยบายในการกระจายบุคลากรลงในปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลวิชาชีพที่บรรจุใหม่ ส่วนใหญ่จะกระจายลงศูนย์สุขภาพชุมชนเกือบทั้งหมด บางจังหวัด เช่น อุดรธานี สกลนคร หนองบัวลำภู บางจังหวัดมีนโยบายกระจาย ทันตภิบาลลงใน ศูนย์สุขภาพชุมชน/ สถานีอนามัยให้มากขึ้นด้วย นอกจากการกระจายบุคลากรใหม่แล้ว บางจังหวัดมีการเกลี้ยบุคลากรจากหน่วยงานระดับจังหวัด เช่น จังหวัดอุดรธานี เดิมมีอัตรากำลังประมาณ 200 คน ได้มีการเกลี้ยอัตราออกไปทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณครึ่งต่อครึ่ง ทั้งนี้เพราะเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งไม่ได้มีตำแหน่งตาม จ.18 อยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงเกิดความรู้สึกไม่มีความมั่นคงในกระแสการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างใหม่ ดังนั้นจึงเลือกออกไปปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นจำนวนมากจึงทำให้เกิดการกระจายกำลังคนลงสู่หน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดคนหนึ่งบอกว่า ‘สสจ.มี 200 คน ก็ลดลงเกือบครึ่ง....เร่งให้เขาออกไปเพราะกระทรวงบอกว่าต้องเร่งกระจายคนลงไปไม่มีกรอบอยู่ ไม่มีที่อยู่ใน สสจ. งานก็ชะงักทำได้เท่าที่ทำเหมือนบุรุษไปรษณีย์’

ในระดับหน่วยคู่สัญญา(CUP) ระยะแรกทุกแห่งพยายามจัดอัตรากำลังตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ต้องจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตโรงพยาบาล 1 แห่ง นอกเขตโรงพยาบาล 1 แห่ง โดยจัดทีมแพทย์ พยาบาล เกษตรกร ทันตแพทย์ หรือทันตภิบาลออกไปให้บริการตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตโรงพยาบาลนั้นใช้

บุคลากรฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพิบาลเดิมรวมกัน และจัดเจ้าหน้าที่จากฝ่ายการพยาบาล มาเสริมให้ในบางแห่งทำให้มีอัตรากำลังประมาณ 7-10 คน

สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนนอกเขตโรงพยาบาลนั้น มีการจัดพยาบาลวิชาชีพออกไป ประจำให้ได้มากที่สุดสอดคล้องกับนโยบายของจังหวัดมีภาพชัดเจนใน 4 จังหวัด คือ อุตรธานี หนองบัวลำภู หนองคาย และสกลนคร ส่วนอีก 3 จังหวัด คือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ เลย ส่วนใหญ่ ยังเป็นการจัดพยาบาลออกไปช่วยเป็นบางเวลา (Part Time) เช่น 2 วัน/สัปดาห์ บางแห่ง 4 วัน/สัปดาห์ ลักษณะการกระจายบุคลากรมีรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ลักษณะการกระจายอัตรากำลังตามหน่วยงานระดับต่างๆ ก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ก่อนโครงการ	หลังโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า		
	ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ	ระดับตำบล
1. บุคลากรส่วนใหญ่จะไหลเข้า หน่วยงานระดับจังหวัด เช่น โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง 2. ไม่มีการวางแผนอัตรากำลัง	1. เกือบบุคลากรออกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นจำนวนมาก และ จำกัดจำนวนรับย้ายเข้าในบางพื้นที่ 2. มีการวางแผนอัตรากำลัง(ทั้งระยะสั้นและระยะยาว) 3. กำหนดนโยบายให้พยาบาลวิชาชีพที่บรรจุใหม่ลงไปปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน	1. จัดพยาบาลวิชาชีพออกประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 2. กรณีที่จัดให้ปฏิบัติงานประจำไม่ได้จะจัดให้ไป 2-3 วัน / สัปดาห์ 3. จัดทีมแพทย์ เกสัชกร ไปช่วยให้บริการ 1 ครั้ง/ สัปดาห์ หรือ 1 ครั้ง/เดือน ในบางแห่ง 4. จัดทีมทันตบุคลากรออกช่วยให้บริการ 1 ครั้ง/ สัปดาห์หรือ 1 ครั้ง/เดือน ในบางแห่ง 5. จัดทันตภิบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนให้มากขึ้น 6. มีการรวมทีมบุคลากรฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรคบางแห่งจัดเจ้าหน้าที่จากฝ่ายการพยาบาลมาช่วยงานเพิ่มขึ้น	1. มีบุคลากรปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวนเพิ่มขึ้น 2. มีบุคลากรระดับวิชาชีพ เช่น แพทย์ เกสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ออกไปร่วมให้บริการ 3. มีการจ้างลูกจ้างชั่วคราวช่วยงานเพิ่มขึ้น

หมายเหตุ มีการปรับโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลให้เกิดการเกลี่ยอัตรากำลังออกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4.1 ประเด็นที่อาจเป็นปัญหา

4.1.1) ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากการรวมทีมบุคลากรฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรค และมีเจ้าหน้าที่จากฝ่ายการพยาบาลมาช่วยงานเพิ่ม ทำให้มีบุคลากรประมาณ 7-10 คน (หลักเกณฑ์ของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ 1 คน ต่อประชากร 1,250 คน) น่าจะเพียงพอที่จะรับผิดชอบประชากรในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ต้องรับภาระงานจากตำบลอื่นๆนอกเขตโรงพยาบาลด้วย และบางคนยังต้องเป็นเลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือรับผิดชอบงานระดับเครือข่ายบริการด้วย จึงไม่สามารถดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้เต็มที่นัก ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้จะบอกว่างานหนักกว่าเดิมมาก

4.1.2) การจัดพยาบาลวิชาชีพออกไปปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นบางเวลา เช่น 2-3 วัน/สัปดาห์นั้นมีความแตกต่างจากการไปอยู่เป็นประจำในทีมของศูนย์สุขภาพชุมชนมาก คือการไปปฏิบัติงานเป็นบางเวลาจะทำให้งานขาดความต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ประจำชุดเดิมบอกว่าการรู้ลึกเป็นทีมเดียวกัน ความรับผิดชอบต่อผลงานจะต่างกัน สายการบังคับบัญชาสับสน ซึ่งไม่น่าจะเกิดผลดีต่องาน แต่ในบางจังหวัด หน่วยคู่สัญญาที่ไม่สามารถจัดพยาบาลวิชาชีพที่มีความสนใจและเข้ากับชุมชนได้ไปปฏิบัติงาน บางคนไม่สามารถปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมการทำงานในสถานอนามัยได้ บางคนเห็นว่าค่าตอบแทนน้อยลงมากเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานในโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อจัดพยาบาลออกไปประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มีปัญหาหลายประการดังกล่าวข้างต้น จึงมีเพียงบางหน่วยคู่สัญญาที่สามารถดำเนินการได้ทุกศูนย์สุขภาพชุมชน คือ กุฉินารายณ์ (กาฬสินธุ์) หนองกุงศรี (กาฬสินธุ์) และด่านซ้าย (เลย)

4.2.3) บุคลากรสาขาวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ นั้นในช่วงแรก ๆ ทุกเครือข่ายบริการพยายามจัดให้ออกไปศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเคร่งครัด บางแห่งถ้าไม่สามารถจัดแพทย์ให้ได้ก็จะไม่เปิดศูนย์สุขภาพชุมชน ในระยะหลังๆ (ช่วงปลายปี 2545) ผู้บริหารเครือข่ายบริการหลายคนเริ่มเห็นว่าไม่จำเป็นต้องให้แพทย์ออกไป “ความจริงเอาพยาบาลวิชาชีพออกไปคุ้มค่ามากกว่า” บางแห่งมีปัญหาแพทย์ไม่เพียงพอในโรงพยาบาลอยู่แล้ว เมื่อต้องจัดออกศูนย์สุขภาพชุมชนด้วยก็ทำให้เกิดความตึงเครียดมากขึ้น ในระยะหลังปัญหานี้เริ่มคลี่คลายลงไป ประกอบกับเมื่อระเบียบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนซึ่งไม่ให้เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ออกไปช่วยศูนย์สุขภาพชุมชนเบิกจ่ายค่าตอบแทน ทำให้การไปช่วยเหลือกันด้านกำลังคนลดลงทันที

4) การเกลี้ยอัตรากำลังในภาพรวมของจังหวัดก็เป็นไปได้ยาก นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่ที่รับเข้าใหม่แล้วแทบจะไม่มีช่องทางอื่นเลย ผู้บริหารเครือข่ายบริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า

“ การกระจายคนลงศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นไปได้ยาก เพราะบุคลากรมีจำกัดอยู่แล้ว.....จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อประชากรยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานมี 4-5 คนเท่านั้นในศูนย์สุขภาพชุมชน ”

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การจัดอัตราค่าจ้างให้ได้ 1:1,250 เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยากมากโดยเฉพาะอำเภอเล็กๆที่กั้นดงและห่างไกล สำหรับอำเภอเมืองอาจเป็นไปได้เพราะมีคนย้ายเข้ามา แต่อำเภอเล็กๆบางแห่งศูนย์สุขภาพชุมชนมีเจ้าหน้าที่ 2-3 คน จะจัดจากโรงพยาบาลไปช่วยทางโรงพยาบาลก็ขาดแคลนเช่นกัน

เป็นที่น่าสังเกตว่าในระยะแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกล่าวถึงการให้หน่วยคู่สัญญารับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนของเงินเดือนและค่าตอบแทน ทำให้มีการเตรียมการโดยเกลี้ยอัตราค่าจ้างที่มากเกินออกจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่และหน่วยงานบริหาร เพราะถ้ามีบุคลากรมาก ก็จะทำให้ภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุคลากร (Labour Cost) สูงมาก จะเหลืองบประมาณดำเนินการน้อยลง แต่ในระยะหลังมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายซึ่งมีผลทำให้การกระจายบุคลากรทำได้น้อยลง

4.3 การพัฒนาบุคลากร

เดิมก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งมีกิจกรรมพัฒนาบุคลากรที่มีเนื้อหาหลากหลาย บางจังหวัดมีการจัดกลุ่มของการพัฒนาออกเป็น 3 กลุ่มคือ

4.3.1) ความรู้ทั่วไป เช่น คอมพิวเตอร์ ความรู้ด้านบริหารจัดการ

4.3.2) ความรู้เฉพาะงานตามงานที่รับผิดชอบ

4.3.3) ความก้าวหน้าตามสายวิชาชีพ เป็นความรู้เพื่อความก้าวหน้าตามสายวิชาชีพ

เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบการพัฒนาบุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงในทุกจังหวัด โดยมุ่งให้บุคลากรทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลักสูตรอบรม/สัมมนาเกิดขึ้นมากมายทั้งหลักสูตรสำหรับผู้บริหารและปฏิบัติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 หลักสูตรอบรม/ประชุมสัมมนาที่จัดขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรหลังมีโครงการ

หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร			หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติ		
ที่	หลักสูตร	ระยะเวลา	ที่	หลักสูตร	ระยะเวลา
1.	การปฏิรูประบบบริหารสถานพยาบาล	1 วัน	1.	การจัดบริการปฐมภูมิ	3 วัน
2.	สัมมนาทีมสนับสนุนและติดตามประเมินผล	2 วัน	2.	บริการใกล้ตัวใกล้ใจ	5 วัน
3.	อบรมผู้นิเทศระดับกลาง	3 วัน	3.	พัฒนาทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชน	4 วัน
4.	พัฒนาระบบบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1 วัน	4.	แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว	1 วัน
5.	พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับการปฏิรูประบบราชการ	2 วัน	5.	เวชปฏิบัติครอบครัว	1 วัน
			6.	โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2 วัน
			7.	ระบบคุณภาพมาตรฐานในศูนย์สุขภาพชุมชน	1วัน x 6ครั้ง
			8.	พัฒนาระบบข้อมูลการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)	1 วัน
			9.	การคิดต้นทุนต่อหน่วยบริการ	1วัน x 2ครั้ง
			10.	การพยาบาลครอบครัว หรือเวชปฏิบัติครอบครัว	4-6 เดือน

หมายเหตุ จังหวัดที่จัดหลักสูตรอบรมคล้ายคลึงกันดังตารางข้างต้น คือ อุตรธานี หนองคายและหนองบัวลำภู เนื่องจากมีการจัดการแบบเครือข่ายร่วมกับวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรธานี ส่วนจังหวัดอื่นๆ มีการจัดอบรมเป็นบางหลักสูตร

ในจังหวัดที่จัดอบรม/ประชุมสัมมนาค่อนข้างมาก ผู้บริหารระดับจังหวัดท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า “สิ่งที่จะต้องพัฒนามีเรื่องการปรับแนวคิดเท่านั้น ส่วนความรู้ด้านวิชาการอื่นเจ้าหน้าที่มีเพียงพออยู่แล้วขอให้เข้าใจแนวคิด(บริการปฐมภูมิ)ก็พอ ที่สำคัญตอนนี้ผู้อำนวยการบางแห่งยังไม่เข้าใจ...เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดเองก็ยังไม่เข้าใจ”

ผู้บริหารเครือข่ายบริการบางคนมีความเห็นว่าการจัดอบรมวิชาการต่างๆมีมากเกินไปด้วยซ้ำ “บางที ก็เป็นเรื่องซ้ำๆเดิม ทำให้เสียเวลาการทำงาน น่าจะใช้เวลาไปให้บริการประชาชนจะดีกว่า”

ส่วนผู้บริหารเครือข่ายบริการอีกท่านหนึ่งเน้นที่การอบรมจริยธรรม โดยได้จัดส่งเจ้าหน้าที่ทั้งหมด คือ ทั้งในส่วน of โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ไปฝึกปฏิบัติธรรม 5-7 วัน โดยให้ความเห็นว่า “ เป็นการเพิ่มจริยธรรม เน้นการปรับความเชื่อ ผลการอบรมดีมากเขาสงบลง เข้าใจชีวิตมากขึ้น...คนเราเมื่อมีความเชื่อที่ดี เขามีพฤติกรรมที่ดีด้วย ”

4.4 ประเด็นที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมในการพัฒนาบุคลากร

4.4.1) เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานบริหาร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / อำเภอ) ได้รับการพัฒนาค่อนข้างน้อยในเกือบทุกจังหวัด ซึ่งปัญหานี้อาจมีผลต่อการสนับสนุนต่อการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติทั้งหลาย เช่น เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบริหารส่วนใหญ่มองขาดแนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ขาดทักษะด้านการนิเทศและประเมินผล และขาดองค์ความรู้ในด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับหน่วยสนับสนุน ทำให้จังหวัดไม่สามารถกำหนดหรือชี้แนะแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติได้

4.4.2) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยยังขาดแนวคิดและทักษะในการทำงานในชุมชน ขาดการวิเคราะห์ชุมชน (Community Diagnosis) เพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริง แล้วเริ่มทำงานจากปัญหาชุมชน และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น

4.5 ผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่

เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการปฏิรูประบบสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ โดยเฉพาะเรื่องการจัดกรงบประมาณ และการจัดอัตราค่าจ้างใหม่ทั้งระบบ จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ บางกลุ่มมีขวัญกำลังใจดีขึ้น บางกลุ่มมีขวัญกำลังใจต่ำลง ดังนี้

4.5.1 กลุ่มที่มีขวัญกำลังใจดีขึ้น คือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารเครือข่ายบริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญมีการจัดการเรื่องค่าตอบแทน ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมระหว่างโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเครือข่ายบริการ มีการจัดสวัสดิการ เช่น กีฬา การศึกษาดูงานร่วมกันในเครือข่ายที่มีสถานการณ์การเงินดี ผู้บริหารจะมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่มีความสุข เงินคล่อง มีเครื่องอำนวยความสะดวกสถานที่ทำงาน น่าอยู่ ”เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยมีขวัญกำลังใจดีขึ้นมาก” ผู้บริหารอีกท่านหนึ่งบอกว่า “เจ้าหน้าที่มีความสุขมาก เพราะมีค่าตอบแทนดีเป็นที่น่าพอใจและมีความภาคภูมิใจ” เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติเองให้ความเห็นว่า ขวัญกำลังใจด้านการเงินดีมาก ไม่มีปัญหาแต่เรื่องที่ยังเป็นปัญหาคือเรื่องความปลอดภัยในสถานีอนามัยที่อยู่ห่างไกล อย่างไรก็ตามพบว่าในเครือข่ายที่มี

ประชาชนน้อยฐานะการเงินไม่ค่อยดี ก็จะไม่สามารถตอบสนองเรื่องขวัญกำลังใจต่อเจ้าหน้าที่มากเท่ากับเครือข่ายใหญ่ๆ ที่มีความพร้อมด้านงบประมาณ เจ้าหน้าที่ที่มาจากอำเภอ เล็กๆ กล่าวว่า “ขวัญกำลังใจก็จะเป็นไปตามกระเป๋าเงิน เรากระเป๋าแฟบก็ไม่ดีเท่าที่อื่น”

4.5.2 กลุ่มที่มีขวัญกำลังใจต่ำลง มีหลายกลุ่ม คือ

4.5.2.1 เจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับผลกระทบอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงทั้งระบบงบประมาณ ระบบอัตราค่าจ้าง การปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของหน่วยงาน มีการลดอัตราค่าจ้างลง ทำให้ไม่มีขวัญกำลังใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในตำแหน่งหน้าที่ งบประมาณสนับสนุนงานระดับจังหวัดมีน้อยลง ลักษณะงานก็เปลี่ยนไป เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดท่านหนึ่งบอกว่า “ไม่มีขวัญกำลังใจเลย ไม่มีเงินออกไปทำงาน จังหวัดจะออกประเมินก็ไม่มีความจำเป็น มีสวัสดิการเป็นค่าอาหารกลางวันให้คนละ 20 บาท ”

4.5.2.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นผู้บริหารเครือข่ายบริการที่มีประชากรขึ้นทะเบียนน้อย (ประมาณ 30,000 คน) ทำให้ได้รับงบประมาณน้อยเกินไปขาดแคลนตัวในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2546 ส่วนกลางมีนโยบายลดงบประมาณสนับสนุนลงอีก ทำให้ผู้บริหารเครือข่ายบริการส่วนใหญ่(รวมทั้งเครือข่ายที่มีประชากรมาก) เดือดร้อนมากขึ้น เกิดความไม่มั่นใจในการวางแผนงาน ซึ่งในวงเงินงบประมาณที่ได้รับอาจไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเหมือนช่วงปี 2545 แน่นนอน ลำพังงานรักษาพยาบาล ก็อาจจะเอาตัวไม่รอด

ผู้บริหารเครือข่ายบริการที่มีฐานะการเงินไม่ค่อยดีท่านหนึ่งกล่าวว่า “เจ้าหน้าที่สถานีนามัขขวัญกำลังใจดีคำตอบแทนเยอะแต่ทางโรงพยาบาลเหมือนเดิม เครือข่ายเล็กอาจออกค้นขวัญแวนกลัวเงินไม่พอใช้ผ่านไป 1 ปี เอาตัวรอดได้แบบกระเบียดกระเสียสละก็ยังดี ”

เจ้าหน้าที่ระดับเครือข่ายบริการคนหนึ่งซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการงบประมาณบอกว่า “ อำเภอเล็กๆ อย่างหนองแสง พิบูลย์รักษ์ ทุ่งฝน กำลังจะล้มละลาย ” ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารเครือข่ายบริการเองขวัญกำลังใจไม่ดีที่ต้องบริหารจัดการภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ

4.5.2.3) เจ้าหน้าที่ที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องทำงานหนักมากขึ้น มีความเครียดสูง ทั้งการรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลที่ตั้งโรงพยาบาลและรับภาระผู้รับบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากตำบลอื่น อีกทั้งยังต้องรับหน้าที่เป็นกรรมการต่างๆ ในเครือข่ายบริการอีกด้วย ส่วนใหญ่ได้รับคำตอบแทนน้อยกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนนอกเขตโรงพยาบาล และน้อยกว่าหลายเท่าเปรียบเทียบกับเจ้าหน้าที่ ที่ทำงานด้านการรักษาพยาบาล

4.5.2 4) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มนี้ได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยแต่เดิมเมื่อทำงานอยู่ในฝ่ายการพยาบาลได้รับค่าตอบแทนในการขึ้นเวรประมาณเดือนละ 7,000-8,000 บาท มีบางโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตโรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนประมาณ 10,000 บาท/ปี บางแห่งค่าตอบแทนต่างกัน 3-4 เท่า จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพในบางจังหวัด ขอกลับไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประมาณ 80%

4.5.2.5) นอกจากเรื่องค่าตอบแทนแล้วสิ่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคอีกประการหนึ่งคือเรื่องความก้าวหน้าในวิชาชีพ เนื่องจากไม่มีกรอบอัตราค่าจ้างในสถานีนอามัย พยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้ต้องฝากตำแหน่งตาม จ.18 ไว้ที่โรงพยาบาลและจะเกิดปัญหาเมื่อต้องทำผลงานเพื่อเลื่อนตำแหน่ง(ระดับ 6-7) เพราะต้องย้ายเข้าโรงพยาบาลจึงจะเลื่อนระดับได้ ในระยะแรกอาจจะยังไม่มีปัญหาแต่ภายในระยะ 3-5 ปี ข้างหน้าปัญหาค่าจ้างจะชัดเจนมากขึ้น เมื่อพยาบาลวิชาชีพที่บรรจุใหม่ในขณะนี้อาวุโสขึ้นและมีความจำเป็นต้องย้ายเข้าโรงพยาบาล ขณะนี้บางคนก็เริ่มมีความสุขกับการทำงานในชุมชนแต่เกิดความไม่มั่นคงในตำแหน่งหน้าที่ในอนาคต ทำให้ไม่สามารถทุ่มเทเต็มที่กับการทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัยที่มีผลต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ มีหลายประการ ทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมให้ขวัญกำลังใจดีขึ้นและปัจจัยที่ทำให้ขวัญกำลังใจลดลง ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่หลังโครงการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยที่มีผลกระทบเชิงบวก	ปัจจัยที่มีผลกระทบเชิงลบ
1. ค่าตอบแทน (สำหรับเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน) 2. การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนอาคารสถานที่ และเวชภัณฑ์ต่างๆ 3. การตอบสนองของประชาชนดีขึ้นหลังจากมีการปรับระบบบริการและมีการเยี่ยมบ้านมากขึ้น และความสุขจากการได้รับการยอมรับ ยกย่องชมเชย จากประชาชนผู้รับบริการ 4. บรรยากาศงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคคึกคักขึ้นมีคนออกมาร่วมงานและให้ความร่วมมืออย่าง กว้างขวางขึ้น 5. การได้รับการศึกษา/อบรม/ศึกษาดูงานอย่างต่อเนื่อง 6. การติดตามเยี่ยมสนับสนุนและรับฟังปัญหาอย่างสม่ำเสมอของผู้บริหาร	1. การปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างของหน่วยงานบริการ 2. การเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณ (สำหรับหน่วยงานบริหาร) 3. การปรับลดอัตรากำลังของหน่วยงานบริหาร (ระดับจังหวัด) 4. การเปลี่ยนแปลงระบบงานอย่างกระทันหัน บางคนเตรียมตัวไม่พร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง 5. การได้รับงบประมาณสนับสนุนน้อยเกินไป ไม่เพียงพอแก่การบริหารงาน (เครือข่ายที่มีประชากรน้อย) 6. กรอบอัตรากำลังสำหรับพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน 7. อัตราค่าตอบแทนที่แตกต่างกันมากระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงาน รักษาพยาบาล

4.6 การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการบริหารจัดการ

การจัดโครงสร้างองค์การบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) ซึ่งมีองค์ประกอบมาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้นในการแสดงความคิดเห็นและวางแผนงาน นอกจากนี้คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการ แล้วบางจังหวัดยังกำหนดให้มี

อนุกรรมการฝ่ายต่างๆ เป็นกลุ่มวิชาการเพื่อรับผิดชอบงานสำคัญๆ ประมาณ 4 – 5 กลุ่ม เช่น งานประกันสุขภาพ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานระบาดวิทยาควบคุมโรค งานพัฒนากำลังคน งานประเมินผล เป็นต้น โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการเหล่านี้ เป็นตัวแทนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และศูนย์สุขภาพชุมชน ทำหน้าที่ศึกษาวิเคราะห์และกำหนดแผนงาน/โครงการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้องนำเสนอคณะกรรมการบริหารเครือข่ายเพื่อดำเนินการอนุมัติต่อไป

แต่ในทางปฏิบัติพบว่าคณะกรรมการบริหารเครือข่ายยังไม่มีบทบาทอย่างแท้จริง ในการกำหนดนโยบายและวางแผนดำเนินงาน เพราะอำนาจการตัดสินใจส่วนใหญ่ยังอยู่ที่ประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) เช่นเดียวกับเมื่อก่อนเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการประชุมคณะกรรมการแต่ละครั้งส่วนใหญ่จึงเป็นการแจ้งให้ทราบเรื่อง ส่วนประเด็นสำคัญที่ต้องตัดสินใจไม่ค่อยถูกนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการ

อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ระดับตำบลมีความเห็นว่า โอกาสมีส่วนร่วมในการวางแผนงานหรือจัดทำโครงการมีมากขึ้นเนื่องจากงบประมาณอยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชน / สถานีอนามัยต่างจากเดิมซึ่งต้องเสนอขอตามลำดับขั้นตอนมากมาย ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะยังไม่พอใจกับการมีส่วนร่วมในบทบาทคณะกรรมการบริหารเครือข่ายเท่าที่ควร แต่ก็รู้สึกว่ามีอิสระมากขึ้นในการตัดสินใจบริหารจัดการในระดับศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย

5. การบริหารจัดการวัสดุ/อุปกรณ์ในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในช่วงก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่จัดหาวัสดุ/อุปกรณ์ ตลอดจนเวชภัณฑ์ต่างๆ ในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น เวชภัณฑ์คุมกำเนิด วัคซีนยาคุมกำเนิด ยาเม็ดบำรุงครรภ์ เป็นต้น การสนับสนุนอาจล่าช้าไม่เพียงพอบ้างหรือไม่ทั่วถึงบ้าง เพราะการกระจายจากจังหวัดสู่อำเภอ และจากอำเภอสู่หน่วยบริการระดับตำบลบางแห่งจัดการไม่ค่อยดีนักก็จะมีผลให้วัสดุ/อุปกรณ์ไม่เพียงพอหรือขาดเป็นบางช่วง แต่ปริมาณในภาพรวมระดับจังหวัดถือว่าไม่ขาดแคลน

เมื่อเข้าสู่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีบางจังหวัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่จัดหาเวชภัณฑ์ต่างๆ สนับสนุนในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเหมือนเดิม แต่ส่วนใหญ่หน่วยคู่สัญญาต้องจัดซื้อเอง(ยกเว้นวัคซีน) หลังจากที่ใช้วัสดุ/อุปกรณ์บางอย่างที่เหลืออยู่ในระดับจังหวัดหมดแล้ว การสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ในระยะหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสะดวก และคล่องตัวมากขึ้น สำหรับครุภัณฑ์การแพทย์และเครื่องมือ เครื่องใช้บางอย่างเคยมีปัญหาขาดแคลนในระดับสถานีอนามัย แต่เมื่อเข้าสู่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน

หน้ามีการจัดซื้อจัดหามาสนับสนุนให้ได้เพียงพอ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในทุกจังหวัดให้ความเห็นว่าได้รับการสนับสนุนดีมาก สามารถเบิกได้ตามจำนวนที่ใช้จริง บางแห่งมีการจัดทำแผนการใช้วัสดุ/อุปกรณ์เป็นรายปี บางหน่วยคู่สัญญาให้ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนามัยเสนอขอ แล้วคณะกรรมการบริหารเครือข่ายจะพิจารณาและดำเนินการจัดซื้อจัดหามาให้ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลคนหนึ่งกล่าวว่า “ของใช้บางอย่างสถานีนามัยมีมากกว่าโรงพยาบาลด้วยซ้ำ...แต่อาจจะขาดตรงที่การบริหารจัดการให้เกิดคุณภาพอย่างไรมากกว่า” ศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งต้องการเครื่องมือราคาแพงก็มีการรวมเงินกันซื้อแล้วใช้ร่วมกัน เช่น เครื่องตรวจ Hemoglobin ราคาเครื่องละประมาณ 30,000 บาท เป็นต้น

สำหรับเรื่องเวชภัณฑ์ด้านการรักษาพยาบาลมีการสนับสนุนที่ดีขึ้น แตกต่างจากเดิมอย่างชัดเจน การติดต่อประสานงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนามัยกับกลุ่มงาน/ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาล มีความคล่องตัวและรวดเร็วขึ้นกว่าเมื่อก่อนมาก เจ้าหน้าที่ที่ต้องการใช้ยาอะไร จำนวนเท่าไรก็ไปเบิกได้ตลอดแล้วหักบัญชีกันทีหลัง หน่วยคู่สัญญาส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์แก่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนามัยเป็นอย่างดี สร้างความพึงพอใจแก่เจ้าหน้าที่เป็นอันมาก

ลักษณะของการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ให้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนามัยแตกต่างไปจากเดิมชัดเจน คือ ระยะก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการสนับสนุนเป็นแบบ “สงเคราะห์” คือมีเท่าไรก็ให้เท่านั้นหรือเสนอขอแล้วก็ต้องรอไปก่อนเพราะอำเภอก็ต้องรอรับจากจังหวัด จังหวัดก็ต้องรอสนับสนุนจากส่วนกลาง อาจได้รับมากหรือน้อยก็ไม่สามารถกำหนดได้ แต่พอเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสนับสนุนเป็นไปตามระบบ “ประกัน” คือต้องมีหรือได้รับในสิ่งที่จำเป็นตามมาตรฐานของบริการ และการจัดการระดับหน่วยคู่สัญญา มีความคล่องตัวสูงกว่า สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติได้ดีกว่าทั้งความรวดเร็วและตรงความต้องการมากกว่าเดิม ถึงแม้ว่าวัสดุ/อุปกรณ์ด้านงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคจะไม่เห็นความแตกต่างด้านปริมาณ แต่ด้านการจัดการมีความรวดเร็ว และคล่องตัวมากขึ้น ส่วนครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ มีความแตกต่างมากขึ้นอย่างชัดเจน ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ก่อนและหลัง
โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

งาน	ก่อนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	หลังโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
สร้างเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	- จังหวัดเป็นศูนย์กลางสนับสนุน - ปริมาณเพียงพอ - อาจล่าช้าเพราะรอการสนับสนุนจากส่วนกลาง - การกระจายอาจไม่ทั่วถึง - อาจไม่ตรงความต้องการ	- จังหวัดสนับสนุนเป็นบางรายการ - ส่วนใหญ่หน่วยคู่สัญญาจัดซื้อ/จัดจ้างเอง - ปริมาณเพียงพอ - รวดเร็ว ทันใช้งาน - กระจายทั่วถึง - ตรงความต้องการ เพราะมีการสำรวจความต้องการก่อน
รักษา พยาบาล	- เวชภัณฑ์ สนับสนุน ไม่เพียงพอ - ล่าช้าไม่ทันเวลา - ครุภัณฑ์มีสนับสนุนน้อยมา	- เพียงพอ - รวดเร็ว - สนับสนุนครุภัณฑ์ได้มากขึ้น

6. ระบบการติดตามประเมินผล

6.1 ระบบประเมินผล

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิได้หวังแค่ให้ประชาชนมีหลักประกันในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่มุ่งหวังให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบ มีการเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณและการจัดอัตรากำลัง มุ่งที่จะให้เกิดประสิทธิผลของงานคุ้มกับเงินที่จ่ายไป จึงต้องมีการประเมินผลเพื่อเป็นกลไกในการควบคุมงบประมาณและวัดศักยภาพของเครือข่ายบริการต่างๆ แต่เนื่องจากไม่ได้มีการออกแบบระบบประเมินผลไว้ล่วงหน้าในระยะเริ่มต้นจึงทำให้เกิดปัญหา เมื่อถึงเวลาที่จะต้องดำเนินการและใช้ผลของการประเมินอย่างจริงจัง

จังหวัดที่มีการจัดการระบบประเมินผลชัดเจนและดำเนินการประเมินอย่างจริงจังตลอดจนนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์มีเพียงจังหวัดเดียว คือ จังหวัดหนองคาย มีการกำหนดตัวชี้วัดจากชุดสิทธิประโยชน์หลักของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำมาแตกเป็นตัวชี้วัดจำนวน 213 ตัวชี้วัด กำหนดให้มีการประเมินจากทีมระดับจังหวัด ปีละ 2 ครั้ง (ทุก 6 เดือน)

และให้ทีมประเมินระดับเครือข่ายบริการดำเนินการทุก 3 เดือน ผลการประเมินสถานบริการทุกแห่งจะต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 80% จึงจะสามารถเบิกงบประมาณส่วนที่จัดไว้จ่ายตามผลงาน (60% ของ 25 บาท/บัตร) ถ้าศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยใดทำงานได้ต่ำกว่า 80% ก็จะเบิกได้น้อยลงตามสัดส่วน จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยคู่สัญญาและผู้ปฏิบัติงานบางส่วนยังไม่ค่อยพอใจระบบประเมินของจังหวัด เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติในการกำหนดตัวชี้วัด และตัวชี้วัดส่วนใหญ่เป็นการวัดกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า “วัดที่กระดากและทะเบียนในสถานบริการมากกว่าวัดที่ผลที่เกิดกับประชาชน ”

นอกจากจังหวัดหนองคายแล้วมีอีก 2 จังหวัดที่มีการเตรียมการประเมินไว้ แต่ไม่ได้ดำเนินการคือ อุดรธานีและหนองบัวลำภู มีการกำหนดตัวชี้วัดตามกรอบของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 และชุดสิทธิประโยชน์ โดยคณะกรรมการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นแกนประสานร่วมกับคณะกรรมการประเมินผล ทั้งนี้คณะกรรมการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความตั้งใจว่าจะนำผลการประเมินมาใช้ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนที่ต้องจ่ายตามผลงาน (จังหวัดอุดรธานี กำหนดไว้ 25%) แต่อย่างไรก็ตามทีมประเมินผลก็ไม่สามารถออกดำเนินการตามแผนที่วางไว้ได้ เนื่องจากเหตุผลหลายประการ เช่น การเปลี่ยนผู้บริหารทำให้นโยบายเปลี่ยนไป การขาดงบประมาณสนับสนุน บางคนบอกว่า “เป็นเพราะขาดขวัญและกำลังใจ” บางคนให้ความเห็นว่า “คณะกรรมการประเมินผลยังทำงานไม่เต็มร้อย บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน” เมื่อจังหวัดไม่สามารถออกประเมินผลได้ จึงได้ส่งตัวชี้วัดให้กรรมการบริหารเครือข่ายประเมินผลเองในระดับหน่วยคู่สัญญาพบว่าเมื่อมีการกำหนดแนวทางในการจัดสรรงบประมาณงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งส่วนหนึ่งต้องจ่ายตามผลงานก็เริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินผล เพื่อนำผลงานมาประกอบกับการจ่ายเงินส่วนนี้ แต่ในทางปฏิบัติมีเพียง 2-3 หน่วยคู่สัญญาเท่านั้นที่ได้ออกประเมินผลอย่างจริงจัง สำหรับหน่วยคู่สัญญาอื่นๆ ส่วนใหญ่ใช้เพียงระบบข้อมูลจากรายงาน (11 รง.5) และใช้เวทีการประชุมกรรมการบริหารเครือข่ายในการติดตามงาน บางแห่งมีการสุ่มตรวจผลงานเป็นบางงาน เช่น งานควบคุมไข้เลือดออก (สุ่มตรวจคำดัชนีลูกน้ำยุงลาย) บางแห่งออกสุ่มตรวจในหน่วยบริการที่พบว่าข้อมูลผลงานผิดปกติ บางแห่งออกประเมินแล้วไม่ได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้ปฏิบัติงานจึงเห็นว่าไม่มีประโยชน์ ผู้บริหารหลายคนยอมรับว่า “ปีนี้ยังไม่ได้ดำเนินการ (ออกประเมินผล) แต่เตรียมการเอาไว้ปีหน้าจะดีขึ้น ” จังหวัดอีกกลุ่มหนึ่งยังใช้ระบบเดิมแต่เพิ่มความเข้มข้นขึ้นโดยมีการสุ่มประเมินในหมู่บ้านหรือสุ่มดูเพิ่มประวัติครอบครัว จังหวัดที่ดำเนินการในลักษณะเช่นนี้ คือ เลย กาฬสินธุ์ สกลนคร ส่วนจังหวัดขอนแก่นนั้นระบบการประเมินผลในปี 2545 ยังไม่ชัดเจน

ผู้บริหารเครือข่ายบริการบางส่วนยังไม่แน่ใจในบทบาทหน้าที่ว่าหน่วยงานใดมีหน้าที่ ในการ ประเมินผล เพราะเกิดความสับสนในเรื่องสายบังคับบัญชา จึงมีเพียงบางแห่งที่มีการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นระบบแล้ว คือ อุบลรัตน์และน้ำพองที่มีระบบประเมินผล ชัดเจน

มองในภาพรวมทั้งเขต 6 แล้วจะเห็นว่าใน ปี 2545 ระบบประเมินผลยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน งานส่วนใหญ่จึงเป็นเรื่องของการจัดระบบหน่วยงาน การจัดสรร งบประมาณ การจัดกำลังคน และจัดระบบงาน อาจจะยังไม่ถึงระบบประเมินผล ในปี 2546 มี แนวโน้มว่าระบบประเมินผลจะชัดเจนขึ้นในทุกจังหวัด ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 รายการประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในจังหวัดต่างๆ ปี 2545

จังหวัด	กรอบตัวชี้วัด	ผู้ประเมิน	ผลการประเมิน
หนองคาย	- ชุมชนสิทธิประโยชน์ (จำนวน 213 ตัวชี้วัด)	- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด	- ประเมิน 2 ครั้ง และนำ ผลการประเมินไป
อุดรธานี	- แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8,9	- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด	- ประเมิน 2 ครั้ง และนำ ผลการประเมินไป
	- ชุมชนสิทธิประโยชน์	- หน่วยคู่สัญญา	- ระดับจังหวัดไม่ได้ ออก
หนองบัว ลำภู	- ชุมชนสิทธิประโยชน์	- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด	- ประเมิน
		- หน่วยคู่สัญญา	- หน่วยคู่สัญญา มีการ ออกประเมินใน 2-3 แห่ง
			- ระดับจังหวัดไม่ได้ ออกประเมิน
			- หน่วยคู่สัญญา มีการ ออกประเมินใน 1 แห่ง

ตารางที่ 14 รายการประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในจังหวัดต่างๆ ปี 2545(ต่อ)

จังหวัด	กรอบตัวชี้วัด
ขอนแก่น	ระบบประเมินยังไม่ชัดเจน ยกเว้นหน่วยคู่สัญญา 2 แห่ง คือ อุบลรัตน์ และน้ำพอง
กาฬสินธุ์	ใช้ระบบ นิเทศปกติ และมีการสุ่มประเมินในระดับหมู่บ้าน
สกลนคร	ใช้ระบบ นิเทศปกติ และมีการสุ่มประเมินในระดับหมู่บ้าน
เลย	ใช้ระบบ นิเทศปกติ และมีการสุ่มประเมินในระดับหมู่บ้าน

6.2 ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากข้อมูลรายงาน

จากการศึกษาผลการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากข้อมูลรายงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิในหน่วยคู่สัญญาทั้ง 61 หน่วย โดยให้ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเก็บรวบรวมผลงานในกิจกรรมต่างๆดังนี้

- 6.2.1. การดูแลมารดาและทารก
- 6.2.3 การดูแลเด็ก 0-6 ปี
- 6.2.4 การให้ภูมิคุ้มกันโรค
- 6.2.5 การดูแลสุขภาพในช่องปาก
- 6.2.6 การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน
- 6.2.7. การวางแผนครอบครัว
- 6.2 8. การตรวจสุขภาพประเภทกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป
- 6.2.9. การดูแลสุขภาพวัยทอง
- 6.2.10. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
- 6.2.11 ชมรมผู้สูงอายุ / ชมรมผู้พิการ
- 6.2.13 งานสุขาภิบาล
- 6.2.14 งานควบคุมโรคติดต่อ
- 6.2.15 การสำรวจเพิ่มประวัติครอบครัว

ทั้งนี้คณะผู้วิจัยต้องการเปรียบเทียบผลงานระหว่างปี 2544 (ก่อนโครงการ) และปี 2545 (หลังโครงการ) พบปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในทุกจังหวัดคือ หน่วยคู่สัญญาไม่มีระบบเก็บรวบรวมรายงาน เนื่องจากเกิดความสับสนว่า การเก็บรวบรวมรายงานควรเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานใดระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ซึ่งเคยดำเนินการอยู่ก่อน) และหน่วยคู่สัญญาหลัก ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลข้อมูลจึงกระจัดกระจาย และขาดความน่าเชื่อถือ ดังนั้น

คณะผู้วิจัยจึงเลือกข้อมูลบางตัวชีวิตที่น่าจะใช้ประเมินผลงานได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่ามีความชีวิตด้านการสร้างสุขภาพบางกลุ่มมีแนวโน้มดีขึ้น เช่น อัตราการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0 – 6 ปี อัตราเด็กวัยเรียนน้ำหนักปกติ อัตราคุมกำเนิด และอัตราเพิ่มประชากร ส่วนตัวชีวิตงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น อัตราทารกตายปริกำเนิด และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน อัตราเด็กวัยเรียนได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปากเพิ่มขึ้นในบางจังหวัดและลดลงในบางจังหวัด เช่นเดียวกับอัตราการตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่ยังไม่เปลี่ยนแปลง

การที่ผลงานยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงนั้นอาจเป็นเนื่องจาก ช่วงปีแรกของโครงการส่วนใหญ่จะกำลังจัดระบบของปัจจัยบริหาร เช่น การจัดสรรงบประมาณ การโอนงบประมาณ การศึกษาระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณ การกระจายกำลังคนลงในระดับปฐมภูมิ ส่วนกระบวนการทำงานเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมบางอย่าง เช่น เริ่มมีการสำรวจเพิ่มครอบครัว มีการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น แต่ในระยะที่ทำการศึกษาวิจัยนี้ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของผลการดำเนินงาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเปรียบเทียบก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ค.ศ.2543 – ก.ย. 2544)และหลังมีโครงการ
(ค.ศ. 2544 – มิ.ย. 2545)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย(ร้อยละ)	ขอนแก่น		อุดรธานี		หนองคาย		กาฬสินธุ์		เลย		สกลนคร		หนองบัวลำภู	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1.อัตราดูแลหญิงตั้งครรภ์ครบตามเกณฑ์	95	90.68	94.70	93.06	93.41	73.13	88.16	95.23	98.21	89.71	92.9	84.2	89.96	93.77	97.86
2.อัตราทารกตายปริกำเนิด	1	0.2	0.3	7.68	4.31	0.59	0.39	0.59	0.35	0.43	0.51	0.7	0.8	3.67	3.53
3.อัตรามารดาตาย	0	0.2	0.18	13.30	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0
4.อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก >2500 กรัม	93	94.11	92.52	90.08	93.11	73.10	72.61	94.06	91.90	85.2	90.19	92.5	87.5	94.39	95.58
5.อัตราการให้ภูมิคุ้มกันในเด็ก 0-6 ปีตามเกณฑ์	95	99.07	99.24	92.69	95.99	78.85	95.54	98.23	100	97.28	96.58	95.1	98.8	97.5	98
6.อัตราเด็กวัยเรียน 6-12 ปีได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปาก	100	84.00	83.39	100	100	62.11	71.74	66.36	37.27	63.4	65.23	82.4	92.4	29	76
7. อัตราเด็กวัยเรียน 6-12 ปี มีน้ำหนักปกติ	90	88.88	91.49	96.63	93.01	72.10	92.73	92.27	94.26	89.92	95.12	91.6	85.2	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
8.อัตราคุมกำเนิดในคู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15-44 ปี	80	85.91	87.4	88.92	91.78	77.76	76.80	87.04	91.28	89.42	88.21	77.2	89.00	93	85.55
9.อัตราเพิ่มประชากร	ไม่เกิน1.2	0.63	0.2	0.76	0.71	1.44	0.70	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	1.2	0.81	1.01	0.98	0.36	0.25
10.อัตราการตรวจมะเร็งปากมดลูก	20	18.0	16.94	58.24	50.92	11.49	9.72	45.28	48.21	31.07	44.98	5.7	8.2	0.96	13.52
11.อัตราครอบคลุมการสำรวจเพิ่มประวัติดรinking	เฉพาะพื้นที่	0.00	71.5	0	57.66	0.00	0.00	0.00	95.13	0.00	70.20	0.00	98.4	0	95

7. การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสร้างสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสร้างสุขภาพ อาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

- 7.1) ระดับการบอกกล่าวให้รับรู้
- 7.2) ระดับการปรึกษาหารือ
- 7.3) ระดับการร่วมตัดสินใจ

ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่หลายคนบอกว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความตื่นตัวมากขึ้น รู้สิทธิมากขึ้นและมีการร้องเรียนมากขึ้นในเรื่องการรักษาพยาบาล ส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น กิจกรรมที่มองเห็นการมีส่วนร่วมชัดเจน คือ การออกกำลังกาย ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการตื่นตัวของประชาชนในกิจกรรมการออกกำลังกาย นอกจากร่วมกิจกรรมมากขึ้นแล้วยังมีบริจาคเงินสร้างลานออกกำลังกาย มีชมรมออกกำลังกายที่เข้มแข็ง สามารถบริหารจัดการชมรมได้เองเป็นบางแห่ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการออกกำลังกายมีการรณรงค์สร้างกระแสจากส่วนกลาง และกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้สถานบริการทุกแห่งมีชมรมสร้างสุขภาพ จำนวน 1 ชมรม ซึ่งการมีส่วนร่วมในเรื่องนี้เป็นเพียงการมีส่วนร่วมในระดับการบอกกล่าว แล้วประชาชนก็ให้ความร่วมมือด้วยดี แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ถึงระดับการร่วมตัดสินใจ

ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์อันเป็นเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่รับรู้ อาจเป็นเพราะว่าเจ้าหน้าที่ยังไม่ได้บอกกล่าวหรือประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้สิทธิ ผู้บริหารเครือข่ายบริการท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า

“เอาเรื่องออกกำลังกายนำไปก่อน แล้วจึงต่อไปเรื่องอื่นๆ ทำตามกระแสก่อนแล้วจึงค่อยค่อยอดมิแวนโน้มว่าจะดีขึ้น” ผู้บริหารเครือข่ายบริการบางคนเห็นว่า เรื่องชุมชนเข้มแข็งในโครงการยาเสพติดน่าจะนำไปใช้ในงานควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ซึ่งเป็นเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนเหมือนกันและมีหน่วยงานที่ทำงานด้านนี้อยู่แล้ว ผู้บริหารระดับจังหวัดท่านหนึ่งบอกว่า “ต้องกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่รู้ว่าหน้าที่สร้างโอกาสให้ประชาชนสร้างสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย ต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย ไม่ใช่แค่ไปเกณฑ์คนมาออกกำลังกาย การเยี่ยมบ้านและการวินิจฉัยชุมชนน่าจะเป็นช่องทางที่ทำให้ประชาชนเข้าใจและมีส่วนร่วมมากขึ้น ”

นอกจากนี้ผู้บริหารหลายท่านให้ความเห็นว่าควรเพิ่มศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นซึ่งขณะนี้ยังมีส่วนร่วมน้อย ถ้าจะทำงานสร้างสุขภาพได้ดีควรนำโดยองค์กรท้องถิ่นตามด้วยประชาชน โดยเฉพาะการจัดตั้งชมรมต่างๆควรเป็นบทบาทของ อบต.และประชาชนมากขึ้น “ขณะนี้หน่วยงานราชการต่างๆ ลงไปจัดตั้งมากเกินไป มันไม่ยั่งยืน ”

ในบางหน่วยคู่สัญญา มีการดำเนินงานการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับที่

น่าพอใจ เช่น กุณินรายณ์ (กาฬสินธุ์) มีตัวแทนภาคประชาชนเข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการในระดับอำเภอและในระดับตำบล ทำให้ประชาชนมีโอกาสในการนำเสนอปัญหา และข้อเสนอแนะในการพัฒนางานบริการสาธารณสุข ในบางหน่วยคู่สัญญา มีการสร้างประชาคมสุขภาพและสร้างเครือข่ายภาคประชาชนและภาคเอกชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบยั่งยืน เช่น อุบลรัตน์ และน้ำพอง

8. ผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านบริหารจัดการต่องานโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ถึงแม้ว่าในระยะแรกนี้ก็ยังมองไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงชัดเจนนัก แต่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันคือ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังนี้

8.1 สิ่ง que เริ่มเปลี่ยนแปลงและมีผลในเชิงบวก มีดังนี้

8.1.1 ด้านการบริหารจัดการ

8.1.1.1) การจัดงบประมาณชัดเจน จากเดิมที่ไม่เคยมีการกำหนดงบประมาณ จึงทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกิดขึ้น และดำเนินการ ได้ดีในเฉพาะพื้นที่ที่ผู้บริหารมีแนวคิดเรื่องนี้ชัดเจนเท่านั้น

8.1.1.2) การโอนงบประมาณให้หน่วยบริการระดับพื้นที่ ทำให้เกิดการตัดสินใจระดับพื้นที่มากขึ้น มีการแก้ไขปัญหาตรงจุดและทันเวลามากขึ้น ประกอบการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ที่รวดเร็วตรงความต้องการจะทำให้สามารถทำงานได้ดีขึ้น

8.1.1.3) มีการกระจายบุคลากรลงในพื้นที่มากขึ้น ทำให้บริการต่างๆถูกนำไปใกล้ชิดประชาชนมากขึ้น เช่นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) บริการทันตกรรม ซึ่งเดิมมีเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน แต่ปัจจุบันลงไปอยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกมากขึ้น

8.1.1.4) เกิดการทำงานร่วมของเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย (โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) ทำให้มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โอกาสที่จะเรียนรู้และพัฒนางานทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู มีมากขึ้น

8.1.2 ด้านลักษณะของงาน

8.1.2.1) ประชาชนเข้าถึงการบริการได้มากขึ้นและได้รับบริการที่ดีขึ้น ทั้งงานซ่อมและงานสร้างสุขภาพ เจ้าหน้าที่ผ่านการพัฒนาการให้บริการ เพราะมีการตรวจสอบและการร้องเรียนจากประชาชนมากขึ้น

8.1.2.2) มีการทำงานเชิงรุกมากขึ้น เช่น การค้นหากลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการดูแล การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ประชาชน

มีความพึงพอใจที่มีเจ้าหน้าที่ตามไปดูแลถึงบ้าน ทำให้สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนดีขึ้น

8.1.2.3) เกิดกระแสการทำงานสร้างสุขภาพ และมีคนหลากหลายกลุ่มให้ความสนใจกับเรื่องสุขภาพมากขึ้น ประชาชนเกิดความตื่นตัวเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์แนวกว้างและการทำงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

8.1.2.4) โรงพยาบาลทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้น เปลี่ยนไปจากเดิมที่ให้ความสำคัญเฉพาะงานรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว

8.2 การเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลในเชิงลบ มีดังนี้

8.2.1) ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ในพื้นที่กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เริ่มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่งลง จากการสนทนากลุ่ม อสม.ส่วนใหญ่เห็นว่าเจ้าหน้าที่ห่างเหิน ไม่ค่อยประสานงานกับ อสม.เท่าที่ควร บางส่วนคิดว่าเป็นเพราะศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอมนัย มีงบประมาณมากขึ้น เจ้าหน้าที่มีค่าตอบแทนดีขึ้นแต่ อสม.ยังเหมือนเดิมไม่ได้รับการสนับสนุนให้ดีขึ้นตามไปด้วย บางคนกล่าวว่า "พอหมดมีเงิน มีเบี้ยเลี้ยงก็ลืมพวกเราที่เคยช่วยงานกันมานานโดยไม่มีค่าตอบแทนใดๆ เลย "

8.2.2) มีความขัดแย้งระหว่างหน่วยคู่สัญญากับสาธารณสุขอำเภอ และเครือข่ายบริการ ในระยะแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีรูปแบบการบริหารจัดการที่รวมศูนย์อยู่ที่หน่วยคู่สัญญาทั้งด้านการบริหาร การเงิน และการกำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและเครือข่ายบริการ พอถึงปี 2546 ส่วนกลางเปลี่ยนนโยบายในการโอนงบประมาณทำให้ความขัดแย้งลดลง ซึ่งบางแห่งเกิดความหมางเมินเข้ามาแทนที่ คือ ต่างก็ไม่สนใจอีกฝ่ายหนึ่งกลับไปใช้วิธีต่างคนต่างทำเหมือนเดิม

8.2.3) ขวัญกำลังใจเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบริหาร (สสจ. / สสอ.) ลดลง

การเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านการบริหารจัดการ มีทั้งด้านบวกและด้านลบ และแตกต่างกันตามเงื่อนไขของพื้นที่ด้วย ผลของการเปลี่ยนแปลงด้านลบส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ แต่ถ้ามองในแง่ของประชาชนแล้วในที่สุดประชาชนจะได้รับผลประโยชน์มากขึ้น

9. ผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยคู่สัญญาในพื้นที่เขต 6

เมื่อพิจารณาในภาพรวมระดับเขตแล้วอาจจัดกลุ่มหน่วยคู่สัญญาตามระดับผลงานและกระบวนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่ม A หมายถึง กลุ่มที่มีผลงานปรากฏเด่นชัด ผู้บริหารมุ่งเน้นทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงมีองค์กรรับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอและพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีเจตคติที่ดีในงาน มีการสนับสนุนงบประมาณหรือแสวงหางบประมาณจากแหล่งต่างๆมาสนับสนุนงาน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานก่อนที่จะเริ่มโครงการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลักษณะเด่นอีกประการหนึ่ง คือ แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ เป็นเรื่องที่ประชาชนมีส่วนร่วมหรือประชาชนเป็นเจ้าของมากกว่าที่อื่นๆ

หน่วยคู่สัญญาที่ดำเนินการในลักษณะนี้มีจำนวน 4 หน่วย ส่วนใหญ่เคยมี ประสบการณ์จากการทำงานในรูปแบบใหม่ๆ เช่น โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข หรือการ พัฒนาระบบงานในรูปแบบต่างๆมาก่อนและมีผู้นำที่มุ่งมั่นเข้มแข็ง ในกลุ่มนี้โครงการหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะส่งเสริมความเป็นอิสระในการบริหารจัดการ มีความคล่องตัวสูงขึ้น และสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคชัดเจนขึ้น จะทำให้หน่วยคู่สัญญาเหล่านี้ ทำงานได้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่หากไม่มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็อาจจะไม่มีผล ต่อการลดระดับการทำงานลง เพราะมีการพัฒนาคงที่อยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว

2. กลุ่ม B หมายถึง กลุ่มหน่วยคู่สัญญาที่มีผู้นำมุ่งมั่น มีแนวคิดด้านงานสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค มีการประสานงานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอ และ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ จึงมีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาที่ดีขึ้น ในกลุ่มหน่วยคู่สัญญาเหล่านี้ส่วน ใหญ่จะมีผู้นำเป็นคนรุ่นใหม่ที่มีกระตือรือร้น และสนใจโครงการรูปแบบต่างๆ ที่จะพัฒนางานใน พื้นที่รับผิดชอบ โครงการที่ดำเนินการอยู่ ได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพ บริการของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) และโครงการอื่นๆ ที่มีลักษณะพัฒนาระบบงาน ในรูปแบบต่างๆกัน

หน่วยคู่สัญญาที่กำลังอยู่ในระหว่างการเรียนรู้และพัฒนานี้มีจำนวน 13 หน่วย ในกลุ่มนี้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นการจุดประกายให้งานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมีการพัฒนามากขึ้น เนื่องจากการบริการที่คล่องตัว ระบบการจัดสรรงบประมาณ ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ และความมีอิสระในการริเริ่มงานจากการมีส่วนร่วม ของประชาชน ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทีมงานจากหน่วยคู่สัญญาและเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ จะทำให้เกิดการร่วมมือที่ดีในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จุดเปลี่ยนอันนี้ถือเป็นโอกาสสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาหน่วยคู่สัญญาทั้ง 13 หน่วย ทั้งนี้เงื่อนไข สำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ

1) นโยบายต้องคงสภาพต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนแปลงเร็วเกินไป เพื่อให้ผู้บริหาร หน่วยคู่สัญญาเหล่านี้ได้มีโอกาสริเริ่มสร้างสรรค์ผลงานอย่างเป็นอิสระ และมีความคล่องตัวสูงใน การบริหารจัดการ (คงนโยบาย ปี 2545 ไว้) หน่วยคู่สัญญาเหล่านี้จะได้เรียนรู้ และสะสมประสบ การณ์และพบวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับพื้นที่นั้นๆ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรค ที่ยั่งยืน

2) มีการพัฒนาทักษะการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งในส่วนของ ประชาชนและองค์กรส่วนท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายการสนับสนุนงบประมาณใน ปี 2546

อาจมีผลกระทบมากต่อเครือข่ายบริการกลุ่มที่กำลังพัฒนานี้ จึงควรพิจารณาหรือหาแนวทางสนับสนุนในรูปแบบอื่นๆ ที่จะทำให้การพัฒนามีความต่อเนื่อง

3) กลุ่ม C หมายถึง กลุ่มหน่วยคู่สัญญาที่มีกระบวนการทำงานในระดับปานกลาง ผลงานอยู่ในระดับปานกลาง สามารถคงระดับการบริการได้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มนี้มีจำนวน 39 หน่วย

4) กลุ่ม D หมายถึง กลุ่มหน่วยคู่สัญญาที่อาจจะมีปัญหาในการบริหารจัดการ ซึ่งมีผลกระทบต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร หน่วยคู่สัญญาเหล่านี้มี 5 หน่วย

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านบริหารจัดการต่องานสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ในทั้ง 7 จังหวัดของพื้นที่เขตสาธารณสุข 6 พบว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความสำคัญกับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้น โดยมี การจัดงบประมาณไว้ชัดเจน อีกทั้งยังเน้นความสำคัญของบริการปฐมภูมิ มีการกระจายงบประมาณ และกำลังคนลงในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมากขึ้น จึงเป็นนโยบายที่เอื้อต่องานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่ในทางปฏิบัติ เมื่อเริ่มดำเนินการในปี 2545 หน่วยคู่สัญญาและเครือข่ายบริการได้ปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับนโยบาย โดยการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ สำรวจข้อมูลระดับครอบครัวเพื่อเริ่มงานสร้างสุขภาพ จากสภาพปัญหาจริงในพื้นที่ ขณะเดียวกันก็เริ่มมีการปรับกลไกการบริหารจัดการ เช่น พัฒนาคณะกรรมการบริหารเครือข่ายคู่สัญญา (CUP Board) เริ่มพัฒนาระบบการประเมินผลและพัฒนาบุคลากร เพื่อให้การดำเนินงานตอบสนองนโยบายมากขึ้น พอถึงปีงบประมาณ 2546 มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายจากปี 2545 ทั้งในด้านเป้าหมายและงบประมาณ มีผลให้งานที่เริ่มต้นไว้เดิมในปี 2545 หยุดชะงัก งานสร้างสุขภาพตามนโยบายปี 2546 เป็นการรณรงค์ร่ายกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ เจ้าหน้าที่มุ่งเร่งรัดงานตามนโยบายดังนั้นการทำงานตามสภาพปัญหาพื้นที่และการดูแลในระดับครอบครัวจึงลดความสำคัญลง

ถ้าเปรียบเทียบกับแนวคิดเรื่องยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพดีของ ประเวศ วะสี (2541) ซึ่งกล่าวถึงการสร้างจิตสำนึก การสร้างพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเป็นการดำเนินงานในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และสถานที่ทำงาน โดยมีนโยบายสาธารณะสนับสนุนในวงกว้าง จะเห็นได้ว่าแนวทางการสนับสนุนงานสร้างสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 จะสอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวมากกว่า และถ้าเปรียบเทียบกับแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2541) ซึ่งกล่าวถึงการศึกษาสภาพปัญหาเป็นกลุ่มประชากรตามวัย กำหนดแหล่งที่ควรดำเนินการ คือ ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และใช้กลยุทธ์การให้ข่าวสารสาธารณะ การตลาดเชิงสังคม และการสร้างกระแส จะเห็นได้ว่าแนวทางการดำเนินงาน ปี 2545 จะสอดคล้องมากกว่า ถึงแม้ว่าในปี 2546 การรณรงค์กิจกรรมสร้างสุขภาพจะประสบผลสำเร็จในการสร้างกระแส เช่น การออกกำลังกาย แต่อาจหวังผลในด้านความยั่งยืนไม่ได้มากนัก เพราะหลังจากช่วงรณรงค์และฤดูกาลทำไร่นา กิจกรรมก็เริ่มจางหายไป

เมื่อวัตถุประสงค์ของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นความมีประสิทธิภาพบริการปฐมภูมิและงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เป็นการสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ

การเริ่มพัฒนาบริการปฐมภูมิในปี 2545 จึงเป็นทิศทางที่ถูกต้อง ถึงแม้ในระยะแรกจะขลุกขลักอยู่บ้าง ถ้ามีการพัฒนาต่อเนื่อง แก้ไขพัฒนาปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในที่สุดภายใน 2-3 ปี ระบบบริการปฐมภูมิก็อาจจะเข้มแข็ง และให้ผลลัพธ์ที่มองเห็นเป็นรูปธรรมได้ แต่ในปี 2546 ความเข้มข้นของนโยบายที่ส่งเสริมการพัฒนาบริการปฐมภูมิลดความสำคัญลง ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการพัฒนา

อย่างไรก็ตามแนวโน้มของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียุคทางดีขึ้น เนื่องจากมีการจัดสรรงบประมาณชัดเจนและงบประมาณลงถึงพื้นที่มากขึ้น ถึงแม้การจัดการด้านกำลังคนจะยังคงเป็นปัญหา ทั้งเรื่องจำนวน และการกระจาย แต่ปัจจัยด้านบริหารจัดการยังสามารถพัฒนาได้ เช่น การพัฒนาบุคลากร และการทำงานเป็นทีม ปัญหาระบบติดตามประเมินผลบทบาทในการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารหน่วยคู่สัญญา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้าใช้แนวทางการดำเนินงาน แบบปี 2545 ประกอบกับการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาปัจจัยบริหารจัดการดังกล่าว เชื่อว่า ผลงานสร้างสุขภาพจะเกิดแบบยั่งยืนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน แต่อาจเห็นผลช้า ตรงกันข้ามกับวิธีการรณรงค์รายกิจกรรม ในปี 2546 ซึ่งมักจะเห็นผลเร็วแต่ขาดความยั่งยืน และไม่เป็นธรรมชาติ ประเด็นการสามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยการดูแลตนเอง (Self reliance) เป็นหัวใจสำคัญและเป้าหมายหลักของการบริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เมื่อพิจารณาตามผลการดำเนินงาน และ กระบวนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในหน่วยคู่สัญญาต่าง ๆ ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่ม A ซึ่งมีผลงานโดดเด่น ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง กลุ่ม B เป็นกลุ่มที่มุ่งมั่นและมีแนวคิดในการพัฒนางาน ซึ่งมีจำนวน 13 หน่วย โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นโอกาสที่จะสนับสนุนให้หน่วยคู่สัญญาในหน่วยนี้พัฒนาอย่างต่อเนื่องและสามารถสร้างผลงานโดดเด่นได้เหมือนกลุ่ม A เนื่องจากมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ทั้งนี้ โดยมีเงื่อนไขคือนโยบายไม่ควรเปลี่ยนแปลงเร็วเกินไป ต้องให้เวลาในการคิดค้น และพัฒนาวิธีการบริหารจัดการ อย่างเป็นอิสระพอสมควร

ปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางานสร้างสุขภาพ

1. ปัญหาอุปสรรคของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.1 ด้านนโยบาย

1.1.1) การเปลี่ยนแปลงนโยบายเร็วเกินไป ในช่วงต้นปี 2545 ตามนโยบายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งให้พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งให้นโยบายสร้างนำซ่อม ใช้หลักเวชปฏิบัติครอบจักรวาล มีการสำรวจข้อมูล จัดทำแฟ้มประวัติครอบครัวจะนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนและจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ แต่พอปี 2546 นโยบาย

งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลับเปลี่ยนเป็นการสั่งการให้ทำงานดังกล่าวเป็นรายการกิจกรรม เช่น การรณรงค์ออกกำลังกาย คัดกรองเบาหวาน มะเร็ง เป็นต้น ซึ่งทำให้งานที่กำลังดำเนินการในปี 2545 หยุดชะงัก การพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวคิดของปี 2545 จึงถูกละเลย ในเรื่องนี้ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติต่างก็มีความเห็นตรงกันว่าควรใช้เวลาในการทำงานตามแนวทางของปี 2545 เป็นเวลาพอสมควรก่อน เมื่อประเมินแล้วว่าไม่ได้ผลจึงเปลี่ยนแปลงนโยบาย ถ้าเปรียบเทียบแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวในปี 2545 น่าจะมีความยั่งยืนกว่า ถึงแม้ว่าจะเห็นผลช้า ตรงข้ามกับนโยบายปี 2546 ผลของการดำเนินกิจกรรมอาจมองเห็นชัด แต่อาจขาดความยั่งยืนในระยะยาว

1.1.2) การขยายโครงการอย่างเร่งด่วน โดยไม่ได้ประเมินผลจังหวัดนำร่อง ทำให้แต่ละจังหวัดไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติ ทั้งในเรื่องการจัดการงบประมาณ การจัดอัตราค่าจ้างคน และระบบบริการ ทำให้เกิดความสับสนในระยะปีแรกของโครงการฯ สำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอาจยังตั้งตัวไม่ได้ด้วยซ้ำในบางแห่ง เนื่องจากขาดการเตรียมการที่ดี

1.1.3) การกระจายอำนาจการบริหารจัดการ โดยให้คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) มีอำนาจบริหารจัดการมากที่สุด ก่อให้เกิดความขัดแย้งเนื่องจากการรวมโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขและโรงพยาบาล ซึ่งผู้บริหารเคยมีอำนาจเท่าเทียมกันมารวมกันแล้วลดทอนอำนาจอีกฝ่ายหนึ่ง นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัยยังเกิดความสับสนในสายการบังคับบัญชาคล้ายกับมีผู้บังคับบัญชาเพิ่มขึ้นอีก คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการชุดดังกล่าว ในบางแห่งกำลังมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพ ก็มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย และให้กลับไปใช้โครงสร้างคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เหมือนเดิม

1.1.4) บทบาทของหน่วยงานบริหารไม่ชัดเจน ในระยะแรกของโครงการมีการกำหนดบทบาทใหม่ของหน่วยงานบริหาร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) โดยเน้นบทบาทด้านการกำกับประเมินผล ลดบทบาทในการบริหารงบประมาณลง การลดงบประมาณ ลดอัตราค่าจ้างและการปรับโครงสร้าง ทำให้เกิดการปรับตัวไม่ทันเกิดการเสียขวัญกำลังใจโดยเฉพาะระดับอำเภอ ในระยะแรกบทบาทของสาธารณสุขอำเภอดูเหมือนจะลดความสำคัญลงไป ในระยะหลังบางคนปรับตัวได้ดีจึงมองความสำคัญของงานมากกว่า ถ้าอะไรที่จะเป็นประโยชน์กับส่วนรวมเกิดผลดีกับประชาชนก็ต้องทำเต็มที่ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอด้วย

หน่วยงานระดับจังหวัดเองก็เกิดการหยุดชะงักของงานในระยะแรก ผู้บริหารระดับจังหวัดท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า " ส่วนกลางต้องกระจายอำนาจให้กับจังหวัดมีเอกภาพเต็มที่อย่ามองจังหวัดในแง่ลบมากเกินไป " ในระยะหลังๆ งานในลักษณะสั่งการ หรือนโยบายส่วนกลาง

กลับมากขึ้น หน่วยงานระดับจังหวัดต้องรับผิดชอบกับผลงานเหล่านั้น การพัฒนางานจากปัญหาพื้นที่ที่ถดถอย เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งบอกว่า "งานสั่งการจากส่วนกลางก็ยังมีมากอยู่ เช่น แอโรบิกกันทั้งเมือง " ดังนั้นสถานการณ์ในปัจจุบัน ทำให้หน่วยงานระดับจังหวัดไม่สามารถจับบทบาทให้ลงตัวได้และยังทำบทบาทควบคุมกำกับประเมิผล ไม่ชัดเจน

1.2 ด้านการบริหารจัดการ

1.2.1) การปรับโครงสร้างองค์การ เพื่อรองรับงานสร้างสุขภาพยังไม่เหมาะสม ในบางจังหวัดเมื่อนโยบายของโครงการเปลี่ยนเป็นการเน้นงานสร้างสุขภาพ แต่ยังไม่มีการปรับองค์การเพื่อให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน โครงสร้างเดิมเป็นการทำงานแบบแยกฝ่าย แยกส่วน และขาดการประสานงาน ซึ่งไม่เอื้อต่อการพัฒนางานสร้างสุขภาพ

1.2.2)การบริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานมีอำนาจบริหารจัดการสูงสุด ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารงานเนื่องจากสายการบังคับบัญชาต่างกัน ทำให้เกิดความสับสนไม่สอดคล้องกับภารกิจที่ต้องรับผิดชอบ การบริหารในรูปแบบคณะกรรมการยังไม่เป็นจริง ทำให้บางแห่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบริหารแบบเบ็ดเสร็จเกินไป ขาดการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการอื่นๆ เกิดความไม่ไว้วางใจกันในการบริหารจัดการงบประมาณส่วนใหญ่จึงยังบริหารงานไม่ราบรื่นนัก

1.2.3)วิสัยทัศน์ผู้บริหาร ผู้บริหารทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ส่วนให้ยังไม่เข้าใจแนวคิดเรื่องสร้างสุขภาพและแนวคิดเรื่องบริการปฐมภูมิดีพอ ส่วนใหญ่ยังยึดถือกับแนวคิดเก่าในการบริหารจัดการ และยึดติดกับงานรักษาพยาบาล ไม่สามารถมองภาพกว้างของงานสาธารณสุขได้ บางคนไม่เข้าใจแนวคิดเรื่องสร้างสุขภาพว่าคืออะไรและต้องทำอะไร ผู้ปฏิบัติคนหนึ่งให้ข้อสรุปว่า “ ขอให้เปลี่ยนแนวคิดคณะกรรมการบริหารเครือข่าย เพราะถ้าเขาคิดอย่างไรก็มีผลกระทบไปทั้งอำเภอ” เรื่องนี้ผู้บริหารระดับจังหวัดท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า “ ปัญหาที่สำคัญก็คือผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางคนไม่เข้าใจ พูดยให้ฟัง-ไม่ฟัง ให้อ่านหนังสือ-ไม่อ่าน พาดูงาน-ไม่ดู ”

1.2.4)การบริหารงานในระยะแรกมุ่งที่การบริหารเงินเพื่อความอยู่รอด ในรายการประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่าย พบว่า เนื้อหามากกว่า 80% เป็นเรื่องการจัดสรรเงิน การเบิกจ่ายและการจัดการเรื่องเงินเกือบตลอดปี 2545 ยังไม่ค่อยได้เริ่มงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างจริงจัง ผู้ปฏิบัติงานบางคนให้ความเห็นว่า “ ผู้บริหารเอาเงินเป็นตัวตั้งมากเกินไป ไม่เอางานเป็นตัวตั้ง ”

1.3 ด้านงบประมาณ

1.3.1)งบประมาณไม่เพียงพอ ในปี 2545 ซึ่งได้รับงบประมาณเต็มเม็ดเต็มหน่วย

แต่ในหน่วยคู่สัญญาที่มีประชารน้อย (น้อยกว่า 30,000 คน) ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ ทำให้งบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถูกดึงไปใช้ในงานรักษาพยาบาล จึงเหลือเงินที่จะทำงานด้านนี้ น้อยมาก ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านงบประมาณในปี 2546 ซึ่งจะได้รับสนับสนุนเพียง 56% ยังทำให้หน่วยคู่สัญญาที่มีประชารน้อยลำบากมากขึ้น แม้แต่หน่วยคู่สัญญาที่มีประชารมากก็ต้องประสบปัญหาในการบริหารเช่นเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านงบประมาณนี้เป็นสิ่งบั่นทอนกำลังใจของผู้บริหารเครือข่ายและทำให้งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหยุดชะงัก

1.3.2) ระเบียบการใช้จ่ายเงิน ในระยะแรกมีความไม่ชัดเจน ตีความไม่ตรงกัน และไม่มีข้อยุติ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่มั่นใจ ไม่กล้าเบิก บางแห่งเบิกไปแล้วถูก สตง. ตรวจสอบเรียกเงินคืน มีปัญหาเสียวัยก่าลังใจ และระเบียบการเบิกจ่ายมีข้อจำกัดมากเกินไป

1.3.3) ค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานสร้างสุขภาพ ไม่เท่าเทียมกับงานรักษาพยาบาล เช่น พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับค่าตอบแทน(รายเดือน)น้อยกว่าคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เท่าตัว บางแห่งค่าตอบแทนแตกต่างกัน 3-4 เท่า ซึ่งทำให้เกิดปัญหาค่าตอบแทนไม่จูงใจ ไม่สามารถกระจายพยาบาลวิชาชีพลงในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัยได้ ถ้ามีนโยบายสนับสนุนงานสร้างสุขภาพจริงจัง ต้องจัดระบบค่าตอบแทนที่ไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคงานรักษาพยาบาล

1.3.4) งบประมาณสนับสนุนหน่วยงานบริหาร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นหน่วยสนับสนุน หรือกำกับประเมินผลได้

1.3.5) การจัดสรรค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ (Fix Cost) บางจังหวัดจัดสรรค่าบริหารจัดการให้แก่เครือข่ายบริการค่อนข้างสูง ซึ่งผู้บริหารบางคนเห็นว่าจะทำให้สถานบริการรู้สึกมั่นคงมากเกินไป จะไม่มีความพยายามในการพัฒนาองค์กร ไม่พัฒนาระบบบริการ ประกอบกับการไม่มีระบบตามจ่ายภายในจังหวัดเดียวกัน ทำให้หน่วยบริการไม่กระตือรือร้นในการพัฒนาศักยภาพของตัวเองเพราะไม่ว่าจะให้บริการมากหรือน้อยก็มีรายรับแน่นอนอยู่แล้ว เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติหลายคนให้ความเห็นว่าควรมีระบบตามจ่าย “ไม่เช่นนั้นเขาไม่รับผิดชอบต่อประชาชนของตนเอง” หรือ “เกิดการหลังไหลไปรับบริการในโรงพยาบาล ทั้งที่ควรไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัย ทำให้เกิดความเครียดในกลุ่มเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล

1.4 ด้านบุคลากร

1.4.1) บุคลากรไม่เพียงพอและการกระจายไม่เหมาะสม ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรพบในทุกจังหวัดของเขต 6 เมื่อจำนวนคนไม่สมดุลกับงาน การเกลี่ยคนให้มาทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้นก็เป็นไปได้ยาก การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของพยาบาล

วิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรไม่น้อยกว่า 1:1250 ต้องมีการเกลี่ยอัตรากำลังจากหน่วยบริหารไปสู่หน่วยบริการ ทุกคนเข้าใจนโยบายทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติแต่ไม่สามารถจัดอัตรากำลังตามเกณฑ์ได้ เนื่องจากอัตรากำลังมีจำกัด ผู้บริหารเครือข่ายบริการหลายคนบอกว่า “มีคนน้อยอยู่แล้วเกลี่ยยังไงก็เกลี่ยไม่ได้มีทางเดียวคือรอรับคนใหม่เท่านั้น” เรื่องย้ายเข้าอำเภอเล็กๆ อย่างเราก็ไม่มีทางได้ ใครๆก็ย้ายเข้าอำเภอเมืองทั้งนั้น “

ในระยะแรกการจัดเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ไปช่วยงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิทำให้เกิดภาพของการช่วยเหลือมีความเป็นทีมเดียวกันมากยิ่งขึ้น แต่เมื่อระเบียบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ออกไปช่วยงานไม่สามารถเบิกได้ ยกเว้นกรณีออกปฏิบัติงานในพื้นที่ (เวชปฏิบัติครอบครัว) ทำให้การช่วยเหลือกันตรงนี้ลดลงไป ในบางหน่วยคู่สัญญาที่ยังไม่สามารถจัดพยาบาลวิชาชีพออกไปประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ ยังคงใช้วิธีจัดเป็นบางเวลา หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีความเห็นว่ายังไม่เกิดผลดีเท่าที่ควร เพราะยังขาดความสม่ำเสมอและขาดการเป็นเจ้าของร่วมกัน ถ้าจะให้ดี ควรจัดให้ไปอยู่ประจำดีที่สุด

นอกจากนี้การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องมีแพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกร ออกไปร่วมบริการด้วย นั้นไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ด้วยข้อจำกัดของจำนวนแพทย์ การปรับตัวของทีมงานในหน่วยบริการที่มีแพทย์ออกไป การจัดการที่ยังไม่ลงตัวทำให้เกิดความสับสนไม่เป็นธรรมชาติ บางแห่งยึดติดเกณฑ์มาตรฐานด้านอัตรากำลังมากกว่าการเข้าใจแนวคิดของบริการปฐมภูมิ เช่น ที่ที่ไม่สามารถจัดแพทย์ออกไปได้ก็ไม่เปิดศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นต้น บางแห่งกังวลกับเรื่องนี้มาก ต้องใช้เวลาครึ่งก่อนปีจึงสามารถจัดหน่วยบริการปฐมภูมิได้

1.4.2) การเตรียมบุคลากรยังไม่ดีพอ เจ้าหน้าที่ทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติยังขาดแนวคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับงานสร้างสุขภาพ และแนวคิดของบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติส่วนใหญ่ยังสับสนกับคำใหม่คือ “สร้างสุขภาพ” ซึ่งใช้แทนคำว่า “ส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งเป็นงานเดิมที่เคยปฏิบัติ เกิดความสับสนว่เอาะไรคืองานสร้างสุขภาพ งานที่เป็นรูปธรรม คืองานออกกกำลังกาย มีส่วนน้อยที่เข้าใจแนวคิดนี้และหาแนวปฏิบัติได้เอง ทั้งๆ ที่ทุกคนเห็นด้วยกับนโยบาย “สร้างนำซ่อม” แต่ความไม่ชัดเจนในแนวคิด ทำให้เกิดการชะลอตัวของงานเดิมในขณะที่ยังคิดรูปแบบงานใหม่ไม่ได้ นอกจากขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับงานสร้างสุขภาพแล้ว เจ้าหน้าที่บางส่วนยังขาดประสบการณ์ในการทำงานชุมชนซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น เพราะงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต้องทำงานเชิงรุก และต้องเข้าใจชุมชนมากขึ้น

1.4.3) ความไม่มั่นคงในตำแหน่ง ส่วนกลางมีนโยบายให้กระจายพยาบาลวิชาชีพลงไปปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ไม่มีตำแหน่งในกรอบอัตรากำลัง ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเกิดความไม่มั่นคง ต้องมีการย้ายเข้าโรงพยาบาลเพื่อประเมินเลื่อนระดับสูงขึ้น ถึงแม้บางคนจะชอบงานในศูนย์สุขภาพชุมชนก็ไม่สามารถอยู่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องได้

1.5 ด้านระบบติดตามประเมินผล

1.5.1) ระบบประเมินผลยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีการกำหนดแนวทางในการประเมินผล ตัวชี้วัดยังหลากหลายไม่ชัดเจนบางที่อาจวัดงานไม่ได้จริง ส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมระบบประเมินผลไว้ล่วงหน้า บางจังหวัดเตรียมการไว้แต่ไม่ได้ประเมินผล

1.5.2) ระบบข้อมูลเพื่อการประเมินผลยังไม่ดีพอ เนื่องจากเกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ กับคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการ ในระดับอำเภอจึงไม่มีศูนย์ข้อมูล การเก็บรวบรวมรายงานต่างๆ ยังไม่เป็นระบบ และส่วนใหญ่ไม่มีรายงานส่งจังหวัด ข้อมูลพื้นฐานบางแห่งเดิมมีระบบดี แต่พอเริ่มทำแฟ้มประวัติครอบครัวก็เลิกทำระบบข้อมูลเดิม พอปี 2546 กระบวนการจัดทำข้อมูลโดยใช้แฟ้มประวัติครอบครัวหยุดชะงักไป จึงทำให้ระบบข้อมูลมีปัญหา

1.5.3) เจ้าหน้าที่ทุกระดับยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินผล ในระบบงานของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เจ้าหน้าที่ทุกระดับต้องประเมินผลงานได้ ในหน่วยบริหารต้องทำหน้าที่ประเมินผลได้อย่างเข้มแข็ง เพื่อทราบผลการทำงานของเครือข่ายบริการต่างๆ เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติก็ต้องประเมินผลงานเพื่อวางแผนพัฒนางานในพื้นที่ของตนเองได้ แต่ขณะนี้การเตรียมเจ้าหน้าที่ด้านนี้ยังไม่ดีพอ

1.5.4) ขาดการนิเทศติดตามศูนย์สุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติให้ความเห็นว่าการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นเรื่องใหม่ ซึ่งต้องการการนิเทศติดตาม และการให้กำลังใจยังมีความจำเป็นมาก แต่ในระบบปัจจุบันการนิเทศงานลดลงไปมาก ในบางจังหวัดไม่มีการนิเทศเลย เพราะเข้าใจว่าบทบาทของหน่วยงานระดับจังหวัดมีหน้าที่ประเมินผลเท่านั้น

1.6 ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน

1.6.1) ประชาชนยังมีส่วนร่วมน้อย ส่วนใหญ่มีความตื่นตัวและร่วมกิจกรรมมากในเรื่องออกกำลังกาย ส่วนเรื่องอื่นๆ ยังให้ความสำคัญน้อยถึงแม้กิจกรรมออกกำลังกายก็อาจจะไม่มีความยั่งยืน พอเจ้าหน้าที่หยุดการสนับสนุนก็อาจจะล้มไป มีเพียงส่วนน้อยที่ประชาชนสามารถดำเนินการเองได้

1.6.2) ประชาชนยังยึดติดกับการรักษาพยาบาล เป็นอะไรก็ต้องพึ่งยาพึ่งหมอ ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และยังไม่เข้าใจว่าตนควรได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์

1.6.3) เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้พยายามสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน อาจเป็นเพราะเป็นงานที่ต้องใช้เวลามากและต้องมีใจรักในการทำงานกับชุมชน เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่บอกว่าไม่มีเวลาพอในการลงทำงานในชุมชน เนื่องจากงานบริการในสถานีนอกรีตต้องใช้เวลา และยังต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งกับงานที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า หรืองานตามสั่งจากหน่วยเหนือ

1.7 ผลกระทบต่อประชาชน

ตัวแทน อสม. และประชาชนที่มาร่วมสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการที่ดีเป็นการช่วยเหลือคนยากจน และลดช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนทำให้ไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษายามเจ็บป่วย และมีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านมากขึ้น ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพนั้น เห็นว่าการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ส่งเสริมมากที่สุด มีการอบรมผู้นำออกกำลังกาย ทุกหมู่บ้าน และมีชมรม

แอโรบิก สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ เกรงว่าจะเป็นแบบไฟไหม้ฟาง ไม่มีความต่อเนื่อง และเกิดขึ้นเฉพาะในเขตเมืองและตัวอำเภอ ไม่ถึงชนบทอย่างแท้จริง อสม. บางคนตั้งคำถามว่า “จะทำได้หรือไม่ถ้าไม่ใช่แอโรบิก” เรื่องอื่นๆที่เคยทำมา และจะทำให้สุขภาพดีมีอีกหลายเรื่อง เช่นการจัดบ้านเรือนให้สะอาด การควบคุมยุงลาย การกินอาหารดีและสะอาดปราศจากสารพิษ การฝากครรภ์ และการฉีดวัคซีน เป็นต้น

อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่า การสร้างสุขภาพในชุมชน ต้องอาศัยการให้ความรู้ โดยเฉพาะการใช้หอกระจายข่าว เป็นเครื่องมือสำคัญ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ต้องออกไปเยี่ยม ติดตามมากขึ้น เพราะยังมีเด็กบางคนได้รับวัคซีนไม่สม่ำเสมอ (บางคนมาหาหมอไม่สะดวก) ขณะนี้เจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอที่จะทำงานสร้างสุขภาพให้ได้ผล งบประมาณที่ลงถึงชุมชนก็ยังมีน้อยเกินไป รัฐควรเอาใจจริงมากกว่านี้ โดยจัดสรรคนลงชุมชนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากประชาชน

1. อยากให้มีกองทุนสุขภาพชุมชน สถานีนอามัยมีเงินเยอะขึ้น แต่ในหมู่บ้านมีเงินทำกิจกรรมสาธารณสุขเพียง 7,500 บาท (งบสาธารณสุขมูลฐาน) ซึ่งไม่เพียงพอ
2. เมื่อเจ้าหน้าที่มีค่าตอบแทนมากขึ้น ก็ไม่ค่อยสนใจ อสม. ซึ่งเคยช่วยเหลือ ทำงานในหมู่บ้านให้ตลอด น่าจะมีค่าตอบแทนให้ อสม.บ้าง ขณะนี้เกิดความห่างเหินระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่
3. เรื่องการรักษาพยาบาล อยากให้ดูเรื่องมาตรฐานการรักษา และควรส่งต่อโดยไม่ต้องรอให้หนักเกินไป ถ้าจะให้ดีควรรักษาให้ทุกโรค ไม่ควรยกเว้น เช่น โรคไตวาย โรคเอดส์ และโดยเฉพาะอุบัติเหตุชาวบ้านเดือดร้อนมาก
4. การออกบัตรล่าช้า
5. ควรให้เลือกสถานบริการได้โดยอิสระ

ข้อเสนอแนะ

ระดับกระทรวง

- 1) ไม่ควรเปลี่ยนแปลงนโยบายเร็วเกินไป เพราะงานสร้างสุขภาพเป็นงานที่ต้องใช้เวลา 3-5 ปี จึงจะเห็นผล เมื่อวางนโยบายในการทำงานไว้อย่างใดอย่างหนึ่งก็ต้องใช้เวลาเมื่อดำเนินการได้เวลาอันสมควร และมีการประเมินผลแล้วจึงค่อยเปลี่ยนแปลงนโยบาย เจ้าหน้าที่จะมีเวลาดั้งหลักและทำงานได้ดีกว่าการเปลี่ยนนโยบายทุกปี
- 2) ระเบียบเกี่ยวกับค่าตอบแทนควรได้รับการปรับปรุงเพื่อเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้รับค่าตอบแทนใกล้เคียงกับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
- 3) ควรเพิ่มงบประมาณให้หน่วยงานบริหาร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ในฐานะเป็นหน่วยสนับสนุน และกำกับประเมินผล และควรมีค่าตอบแทนตามสมควร
- 4) การวางแผนอัตรากำลัง โดยให้มีการกระจายบุคลากรให้เหมาะสมกับปริมาณงานหรือประชากรที่รับผิดชอบ มีนโยบายการกระจายอย่างเสมอภาคและทั่วถึง และควรเป็นแผนระยะกลาง ระยะยาวด้วย
- 5) บุคลากรที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาที่ยังไม่ได้รับการบรรจุเข้าเป็นพนักงานของรัฐยังคงทำงานแบบลูกจ้างชั่วคราวอยู่ เป็นการบั่นทอนขวัญกำลังใจและมีผลต่อประสิทธิภาพของการทำงานด้วย ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้เป็นกำลังหลักของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่
- 6) พัฒนาระบบประเมินผล ควรให้มีการจัดระบบประเมินผลจากส่วนกลางและควรมีลักษณะดังนี้
 - 6.1) มีความลับไว้เพียงพอ
 - 6.2) ประเมินได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ
 - 6.3) สามารถนำผลการประเมินไปใช้ในการบริหารได้
 - 6.4) การสร้างกระแสการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรเป็นหน้าที่ของส่วนกลางเพราะจะมีประสิทธิภาพมากกว่าให้พื้นที่ทำ และเมื่อมีการประชาสัมพันธ์จากส่วนกลางอย่างกว้างขวาง พื้นที่จะทำงานง่ายขึ้น และควรผสมผสานวัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืน

ระดับจังหวัด

- 1) การสื่อสารนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ ต้องมีกระบวนการที่เหมาะสมที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ทำอย่างไรทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติจะมีความเข้าใจตรงกันและเข้าใจความหมายของงานสร้างสุขภาพ สามารถกำหนดกิจกรรมสร้างสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น ทั้งในกลุ่มคนปกติที่ยังไม่เจ็บป่วย และคนเจ็บป่วยก็จำเป็นต้องได้รับการดูแลสร้างสุขภาพด้วยเพื่อให้เขาเหล่านั้นได้ใช้ชีวิตให้เหมาะสมและมีความสุข แม้ในภาวะเจ็บป่วย
- 2) มีองค์การที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชัดเจน ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ และควรเป็นองค์การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมจากหลายสาขาวิชาชีพ ตลอดจนถึงภาคประชาชนและเอกชน
- 3) พัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานและระบบรายงาน (ต้องมีศูนย์ข้อมูลระดับหน่วยคู่สัญญาและระดับจังหวัด) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนงาน และประเมินผลงาน ซึ่งควรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- 4) การพัฒนาบุคลากรเนื่องจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิด และวิธีปฏิบัติงานซึ่งแตกต่างไปจากเดิม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาบุคลากรทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ให้มีความเข้าใจแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพ องค์ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทักษะในการทำงานในชุมชน เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะมีการจัดหลักสูตรอบรมไปบ้างแล้วในเรื่องต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น แต่ก็ยังไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ กระบวนการที่จะทำให้คนปรับเปลี่ยนแนวคิดได้นั้น คงต้องอาศัยกระบวนการที่ดีในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และอาจต้องใช้เวลาด้วย

ระดับเครือข่ายบริการ

- 1) ในระดับอำเภอ องค์การบริหารจัดการไม่ว่าจะเป็น คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือ คปสอ.ก็ควรใช้เป็นเวทีที่จะบริหารงานร่วมกัน โดยมองงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมของอำเภอ มีวาระประชุมสม่ำเสมอมีการติดตามความก้าวหน้าของงาน และเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีส่วนร่วม
- 2) พัฒนาให้มีส่วนร่วมในระดับร่วมคิดร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผล ทำให้เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคนให้ได้ ทั้งนี้ต้องให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาและวิถีชุมชน กิจกรรมที่ดำเนินการตามความต้องการของประชาชน
- 3) เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กระตุ้นให้ประชาชนรู้สิทธิประโยชน์ในด้านนี้ และสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้ประชาชนรับรู้

4) เพิ่มการประสานกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อให้เป็นเจ้าภาพในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำเรื่องสุขภาพให้เป็นเรื่องสาธารณะที่หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้มากขึ้น

5) การเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมที่ประชาชนมีความพึงพอใจมากถือเป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และชาวบ้านได้เป็นอย่างดี ควรสนับสนุนให้ดำเนินการต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของชุมชน



ที่ นก 0033.3/917

โรงพยาบาลศรีบุญเรือง
อ.ศรีบุญเรือง
จ.หนองบัวลำภู 39180

2 กันยายน 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. รายชื่อ CUP ที่ศึกษา
2. แบบฟอร์มเก็บข้อมูล

จากโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพ และป้องกันโรค ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ซึ่งมี นพ.เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง เป็นหัวหน้าโครงการ ได้รับเงินอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ต้องการศึกษผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางการบริหารจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของทุกจังหวัด ในเขต 6 ซึ่งมีรายละเอียด คือ

1. รูปแบบการดำเนินงานของจังหวัด และ CUP ในด้าน
 - การบริหารจัดการ
 - งบประมาณ
 - บุคลากร
 - วัสดุ, อุปกรณ์, ครุภัณฑ์, เวชภัณฑ์
 - การมีส่วนร่วมของประชาชน
2. เพื่อศึกษาปัญหา และแนวทางการบริหารจัดการที่เหมาะสม
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ดังนั้น จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และหวังว่าคงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเกรียงศักดิ์ เอกพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

รายละเอียดข้อมูลที่ขอความร่วมมือให้รวบรวมเพื่อใช้ในโครงการวิจัย

1. โครงสร้างการแบ่งงบประมาณในส่วนของงานสร้างสุขภาพในระดับจังหวัด และอำเภอ แบ่งอย่างไร (เพื่อทราบแนวทางการจัดสรรงบประมาณสร้างสุขภาพ)
2. แผนภูมิโครงสร้างองค์กร และบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับงานสร้างสุขภาพในระดับจังหวัด / อำเภอ (หมายถึง หน่วยงานย่อยส่วนใดขององค์กร ที่เป็นหน่วยปฏิบัติงานสร้างสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลชุมชน อาจเป็นฝ่ายสุขภาพภิบาล หรือฝ่ายส่งเสริม หรือ มีการรวมหน่วยงานเข้าด้วยกัน ในรูปคณะกรรมการ / คณะกรรมการ)
3. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ / คณะทำงานทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับงานสร้างสุขภาพ (เพื่อผู้บังคับบัญชาประกอบและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานสร้างสุขภาพ)
4. รายงานการประชุมของหน่วยงานระดับต่างๆ (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 – กันยายน 2545) ได้แก่
 - 4.1 CUP board หรือ คปสอ.
 - 4.2 คณะทำงานเกี่ยวกับ PCU (เครือข่ายบริการปฐมภูมิ)
 - 4.3 คณะทำงานด้านสร้างสุขภาพ (ระดับจังหวัด / อำเภอ)

ผลการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ปีงบประมาณ 2544 และปีงบประมาณ 2545

CUP / PCUอ. จ.

ก่อนเข้าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2544 ค.ศ.2543 – ก.ย.2544)			หลังเข้าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2545 ค.ศ.2543 – ก.ย.2545)		
กิจกรรม	ผล งาน	อัตรา ครอบคลุม (%)	กิจกรรม	ผล งาน	อัตรา ครอบคลุม (%)
1. ดูแลหญิงตั้งครรภ์ 4 ครั้งคุณภาพ			1. ดูแลหญิงตั้งครรภ์ 4 ครั้งคุณภาพ		
2. ทำคลอดโดยแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			2. ทำคลอดโดยแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
3. การดูแลมารดาหลังคลอด 2 ครั้งคุณภาพ			3. การดูแลมารดาหลังคลอด 2 ครั้งคุณภาพ		
4. การดูแลทารกหลังคลอด 2 ครั้งคุณภาพ			4. การดูแลทารกหลังคลอด 2 ครั้งคุณภาพ		
5. จำนวนทารกตายปริกำเนิด			5. จำนวนทารกตายปริกำเนิด		
6. จำนวนมารดาตาย			6. จำนวนมารดาตาย		
7. จำนวนทารกน้ำหนักแรกเกิด > 2500 gms.			7. จำนวนทารกน้ำหนักแรกเกิด > 2500 gms.		
8. เด็กแรกเกิด 0 – 6 ปี มีน้ำหนักปกติ			8. เด็กแรกเกิด 0 – 6 ปี มีน้ำหนักปกติ		
9. เด็ก 0 – 6 ปี ขาดสารอาหารได้รับการแก้ปัญหา			9. เด็ก 0 – 6 ปี ขาดสารอาหารได้รับการแก้ปัญหา		
10. เด็ก 0 – 6 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามเกณฑ์มาตรฐาน			10. เด็ก 0 – 6 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามเกณฑ์มาตรฐาน		
11. อัตราการให้ภูมิคุ้มกันในเด็ก 0 – 6 ปี ตามมาตรฐาน			11. อัตราการให้ภูมิคุ้มกันในเด็ก 0 – 6 ปี ตามมาตรฐาน		
12. เด็ก 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปาก			12. เด็ก 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปาก		
13. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพ			13. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพ		
14. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี ได้รับภูมิคุ้มกันตามวัย			14. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี ได้รับภูมิคุ้มกันตามวัย		

ก่อนเข้าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2544 ต.ค.2543 – ก.ย.2544)			หลังเข้าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2545 ต.ค.2543 – ก.ย.2545)		
กิจกรรม	ผล งาน	อัตราครอบ คลุม (%)	กิจกรรม	ผล งาน	อัตราครอบ คลุม (%)
15. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี ได้รับการ ตรวจสุขภาพ			15. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี ได้รับการ ตรวจสุขภาพ		
16. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี น้าหนักปกติ			16. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี น้าหนักปกติ		
17. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี น้าหนักต่ำ กว่าเกณฑ์ได้รับการแก้ปัญหา			17. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี น้าหนักต่ำ กว่าเกณฑ์ได้รับการแก้ปัญหา		
18. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี ได้รับการ ตรวจสุขภาพในช่องปาก			18. เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี ได้รับการ ตรวจสุขภาพในช่องปาก		
19. มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ			19. มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ		
20. อัตราคุมกำเนิดในคู่สมรสที่ภรรยา อายุ 15 – 44 ปี			20. อัตราคุมกำเนิดในคู่สมรสที่ภรรยา อายุ 15 – 44 ปี		
21. อัตราคุมกำเนิดชนิดถาวร			21. อัตราคุมกำเนิดชนิดถาวร		
22. อัตราการเพิ่ม			22. อัตราการเพิ่ม		
23. การตรวจสุขภาพประชากรกลุ่ม อายุ 35 ปี ขึ้นไปในการคัดกรอง โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เบื้องต้น ปีละ 1 ครั้ง			23. การตรวจสุขภาพประชากรกลุ่ม อายุ 35 ปี ขึ้นไปในการคัดกรอง โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เบื้องต้น ปีละ 1 ครั้ง		
24. การตรวจมะเร็งปากมดลูก/มะเร็ง เต้านมในกลุ่มเสี่ยง			24. การตรวจมะเร็งปากมดลูก/มะเร็ง เต้านมในกลุ่มเสี่ยง		
25. การดูแลสุขภาพวัยทอง - กลุ่ม/ชมรม - ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ - ให้ความรู้/ให้คำปรึกษา			25. การดูแลสุขภาพวัยทอง - กลุ่ม/ชมรม - ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ - ให้ความรู้/ให้คำปรึกษา		
26. มีชมรมผู้สูงอายุและดำเนิน กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง			26. มีชมรมผู้สูงอายุและดำเนิน กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง		
27. มีชมรมผู้พิการ / ผู้ด้อยโอกาส			27. มีชมรมผู้พิการ / ผู้ด้อยโอกาส		
28. ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสได้รับการ ช่วยเหลือตามสภาพ/ปัญหาที่พบ			28. ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสได้รับการ ช่วยเหลือตามสภาพ/ปัญหาที่พบ		

ก่อนเข้าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2544 ต.ค.2543 – ก.ย.2544)			หลังเข้าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปีงบประมาณ 2545 ต.ค.2543 – ก.ย.2545)		
กิจกรรม	ผล งาน	อัตราครอบ คลุม (%)	กิจกรรม	ผล งาน	อัตราครอบ คลุม (%)
29. การดำเนินงานด้านสุขภาพ อาหาร - อบรมให้ความรู้ประชา ชน - รณรงค์บริโภคอาหารสุก - หรือกิจกรรมอื่นๆ			29. การดำเนินงานด้านสุขภาพ อาหาร - อบรมให้ความรู้ประชาชน - รณรงค์บริโภคอาหารสุก - หรือกิจกรรมอื่นๆ		
30. จำนวนครัวเรือนในความรับผิดชอบ มีน้ำดื่มที่สะอาดและเพียงพอ			30. จำนวนครัวเรือนในความรับผิดชอบ มีน้ำดื่มที่สะอาดและเพียงพอ		
31. จำนวนครัวเรือนมีการกำจัดขยะ และสิ่งปฏิกูลต่างๆ ถูกวิธี			31. จำนวนครัวเรือนมีการกำจัดขยะ และสิ่งปฏิกูลต่างๆ ถูกวิธี		
32. มีกิจกรรมควบคุมมลพิษจากโรง งานหรือกิจกรรมอื่นๆ เพื่อดูแลสุขภาพ ภาพของประชาชน (ถ้ามี) ระบุ 1. 2. 3.			32. มีกิจกรรมควบคุมมลพิษจากโรง งานหรือกิจกรรมอื่นๆ เพื่อดูแลสุขภาพ ภาพของประชาชน (ถ้ามี) ระบุ 1. 2. 3.		
33. งานควบคุมไข้เลือดออกมีกิจกรรม อย่างไรบ้าง - - - - - -			33. งานควบคุมไข้เลือดออกมีกิจกรรม อย่างไรบ้าง - - - - - -		
34. งานควบคุมโรค Lepto มีกิจกรรม อย่างไรบ้าง - - - -			34. งานควบคุมโรค Lepto มีกิจกรรม อย่างไรบ้าง - - - -		



ที่ นก 0033.002/03/4435

โรงพยาบาลศรีบุญเรือง
อ.ศรีบุญเรือง
จ.หนองบัวลำภู 39180

4 พฤศจิกายน 2545

เรื่อง ขออนุญาตเชิญเจ้าหน้าที่ในสังกัดร่วมให้ข้อมูล โครงการวิจัยเรื่อง ผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการสร้างหลักประกันสุขภาพหน้า

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขให้ดำเนินการวิจัย “ผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านการจัดการต่อการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาวิจัยในพื้นที่จังหวัดสาธารณสุขเขต 6 ได้แก่ จังหวัดหนองคาย จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนคร จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดเลย จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดขอนแก่น ในการนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือมายังท่านโปรดอนุญาตให้เจ้าหน้าที่ในสังกัดเข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. ขอเชิญนักวิชาการที่รับผิดชอบงานสร้างสุขภาพระดับอำเภอ หรือ เลขา UC เข้าร่วมสนทนากลุ่มในวันที่ เวลา น. ณ ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
2. ขอเชิญเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน PCU จำนวน 1 คน และตัวแทน อสม. หรือประชาชนจำนวน 1 คน เข้าร่วมสนทนากลุ่มในวันที่ เวลา น. ณ ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่ม อสม. หรือตัวแทนประชาชน) โดยค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาให้ข้อมูลโครงการวิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและแจ้งผู้เกี่ยวข้อง จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุใหญ่ หลิมโตประเสริฐ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู



ที่ นก 0033.002/03/4436

โรงพยาบาลศรีบุญเรือง
อ.ศรีบุญเรือง
จ.หนองบัวลำภู 39180

4 พฤศจิกายน 2545

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่มในโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการ
ต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการสร้างหลักประกันสุขภาพหน้า

เรียน สาธารณสุขอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุขให้ดำเนินการวิจัย “ผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการต่อการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรคในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยน
แปลงปัจจัยด้านการจัดการต่อการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า โดยศึกษาวิจัยในพื้นที่จังหวัดสาธารณสุขเขต 6 ได้แก่ จังหวัดหนองคาย จังหวัดอุดรธานี จังหวัด
สกลนคร จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดเลย จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดขอนแก่น ในการนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือ
มายังท่านในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในวันที่.....
เวลา.....ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมการสนทนากลุ่มครั้งนี้จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุใหญ่ หลิมโตประเสริฐ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

งานทันตสาธารณสุข

โทร (042) 312049 – 50 ต่อ 103

โทรสาร (042) 312992

แนวคำถามโครงการวิจัย (สัมภาษณ์เชิงลึก)

1. ท่านมีนโยบายอย่างไรในการส่งเสริมงานสร้างสุขภาพในจังหวัด / CUP / PCU
2. ท่านมีแนวทางในการบริหารจัดการงบประมาณ สำหรับงานสร้างสุขภาพ แก่ CUP และ PCU อย่างไร
 - การจัดสรรงบประมาณ สัดส่วนจากงบประมาณทั้งหมด
 - วิธีการเบิกจ่ายงบประมาณในการทำงาน ค่าตอบแทน
3. ท่านมีนโยบายอย่างไร ในการจัดการด้านบุคลากร
 - การจัดสรร
 - การพัฒนา
 - การส่งเสริมขวัญและกำลังใจ
 - การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการวางแผน ฯลฯ
4. แนวทางในการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อการสร้างสุขภาพเป็นอย่างไร
 - การจัดสรร
 - ปริมาณ
 - ระบบการเบิกจ่าย
5. ท่านมีแนวทางในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร
 - ระบบ
 - ตัวชี้วัด
6. ท่านมีนโยบายในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสุขภาพอย่างไร
7. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีอะไรบ้าง
8. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีการเปลี่ยนแปลงจากการทำงานก่อนมีโครงการหรือไม่อย่างไร
9. ข้อเสนอแนะที่ท่านคิดว่าน่าจะช่วยให้งานสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้น

แนวคำถามสัมภาษณ์กลุ่ม ประชาชน / อสม.

1. ท่านรู้จักโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างไร
 - สุขภาพในความเข้าใจของท่านมีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ท่านเข้าใจว่า “งานสร้างสุขภาพ” หมายถึงอะไร
3. กิจกรรมสร้างสุขภาพ (ส่งเสริมสุขภาพ) ในชุมชนในปัจจุบัน
 - ขณะนี้เจ้าหน้าที่ไปพาคคนในชุมชนทำอะไรบ้างในการสร้างสุขภาพ
 - กิจกรรมนั้น ท่านและคนในชุมชนมีส่วนร่วมอย่างไร

(วางแผน ดำเนินการ ติดตามประเมินผล)
4. ท่านคิดว่าการเปลี่ยนแปลงในด้านสร้างสุขภาพอย่างไรเปรียบเทียบก่อนและหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
5. ปัญหาอุปสรรคในการสร้างสุขภาพในชุมชนของท่านมีอะไรบ้าง
6. ข้อเสนอแนะที่จะทำให้สุขภาพคนในชุมชนดีขึ้น

กับปัญหาที่ว่า ประชาชนอาจจะให้คำตอบข้อ 6

ที่ไม่เกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพ คุณหมอฝนอาจจะเพิ่มคำถามว่า

ถ้าจะให้งานสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จควรจะต้องมีการทำอะไรบ้าง (และใครเป็นคนทำ)

แนวคำถามสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group discussion)

1. จังหวัด / CUP / PCU ของท่านมีนโยบายในการส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร
2. จังหวัด / CUP / PCU ของท่านมีแนวทางในการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับสร้างเสริมสุขภาพแก่ CUP และ PCU อย่างไร
 - การจัดสรรงบประมาณ สัดส่วนจากงบประมาณทั้งหมด
 - วิธีการเบิกจ่ายงบประมาณในการทำงาน ค่าตอบแทน
3. จังหวัด / CUP / PCU ของท่านมีนโยบายอย่างไรในการจัดการด้านบุคลากร
 - การจัดสรร
 - การพัฒนา
 - การส่งเสริมขวัญและกำลังใจ
 - การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการวางแผน ฯลฯ
4. จังหวัด / CUP / PCU ของท่านมีแนวทางในการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อการสร้างสุขภาพเป็นอย่างไร
 - การจัดสรร
 - ปริมาณ
 - ระบบการเบิกจ่าย
5. จังหวัด / CUP / PCU ของท่านมีแนวทางในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสร้างเสริม สุขภาพอย่างไร
 - ระบบ
 - ตัวชี้วัด
6. จังหวัด / CUP / PCU ของท่านมีนโยบายในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร
7. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีอะไรบ้าง
8. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีการเปลี่ยนแปลงจากการทำงานก่อนมีโครงการหรือไม่อย่างไร
9. ข้อเสนอแนะที่ท่านคิดว่าน่าจะช่วยให้งานสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้น

คำประกาศนโยบาย
เมืองส่งเสริมสุขภาพต้นแบบอุดรธานี 2545
 Health promotion city Udonthani model 2002

จังหวัดอุดรธานีมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนชาวจังหวัดอุดรธานีทุกคนมีสุขภาพดี สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงตามความจำเป็น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จึงได้ดำเนินโครงการเมืองส่งเสริมสุขภาพต้นแบบขึ้น ภายใต้กลยุทธ์ รวมพลัง สร้างสุขภาพ “ Empowerment For Health “

- 1.พัฒนาบริหาร บริการ วิชาการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
- 2.เมื่อนำอยู่
- 3.แผนงานโครงการปกติที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข
- 4.เฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อ ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง เลปโตสไปโรชีส วัณโรค พยาธิเอดส์
- 5.รณรงค์ลดอุบัติเหตุและอุบัติภัย ตลอดจนพัฒนาให้เกิดระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System) EMS
- 6.พัฒนาคุณภาพบริการ Hospital Accreditation (HA) , Health Center Accreditation (HCA)
- 7.รณรงค์ลดโรคที่ทำให้มีอัตราป่วยหรือตายสูง 7 โรค โรคหัวใจ โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไข้เลือดออก และโรคเอดส์
- 8.สนับสนุนให้เกิดชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ที่เป็นแกนหลักในการประสานและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้น
- 9.สามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเทคนิคใหม่ จิตสังคมบำบัด (Matrix program)

นายโกวิท อิงศิริรัตน์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

โครงการเมืองส่งเสริมสุขภาพต้นแบบ : จังหวัดอุดรธานี ปี 2002
HEALTH PROMOTING CITY : UDON THANI MODEL 2002

1. หลักการและเหตุผล

จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากเป็นอันดับ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบ่งเขตการปกครองเป็น 18 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ 155 ตำบล 1,738 หมู่บ้าน จำนวนประชากรปี 2544 1,522,751 คน รายได้ต่อหัวประชากร เท่ากับ 25,902 บาท อัตราเพิ่มประชากร เท่ากับร้อยละ 0.76 อายุขัยเฉลี่ยชาย 69.9 ปี หญิง 74.9 ปี เมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากร พบว่า ประชากรมีอายุมัธยฐาน (Median age) เพิ่มขึ้นจาก 21.5 ในปี 2533 เป็น 27.4 ในปี 2543 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 5.1 ในปี 2533 เป็น 6.9 ในปี 2543 แนวโน้มปัญหาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ยังเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมประจำวัน ได้แก่ เอดส์ (188.5 ต่อแสนประชากร) อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (1,427 ต่อแสนประชากร) อุบัติเหตุจากการจราจร (1,831 ต่อแสนประชากร) เบาหวาน (2,581 ต่อแสนประชากร) ความดันโลหิตสูง (1,144 ต่อแสนประชากร) ไข้เลือดออก (51 ต่อแสนประชากร)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ส่วนใหญ่ มักให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ซึ่งเป็นการเน้นการซ่อมสุขภาพ โดยการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและราคาแพง ใช้บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น จะเห็นได้จากรัฐและประชาชนต้องจ่ายเงินมากกว่า ร้อยละ 80 ของเงิน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดไปกับการรักษาพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม ผลตอบแทนด้านสุขภาพกลับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

การสร้างสุขภาพจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญ เป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ซึ่งจะใช้การสร้างสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยมีการซ่อมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์เชิงรับ ทั้งนี้การสร้างสุขภาพเป็นการกระทำทุกวิถีทาง เพื่อไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วย และตายโดยไม่จำเป็น มีความสามารถและมีโอกาสในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องสร้างให้เกิดสังคมที่มีจิตสำนึกและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการสำคัญที่จะทำให้เกิดการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ คือการร่วมกันระดมทรัพยากรทุกภาคส่วนของสังคม ชุมชน ครอบครัว เชื่อมโยงกับภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินการบูรณาการทรัพยากรที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

จากความสำคัญของการสร้างสุขภาพ ประกอบทั้งปี 2545 เป็นปีแห่งการส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จึงได้จัดทำโครงการ เมืองส่งเสริมสุขภาพขึ้น โดยเน้นการดำเนินงานที่ครบวงจร โดยใช้กลยุทธ์ การวิจัยและพัฒนา การสร้างกระแสสังคมต่อการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน การระดมทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดเมืองส่งเสริมสุขภาพแบบต้นแบบในพื้นที่เขต

เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล 5 อำเภอ ซึ่งเป็นอำเภอที่มีศักยภาพ และสามารถพัฒนาเป็นรูปแบบที่ดีด้านการส่งเสริมสุขภาพต้นแบบต่อไป ทั้งนี้เพื่อควมมี สุขภาพ หรือสุขภาวะ ของประชาชนในจังหวัดอุดรธานีอย่างแท้จริง

2. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อวางแผน และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุดรธานี จนเป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพ ที่สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.1 เพื่อสร้างและพัฒนา รูปแบบบริการที่เป็นเอกลักษณ์สำคัญของเมืองส่งเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของสภาพแวดล้อม และการดำเนินงานที่ต่างกัน ทั้งในเขตเมือง และชนบทจังหวัดอุดรธานี

3.2 เพื่อปลูกกระแสให้ประชาชนตื่นตัวในการสร้างสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรภาคีภาครัฐ/เอกชนที่เกี่ยวข้อง

3.3 เพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชนให้ร่วมมือกันในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม และเรียนรู้ร่วมกัน (Participation and Interactive learning through action) ในการวางแผน จัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ และประเมินผลการพัฒนา

4. เป้าหมาย ประชาชนเขตเทศบาลและชนบท จังหวัดอุดรธานี ดังนี้

4.1 เขตเทศบาล ได้แก่ เทศบาลนครอุดรธานี จำนวน 1 แห่ง โดยเลือกชุมชนเทศบาลเมือง 2 ชุมชน

4.2 เขตเทศบาลตำบลที่ตั้งของที่ว่ากรมอำเภอ บ้านผือ บ้านดุง กุมภวาปี เพ็ญ หนองหาน อำเภอละ 1 เทศบาลตำบล

4.3 เขตพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 5 แห่ง ในอำเภอ บ้านผือ บ้านดุง กุมภวาปี เพ็ญ หนองหาน อำเภอละ 1 อบต.

5. กลวิธี

5.1 สร้างนโยบายสาธารณะที่จะส่งเสริมสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) การส่งเสริมสุขภาพ เป็นประเด็นที่กำหนดเป็นนโยบายให้ทุกฝ่าย ทุกระดับในจังหวัดอุดรธานีร่วมกันรับผิดชอบ และตระหนักถึงผลดีที่ตามมาในการตัดสินใจส่งเสริมสุขภาพดี

5.2 สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน (Create Supportive Environment) ส่งเสริมการมีสุขภาพดีต่อสาธารณสุข การคุ้มครองธรรมชาติสิ่งแวดล้อม และการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต การทำงานและการใช้เวลาว่าง ซึ่งมีผลอย่างมากต่อสุขภาพที่ดี

5.3 การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action) การเสริมพลังแก่ชุมชนให้รู้สึกเป็นชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง และเป็นผู้รับผลที่ดีที่สุดเอง การพัฒนาชุมชนจะต้องอาศัยการใช้ทรัพยากรในชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผน พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพของประชาชนในชุมชน จากหน่วยงานองค์การภาครัฐ/เอกชนที่เกี่ยวข้อง (Participant) ด้านเทคนิค Future Search Conference(FSC) อาทิ การใช้ AIC การทำ Mind map, Mind Scape ฯลฯ

5.4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนา โดยการได้รับข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และทักษะการดำรงชีวิตซึ่งจะเพิ่มทางเลือกในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่มีผลดีต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิต การเตรียมประชาชนให้สามารถปรับตัวให้เข้ากันแต่ละขั้นตอนของชีวิตให้สามารถแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุ โดยการให้ประชาชนเกิดกระบวนการ “การเรียนรู้ร่วมกัน” ในการ ดำเนินงานสร้างสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น พื้นที่เป้าหมาย ตามสภาพปัญหา ความต้องการ และ ความจำเป็นในการดำเนินงานของทุกฝ่าย ทุกระดับ ทั้งในแนวดิ่ง และแนวนอน ได้แก่ องค์กรชุมชน และเครือข่าย หรือสถาบันสนับสนุน โดยให้ความสำคัญกับการ เรียนรู้ และการปฏิบัติในพื้นที่จริง

5.5 การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) หน้าที่รับผิดชอบในด้านการส่งเสริมสุขภาพของบริการสาธารณสุขเป็นหน้าที่ร่วมกันระหว่างบุคคล กลุ่มของชุมชน เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพ ได้ร่วมกันดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ ประสานงานกับทุกหน่วยงานและอาศัยช่องทางสื่อสารอย่างเหมาะสม และกว้างขวาง มีการวิจัยเพื่อพัฒนาบริการและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

5.6 สร้างแกนนำหลัก ในการขยายเครือข่ายกิจกรรมสร้างสุขภาพ และเชื่อมต่อประสานกลุ่มต่างๆ ในรูปกลุ่ม ชมรม ตามปัญหาสุขภาพของชุมชน และความเหมาะสมของแต่ละท้องถิ่น

5.7 ผลักดัน สนับสนุน ร่วมพัฒนาให้เกิด รูปแบบของ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ที่เป็นของประชาชนเหมาะสมกับความต้องการและปัญหาของประชาชน

5.8 สร้างกระแสการสร้างสุขภาพ ในรูปการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทุกประเภท และแกนนำ

5.9 ระดมทรัพยากรที่จำเป็น บูรณาการแผนการโครงการ เช่น เงินบริจาค งบประมาณ การหารายได้อื่นๆ คน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อการดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพ ที่เป่าปัญหาของชุมชน โดยมี “ระบบการบริหารจัดการ” ในรูปของ กรรมการ หรือ กองทุน ดำเนินการโดยสมาชิกกลุ่มสร้างสุขภาพที่มีปัญหาและความต้องการเหมือนกัน

5.10 ระดมความร่วมมือ ให้เกิดแนวร่วม ภาครัฐ และเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการส่งเสริมสุขภาพ ในรูป “เครือข่ายร่วมสร้างสุขภาพ” ในลักษณะกลุ่ม องค์กร ร้านค้า ขยายสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาพในราคาถูก สำหรับสมาชิก เครือข่าย กลุ่มที่ บริหาร ดำเนินกิจกรรม หรือเป็นสมาชิก

5.11 จัดเวที และตลาดนัดสุขภาพ ที่มุ่งส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผน ไทย การออกกำลังกาย โดยระดมการแสดงงานออกร้าน ในสวนสาธารณะหนองประจักษ์ มีการจัด การประกวดและแข่งขันตามประเภท

5.12 ประเมินผลการดำเนินงาน และปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5.13 ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ในการดำเนินโครงการ

6. ขั้นตอนการดำเนินงาน

6.1 จัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด และระดับอำเภอที่เป็นเป้าหมาย

- ประชุมหัวหน้าส่วนราชการและผู้เกี่ยวข้อง
- แลกเปลี่ยน/ประชาสัมพันธ์โครงการ

6.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผนงานสร้างสุขภาพ เวทีติดตามความก้าวหน้าแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนา และเวทีประเมินผลในชุมชน รวม 2 ครั้ง ๆ ละ 2 วัน ทั้งระดับ จังหวัด และอำเภอครั้งละ 200 คน โดยคัดเลือก และเชิญจาก องค์กร พหุภาคี ภาครัฐ และประชาชน

6.3 วิเคราะห์ ประชาวิจารณ์ สรุป ร่างแผนการพัฒนาระบบการสร้างสุขภาพแต่ละระดับ เสนอกรรมการ ผู้บริหาร ที่ปรึกษา ผู้แทนชุมชน และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาข้อตกลงร่วมในการจัดทำ แผน

6.4 ดำเนินกิจกรรมพัฒนา ตามแผนงานสร้างสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือ เครือข่าย กลุ่ม องค์กร ที่จัดตั้งเป็นกลุ่มตามปัญหา ความต้องการ และมีวัตถุประสงค์เป้าหมายร่วมกันเช่น กลุ่มผู้สูง อายุ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มต่อต้านยาเสพติด กลุ่มรณรงค์ป้องกันการ เกิดอุบัติเหตุ การสร้างกิจกรรมเมืองน่าอยู่ การดูแลสุขภาพแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง

6.5 ติดตาม สนับสนุน ร่วมพัฒนากับกลุ่ม ด้านทรัพยากร ความรู้ และประสานความร่วมมือกับพหุภาคี ที่เกี่ยวข้อง

6.6 จัดตั้ง “ศูนย์สร้างสุขภาพ” เพื่อเป็นที่ประสานงาน ร่วมดำเนินการกับเครือข่ายสร้างสุขภาพของชุมชน ที่มีความสะดวก ปลอดภัย

6.7 จัดตลาดนัดสุขภาพ ปีละ 2 ครั้ง และต่อเนื่องตามความต้องการของกลุ่ม และความ เหมาะสม 1 ครั้ง / เดือน

7. องค์ประกอบสำคัญ และเครื่องชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

7.1 องค์ประกอบสำคัญ ของ “ เมืองส่งเสริมสุขภาพต้นแบบ จังหวัดอุดรธานี “2002”

- 1) มีแกนนำ และเครือข่าย สร้างสุขภาพตามสภาพปัญหาความจำเป็น แต่ละท้องถิ่นในกลุ่มเป้าหมาย
- 2) มีกิจกรรมสร้างสุขภาพที่ก่อให้เกิดกระแสการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นสร้าง สุขภาพ
- 3) มีระบบการบริหารจัดการการบูรณาการทรัพยากรระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชนประชาชน เกิดกลุ่มกิจกรรม และกองทุน อย่างถูกต้อง เหมาะสม ตรวจสอบได้
- 4) มีศูนย์ประสานงานสร้างสุขภาพ ของเครือข่ายกลุ่มสมาชิกและองค์กรร่วมอื่นๆ
- 5) มีลานกีฬาหรือสถานที่จัดกิจกรรมกลุ่มสร้างสุขภาพของกลุ่มต่างๆอย่างต่อเนื่อง

7.2 เครื่องชี้วัดความสำเร็จ

- 1) มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบสำคัญ ในข้อ 7.1 อย่างต่อเนื่อง เป็นรูปธรรม
- 2) มีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นการสร้างสุขภาพมากขึ้น

8. งบประมาณ และทรัพยากรสนับสนุน

8.1 งบประมาณจากกรมอนามัย ในกิจกรรม วงเงินประมาณ 1,450,000 บาท

- จัดเวที อบรมเชิงปฏิบัติการและแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ กลุ่มเป้าหมายแกนนำหลัก เพื่อทำแผนงานสร้างสุขภาพในชุมชน พัฒนากิจกรรมสร้างสุขภาพและประเมินผล 2 ครั้ง * 2 วัน * 200 คน เป็นเงิน 400,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายวิทยากร ที่ปรึกษา 3 คน เป็นเงิน 50,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจัดประชุมคณะทำงานการติดตามประเมินผลเป็นเงิน 100,000 บาท
- ค่าใช้จ่าย เป็นทุนสำรองให้กลุ่ม เครือข่ายสร้างสุขภาพ หรือชมรมๆ ประมาณ 50 กลุ่มๆ ละ 5,000 บาท เป็นเงิน 250,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน สร้างกระแส ประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ จัดแถลงข่าวเป็นเงิน 150,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายในการจัดเวที ตลาดนัดสุขภาพ 2 ครั้ง/ปี ประมาณ 500,000 บาท

8.2 งบประมาณ จากเครือข่ายสถานพยาบาล 5 แห่งๆ ตามความจำเป็น เพื่อ

- จัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จัดทำแผน และประเมินผลตามสภาพปัญหา ความต้องการและจำเป็น
- จัดตลาดนัดสุขภาพระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง
- สร้างลานกีฬา และศูนย์ประสานงาน
- บริหารโครงการระดับพื้นที่

9. ระยะเวลาดำเนินการ

เมษายน 2545 – กันยายน 2545

10. ผู้รับผิดชอบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

11. หน่วยงานสนับสนุนโครงการ

1. กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัดอุดรธานี
2. สำนักงานสามัญศึกษาจังหวัดอุดรธานี
3. สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดอุดรธานี
4. สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดอุดรธานี
5. เทศบาลนครอุดรธานี
6. หน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ จังหวัดอุดรธานี

11. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 11.1 มีรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพที่เหมาะสมตามศักยภาพของแต่ละพื้นที่
- 11.2 ประชาชนตื่นตัว และตระหนักถึงการสร้างสุขภาพ มากกว่าการรักษาพยาบาล
- 11.3 ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน จัดกิจกรรมสร้างสุขภาพและประเมินผลการพัฒนา

.....

.....

(นายโกวิท อิงศิริรัตน์)

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผู้เสนอโครงการ

ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดอุดรธานี

ผู้เสนอโครงการ

.....

(นายยุทธพงศ์ วชิรปัญญาวัฒน์)

ผู้อำนวยการสามัญศึกษาจังหวัดอุดรธานี

ผู้เสนอโครงการ

.....

(นายสะอาด แสงรัตน์)

ผู้อำนวยการประถมศึกษาจังหวัดอุดรธานี

ผู้เสนอโครงการ

.....

(.....)

เกษตรและสหกรณ์จังหวัดอุดรธานี

ผู้เสนอโครงการ

.....

(.....)

นายกเทศมนตรีเทศบาลนครอุดรธานี

ผู้เสนอโครงการ

.....

(นายชัยพร รัตนนาคะ)

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

ผู้เสนอโครงการ