

รายงานผลการประเมินเพื่อพัฒนา

ระบบสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

: การอภิบาล ศักยภาพ และประสิทธิผล

An Assessment for Developing Health Promotion
and Disease Prevention System

เพ็ญแข ลาภยั้ง สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
วีระศักดิ์ พุทธาศรี สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
สุกัลยา คงสวัสดิ์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
พันทิพย์ ธรรมสโรช สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
สุธีรดา ฉิมน้อย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ได้รับการสนับสนุนจาก

คำนำ

รายงานผลการประเมินเพื่อพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฉบับนี้ ศึกษาในมิติ การอภิบาลระบบ ศักยภาพองค์กร และประสิทธิผล ในด้านผู้ให้บริการ (supply side) ระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล

วิธีการศึกษาเน้นการศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งมักถูกตั้งคำถามถึงความเป็นตัวแทนประชากร และความน่าเชื่อถือ แม้ว่าการเก็บข้อมูลจะใช้หลัก emic view แต่จำเป็นต้องตรวจสอบข้อมูลโดยการสอบ ทานในตัวผู้ให้ข้อมูลนั่นเอง ผู้ถูกพาดพิง และผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากการให้ข้อมูลโดยเฉพาะความคิดเห็น ขึ้นกับภูมิหลัง ประสบการณ์ มุมมอง วิธีคิด การให้คุณค่า ฯลฯ รวมทั้งบรรยากาศการสนทนาหรือความไว ใญ่เชื่อใจผู้สนทนาด้วย ลักษณะเฉพาะซึ่งเป็นจุดเด่นของการศึกษาเชิงคุณภาพคือ การอธิบายวิธีคิด หรือที่มาที่ไปของความคิดเห็นนั้น ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาตามเหตุผล/ตรรกะหรือประเมินความเป็นไปได้ ภายใตกรอบความคิดหนึ่งๆ

เนื่องจากเนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มมีรายละเอียดมาก ที่ปรากฏในรายงานเป็น การสรุปเนื้อหาในประเด็นสำคัญตามกรอบความคิดที่เกี่ยวข้อง และสรุปเป็นผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ ตามมุมมองของคณะวิจัย

ขอขอบคุณสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานวิจัยเพื่อการ พัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนและอำนวยความสะดวก ในการทำงาน

คณะวิจัย

ตุลาคม 2553

สารบัญ

คำนำ		ก
สารบัญ		ข
บทสรุปผู้บริหาร		จ
บทที่ 1	บทนำ	1
บทที่ 2	วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
	1. การอภิบาลระบบสุขภาพและศักยภาพองค์กร	13
	2. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	22
	3. ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	25
บทที่ 3	ระเบียบวิธีการศึกษา	48
บทที่ 4	ผลการศึกษา	
	การอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	56
	ศักยภาพองค์กร	80
	ประสิทธิผล	85
บทที่ 5	สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
	การอภิบาลและศักยภาพองค์กร	109
	ประสิทธิผล	
เอกสารอ้างอิง		118
ภาคผนวก	รายชื่อผู้ให้ข้อมูล	122

สารบัญตาราง

ตาราง ก.	ข้อค้นพบสำคัญในระดับเขต จังหวัด อำเภอบล และตำบล	ฌ
ตาราง 2.1.1	ปัจจัยเพิ่มโอกาสทุจริตในด้านสุขภาพ	16
ตาราง 2.1.2	หลักการและสาระสำคัญของธรรมาภิบาลตามความหมายของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก	17
ตาราง 2.1.3	หลักการธรรมาภิบาลขององค์การอนามัยโลกในยุคสมัยต่างๆ	18
ตาราง 2.1.4	จำนวนภารกิจที่ถ่ายโอนตามแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อปท.	23
ตาราง 2.2.1	รายการและอัตราการจ่ายค่าชดเชยบริการตามผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบป PP Expressed demand ปี 2553	31
ตาราง 2.2.2	กิจกรรมอนามัยมารดาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2551	42
ตาราง 2.2.4	การส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอายุต่างๆ ปีงบประมาณ 2547-2551	43
ตาราง 2.2.5	จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงและจำนวนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปี 2551	44
ตาราง 2.2.6	จำนวนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและจำนวนผู้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง	44
ตาราง 3.1	รูปแบบการประเมินผลกระบวนการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	52
ตาราง 4.1.1	ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขของจังหวัดที่ศึกษา ปีงบประมาณ 2552	57
ตาราง 4.1.2	ผลการดำเนินงานของ อบต./เทศบาล ที่เข้าร่วมกองทุนสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2549 -2553	75
ตาราง 4.1.3	การตรวจประเมินหน่วยบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต ปีงบประมาณ 2552	75
ตาราง 4.3.1	ประสิทธิผลของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2547-2552	88
ตาราง 4.3.2	จำนวนประชากร UC และหน่วยบริการปฐมภูมิ	89
ตาราง 4.3.3	ดัชนีสุขภาพสำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก รายจังหวัด	89
ตาราง 4.3.4	การบริการงานอนามัยแม่และเด็ก	91
ตาราง 4.3.5	การบริการวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรค	92
ตาราง 4.3.6	งานโภชนาการและทันตกรรม ในเด็กและเยาวชน	93
ตาราง 4.3.7	งานส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองและฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่	94
ตาราง 4.3.8	งานบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน	95
ตาราง 4.3.9	สรุปประเด็นศักยภาพด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	107
ตาราง 5.1	บทบาทและโครงสร้างการบริหารจัดการระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และ ศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละภาคส่วน	115

สารบัญภาพ

ภาพ 1.1	ช่องว่างในการอภิบาลระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	9
ภาพ 1.2	กรอบแนวคิดในการศึกษาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	11
ภาพ 2.1.1	ผู้มีบทบาทหลักในระบบสุขภาพ	15
ภาพ 2.1.2	กรอบความคิดการคอรัปชั่นในระบบสุขภาพ	17
ภาพ 3.1	สถานที่และระยะเวลาการศึกษาเชิงคุณภาพในแต่ละจังหวัด	53
ภาพ 3.2	วิธีการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล และประเด็นการศึกษาในหนึ่งจังหวัด (ระดับจังหวัดและสองโซนในระดับ CUP)	54
ภาพ 5.1	โครงสร้างการอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันและควบคุมโรค	116

บทสรุปผู้บริหาร

เดิมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) อยู่ในการดูแลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก เมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภารกิจบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคลถูกถ่ายโอนไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ห้วงเวลานั้นก็มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขบางส่วนรวมถึงการควบคุมป้องกันโรคไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ. 2542 ตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 7 ขณะเดียวกันก็ได้มีการจัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อขับเคลื่อนสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพด้านต่างๆ ทำให้โครงสร้างกลไกการจัดการด้านนี้แยกส่วนและซับซ้อนมากขึ้น

แนวคิดและความพยายามในการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ที่มีการพัฒนาเป็นรูปธรรมตามลำดับ ใน พ.ศ. 2549/50 มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน (กองทุนตำบล) เป็นกลไกบริหารจัดการระดับท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมโดย สปสช. และ อปท. ร่วมสมทบงบประมาณ ในปีงบประมาณ 2551 มีการกำหนดให้มีการบริหารงบประมาณในพื้นที่ (area based) คือระดับเขตและจังหวัดเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่เอง ขณะที่ส่วนกลางปรับบทบาทเป็นผู้กำหนดนโยบายและติดตามผลการดำเนินงานโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) เป็นแกนหลักในการจัดเวทีให้ สปสช. และกรมกองวิชาการมาร่วมกำหนดแนวทางนโยบายและตัวชี้วัด และติดตามประเมินผลกิจกรรมและงบประมาณตามตัวชี้วัดโดยเขตตรวจราชการกระทรวงฯ ส่วนกลไกการบริหารจัดการและการกำกับในส่วนกลางและภูมิภาคมีบทบาทสนับสนุนการทำงานในระดับพื้นที่ บริบทที่โครงสร้างและภารกิจด้านนี้มีการปรับเปลี่ยน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทหลากหลายขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็น การอภิบาลระบบการสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ (area based PP) ศักยภาพองค์กรในการอภิบาลระบบฯ และประสิทธิผลในการดำเนินงานตอบสนองต่อสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งศักยภาพของทีมบุคลากร โดยอาศัยระเบียบวิธีคือ การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ประสิทธิผลบริการเทียบกับเป้าหมายจากข้อมูลบริการของ CUP และข้อมูลสถิติสาธารณสุขจาก สนย. ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต (สปสช.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาล (รพ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และ อปท. และผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับงาน PP ในระดับจังหวัด เครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) และศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) โดยศึกษาในจังหวัดขนาดใหญ่ซึ่งมีความซับซ้อนในการบริหารจัดการและเป็นที่ตั้ง สปสช. โดยกระจายตามภาคใต้แก่ เชียงใหม่ อุบลราชธานี สงขลา นครราชสีมา และ กรุงเทพมหานคร การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สนย. และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ข้อค้นพบสำคัญ

ในการบริหารงาน PPA สปสช.สร้างความเป็นหุ้นส่วน (partnerships) กับบุคคล/หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขเขต (คปสช.) เครื่องมือหลักคือ กรอบความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) บางเขตกำหนดให้ภาคีถอดยุทธศาสตร์เขตออกมาเป็นแผนที่

ยุทธศาสตร์ (strategic map) เพื่อใช้เป็นกรอบทำงานและเป็นเครื่องมือสื่อสารในแต่ละระดับจนถึงท้องถิ่น แต่ยังคงอยู่ในระยะสร้างความเข้าใจและพัฒนากระบวนการจัดทำ จึงยังไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างแท้จริงในระดับตำบลและอำเภอ

ในการติดตามประเมินผลระดับเขต สปสช. ใช้กลไกตรวจราชการระดับเขตร่วมกับระบบรายงานตรง แต่ยังขาดการบูรณาการผลการดำเนินงานระบบต่างๆ (จากตัวชี้วัด PPexpressed และ PPcom) ให้เป็นภาพเขต ทำให้การติดตามประเมินผลที่เป็นอยู่ไม่สะท้อนภาพเขต อีกทั้งไม่มีระบบข้อมูลที่จะเชื่อมโยงให้เกิดการประเมินผลลัพธ์สุขภาพ ในการจัดทำ health need แต่ละปีจึงยังต้องใช้ข้อมูลจากส่วนกลาง

เพราะ สปสช. พึ่งพากลไกราชการ กสร. ระดับเขต แทนการใช้โครงสร้างกลไกที่ สปสช. สร้างขึ้นในระดับจังหวัดและ CUP ในปัจจุบันโครงสร้างดังกล่าวจึงมีหน้าที่เพียงจัดสรรเงินระดับ CUP และหน่วยบริการใน CUP ตามลำดับ จึงควรมีการทบทวน ปัจจัยความสำเร็จในการอภิบาลระบบของ สปสช. จึงขึ้นกับศักยภาพในการสร้างความร่วมมือ/ความเป็นหุ้นส่วนกับผู้ตรวจราชการเขตเป็นสำคัญ และมีลักษณะรวมศูนย์เพื่อตอบสนองส่วนกลางทั้ง กสร. และ สปสช. มากกว่า จะตอบสนองปัญหาของจังหวัด ลักษณะเช่นนี้ยังเกิดระหว่างจังหวัดกับ CUP ขณะที่กองทุนตำบลสามารถทำงานตอบสนองพื้นที่ได้ดีกว่าเพราะมีความเป็นอิสระจากระบบบังคับบัญชาแบบราชการ

สำหรับ สปสช. กรุงเทพมหานคร ด้วยกลไกการบริหารที่ต่างจากเขตอื่นประกอบกับไม่มี สสจ. ทำให้สามารถบริหารจัดการเพื่อตอบสนองพื้นที่ได้อย่างแท้จริงและคล่องตัวกว่าเขตอื่น แต่สภาพทางเศรษฐกิจสังคมทำให้มีความหลากหลายกว่า ทั้งในด้านคุณลักษณะและจำนวนของประชากรเป้าหมาย หน่วยบริการ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงบริหารจัดการยากกว่าเขตอื่นและยังต้องทำงานทั้งในบทบาทสำนักงานเขตและจังหวัดที่ประสานตรงกับภาคส่วนต่างๆ ความครอบคลุมของการดำเนินงานจึงเป็นปัญหาสำคัญของเขตนี้

ภาคสาธารณสุข

การนิเทศงานเป็นการทำงานตามตัวชี้วัดไม่มีคำแนะนำเชิงเทคนิควิชาการ จึงไม่เกิดการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาระบบงาน PP ที่มีอยู่ของหน่วยงานที่รับการนิเทศ ทั้งการนิเทศ สสจ. โดยสำนักตรวจราชการเขต การนิเทศ CUP โดย สสจ. และการนิเทศ สอ./PCU โดย CUP ซึ่งเสมือนเป็นการดิวข้อสอบให้สามารถสอบผ่านก่อนการประเมินแต่ละระดับ น่าสังเกตว่า ในจังหวัดที่ศึกษา หน่วยงานของกรมวิชาการในระดับเขตไม่ถูกเอ่ยถึงในการสนับสนุนเทคนิควิชาการ

จังหวัดขนาดใหญ่มักมีความแตกต่างด้านเศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรม ปัญหาสุขภาพก็มีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอในจังหวัดเดียวกันและระหว่างจังหวัดในเขตเดียวกัน กรอบยุทธศาสตร์เขตและจังหวัดจึงเป็นข้อจำกัดของจังหวัดและอำเภอ ตามลำดับ นั่นคือกรอบยุทธศาสตร์ระดับสูงกว่าเป็นข้อจำกัดในการบริหารจัดการและดำเนินงานที่มุ่งตอบสนองปัญหาหลักของพื้นที่ซึ่งสวนทางกับแนวคิดกระจายอำนาจ

การอภิบาลระบบ PP ในแต่ละระดับใช้เครื่องมือ/กลไกราชการซึ่งตอบสนองตามสายบังคับบัญชาที่

เหนือกว่าและยึดกฎระเบียบข้อบังคับ มากกว่าจะเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ จึงไม่ส่งเสริมการสร้างความเป็นหุ้นส่วนและปฏิบัติการในแต่ละระดับ

ขาดการประเมินผลลัพธ์สุขภาพในภาพรวมจังหวัดและอำเภอ/CUP อีกทั้งแผนงานโครงการประเภทและความครอบคลุมการบริการส่วนบุคคล ก็มุ่งตอบสนองตามสายบังคับบัญชาและส่วนกลาง (เพื่อให้ผ่านตัวชี้วัดและไต่ถามประมาณโดยตรง) มากกว่าตอบสนองปัญหาของพื้นที่ในแต่ละระดับ

ระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างตระหนักในบทบาทเจ้าภาพด้านสุขภาพระดับจังหวัด และความร่วมมือระหว่างส่วนราชการต่าง ๆ และท้องถิ่นในการควบคุมการระบาดของโรคติดต่อที่ผ่านมา (เช่น ไข้เลือดออก ชีคุนคุนยา) เป็นประสบการณ์สำคัญและเป็นแนวทางในการจัดการกับโรคที่มีผลกระทบสูงในภายหลังเช่น หวัด 2009

ศักยภาพของ สสจ. ที่เด่นชัดในบริบทปัจจุบันคือ ความสามารถในการประสานงานและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายในจังหวัดและเขต ซึ่งทำให้ได้รับการยอมรับ การบริหารงานราบรื่น และมีแหล่งทรัพยากรเพิ่มขึ้นในการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจ

ระดับอำเภอ/ CUP

ในภาพรวม CUP ส่วนใหญ่ยังคงพบความไม่สอดคล้องกันของการบริหารงบประมาณกับการบริหารงานคือ รพ. มีอำนาจอนุมัติงบประมาณ CUP แต่ความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) ต่อผลการดำเนินงานกลับอยู่ที่ สสอ. (เพราะการจะผ่านตัวชี้วัดขึ้นกับผลการดำเนินงานของ สอ. มากกว่าของ รพ.) สภาพการณ์เช่นนี้ เป็นมาตั้งแต่เริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนปัจจุบัน รพ.ต้องรับภาระค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ย่อมมี conflict of interest ระหว่างความอยู่รอดทางการเงินของ รพ. กับการจัดสรรงบประมาณให้ สอ.

ด้าน สสอ. พบว่า ยังคงมีความภาคภูมิใจในบทบาทเจ้าภาพงานสาธารณสุขระดับอำเภอและพร้อมเป็นหน่วยติดตามประเมินระบบ PP ในระดับอำเภอรวมทั้งกองทุนตำบล หากได้รับงบประมาณดำเนินการพอเพียง

ภาคท้องถิ่น

อปท. รับรู้ถึงบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น ระดับเทศบาลตำบลมีการขยายบทบาทด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแม้บางแห่งจะยังไม่ได้เข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับโครงสร้าง/กลไกการบริหารกองทุนตำบลของ อปท. พบว่ามีลักษณะตามหลักธรรมาภิบาลดังนี้

- . โครงสร้างกลไกบริหารกองทุนตำบลถูกกำหนดจาก สปสช. (Legitimacy)
- . มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วนรวมทั้ง สอ. (Participation)
- . มีโอกาสถูกตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) การเมืองฝ่ายตรงข้าม และชุมชนเอง (Checks & Balances, Accountability)
- . ให้ความสำคัญกับโครงการภาคประชาชน (Responsibility) และในเทศบาลที่มีศูนย์บริการ

สาธารณสุขจะจัดบริการเอง มากกว่าจะจัดสรรให้สถานพยาบาลสังกัดอื่น

- ในเทศบาลเมือง/นคร หลายแห่งมีการตั้งคณะกรรมการเพิ่มเพื่อกลั่นกรองโครงการซึ่งนอกจากจะเป็นเวทีเรียนรู้การเสนอโครงการของผู้เสนอแล้วยังสร้างภาพลักษณ์ด้านความโปร่งใส (Legitimacy) ให้องค์กรด้วย

- การติดตามประเมินผลตามระบบงานปกติของภาคท้องถิ่น พิจารณาจากหลักฐานการใช้จ่ายเงิน พร้อมภาพถ่ายกิจกรรม ยังขาดการประเมินประสิทธิผล/ผลลัพธ์ที่ได้เช่นเดียวกับภาคสาธารณสุขที่ยังคงเป็นการประเมินผลผลิต

ศักยภาพที่เด่นชัดของ อปท. คือ ความสามารถในการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นโดยเฉพาะ อปท.ขนาดใหญ่ที่มีทรัพยากรมาก และทักษะในการเข้าถึงชุมชนซึ่งจำเป็นในการควบคุมโรคติดต่อ (จากประสบการณ์โรคชุกุนกุนยา) ที่สำคัญคือ แม้จะเป็นหน่วยงานที่มีข้อจำกัดทางเทคนิควิชาการสาธารณสุข และรับรู้ถึงข้อจำกัดนี้ แต่ไม่นำมาเป็นอุปสรรคต่อการขยายบทบาท เพราะมั่นใจว่าสามารถแสวงหาการสนับสนุนจาก สอ./สสอ./รพ. ได้ หรือจาก สสจ. ในกรณีจำเป็น

ข้อค้นพบดังกล่าวสรุปดังตาราง ก.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การปรับกระบวนการทัศน์ “All for Health” และ “กระจายอำนาจ” ของระดับนโยบายและผู้บริหารแต่ละระดับ จำเป็นต่อการสร้างศักยภาพองค์กรในมิติ responsibility และ accountability สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรต้องเพิ่มศักยภาพในการบริหารความเปลี่ยนแปลง (change management) เพื่อขจัดทัศนคติด้านลบซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น และสามารถบริหารจัดการ ประสานงาน และอำนวยความสะดวกให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ กรณี กทม. เป็นตัวอย่างรูปธรรมของบริบททางเศรษฐกิจที่เติบโตสูง และมีความหลากหลายด้านสังคมวัฒนธรรมและประชากร รวมทั้งภาคท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่และซับซ้อน สภาพการณ์เช่นนี้อาจเกิดขึ้นกับจังหวัดอื่นๆ ได้ในอนาคต การพัฒนาแนวทางเครื่องมือในการบริหารจัดการและอภิบาลเพื่อรองรับทิศทางความเจริญดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่และบริการปฐมภูมิเพื่อบริหารจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่อย่างตอบสนองต่อประชาชน จำเป็นต้องกระจายอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากร (งาน คน เงิน) ไปยังพื้นที่แต่ละระดับพร้อมความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) เพื่อให้การกำหนดยุทธศาสตร์และแผนของพื้นที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่ แทนการตอบสนอง KPI ของระดับที่สูงกว่าและส่วนกลาง

ตัวชี้วัดและระบบข้อมูล/รายงานที่ออกแบบจากส่วนกลางมักเป็นเครื่องมือการบริหารแบบรวมศูนย์ซึ่งเมื่อใช้การบวก (sum) ข้อมูลแต่ละแห่งเข้าด้วยกันก็ต้องออกแบบระบบข้อมูลอย่างตายตัวให้พื้นที่รายงานเข้ามา ในอีกด้านหนึ่งก็เป็นการปิดโอกาสค้นพบปัญหาใหม่ๆ ของพื้นที่เองซึ่งหากรวบรวมขึ้นมาระดับประเทศอาจให้ภาพที่ต่างไปจากที่เป็นอยู่ ดังนั้นหากต้องการสนับสนุนให้เกิดการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ (เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผนงานโครงการ) และผลลัพธ์การดำเนินงานตาม

ปัญหาที่มี ควรต้องพัฒนาวิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบ meta analysis ในระดับประเทศและเขต

strategic map ซึ่งถูกคาดหวังให้เป็นเครื่องมือชี้ทิศและเป็นกรอบการทำงานและติดตามประเมินอย่างบูรณาการในทุกระดับ ควรสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจเรียนรู้และพัฒนากระบวนการจัดทำ ให้สามารถใช้งานได้จริง หากทำในระดับอำเภอ (แทนระดับตำบล) น่าจะช่วยให้การจัดทำแผนเป็นเอกภาพ และแบ่งปันทรัพยากรระหว่าง อปท. และภาคสาธารณสุข (สอ. และ รพ.) มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การบริหารจัดการ CUP เป็นปัจจัยกำหนดการดำเนินงาน PCU/ สอ. จึงควรเรียนรู้ประสบการณ์จาก CUP ที่มีการบริหารจัดการรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาโครงสร้างกลไก CUP ให้เป็นอิสระจากการครอบงำของฝ่ายโรงพยาบาลและมีธรรมาภิบาลด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (เมื่อมีส่วนร่วม ย่อมโปร่งใส ตรวจสอบได้) แทนที่การตัดสินใจจะอยู่ที่ตัวบุคคล เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ/งาน/และบุคคล แบบรับผิดชอบและสำนึกรับผิดชอบร่วมกัน และควรทบทวนปรับโครงสร้างกลไกเดิมที่มีอยู่เพื่อไม่ให้ซ้ำซ้อน ภาพอนาคตของ CUP board ควรมีฐานความเป็นหุ้นส่วนจากทุกภาคส่วน (รพ. สอ. สอ. อปท. และภาคประชาชน) โดยมี strategic map ด้านสุขภาพ/สุขภาวะเป็นกรอบการทำงาน เท่ากับ เป็นการรวมการบริหารจัดการระบบ PP และ OP ส่วนบริการปฐมภูมิ และกองทุนตำบลเข้าด้วยกันภายใต้ CUP board โดยประธานต้องมีภาวะผู้นำที่คำนึงถึงภาพรวมของ CUP มากกว่า รพ.

สอ.หรือทีมอำเภอควรมีบทบาทเป็นหน่วยติดตามประเมินผลในภาพรวมระดับอำเภอ รวมถึงกองทุนตำบล และควรพัฒนา KPI เชิงผลลัพธ์เพื่อการประเมินผลตามกรอบยุทธศาสตร์อำเภอ/CUP

พัฒนารูปแบบการนิเทศงานระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบลให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาที่ประสบ อาจด้วยกระบวนการจัดการความรู้หรือการวิจัยจากงานประจำโดยมีปัญหเป็นฐาน (problem based learning) ร่วมกับกรมหรือสถาบันวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ถอดบทเรียนและจัดการความรู้ในประเด็น
 - การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและโรคเรื้อรัง ที่ประสบผลสำเร็จ
 - การบริหารจัดการ CUP และกองทุนตำบลที่มีธรรมาภิบาล
2. กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพระดับพื้นที่ตามหลักการกระจายอำนาจและธรรมาภิบาล เพื่อสนับสนุนให้เกิดการทำงานตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่แต่ละระดับ
3. กระบวนการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงและสามารถเสริมพลัง (empower) ภาคท้องถิ่นและชุมชนให้ตระหนักถึงบทบาทและมีศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพ
4. พัฒนาศักยภาพและสนับสนุนการทำงานของกองทุนตำบลให้สามารถค้นหาปัญหาและดำเนินการตอบสนองปัญหาชุมชน แทนการตอบสนองความต้องการของชุมชน รวมทั้งการพัฒนาตัวชี้วัดในการประเมินผลลัพธ์

ตาราง ก. ข้อค้นพบสำคัญในระดับเขต จังหวัด อำเภอบล

ระดับ	บทบาท	การอภิบาล	ศักยภาพองค์กร
สปสช.	บริหารงบ PPA · หลักการ: partnerships · เครื่องมือ: health need, ยุทธศาสตร์เขต, strategic map ME ระดับเขต	· องค์กรสนับสนุนวิชาการ: กรมวิชาการ · เจ้าภาพตามประเด็นยุทธศาสตร์: node ซึ่งสร้างการมีส่วนร่วมกับ/ระหว่างจังหวัดภายในเขตด้วย · ME: ใช้กลไกตรวจราชการระดับเขต แต่ยังคงการ integrate ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด PP expressed และ PPcomให้เป็นภาพเขต (ระบบติดตามประเมินผลที่เป็นอยู่ไม่สะท้อนภาพเขต)	ความสามารถในการสร้างความร่วมมือโดยเฉพาะกับผู้ตรวจราชการเขต กสร.และท้องถิ่น
จังหวัด	เจ้าภาพ provincial PP 1.บริหารงบ provincial PPA (ส่วน CUP) เครื่องมือ: ยุทธศาสตร์สาธารณสุข จว. 2. สนับสนุนวิชาการแก่หน่วยงานใน จว. 3. ME ระดับจว. 4. ประสานงานแนวราบ	· บริหารจัดการด้วยสายบังคับบัญชา · เสนอให้ การบริหารจัดการงานที่บรรลุเป้าประสงค์ต้องควบคู่กับบริหารเงิน · Incentive (ตาม composite index) ของ สปสช. กระทบต่อระบบ PP · การนิเทศจากเขตเป็นตาม KPI ไม่เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาระบบงาน PP · ขาดการประเมิน outcomes ภาพรวมจังหวัด	· ยุทธศาสตร์เขตเป็นข้อจำกัดในการบริหารจัดการ/ดำเนินงานตอบสนองปัญหา จว. · ความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานใน จว.
อำเภอ	รพ. ➢บริหารจัดการงบ CUP และหน่วยงานใน รพ. ➢สนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข · สสอ. ➢ประสานงาน/สนับสนุน ด้านสาธารณสุข ➢regulate/ME สอ.	· บริหารจัดการ ▪ รพช.เสนอการบริหาร CUP 2 รูปแบบ ➢ สอ.เป็นฝ่ายหนึ่งของ รพ.โดย สสอ.เป็นหัวหน้าฝ่าย ➢ แยกการบริหารจัดการ CUP ออกจาก รพ. โดยมีสำนักงาน CUP ภายใต้ CUP Board ข้อดีคือ financial efficiency, โปร่งใส, สสอ.และสอ.มีส่วนร่วม, ตรวจสอบได้ง่าย, สร้างความเป็นเอกภาพใน CUP ▪ สสอ. ภาควิชาในบทบาทเจ้าภาพงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เสนอการบริหาร CUP 3 รูปแบบ ➢ แยกการบริหารจัดการ CUP ออกจาก รพ. โดยมีสำนักงาน CUP ➢ ให้ สสอ. บริหารจัดการงบส่วนของ สอ.โดยตรง ➢ รวมกลุ่ม สอ.เป็น CUP สอ.ขนาดใหญ่เป็นสำนักงาน CUP	· ยุทธศาสตร์ จว.อาจเป็นข้อจำกัดในการตอบสนองปัญหาอำเภอ · รพช.: (ผอ.ยอมรับว่า) ผลงาน PP ของรพช.ไม่ได้โดดเด่นกว่า สอ. แต่จำนวนเป้าหมายอยู่ที่ สอ. มากกว่า รพ. · สสอ. ➢ บริหารจัดการงานด้วยสายบังคับบัญชา สอ. ➢ มั่นใจว่าเป็นหน่วย ME ระบบ PP ในภาพอำเภอได้ (รวม

ระดับ	บทบาท	การอภิบาล	ศักยภาพองค์กร
		- การนิเทศจาก สสจ. เป็นตาม KPI ไม่เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาระบบงาน PP - ขาดความชัดเจนในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ รพ. และ สสอ.: การเร่งรัดงานที่ สอ. ผ่าน สสอ. แทนที่จะเป็น ผอ.รพ.ซึ่งเป็นประธาน CUP ทั้งยังมีอำนาจจัดสรรงบประมาณเป็นการขาด <u>accountability</u> ในแง่ good governance - ขาด regulation และ ME ในภาพรวมอำเภอ - ขาดการประเมิน outcomes ภาพรวมอำเภอ (ด้วยเหตุผลว่า โครงการ PPA ไม่ตอบสนองปัญหาอำเภออย่างแท้จริง และ focus ที่ itemized service) - ME: สสอ.เสนอตัวเป็นหน่วย ME ระบบ PP ระดับอำเภอ (ด้วยเหตุผลว่า มีทักษะและเป็นบทบาทปัจจุบัน)	กองทุนตำบล)
ตำบล	- อปท. ➢ รับผิดชอบและขยายบทบาทด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ➢ บริหารจัดการงบกองทุนตำบล ➢ ศูนย์บริการสาธารณสุข/รพ.จัดบริการเองด้วย - สอ./ PCU: ➢ supporter/coordinator ด้านสาธารณสุข ➢ ดำเนินงาน PP	- คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ มาจากหลายภาคส่วนรวมทั้ง สอ. (Participation) โดยถูกกำหนดจาก สปสช. (Legitimacy) - มีโอกาสถูกตรวจสอบจาก สดง., ฝ่ายตรงข้าม และชุมชน (Checks & Balances, Accountability) - เน้นภาพลักษณ์ความโปร่งใส: มีการตั้งคณะกรรมการ การเพิ่มเติมในการกลั่นกรองโครงการ (Legitimacy) - ให้ความสำคัญกับโครงการภาคประชาชน (Responsibility) - ME ตามระบบงานปกติคือ การส่งหลักฐานพร้อมภาพถ่ายกิจกรรม ขาดการประเมินผลลัพธ์ที่ได้ (effectiveness)	- ความสามารถในการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น - ทักษะ community based จำเป็นในการควบคุมโรคติดต่อ (จากประสบการณ์โรคชุกชุม) - รับรู้ว่าขาดความสามารถทางเทคนิควิชาการสาธารณสุข และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจาก สอ./สสอ./รพ.

บทที่ 1 บทนำ

1. ความหมาย

การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ตามกฎบัตรออตตาวา¹ คือ กระบวนการเพิ่มความสามารถในการควบคุม ดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น¹ หมายรวมถึงกิจกรรมที่มุ่งปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่กระทบต่อสุขภาพของสาธารณชนและบุคคล ขณะที่ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ² ขยายความหมายการสร้างเสริมสุขภาพถึงการกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม กลยุทธ์ตามกฎบัตรออตตาวามี 3 ประการคือ **ส่งเสริมสนับสนุน**ให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางตรงและอ้อม (**Advocacy**) **เสริมพลัง**ให้ประชาชนบรรลุศักยภาพด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ภายใต้บริบทความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และเท่าเทียมในด้านโอกาส การเข้าถึง (ทรัพยากร สภาพแวดล้อม และข้อมูลข่าวสาร) และการตัดสินใจอย่างมีทางเลือก (**Enable**) โดยภาคสาธารณสุขและกลุ่มสังคมมีบทบาทเป็น**ตัวกลางเชื่อมประสาน**กลุ่มผลประโยชน์ทุกภาคส่วน/สังกัด/ระดับในสังคมให้เห็นความสำคัญของสุขภาพและเกิดการประสานร่วมกันสอดคล้องกับความจำเป็นของพื้นที่ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ (**Mediate**) ด้วยกลวิธีดำเนินงาน 5 ประการที่เอื้อต่อสุขภาพ คือ 1) การพัฒนานโยบายสาธารณะ 2) การจัดสภาพแวดล้อม 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อการมีส่วนร่วมในด้านสุขภาพ 4) การพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้สามารถตัดสินใจ/ควบคุม/จัดการชีวิตและสุขภาพตนเองและสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม และ 5) การปรับระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค (Disease prevention) มุ่งสร้างภูมิคุ้มกันของบุคคลและชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ลดความรุนแรงของโรคหรือความพิการจากโรค แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ **ระดับปฐมภูมิ** (ป้องกันก่อนเจ็บป่วย) เป็นการให้ภูมิคุ้มกันด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาจเป็นมาตรการป้องกันทั่วไปตามแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพ หรือมาตรการเฉพาะแก่บุคคลเช่น การให้วัคซีน **ระดับทุติยภูมิ** (ลดการแพร่ขยายของโรคหรือการเจ็บป่วย) กิจกรรมหลักคือการตรวจคัดกรองเพื่อการค้นพบโรคในระยะแรกและรักษา **ระดับตติยภูมิ** มุ่งหมายป้องกันและจำกัดความพิการ และฟื้นฟูสภาพจากภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย/โรค ครอบคลุมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรค

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นิยามการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคว่าเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ และปรับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องตามเป้าหมาย 1) ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health risks) และภาระโรคที่สามารถป้องกันได้

¹ สุขภาพดีเป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ และเป็นองค์ประกอบสำคัญในคุณภาพชีวิตบุคคล

2) เพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพมาตรฐานอย่างเท่าเทียม 3) ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพของครัวเรือนและงบประมาณ 4) ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (self care) และ 5) คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน (กาย ใจ จิต วิญญาณ) ⁱⁱⁱ

ในความหมายกว้าง การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงประกอบด้วย 4 กลุ่มคือ บริการส่วนบุคคล (personal care) บริการระดับชุมชน/สังคม (community/ social care) การพัฒนาทักษะความสามารถด้านสุขภาพ (capacity building) และการขับเคลื่อนทางสังคม (social movement) เพื่อสร้างความตระหนัก/กระแสและค่านิยมทางสังคม บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทมากที่สุดในกลุ่มที่ 1 โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในกลุ่มถัดไปตามลำดับ เป้าหมายสูงสุดคือความเข้มแข็งของบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน/สังคม เพื่อการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ

1) บริการส่วนบุคคล อาจให้บริการในสถานพยาบาล (facility based) หรือนอกสถานพยาบาล เช่น บริการที่บ้าน (home based care) โดยหน่วยเคลื่อนที่หรือในสาขาบริการที่จัดตั้งอยู่ในชุมชน (community based care) ทั้งนี้อาจเป็นบริการเชิงเดี่ยวหรือเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเฉพาะที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึงบริการดังกล่าว

2) บริการระดับชุมชนซึ่งมีผู้รับประโยชน์ในวงกว้างเช่น การเฝ้าระวังโรค ป้องกันอุบัติเหตุ จราจร คัดกรองผู้บริโภค ปรับปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำบริโภค

3) กระบวนการพัฒนาทักษะความสามารถให้บุคคล/ครอบครัว/ชุมชนมีศักยภาพในการคิดวิเคราะห์/ตัดสินใจดำเนินการเพื่อสุขภาพและสุขภาวะของตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน

4) การขับเคลื่อนทางสังคมหรือเพื่อสร้างกระแสและค่านิยมทางสังคม (supra ideology) ให้บุคคล/ครอบครัว/ชุมชน/สังคม เกิดความตระหนักและร่วมมือกันในการจัดการปัญหาสุขภาพ

2. พัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงโครงสร้าง

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นบทบาทเดิมของกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) ต่อมาเมื่อพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) การสาธารณสุข พ.ศ. 2535ⁱⁱ เมื่อมี พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทพัฒนาชุมชนอย่างรอบด้านทั้งเศรษฐกิจ/สังคม/และวัฒนธรรม และจัดบริการสาธารณะเพื่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนและพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน โดย อปท. มีแนวโน้มสนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นแม้จะอยู่ในระดับต่ำ^{iv}

ⁱⁱ ได้แก่ 1) กำจัดสิ่งปฏิกูล/มูลฝอย 2) ควบคุมสุขลักษณะของอาคารเพื่อมิให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้อยู่อาศัย 3) ป้องกันและระงับเหตุอันอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ 4) ควบคุมการเลี้ยงสัตว์หรือปล่อยสัตว์เพื่อรักษาภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพของประชาชนในท้องถิ่นและเพื่อป้องกันอันตรายจากเชื้อโรคที่เกิดจากสัตว์ 5) กำกับดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 6) กำกับดูแลกิจการตลาด สถานที่จำหน่ายสินค้าในที่/ทางสาธารณะให้เป็นไปตามสุขลักษณะอนามัย

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^{III} ภายใต้การบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีส่วนสำคัญยิ่งในการทำให้การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคชัดเจนเป็นรูปธรรมออกมาเป็นชุดสิทธิประโยชน์และมีความเป็นระบบในด้านการจัดการและดำเนินงานโดยสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว/ตามกิจกรรมหรือตามผลงานบริการ (per capita/ activity หรือ performance based) กระทั่งมีการปรับสิทธิประโยชน์แก่ผู้มีสิทธิอื่น (non UC population)^{IV} ตามมา

ใน พ.ศ. 2544 ยังมีกลไกสำคัญเกิดขึ้นคือ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ^V บริหารโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ซึ่งมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้กลุ่มทางสังคมริเริ่มกิจกรรมโครงการขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพและร่วมกันการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค^{VI} ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2553 สสส. มีแผนสนับสนุนเป้าประสงค์ในการขยายโอกาสการสร้างนวัตกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงรอง และพัฒนาสุขภาพขององค์กรรวม มากที่สุดคือร้อยละ 25, 22 และ 19 (ของงบสนับสนุนทั้งหมด) ตามลำดับ การส่งเสริมสมรรถนะของระบบสุขภาพและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 15) การพัฒนาระบบ/ กลไกที่จำเป็นในการลดปัจจัยเสี่ยง (ร้อยละ 10) และสร้างความตื่นตัวและค่านิยมใหม่ในสังคม (ร้อยละ 9)^V และร่วมมือกับ สปสช. ด้วยแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (LINK) ระยะ 3 ปี (สิ้นสุดใน พ.ศ. 2552 นี้)

ในปีงบประมาณ 2549 สปสช. สนับสนุนให้ อปท. และชุมชนเข้ามามีบทบาทจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนเอง ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ซึ่ง อปท. ต้องร่วมสมทบกองทุนฯ ในอัตราร้อยละ 10, 20 และ 50 สำหรับ อปท. ขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ ตามลำดับ ภายใต้การบริหารของคณะกรรมการซึ่งมีตัวแทนจากภาคสาธารณสุขและชุมชนด้วย ปีแรกมี อบต. และเทศบาล 800 แห่ง เข้าร่วมโครงการและเพิ่มเป็น 2,696 และ 3,940 แห่งในปีงบประมาณ 2551 และ 2552 ตามลำดับ (ร้อยละ 51% ของอบต. และเทศบาล ทั่วประเทศ)

กสธ. มีแผนพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พ.ศ. 2552-5 เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยยกระดับการให้บริการของสถานีนอมนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้มีขอบเขตการดำเนินงานแบบผสมผสานเชิงรุก สามารถให้บริการต่อเนื่องได้

^{III} เริ่มดำเนินการใน 6 จังหวัดเมื่อ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 ขยายอีก 15 จังหวัดใน 1 มิถุนายน 2544 และดำเนินการในจังหวัดที่เหลือและบางเขตในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ 1 ตุลาคม ปีเดียวกัน

^{IV} ได้แก่ ผู้มีสิทธิประกันสังคม ข้าราชการและครอบครัวสายตรง พนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการท้องถิ่น ครูเอกชน ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐ ข้าราชการการเมือง และข้าราชการบำนาญ

^V แหล่งเงินมาจากจากภาษีเหล้าและยาสูบที่รัฐจัดเก็บได้ในอัตราร้อยละ 2 เป็นค่าใช้จ่ายในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาขบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชนและสังคมไทยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการมุ่งลดการบริโภคสุรา/ยาสูบ และปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ทำลายสุขภาพ

^{VI} ในปีงบประมาณ 2548 สสส. สนับสนุนงบประมาณเพื่อควบคุมการบริโภคสุรา/ยาสูบและอุบัติเหตุ สร้างเสริมสุขภาพของประชากรเป้าหมายเฉพาะ พัฒนาศักยภาพของชุมชน จัดการความรู้ และป้องกันยาเสพติด/พฤติกรรมทางเพศ/สุขภาพจิต/โภชนาการและอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 34, 17, 16, 16 และ 12 ของงบสนับสนุนทั้งหมด ตามลำดับ แต่สนับสนุนการบริการฯ ในระบบสาธารณสุขเพียงร้อยละ 5

24 ชั่วโมง ขอคำปรึกษาจากแพทย์ในโรงพยาบาลฟรีเลี้ยง และส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น มีเป้าหมายดำเนินการ 1000 แห่งในปีงบประมาณ 2552 และขยายครบทุกแห่งในปี 2555 ภายใต้การสนับสนุนร่วมจาก สปสช. สสส. สวรส. และ อปท.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) บริหารงานโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (นายกรัฐมนตรีเป็นประธานและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกำกับโดยสำนักนายกรัฐมนตรี) เป็นกลไกเชื่อมประสานในและนอกภาคสาธารณสุข สนับสนุนการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การกิจหลักคือ 1) จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ 2) ให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีในนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและติดตามผลการดำเนินงาน 3) จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือประเด็น 4) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ 5) แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/หรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย

3. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

1. ชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (benefit package) 4 ลักษณะบริการ (และสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว) คือ การช้กประวัติ/ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ/ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ให้คำปรึกษาแนะนำ/ให้ความรู้ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน/ฉายา/หัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 10 กลุ่มตามกิจกรรมและกลุ่มเป้าหมาย^{VII} ในทางปฏิบัติ งบประมาณแบบเหมาจ่าย 109.86 บาทต่อประชากรไทยทุกคน (หักเงินเดือนก่อนการจัดสรร) ถูกจัดสรรให้หน่วยบริการเป็นค่าชดเชยบริการที่มีการใช้บริการเด่นชัด (expressed demand services) สำหรับประชากร UC และ non UC ดังนี้

1.1 บริการสำหรับสิทธิ UC ได้แก่ 1) การตรวจก่อนและหลังคลอด 2) การให้ภูมิคุ้มกันโรคทุกช่วงอายุ 3) การดูแลสุขภาพเด็ก 4) การวางแผนครอบครัว 5) การเคลื่อนหลุมร่องฟันกรามแท้ในเด็กอายุ 6-12 ปี 6) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามโครงการรณรงค์ภายใต้ความร่วมมือระหว่าง กสธ. และ สปสช. 7) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยหน่วยบริการได้รับงบรายหัวประชากรสิทธิ UC ปรับตามโครงสร้างอายุที่ระดับจังหวัด

^{VII} 1) ตรวจและดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์และหลังคลอด 2) ดูแลสุขภาพ/พัฒนาการ/ภาวะโภชนาการเด็กและให้ภูมิคุ้มกันโรค 3) ตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป 4) ตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยงอายุตั้งแต่ 15 ปี 5) ให้ยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกและในผู้ติดเชื้อ 6) วางแผนครอบครัว 7) เยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 8) ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว 9) ให้คำปรึกษาและการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ 10) สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก โดยแบ่งประชากรออกเป็น 10 กลุ่มได้แก่ หญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด เด็กแรกเกิด-3 ปี เด็กก่อนวัยเรียน 3-6 ปี เด็กวัยประถมศึกษา 6-13 ปี เด็กโต 13-19 ปี เยาวชน 19-25 ปี ผู้ใหญ่วัยแรงงาน 25 - 35 ปี วัยแรงงานตอนปลาย 35 - 60 ปี และผู้สูงอายุ

1.2 บริการสำหรับสิทธิ non UC เป็นบริการที่ไม่ซ้ำกับสิทธิประโยชน์ตามสิทธิที่มีอยู่เดิม ได้แก่ บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริการคุมกำเนิด (ยกเว้นการทำหมันหญิงชาย) บริการรับฝากครรภ์และการตรวจหลังคลอด (เฉพาะสิทธิประกันสังคมเพศหญิงที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือนและยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเฉพาะประกันสังคมเพศหญิงตามโครงการรณรงค์ภายใต้ความร่วมมือระหว่าง กสธ. และ สปสช. โดยหน่วยบริการได้รับงบประมาณตามปริมาณผลงาน

2. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารจัดการโดยส่วนกลาง^{VIII} (National priority program and central procurement) สำหรับประชากรทุกสิทธิ ประกอบด้วย

2.1 การจัดซื้อจัดจ้าง 3 กลุ่มคือ 1) วัคซีนป้องกันโรคและจัดสรรให้หน่วยบริการตามการบริการจริง (งบประมาณ 800 ล้านบาท) โดยเพิ่มวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้เป็นโรคเรื้อรังสำคัญ 7 โรคคือ หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด (งบประมาณ 7.6 บาทต่อหัวประชากรสิทธิ UC ซึ่งมี 47.026 ล้านคน) 2) สมุดบันทึกสุขภาพแม่/เด็กและนักเรียนด้วยงบประมาณ 10 และ 10.94 ล้านบาท ตามลำดับ และ 3) นมผงสำหรับเด็กที่มีภาวะ PKU โดยจัดสรรงบประมาณ 3 ล้านบาทให้กรมอนามัยดำเนินการ

2.2 โครงการสำคัญ (priority program) ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหา/ความจำเป็น/นโยบาย/ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับประเทศ และเป็นโครงการระยะสั้นก่อนเปลี่ยนผ่านไปสู่ การบริการแบบปกติ (งบประมาณ 153.50 ล้านบาท) ในปีงบประมาณ 2552 คือ โครงการสุขภาพดีวิถีไทย (โรคเบาหวานและอ้วนลงพุง) และโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพแม่และเด็ก 0-5 ปี

3. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน (community-based services) ครอบคลุมประชากรทุกสิทธิ อาจดำเนินการโดยหน่วยบริการ หรือ อปท. ดำเนินการร่วมกับชุมชนภายใต้คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบประมาณ 37.50 บาทต่อประชากรทุกสิทธิ 63.614 ล้านคนในปีงบประมาณ 2552) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.1 การป้องกันโรคติดต่อ ได้แก่ ไข้เลือดออก มาลาเรีย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ AIDS และพฤติกรรมทางเพศ

3.2 การป้องกันโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เบาหวานและความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สุขภาพจิต และควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

การจัดสรรงบประมาณปี 2552 (193.72 บาทต่อหัวประชากรไทยซึ่งมี 63.614 ล้านคน) แบ่งเป็น 4 ส่วนคือ 1) National priority program and central procurement (15.36 บาท) 2)

^{VIII} วัตถุประสงค์คือ 1) ลดต้นทุนการจัดซื้อด้วยประสิทธิภาพจากขนาด (economy of scale) 2) เพิ่มประสิทธิภาพการบริการที่จำเป็นต้องบริหารจัดการในภาพรวม 3) ลดความหลากหลายและข้อขัดแย้งด้านมาตรฐานการบริการ 4) เพิ่มการเข้าถึงบริการสำคัญ ซึ่งหากจัดสรรแบบเหมาจ่ายอาจไม่จูงใจหน่วยบริการ

Community based (37.50 บาท) จัดสรรให้กองทุนตำบล ในพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนตำบลจะถูกจัดสรรผ่านจังหวัดไปยัง CUPS และ PCU 3) Express demand (109.86 บาท หักเงินเดือน) จ่ายให้ CUPS ตามจำนวนประชากรและตามผลงานใน 7 กิจกรรมดังกล่าวแล้ว 4) Area based (31.00 บาท ไม่หักเงินเดือน) จ่ายให้สปช.เขตและสาขาจังหวัด เพื่อการจัดบริการตอบสนองต่อปัญหาเร่งด่วน/ปัญหาเฉพาะของจังหวัดหรือเขตพื้นที่ (21.70 บาท) และเพื่อการพัฒนาและสนับสนุนการบริการ (9.30 บาท) ^{vi}

แม้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำเสนอสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนอย่างเป็นระบบชัดเจน แต่เน้นบริการส่วนบุคคล (personal care) ซึ่งเป็นบทบาทที่ อปท. ยังมีศักยภาพจำกัด และแม้ภาคสาธารณสุขมีทักษะความสามารถในการบริการอยู่แล้ว แต่ความครอบคลุมของการจัดบริการและการเข้าถึงบริการของประชาชนผู้มีสิทธิยังอยู่ในระดับต่ำ จึงมีประเด็นเชิงแนวคิด/หลักการ/นโยบายที่ควรพิจารณา เช่น

- การตรวจสุขภาพซึ่งเป็นมาตรการหลักของการสร้างเสริมสุขภาพนั้นอาจมีอุปสรรคระดับหนึ่ง แต่หน่วยบริการไม่มีแรงจูงใจในการบริการ เพราะการตรวจค้นหาโรคมียieldเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในการรักษาตามมา แม้จะปรับเป็นการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและผนวกการปรับพฤติกรรมไว้ด้วย แต่หากเป็นการอบรม/สอนสุขศึกษาก็ไม่ก่อให้เกิดผลในการควบคุมป้องกันโรคตามที่คาดหวัง

- การจัดสรรงบประมาณสำหรับ expressed demand services 7 กิจกรรมพร้อมตัวชี้วัดกำกับ (composite indicators) ก็เท่ากับ ยกเลิก benefit package แบบเดิมที่ประกาศใช้ตั้งแต่เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปโดยปริยาย

- การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะครอบคลุมกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปี ในทางปฏิบัติ กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานโดยเฉพาะผู้อยู่ในภาคไม่เป็นทางการ (informal sector) มักเข้าไม่ถึงบริการดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการของภาครัฐ

- การกำหนด national priority program เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ 7 ประการก็สะท้อนถึงความสำคัญที่เหนือกว่าชุดสิทธิประโยชน์ฯ อีกด้วย

- การสร้างแรงจูงใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการมักกระทบถึงการบริการในสาขาเดียวกันที่ไม่ได้เป็นนโยบายหรือไม่มีแรงจูงใจ อีกทั้งการจัดสรรงบประมาณตามผลงานร่วมกับการเสริมแรงจูงใจโดยไม่มีระบบกำกับอย่างเหมาะสม มักกระตุ้นให้เกิดการบริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น (induced demand) สูงกว่าที่ประมาณการ และประสิทธิผลของกิจกรรมอาจไม่เป็นไปตามทฤษฎี

- ในทางปฏิบัติ การที่หน่วยบริการไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมประชากรเป้าหมายตามที่ระบุในชุดสิทธิประโยชน์ฯ สำหรับกลุ่มประชากร 10 กลุ่ม (benefit package) โดยเฉพาะใน กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ทำให้เกิดคำถามต่อการบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ หากชุดสิทธิประโยชน์มีความเหมาะสมแล้ว บุคลากรมีศักยภาพและกำลังคนเหมาะสมกับบทบาทใหม่ที่เพิ่มขึ้นหรือไม่

- การยอมรับความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพในมิติกาย/จิต/สังคม/ปัญญา สุขภาวะ และการพัฒนาศักยภาพ/การเสริมพลังอำนาจของบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน จะไม่เกิดประโยชน์ หากไม่

สามารถถอดนิยามความหมายมาเป็นรูปธรรมที่ปฏิบัติได้

4. การอภิบาลระบบสุขภาพและศักยภาพองค์กร

ในระยะเปลี่ยนผ่าน 3 ปีแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี 2545-2548) งบประมาณรายหัวจัดสรรผ่านการบริหารจัดการของ กสธ. ไปยังจังหวัด ขณะที่การปฏิรูปโครงสร้าง กสธ. มีการยุบกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาคซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานของส่วนภูมิภาค ใน พ.ศ.2549 สปสช. เข้ามาบริหารจัดการงบประมาณทั้งหมด ส่วน กสธ. มีบทบาทปรับเปลี่ยนงบประมาณในส่วนที่จะจัดสรรให้กับหน่วยบริการในสังกัด แต่ สปสช. ยังคงอาศัยกรมวิชาการในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ซึ่งเป็นกิจกรรมที่อิงกรมวิชาการเกือบทั้งหมด) และการบริหารจัดการโครงการแนวตั้ง (vertical program) เช่น โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การจัดหาวัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันเด็ก (EPI) การเคลื่อนย้ายหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1

สปสช. มีทิศทางนโยบายในงบประมาณ 2551 ลดจำนวนโครงการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารแนวตั้งระดับประเทศ และปรับปรุงการบริหารงบประมาณในระดับพื้นที่ (area based) ให้ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนกลางเองปรับบทบาทมาเป็นผู้กำหนดนโยบายและติดตามผลการดำเนินงาน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กสธ. เป็นแกนหลักในการจัดเวทีให้กรมกองวิชาการมาร่วมกำหนดแนวทางของนโยบายและตัวชี้วัด และติดตามประเมินผลกิจกรรมและงบประมาณตามตัวชี้วัดโดยเขตตรวจราชการกระทรวงฯ

ศักยภาพขององค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคในการทำงานในบริบทใหม่เป็นจุดอ่อนอีกประการ พบว่ากลไกการบริหารจัดการและการกำกับทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค ยังไม่สามารถสนับสนุนการทำงานในระดับพื้นที่ได้อย่างเพียงพอ ในส่วนกลางขาดนโยบายและยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับชาติที่สามารถผลักดันให้เกิดผลยกระดับสุขภาพประชาชนได้จริง ขาดการประสานระหว่างหน่วยงานต่างสังกัด หน่วยงานส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคยังรองรับนโยบายจากส่วนกลางเป็นหลัก มิได้เข้าไปสนับสนุนหน่วยงานที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจให้สามารถทำงานตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม กลไกการประสานพัฒนาสนับสนุน กำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ก็ไม่ได้มีการพัฒนาให้มีศักยภาพตามบริบทใหม่ที่เกิดขึ้น ในระดับพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จนท.สส.) มีบทบาทหลากหลายกว่าเดิม ศักยภาพของบุคลากรจึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่ง

การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ สปสช. เป็นการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน ทิศทางงบประมาณ (รวมงบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ส่งผลให้อำนาจบังคับบัญชาและบริหารจัดการในอดีตเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ เส้นทางงบประมาณที่จัดสรรลงพื้นที่ ย้ายจาก กสธ. มาเป็น สปสช. จัดสรรตรงไปยังจังหวัด ลดทอนอำนาจบริหารงบประมาณของหน่วยงานใน กสธ. ซึ่งเป็นการสั่งการและควบคุม (command and control) ขณะเดียวกันก็มีการเคลื่อนย้ายของบุคลากรจาก กสธ. ส่วนกลางและภูมิภาคไปยัง สปสช. ประกอบ

กับการปฏิรูปโครงสร้าง กสธ. มีการยุบกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค ส่งผลให้ขาดกลไกในการประสานและสนับสนุนส่วนภูมิภาค การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลให้ศักยภาพในการบริหารจัดการและสนับสนุนระบบโดยรวมของหน่วยงานส่วนกลางใน กสธ. ถดถอยลง แม้จะมีการจัดตั้งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพแต่บทบาทก็ต่างไปจากเดิม

ระยะต่อมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ได้รับผลกระทบจากงบประมาณที่ผ่านตรงไปยัง CUPS เช่นกัน ประกอบกับงบประมาณในการบริหารจัดการลดลง ต้องพึ่งพิงงบประมาณ CUPS ในทำนองเดียวกัน ความขาดแคลนงบประมาณในการบริหารจัดการของ สสอ. ก็ทำให้ต้องอาศัยงบประมาณของโรงพยาบาลหรือเงินบำรุงของสถานีนามัย (สอ.) ในกรณีที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจาก รพ. การกำกับระดับจังหวัดและอำเภอจึงอ่อนแอลงทั้งในเชิงโครงสร้างและกลไก

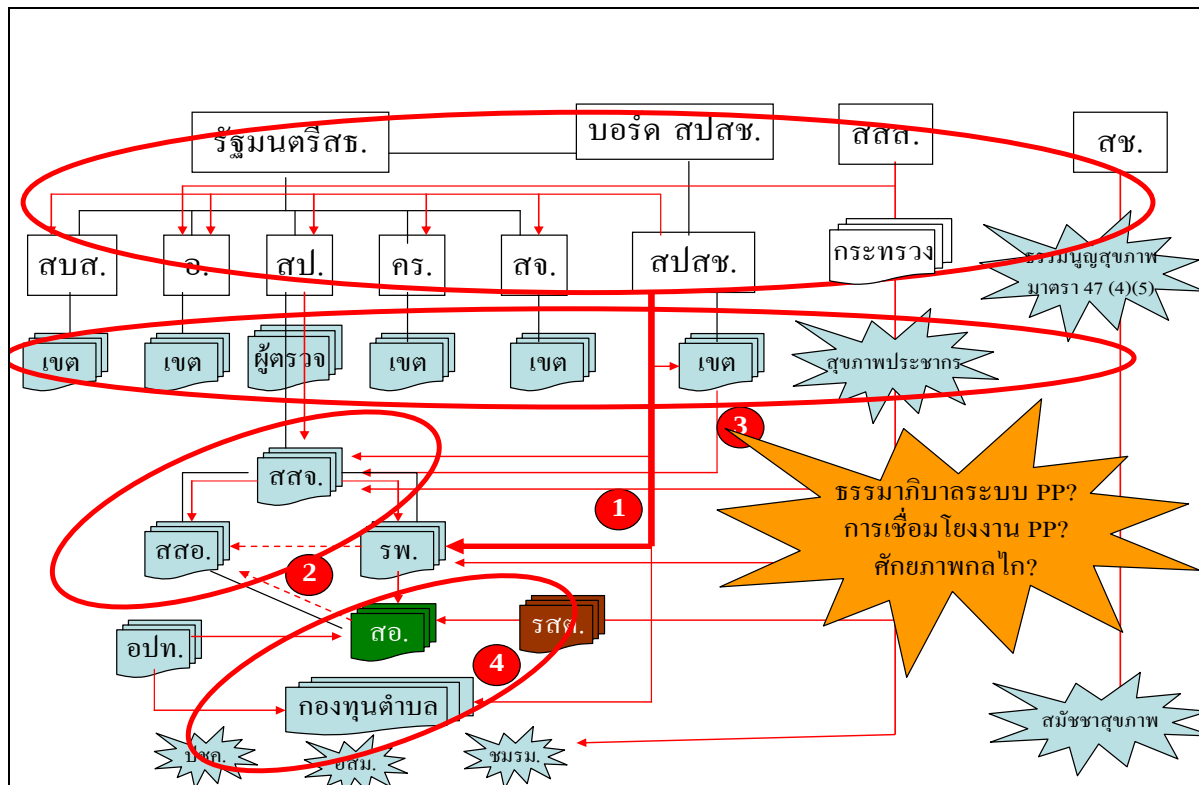
การบริหารระบบบริการในระดับอำเภอเป็นจุดเปลี่ยนแปลงสำคัญในรูปคณะกรรมการบริหาร CUPS เพื่อจัดบริการและสนับสนุนการทำงานของ สอ. ในด้านงบประมาณ/กำลังคน/และวิชาการด้วย ผอ.รพ. มักมีบทบาทนำในคณะกรรมการฯ เนื่องจากงบประมาณไหลไปที่ รพ.

การมีงบประมาณเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (PP Area based) บริหารโดย สปสช.เขต และคาดหวังให้ สสจ. เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานรวมทั้งติดตามประเมินผล โดยมีงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบจังหวัด/อำเภอ และดำเนินการแก้ไขปัญหาในจังหวัดช่วยให้ สสจ. เข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้น

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการ ผลสำเร็จของกลไกกองทุนฯ ขึ้นกับศักยภาพของ อปท. จนท.สส. และชุมชน สปสช. และแผนงานร่วมฯ สนับสนุนการอบรมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ร่วมกับการใช้กระบวนการจัดการความรู้ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุนฯ เพื่อเสริมพลังอำนาจแก่คณะกรรมการฯ อปท. มีงบประมาณแต่ขาดองค์ความรู้ ขณะที่ จนท.สส. ต้องปรับบทบาทในการทำงานและปรับบทบาทจากผู้ดำเนินการมาสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้เกิดแผนงาน/โครงการ/การดำเนินการ ชุมชนเองก็ต้องรับการเสริมพลังให้สามารถทำงานร่วมกับอีกสองภาคส่วนอย่างทัดเทียมกัน การนิเทศจากระดับอำเภอและการติดตามประเมินจากระดับจังหวัด เป็นกลไกร่วมในการพัฒนาศักยภาพที่สำคัญ เช่นเดียวกับการปรับกระบวนการทัศน์ของ ผอ.รพ. ที่มีอำนาจในการบริหารงบประมาณ CUPS ซึ่งบางแห่งผลักดันให้ สอ. ไปของงบประมาณทำกิจกรรมสุขภาพ จากกองทุนตำบลแทน ผนวกกับการไม่เปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ทำให้มีความขัดแย้งในการบริหารงบประมาณ CUPS ในทางปฏิบัติ อปท. หรือ จนท.สส. มักมีบทบาทนำในการดำเนินกิจกรรม ความราบรื่นจึงขึ้นกับความสัมพันธ์ที่มีระหว่างกัน จุดอ่อนสำคัญคือ ขาดกลไกสนับสนุนและติดตามนิเทศการดำเนินงานกองทุนฯ ซึ่งเดิม สสจ. และ สสอ. มีบทบาทน้อยมากในระยะแรก เมื่อกองทุนตำบลขยายจำนวนอย่างรวดเร็ว ขณะที่ สปสช. เขต มีศักยภาพจำกัด กลไกในพื้นที่คือ สสจ. และ สสอ. จึงเข้ามามีบทบาทดังกล่าว

ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระบบปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเกิดจากข้อจำกัดในศักยภาพการบริหารจัดการในระยะเปลี่ยนผ่านและการทำงานในบริบทใหม่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมถึง จนท.สส. ในพื้นที่ที่ต้องปรับบทบาทการทำงานไปทำหน้าที่ในการสนับสนุนท้องถิ่นและชุมชนให้เข้ามาจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชนเอง ช่องว่างในระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาต่อไป สรุปได้ดังภาพ 1.1

ภาพ 1.1 ช่องว่างในการอภิบาลระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



ประเด็นคำถามในการวิจัย

1. การอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ เขต และพื้นที่ ในแง่การกำหนดภารกิจ บทบาท และจัดการความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง เป็นไปตามองค์ประกอบการบริหารจัดการที่ดีหรือธรรมาภิบาลหรือไม่อย่างไร ในด้านการกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย การจัดทำแผนงานและเป้าหมาย การกำกับ (regulation) การติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation)
2. ศักยภาพขององค์กรและบุคลากรในปัจจุบัน มีความเหมาะสมต่อบทบาทการอภิบาลระบบฯ ที่ควรจะเป็นในแต่ละระดับ (ประเทศ เขต จังหวัด อำเภอ) มากน้อย เพียงใด
3. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบปัจจุบันเป็นอย่างไร

5. วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

5.1 การอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปัจจุบัน

ขอบเขตการศึกษา ตั้งแต่ระดับ ส่วนกลาง (สธ. และ สปสช.) เขต (ผู้ตรวจ สปสช.เขต) จังหวัด (สจ.) และอำเภอ (รพ. และ สสอ.) ในจังหวัดตัวอย่าง

5.1.1 เพื่อศึกษาแนวคิด/หลักการ/กลไกในการพัฒนานโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผนงาน/เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

5.1.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผนงาน/เป้าหมายว่าเป็นไปเพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาและสอดคล้องกับบริบทของประเทศ/เขต/พื้นที่

5.1.3 เพื่อศึกษาโครงสร้างและกลไกการอภิบาลในแต่ละระดับที่เชื่อมโยงกับโครงสร้างและระบบงานระดับจังหวัดและพื้นที่ เพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ด้านสุขภาพในประเด็น

- บทบาทเชิงโครงสร้างและกลไกในการกำหนดยุทธศาสตร์/นโยบาย แผนและเป้าหมาย การจัดสรรทรัพยากร การสนับสนุนด้านวิชาการ/อื่นๆ การติดตามกำกับ และการประเมินผล

- การรับรู้บทบาทของหน่วยงานในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในระดับของตนให้บรรลุเป้าประสงค์ โดยมีแผน/เป้าหมาย/การสนับสนุน/กำกับ/ติดตามและประเมินผล เป็นเครื่องมือ

- กลไกการประสานระหว่างหน่วยงานต่างสังกัด

5.2 ศักยภาพองค์กรในการอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ขอบเขตการศึกษา ตั้งแต่ระดับ ส่วนกลาง (สธ. และ สปสช.) เขต (ผู้ตรวจ สปสช.เขต) จังหวัด (สจ.) และอำเภอ (รพ. และ สสอ.) ในจังหวัดตัวอย่าง

5.2.1 เพื่อศึกษาโครงสร้างและกลไกตามพันธกิจในแต่ละระดับ

5.2.2 เพื่อศึกษาประเมินเครื่องมือและทรัพยากรในการบริหารจัดการระบบและดำเนินงานเช่น ระบบข้อมูล การบริหารบุคคล (การให้รางวัล/โทษ) งบประมาณในการพัฒนาบุคลากร และติดตามกำกับ

5.3 ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ขอบเขตการศึกษา บริการส่วนบุคคลและแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในจังหวัดตัวอย่าง ดำเนินการด้วยงบประมาณจาก สปสช. และแหล่งอื่นๆ (ถ้ามี)

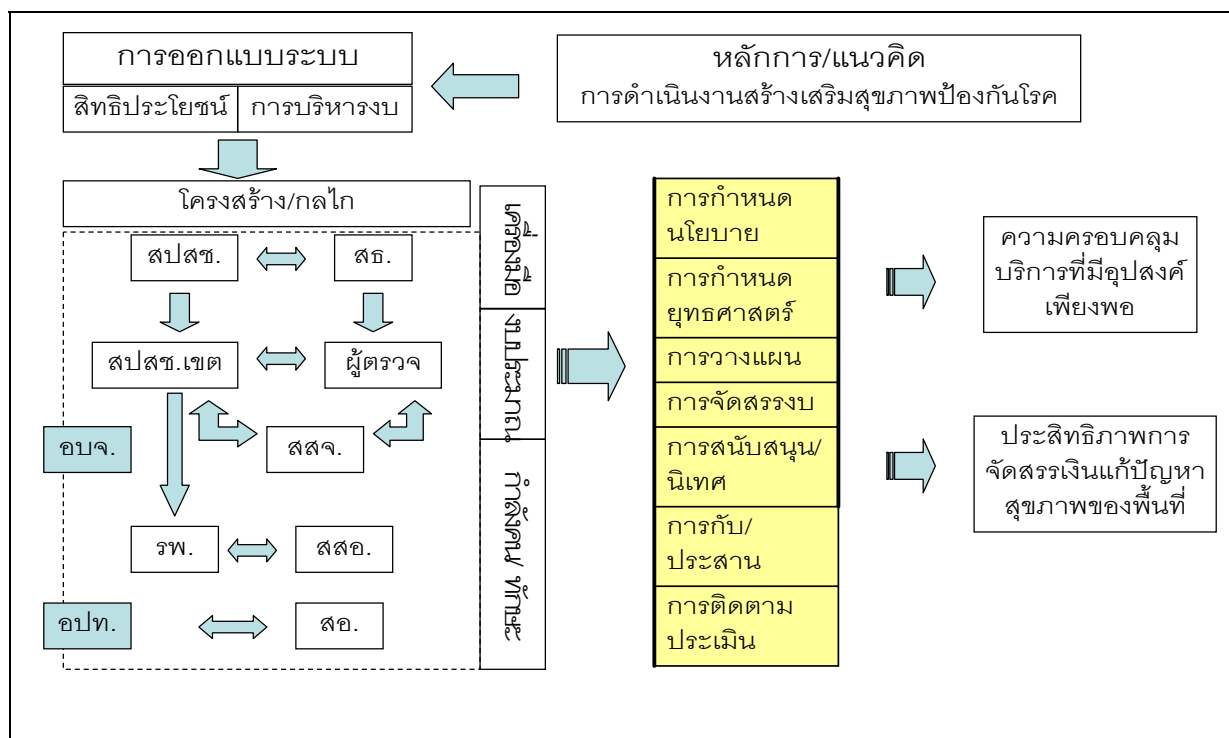
5.3.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคลตามหลักแนวคิดแบบการซื้อขายบริการที่คาดว่าจะมีอุปสงค์เพียงพอ 7 กิจกรรมหลัก ตามเป้าหมายที่วางไว้ ได้แก่ ANC, PNC, FP, EPI ทุกช่วงอายุ, อนามัยเด็กเล็ก, การเคลือบหลุมร่องฟันกรมทันในเด็กอายุ 6 – 12 ปี และการตรวจคัดกรองความเสี่ยง

5.3.2 เพื่อศึกษากระบวนการในการจัดบริการและกิจกรรมเชิงรุกที่ตอบสนองต่อสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งศักยภาพของทีมบุคลากร

6. กรอบการศึกษา

กรอบแนวคิดในการศึกษาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากร UC และ Non UC (สิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) ครอบคลุมการบริการส่วนบุคคลและแผนงานโครงการที่มีเป้าหมายในด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายชัดเจน แสดงดังภาพ 1.2

ภาพ 1.2 กรอบแนวคิดในการศึกษาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน



โดยวัตถุประสงค์สองข้อแรกเป็นการประเมินการอภิบาลระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และศักยภาพขององค์กรตามพันธกิจ ดังนี้

	ส่วนกลาง		เขต		จังหวัด	อำเภอ	
	สธ.	สปสช.	ผู้ตรวจ	สปสช.เขต	สสจ.	สสอ.	รพ.
กระบวนการดำเนินงาน							
การกำหนดนโยบาย							
การพัฒนาความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น							
การกำหนดยุทธศาสตร์							
การวางแผน							
การจัดสรรงบประมาณ							
การสนับสนุน/นิเทศ							
การกำกับ							
การติดตามประเมิน							
ศักยภาพ							
-โครงสร้างกลไก							
-เครื่องมือ							
-กำลังคน/การพัฒนาศักยภาพ							
-งบประมาณ							

สำหรับการประเมินธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการระบบในส่วนกลาง (สปสช. และ สธ.) เขต (สปสช.เขต และ ผู้ตรวจ) จังหวัด (สสจ. และ อบจ.) อำเภอ (รพ. และ สสอ.) พิจารณาในมิติดังนี้

	นิติธรรม	ความ โปร่งใส	การมี ส่วนร่วม	ความรับผิดชอบ ตรวจสอบได้	ความ คุ้มค่า	ความชอบ ธรรม
การกำหนดนโยบาย						
การพัฒนาความร่วมมือกับ ภาคส่วนอื่น						
การกำหนดยุทธศาสตร์						
การวางแผน						
จัดสรรงบประมาณ						
การสนับสนุน/						
การกำกับ/ประสาน						
การติดตามประเมิน						

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 การอภิบาลระบบสุขภาพและศักยภาพองค์กร

ในปัจจุบัน การอภิบาล (governance) เป็นปัจจัยสำคัญในการวัดความเจริญทางเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางสังคม และการพัฒนาโดยรวม รวมถึงการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ของประเทศยากจนและฐานะปานกลาง ระบบสุขภาพขาดศักยภาพในการดำเนินงาน (ประเมินจากค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์สุขภาพ) และส่งผลกระทบสูงต่อคนจน (performance crisis) ในหลายประเทศ องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงย้ำถึงศักยภาพของแนวคิดสาธารณสุขในการชี้ทิศระบบสุขภาพและหยิบยกขึ้นเป็นวาระ "สาธารณสุขยุคใหม่" (new public health) ^{vii, viii} ซึ่งมีหน้าที่ 2 ประการคือ 1) ชี้นำระบบสุขภาพ เป็นการปรับนโยบายและบริการให้สอดคล้องกับความจำเป็น (need) ความเชื่อ (belief) และคุณค่า (value) ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย 2) ทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ (collaborative action) โดยผนวกหน้าที่ทั้งสองนี้เข้าไปในการอภิบาล ^{ix, x} เพื่อปรับปรุง performance ของระบบสุขภาพให้ดีขึ้นในแง่ของควมมีเหตุผล ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ตอบสนอง และเป็นธรรม เพื่อยกระดับสุขภาพประชาชนในวงกว้างอย่างยั่งยืน ^{xi}

ในอีกด้านหนึ่ง องค์กรระหว่างประเทศเช่น ธนาคารโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund: IMF) และธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย (Asian Development Bank: ADB) เริ่มสนใจปัญหาคอร์รัปชัน (การใช้อำนาจที่ได้รับมาในทางที่ผิดเพื่อประโยชน์ของเอกชน) เมื่อพบว่าเงินจำนวนมากที่ให้ประเทศกำลังพัฒนาไป ไม่เกิดผลตามที่คาดหวังเพราะการคอร์รัปชันของนักการเมือง และข้าราชการ จึงกำหนดให้การปฏิรูประบบราชการ (เพื่อควบคุมและลดการคอร์รัปชัน) เป็นหนึ่งในเงื่อนไขในการพิจารณาให้กู้เงินและใช้คำว่า "ธรรมภิบาล" (good governance) แทนสถานการณ์ตรงกันข้าม แทนการระบุถึง "คอร์รัปชัน" โดยตรง การปฏิรูประบบราชการตามแนวคิด "เพื่อธรรมาภิบาล" กลายเป็นองค์ประกอบสำคัญของชุดนโยบาย เพื่อนำเสนอต่อประเทศกำลังพัฒนาที่ขอเข้าโครงการ IMF และยิ่งสำคัญในสถานการณ์วิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ขณะที่ธนาคารโลกสนับสนุนการวิจัยปัญหาคอร์รัปชันในหลายประเทศ ^{xii} แต่อาจเป็นไปได้ว่า การโยงปัญหาคอร์รัปชันและพรรคพวกนิยม (cronyism) เข้ากับวิกฤติเศรษฐกิจนั้นเป็นการบั่นทอนความชอบธรรมของรัฐบาลประเทศต่างๆ พร้อมกับการขยายบทบาทขององค์กรเหล่านี้ ด้วยวาทกรรม ^{ix, 3} ประการคือ

1) การคอร์รัปชันเป็นความล้มเหลวในการบริหาร เนื่องจากกฎเกณฑ์และสถาบันควบคุมการคอร์รัปชันรวมทั้งการตรวจสอบและถ่วงดุลเพื่อป้องกันไม่เพียงพอ จึงแก้ปัญหาโดยสร้างกฎเกณฑ์และเพิ่มบทลงโทษให้มากขึ้น

2) ระบบราชการและการเมืองมีการคอร์รัปชันมากจนรัฐบาลล้มเหลว (government failure) ทำให้ไม่สามารถจัดหาสินค้าสาธารณะ (public goods) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบบจำลอง (model) จึงเป็นเรื่อง

^{ix} วาทกรรมหมายถึง กรอบความคิดในการอธิบายความจริงอย่างเป็นระบบและมีการสืบทอดโดยแสดงออกด้วยการพูดและเขียน/ประโยค/หรือนิยามอย่างแน่นหนา เมื่อมีระบบความคิดและเหตุผลต่างกัน การมองความจริงในเรื่องเดียวกันก็จะแตกต่างกัน เรื่องหนึ่งๆ จึงมีวาทกรรมได้หลายชุด

การเรียกร้องสินบนในระบบราชการตั้งแต่ระดับล่าง จนถึง การเรียกร้องค่าคอมมิชชั่นในการจัดซื้อด้วยงบประมาณจำนวนมาก การแก้ปัญหาจึงต้องเพิ่มอำนาจต่อรองให้ธุรกิจ (bargaining power) และลดอำนาจต่อรองของเจ้าหน้าที่^{xiii} เพราะขนาดสินบน^x ขึ้นกับการต่อรองระหว่างภาคธุรกิจกับเจ้าหน้าที่รัฐ

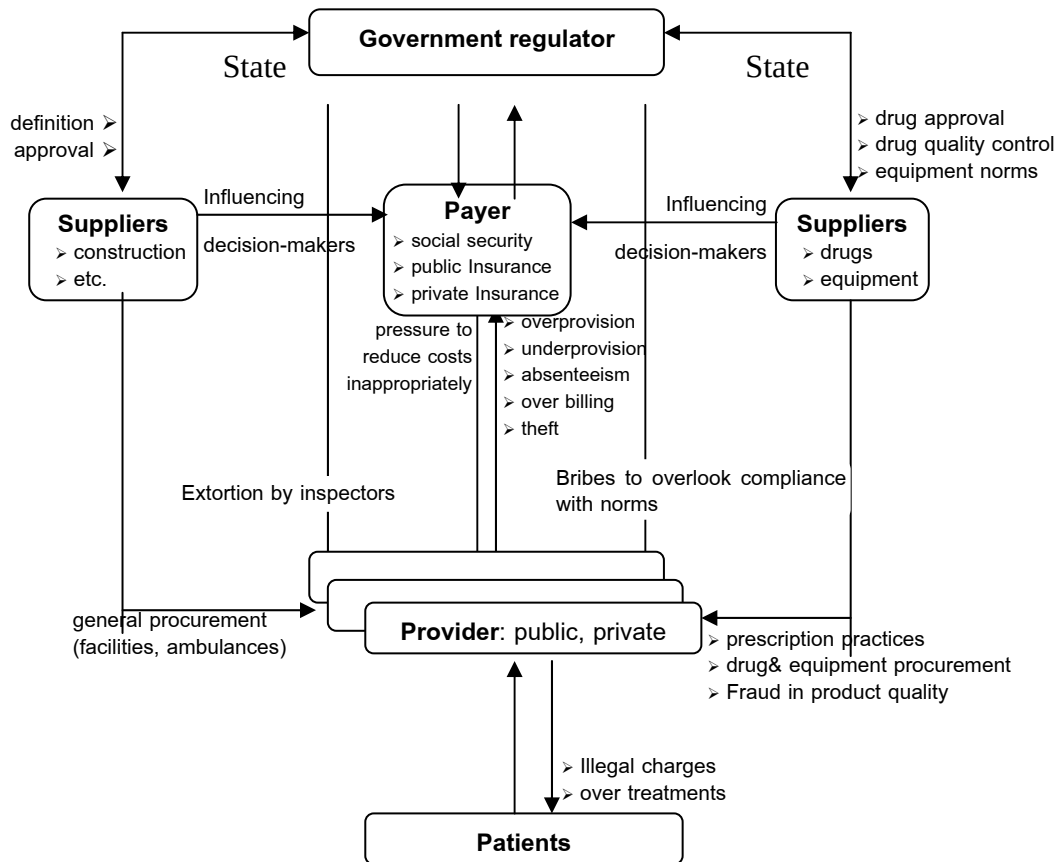
3) การคอร์รัปชันปิดกั้นความจำเป็นทางเศรษฐกิจเพราะทำให้ตลาดเบี่ยงเบน การจัดสรรทรัพยากรจึงไร้ประสิทธิภาพ

เดนิส กวีซการตะวันตกมีทัศนะว่า การคอร์รัปชันเป็นวิถีของประเทศกำลัง/ด้อยพัฒนา รวมทั้งเอเชียโดยเฉพาะในภาครัฐ แต่การคอร์รัปชันอย่างครึกโครมในภาคเอกชน(เช่น กรณี Enron, WorldCom ในสหรัฐอเมริกา) จึงมีการทบทวนบทบาทการกำกับดูแลของภาครัฐในประเทศพัฒนา และการอภิบาลเป็นสิ่งจำเป็นทั้งในภาครัฐและเอกชน^{xiv}

ในระบบสุขภาพ ความเสี่ยงในการคอร์รัปชันอาจเกิดจากปัจจัยเชิงโครงสร้าง 3 ประการคือ **ความไม่แน่นอนในด้านอุปสงค์บริการ** (ใครจะป่วย เมื่อไร จำเป็นต้องได้รับบริการอะไร) **ปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อน**ระหว่างผู้แสดงบทบาทหลักต่างๆ กัน 5 กลุ่ม(ภาพ 2.1.1) และผู้ที่แสดงบทบาทต่างๆ กันนั้นมีข้อมูลข่าวสารไม่เท่ากัน^{xv} ในระดับบุคคล การใช้อำนาจและตำแหน่งในทางที่ผิดของเจ้าหน้าที่รัฐเพื่อประโยชน์ของเอกชนอาจมาจากสาเหตุ 3 ประการคือ **รับรู้ถึงแรงกดดัน** (ทางเศรษฐศาสตร์หรือโดยผู้ใช้บริการ) **สามารถอธิบายพฤติกรรมได้หรือรู้สึกว่ามันผิด** (มีเหตุผลทางทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคมสนับสนุน) และ**มีโอกาสใช้อำนาจในทางที่ผิด** โดยเจ้าหน้าที่รัฐจะชั่งน้ำหนักระหว่างต้นทุนและผลประโยชน์ของการคอร์รัปชันกับการทำหน้าที่อย่างซื่อสัตย์ แล้วเลือกทางที่ตนเองได้รับประโยชน์มากที่สุด^{xvi}

X ตัวแปรอธิบายขนาดสินบนของภาคธุรกิจไทยได้แก่ กำไรปัจจุบัน กำไรในอนาคต ผลตอบแทนจากการนำปัจจัยทุนไปลงทุนใหม่ จำนวนคู่แข่ง ภาวะภาษี และจำนวนครั้งที่ติดต่อกับภาครัฐ

ภาพ 2.1.1 ผู้มีบทบาทหลักในระบบสุขภาพ



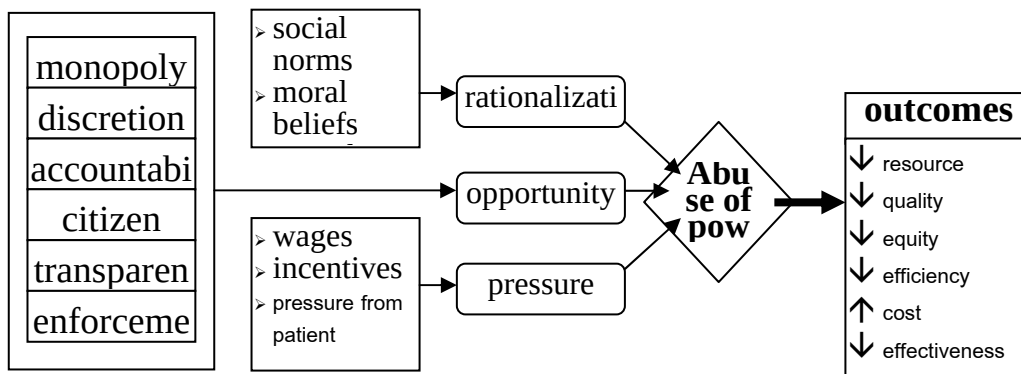
ที่มา: ปรับจาก Savedoff WD, Hussmann K. The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems. In: transparency International. Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health. London: Pluto Press.

ปัจจัยเพิ่มโอกาสในการทุจริตด้านสุขภาพสรุปได้ดังตาราง 2.1.1 การใช้อำนาจมิชอบทำให้ทรัพยากรในระบบสุขภาพลดลงขณะที่ต้นทุนเพิ่มขึ้น และลดคุณภาพ ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ดังกรอบความคิดการคอร์รัปชันในระบบสุขภาพดังภาพ 2.1.2

ตาราง 2.1.1 ปัจจัยเพิ่มโอกาสทุจริตในด้านสุขภาพ

ปัจจัย	กลยุทธ์ลดโอกาสทุจริต
ภาครัฐมีอำนาจผูกขาด (monopoly) เช่น ประชาชนไม่มีสิทธิเลือกผู้ให้บริการ	- ปฏิรูประบบสุขภาพ: แยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการออกจากกัน - เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะบริการเฉพาะสาขา สามารถลดจำนวนเงินที่ผู้ใช้บริการถูกเรียกเก็บอย่างผิดระเบียบได้ ^{xvii}
ภาครัฐตัดสินใจอย่างอิสระ (discretion)	สร้างระบบถ่วงดุล (check and balances) โดย - แบ่งงานกันทำ - มีกระบวนการตัดสินใจที่ชัดเจน เป็นมาตรฐาน - พัฒนาระบบข้อมูล (ในการบริหารบุคคล ควบคุมคลังยา และควบคุมภายในด้านการเงิน) ให้เข้มแข็ง เงื่อนไข: จำนวนบุคลากรมีพอและเจ้าหน้าที่ไม่สมรู้ร่วมคิดกันทุจริต
สำนึกรับผิดชอบ (accountability) เป็นประสิทธิผลต่อเป้าหมายและกระบวนการ มี 3 องค์ประกอบคือ 1) วัดเป้าหมายและผลลัพธ์ 2) รายงานสิ่งที่เกิดขึ้นต่อผู้ประเมินภายในและนอก 3) ลงโทษเมื่อไม่ทำงานหรือทุจริต	- พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อวัดการใช้ปัจจัยนำเข้า - รายงานผลต่อองค์กรตรวจสอบ (watchdog organization) คณะกรรมการ สุขภาพ หรือประชาคม - มีแรงจูงใจเป็นรางวัลและมีการลงโทษตามผลการดำเนินงาน
การมีส่วนร่วม (citizen voice) เพื่อเพิ่มการตรวจสอบภายนอก (external accountability)	- มีคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (local health board) เป็นกลไกจัดทำแผน รับข้อเสนอจากประชาชน และสำรวจความพึงพอใจเพื่อสะท้อนกลับ - ตั้งสำนักงานรับเรื่องร้องเรียนเพื่อบันทึกและรายงานการละเมิดจริยธรรมและคอร์รัปชัน
ความโปร่งใส (transparency) ในกระบวนการตัดสินใจและการวัดผล การดำเนินงาน (เสริมแรง accountability และเสนอทางเลือกให้ประชาชน)	เพิ่มความโปร่งใสโดย - รายงานผลการดำเนินงาน (report card) - เฝ้าระวังค่าบริการ/ยา (price monitoring): การแลกเปลี่ยนข้อมูลค่ายาสามัญระหว่าง รพ. ในอาร์เจนตินาสามารถลดราคาซื้อได้ทันทีร้อยละ 12 และคงราคาไว้ได้เกินหนึ่งปี ^{xviii} - เผยแพร่เอกสาร/การตัดสินใจของรัฐบาลผ่านทางเว็บไซต์/ฐานข้อมูลภาครัฐ/การประชุมภาครัฐ/และสื่อมวลชน: สามารถลดการรั่วไหลงบประมาณการศึกษาจากรัฐบาลกลางไปยังรัฐบาลท้องถิ่น ในอุกันดา ^{xix}
การตรวจสอบและบังคับใช้กฎหมาย (detection and enforcement) เพื่อขจัดผู้ประพฤติมิชอบและป้องปรามไม่ให้ทำตาม	ใช้กลไกในกระทรวงสาธารณสุข หรือระบบศาลยุติธรรม เงื่อนไข: ต้องเปลี่ยนผ่านวัฒนธรรมองค์กรก่อน การดบโน้สอาจกระทำได้ง่ายกว่าการลงโทษ
การใช้เหตุผล(rationalization) เข้าข้างตัวเองเพื่อทุจริต	- ตรวจสอบเครดิต (credit check) ก่อนจ้างหรือระหว่างการทำงานเป็นระยะ - เพิ่มเงินเดือน การขึ้นเงินเดือนอย่างเดียวไม่ลดความเสี่ยงในการทุจริตถ้าโอกาสและแรงจูงใจไม่เปลี่ยน จึงมีแนวคิดใช้ระบบแรงจูงใจจากผลลัพธ์งาน (performance-based incentives)

ภาพ 2.1.2 กรอบความคิดการคอร์รัปชันในระบบสุขภาพ



ที่มา: ปรับจาก Vian T. 2008

ความหมายและกรอบความคิดของการอภิบาลจากประสบการณ์ต่างประเทศ

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program: UNDP) นิยามการอภิบาลว่าเป็นการใช้อำนาจหน้าที่ทางการเมือง/เศรษฐกิจ/และบริหาร จัดการกิจการในทุกระดับของประเทศ ประกอบด้วย กลไก กระบวนการ และระบบ เพื่อให้พลเมืองและกลุ่มต่างๆ ใช้เรียกร้องผลประโยชน์/ใช้สิทธิทางกฎหมาย/แสดงบทบาท/และใกล้เคียงความแตกต่างที่มี ประกอบด้วย 5 หลักการ 9 สาระสำคัญ^{xx} ด้านธนาการโลกเน้นว่าธรรมาภิบาลสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจโดยมีตัวชี้วัด 3 กลุ่ม 6 มิติ ประเมินและจัดลำดับการอภิบาลโดยเน้นการบริหารจัดการประเทศและปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและภาครัฐ รวมการจัดการปัญหาการคอร์รัปชัน^{xxi} (ตาราง 2.1.2)

ตาราง 2.1.2 หลักการและสาระสำคัญของธรรมาภิบาลตามความหมายของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติและธนาการโลก

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ 1997	ธนาการโลก 1999
กำหนดทิศทาง (direction) ▪ วิสัยทัศน์เชิงยุทธศาสตร์ (strategic vision)	
ความชอบธรรมและสิทธิการมีส่วนร่วม (legitimacy and voice) ▪ การมีส่วนร่วม (participation) ▪ คำนึงถึงส่วนรวม (consensus orientation)	กระบวนการเลือกผู้มีหน้าที่และทดแทน ▪ การมีสิทธิออกเสียงและมีสำนึกรับผิดชอบ ▪ ความไม่มั่นคงทางการเมืองและความรุนแรง
ความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) ▪ สำนึกรับผิดชอบ (accountability) ▪ โปร่งใส (transparency)	
การดำเนินงานบรรลุผล (performance) ▪ การตอบสนอง (responsiveness) ▪ ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ	ความสามารถของรัฐบาลในการสร้างความเข้มแข็งและดำเนินการทางการเมือง ▪ ประสิทธิภาพของรัฐบาล ▪ การควบคุมการทุจริต
ความยุติธรรม (fairness) ▪ เป็นธรรมและทั่วถึง (equity and inclusiveness) ▪ เคารพกฎหมาย (rule of law)	การยอมรับสถาบันที่บริหารความสัมพันธ์ระหว่างพลเมืองและรัฐ ▪ การเคารพกฎหมาย ▪ การควบคุมคอร์รัปชัน

ขณะที่ใน WHO Report 2000 ใช้คำว่า stewardship (แนวคิดผู้รับใช้) คล้ายกับ governance โดยมีหน้าที่ 3 ประการคือ จัดทำนโยบายสุขภาพ กำกับ และรวบรวมความรู้และนำมาใช้ตัดสินใจ^{xxii} ต่อมาปรับเป็น 6 ด้านได้แก่ การสร้างและใช้ความรู้ การกำหนดทิศทางนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ การมีเครื่องมือในการดำเนินงาน (อำนาจ/แรงจูงใจ/และการลงโทษ) การสร้างความร่วมมือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์เชิงนโยบายกับโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กร และความสำนึกรับผิดชอบ^{xxiii} โดยองค์กรหลักในการขับเคลื่อนคือ กสธ. ต่อมาปรับเป็น 6 ด้านคือ การกำหนดทิศทางนโยบาย การใช้ความรู้และประเมินภาพรวม การสร้างความร่วมมือเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน การกำกับดูแล การออกแบบระบบ (บูรณาการระบบย่อยเพื่อความเป็นเอกภาพตอบสนองนโยบาย) และสำนึกรับผิดชอบ^{xxiv} (ตาราง 2.1.3)

ตาราง 2.1.3 หลักการธรรมาภิบาลขององค์การอนามัยโลกในยุคสมัยต่าง ๆ

stewardship: ค.ศ. 2000	better stewardship: 2001	Strengthening health system: 2007
> จัดทำนโยบายสุขภาพ > กำกับ > จัดการความรู้และใช้ในการตัดสินใจ	> การสร้างและใช้ความรู้ > ชีตทิศทางนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ > เครื่องมือในการดำเนินงาน > การสร้างความร่วมมือ > ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์เชิงนโยบายกับโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กร > สำนึกความรับผิดชอบ	> ชีตทิศทางนโยบาย > การใช้ความรู้และประเมินภาพรวม > การสร้างความร่วมมือ > การกำกับดูแล > การออกแบบระบบ > สำนึกความรับผิดชอบ

Figueras และคณะสรุปว่า governance หมายถึง กระบวนการตัดสินใจในการบริหารภาครัฐหรือภายในองค์กร ดังนั้นหน้าที่หลักของ governance คือ กำหนดทิศทางนโยบายยุทธศาสตร์ ใช้เหตุผล/ปัญญา กำกับ (regulation) และมีสำนึกรับผิดชอบ (accountability)^{xxv}

ความหมายและกรอบความคิดของการอภิบาลจากประสบการณ์ประเทศไทย

ประเทศไทยเริ่มแนวคิดการบริหารจัดการที่ดี อย่างชัดเจน ดังปรากฏในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี 2542^{xxvi} และมีการระบุธรรมาภิบาลเป็นยุทธศาสตร์หลักในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10^{xxvii} ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ประการได้แก่

หลักนิติธรรม (fair legal framework) คือ การมีกฎเกณฑ์ที่ยุติธรรมและชัดเจน ได้แก่ การออกกฎเกณฑ์ที่ทันสมัย เป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ เป็นที่ยอมรับของสังคมและพร้อมปฏิบัติตาม

ความโปร่งใส (transparency) คือ การสร้างความไว้วางใจ โดยมีการให้และรับข้อมูลอย่างสะดวกเป็นปัจจุบัน เทียบตรง ที่มาชัดเจน และเท่าเทียม และมีกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องอย่างชัดเจน

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (public participation) คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้และร่วมคิด/ร่วมเสนอความเห็นเพื่อการตัดสินใจในด้านต่าง ๆ เช่น การแจ้งความเห็น ใต้สวนสาธารณะ ประชาพิจารณ์ แสดงประชามติ รวมถึงการร่วมตรวจสอบและร่วมรับผิดชอบต่อผลการกระทำนั้น

สำนึกความรับผิดชอบ (accountability) คือ การสร้างกลไกให้ผู้รับผิดชอบ ตระหนักในหน้าที่ สำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคม ใส่ใจต่อปัญหาสาธารณะ และกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา ตลอดจนเคารพในความเห็นที่แตกต่าง และกล้ายอมรับผลจากการกระทำของตน

ความคุ้มค่า (efficiency and effectiveness) คือ การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล คุ้มค่า เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวม

ความชอบธรรมหรือคุณธรรม (political legitimacy) การยึดมั่นในความถูกต้องดีงาม สำนึกในหน้าที่ของตนเอง ซื่อสัตย์สุจริต จริใจ ขยัน อดทน มีระเบียบวินัย และเคารพในสิทธิของผู้อื่น

อาจจัดกลุ่มองค์ประกอบของธรรมาภิบาลเป็น 4 มิติดังนี้

1. โครงสร้าง (Structure) ที่ก่อให้เกิดกลไกและกระบวนการตามหลักการธรรมาภิบาล
2. กระบวนการ (Process) คือ วิธีบริหารจัดการที่มีความโปร่งใสหรือเปิดเผย (Transparency) ดำเนินการตามกฎหมายคือ ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ วินัย คู่มือปฏิบัติงาน (Law) ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรม (Participation) มีความเสมอภาค ยุติธรรม ไม่เห็นแก่พวกพ้อง (Equity and Inclusiveness) มีหลักการที่ใช้เหตุผล อธิบาย ตรวจสอบ สอบกลับได้ (Accountability) ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานต่างๆ สอดคล้องกันหรือลดความขัดแย้ง (Consensus Oriented)
3. จริยธรรมและความซื่อสัตย์ (Ethics and Integrity) เป็นองค์ประกอบในแง่ผลที่เกิดขึ้นโดยมีความรับผิดชอบ (Responsibility) คุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ และมีช่องทางให้ผู้ให้บริการได้ร้องเรียน (Ethics) เพื่อความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Effectiveness and Efficiency)
4. ความสามารถและปัญญา (Competence and Wisdom) ในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน กระบวนการตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 พัฒนาระบบราชการไทยด้วยการบริหารรัฐกิจสมัยใหม่ (ระบบการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาการแบบบูรณาการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารสู่ความเป็นเลิศ: PMQA)^{xxviii} ส่วนร่างพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) การส่งเสริมธรรมาภิบาลในภาครัฐ (เมษายน 2550) มีกลไกเชิงโครงสร้างคือ สำนักงานคณะกรรมการธรรมาภิบาลแห่งชาติ ในระดับจังหวัดมีคณะกรรมการธรรมาภิบาลจังหวัด (ก.ธ.จ.) เพื่อเสนอแนะ ติดตาม กำกับดูแลการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐให้ใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี^{xi} โดยรายงานผลต่อผู้ว่าราชการจังหวัดและหัวหน้าส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานรัฐอื่น รวมทั้ง อปท. และอาจรายงานต่อสาธารณะตามที่เห็นควร^{xxix}

ด้านสุขภาพ มีแนวคิด/หลักการ/โครงสร้างและระบบ/และการดำเนินการในมิติของการอภิบาล

^{xi} หมายถึง การปฏิบัติภารกิจตามกฎหมายให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า และทันต่อสถานการณ์ ด้วยหลักการ มีส่วนร่วมและไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของประชาชน เปิดเผยข้อมูลอย่างโปร่งใส ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานสม่ำเสมอ และเผยแพร่ต่อสาธารณะ เพื่อรักษาประโยชน์ส่วนรวมและบำบัดทุกข์บำรุงสุขของประชาชน

มากขึ้นขึ้นกับระดับของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ดังปรากฏในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแต่ละฉบับ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2550 และล่าสุดคือธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้องซึ่งมีเป้าประสงค์เพื่อตอบสนองประชาชนด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยระบบสุขภาพต้องให้ความสำคัญสูงสุดกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน การขับเคลื่อนอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้และปัญญา ในบริบทที่สอดคล้องวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน ตามหลักการพัฒนาตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง^{xxx} โดยกระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้อยู่บนหลักการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในทุกระดับ อย่างไรก็ตาม กฎหมายเหล่านี้อาจไม่ครอบคลุมธรรมาภิบาลอย่างครบถ้วนทุกองค์ประกอบเช่น แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (การลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและปรับปรุงภารกิจให้ทันเหตุการณ์) พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หลักความคุ้มค่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ การบริหารจัดการแนวใหม่ และเทคโนโลยีสารสนเทศ)^{xxxi}

ในระดับจังหวัด มีการพัฒนาตัวชี้วัดธรรมาภิบาลของหน่วยบริหารจัดการระบบสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด^{xxxii} ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบได้แก่ องค์ประกอบการบริหารจัดการที่ดีเดิม 6 ประการและเพิ่มอีก 4 องค์ประกอบคือ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ การบริหารจัดการ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ขณะที่วินัย ลิสมีทธิ์ ใช้ องค์ประกอบธรรมาภิบาล 8 ประการของ UNESCAP 2006 คือ หลักการมีส่วนร่วม หลักนิติธรรม หลักโปร่งใส หลักตอบสนอง หลักฉันทามติ หลักความเป็นธรรมและทั่วถึง หลักประสิทธิผลและประสิทธิภาพ และหลักความสำนึกรับผิดชอบ ในการศึกษาการอภิบาลระบบจัดทำแผนและจัดสรรงบประมาณ^{xxxiii} ข้อสังเกตคือ การให้ความหมายโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเอง รวมทั้งข้อจำกัดจากหน่วยงานระดับเหนือขึ้นไป (ปัจจัยภายนอกที่ควบคุมไม่ได้แต่มีอยู่จริง) เช่น รัฐบาลงบประมาณซ้ำต้องส่งแผนงานด่วน ต้องรีบดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมายในเวลาที่กำหนด อาจเป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการที่ดีหรือธรรมาภิบาล

การศึกษานี้สนใจการอภิบาลในระดับอำเภอ/จังหวัด/และเขต ในด้านจัดทำนโยบาย/แผนการงบประมาณ การแปลงไปสู่การปฏิบัติในแต่ละระดับ การสนับสนุน การกำกับ และติดตามประเมินผล ใน 6 องค์ประกอบ หลักนิติธรรม/หลักความโปร่งใส/หลักการมีส่วนร่วม/หลักสำนึกความรับผิดชอบต่อหลักความคุ้มค่า/และหลักความชอบธรรม โดยเน้นองค์ประกอบหลักที่เป็นหลักการสำคัญของบทบาท/กิจกรรม/ภารกิจนั้นๆ สำหรับศักยภาพองค์กร เป็นการศึกษาเชิงโครงสร้างได้แก่ กลไกเครื่องมือ กำลังคน และงบประมาณ

กลไกในการอภิบาลการจัดบริการอาจจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มคือ กลไกการสร้างแรงจูงใจ ข้อมูลข่าวสาร และการกำกับ^{xxxiv}

กลไกแรงจูงใจ: การจ่ายตามผลลัพธ์ (outcome-related payment) เป็นกลไกการอภิบาลเดียวที่สำคัญที่สุดในแง่ผลประโยชน์ ความสำคัญอยู่ที่การนิยามผลลัพธ์ที่บรรลุ (successful outcomes) การจ่ายตามระดับของผลลัพธ์ (differentiate payment) สร้างแรงจูงใจได้มากกว่าแรงจูงใจระดับเดียว โดยควร

คำนึงถึงระดับความจำเป็นและความยากง่ายของบริการด้วย เพื่อป้องกันปัญหาเลือกทำแต่งานง่ายที่มีผลสำเร็จดี (creaming) โดยละทิ้งงานยากทั้งที่ควรทำเป็นอันดับต้นๆ

กลไกข้อมูลข่าวสาร ออกแบบระบบข้อมูลข่าวสารให้ลดความไม่สมดุลด้านข้อมูลข่าวสารระหว่าง actors ด้วยเครื่องมือหลัก 2 อย่างคือ benchmarking^{XII} และ monitoring^{XIII}

กลไกการกำกับ ยึดหลักความยืดหยุ่นเพื่อความเหมาะสมตามสถานการณ์และให้ความสำคัญกับผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการ เมื่อมีความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์สูงเท่าไร ก็ต้องมีอิสระที่จะตัดสินใจในการดำเนินงานมากขึ้นเท่านั้นและในทางกลับกัน เมื่อมีอิสระในการตัดสินใจดำเนินงานมาก ก็ต้องมีความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์สูงขึ้นเช่นกัน ในการบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ต้องผนวกการจัดการด้านคุณภาพเข้ากับกลไกสร้างแรงจูงใจ ควรมีกรอบคุณภาพด้านกายภาพเช่น อาคารสถานที่ พื้นที่ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก **ด้านโครงสร้างบริการ**เช่น เวลาทำการ ประเภทและจำนวนขั้นต่ำของบุคลากรที่มีคุณภาพ เครื่องมือจำเป็น การสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการ ช่องทางการร้องเรียนของผู้ใช้บริการ **ด้านมาตรการ/ตัวชี้วัดคุณภาพ** การให้เกียรติ/เคารพสิทธิ/ความเป็นส่วนตัวของผู้ใช้บริการ จรรยาบรรณ การประกันคุณภาพ รายงานความผิดพลาด การกำกับตนเอง อัตราความล้มเหลว/ปัญหา) การออกกฎ/ระเบียบ/และมาตรการกำกับติดตามประเมิน ควรเป็นบทบาทของคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อถ่วงดุลอำนาจภาครัฐและเอกชน แนวทางที่น่าสนใจคือ ผู้ให้บริการหรือภาคประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างไร

ความโปร่งใส (transparency)^{XIV} เป็นองค์ประกอบสำคัญของธรรมาภิบาล ร่วมกับความสำเร็จรับผิดชอบในหน้าที่ (accountability)^{XV} ใน 3 ด้านคือ การเงิน ผลการดำเนินงาน และความเป็นประชาธิปไตย (financial, performance and democratic accountability) โดย actor ในแต่ละระดับจะมีบทบาทแตกต่างกันไป

ในการพัฒนา accountability อาจแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ระดับระบบ ยุทธศาสตร์การพัฒนาคือ การปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลถึงระบบกำกับหรือการกำหนดหน้าที่ actor ใหม่เช่น แยกบทบาทผู้ซื้อออกจากผู้ให้บริการ การจ้างเหมาบริการ กระจาย

^{XII} ควรควบคุมบริบท (เช่น ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ จำนวนผู้ให้บริการผู้ขาดหรือแข่งขัน ขนาด/ระดับความจำเป็นด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร) เพื่อให้เปรียบเทียบได้อย่างเป็นธรรม

^{XIII} อาจใช้ฐานข้อมูลรายงานที่บูรณาการผ่านระบบคอมพิวเตอร์ และตรวจเยี่ยมผู้ให้บริการผนวกกับการประเมินการบริหารจัดการความเสี่ยงซึ่งหากพัฒนาให้เป็น electronic tool จะเตือนผู้บริหารได้เมื่อเกิดความผิดปกติ อาจพัฒนาระบบกำกับตนเอง (self regulation) ในการรับรองคุณภาพ (quality certification) ตรวจไขว้ (crosscheck) ระหว่างแผนกซึ่งจำเป็นในกรณีที่ยังไม่มีบูรณาการฐานข้อมูลต่างๆ เข้าด้วยกัน และยังสื่อสารด้วยเอกสารกระดาษหรือแยกแต่ละไฟล์

^{XIV} ความหมายอย่างง่ายคือ การยอมให้ผู้ที่ได้รับผลจากการตัดสินใจ/การบริหารจัดการ/ การดำเนินธุรกิจ/หรือการกุศล ได้รับทราบข้อมูล/ข้อเท็จจริง/และกลไกและกระบวนการ ในด้านต่างๆ

^{XV} เป็นกระบวนการตามหลัง responsibility วงจรของ accountability มี 3 ระยะคือ เปิดเผยความคาดหวัง (ประกาศนโยบาย ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย) กำหนดมาตรการ/การติดตาม/การรายงาน (วิเคราะห์/จัดลำดับความจำเป็นและระบุทรัพยากรในการดำเนินงาน) และประเมินผลและสะท้อนกลับ เพื่อลดความไม่ถูกต้อง สร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติเป็นไปตามขั้นตอนวิธีการและมาตรฐาน และปรับปรุงการดำเนินงานผ่านการประเมินผลและเรียนรู้

อำนาจในการจัดซื้อยา หรือพัฒนาศักยภาพในการจัดการและกำกับติดตาม

2. ระดับสถานพยาบาล เป็นการพัฒนากระบวนการข้อมูลด้านการเงิน/บริการและการจัดการผู้ป่วย/และการจัดซื้อจัดจ้าง ให้เข้มแข็ง

3. ระดับผู้ให้บริการ โครงสร้างเงินเดือนและการให้รางวัล สถานภาพการจ้างงาน ร่วมกับการให้คำปรึกษาและรายงาน เป็นปัจจัยที่มีผลสำคัญต่อ accountability

2.2 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จัดตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2476 แต่เริ่มเป็นที่สนใจของกระทรวงต่างๆ รวมทั้งสาธารณสุข เมื่อมี พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ. 2542³⁵ ตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 78 โดยกำหนดระยะเวลาการถ่ายโอน เป็น 2 ระยะ^{36 37} คือ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2544-2547) โดย อปท. ที่มีความพร้อม สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จภายใน 4 ปี ตามมาตรา 30 (1) ของ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่อปท. ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2544-2553) เป็นการถ่ายโอนเนื่องจากการกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะของ อปท. ที่แตกต่างกันในแง่ความพร้อมของ อปท. เอง และในเรื่องที่ไม่เร่งด่วน สำหรับภารกิจการให้บริการสาธารณะที่ราชการส่วนกลางต้องถ่ายโอนให้ อปท. มี 6 ด้านคือ

1. โครงสร้างพื้นฐาน: การคมนาคมและขนส่งทางบกและน้ำ แหล่งน้ำและระบบประปาชนบท จัดให้มีตลาดและจัดตั้งและดูแลตลาดกลาง การผังเมือง และการควบคุมอาคาร

2. ส่งเสริมคุณภาพชีวิต: การส่งเสริมอาชีพ สังคมสงเคราะห์พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก/สตรี/คนชรา/และผู้ด้อยโอกาส ส่งเสริมการกีฬาและจัดให้มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ จัดการศึกษาในและนอกระบบ การสาธารณสุข รักษาพยาบาล และป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและที่อยู่อาศัย

3. การจัดระเบียบชุมชน/สังคมและรักษาความสงบเรียบร้อย: การส่งเสริมประชาธิปไตย/ความเสมอภาค/สิทธิเสรีภาพของประชาชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่น ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และรักษาความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

4. การวางแผนพัฒนาท้องถิ่นและเทคโนโลยี/ส่งเสริมการลงทุน/พาณิชย์กรรม/ท่องเที่ยว

5. การบริหารจัดการและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม

6. ศิลปะ วัฒนธรรม จารีตประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น

ยกเว้นภารกิจเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของประชาชนถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ตาม พ.ร.บ. กระจายอำนาจฯ มาตรา 16-22 ซึ่ง อปท. สามารถดำเนินการเองได้โดยไม่ต้องรอการถ่ายโอน

ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2543 กสธ. แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางถ่ายโอนภารกิจกระทรวงสาธารณสุขให้แก่ อปท.³⁸ ตามแนวทางของคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ รวมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายโอนและเตรียมความพร้อมบุคลากรของกระทรวงฯ และ อปท. ให้สอดคล้องกับภารกิจ และตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543

โดยมีคณะกรรมการสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพติดตามกำกับดูแล ในเดือนพฤศจิกายนมีมติกำหนดแนวทางการถ่ายโอนฯ ไปยังคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)^{xvi} ซึ่งเป็นเขตพื้นที่จังหวัด โดยมีรูปแบบสถานบริการสุขภาพเป็นเครือข่าย 3 ระดับ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ) ซึ่งเรียกกันว่า “พวง” บริหารโดยคณะกรรมการเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบส่งต่อการรักษา สำหรับสถานอนามัยกลุ่มแรก 35 แห่งมีความพร้อมถ่ายโอนไปยัง อบต. และเทศบาลที่พร้อมรับ 30 แห่งใน 22 จังหวัดแต่ถ่ายโอนจริง 22 แห่งใน 16 จังหวัด ในปีงบประมาณ 2551 และเพิ่มอีก 6 แห่ง รวมเป็น 28 แห่ง

แผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อบต. ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 119 ตอนพิเศษ 23 ง วันที่ 13 มีนาคม 2545 ซึ่งมีภารกิจ 2 ด้านที่ต้องถ่ายโอนคือ โครงสร้างพื้นฐานและงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตจาก 7 กรม (กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคติดต่อกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสุขภาพจิต สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)³⁹ จนถึง พ.ศ. 2553 กระทรวงฯ ถ่ายโอนได้ 50 ภารกิจดังตาราง 2.1.4

ตาราง 2.1.4 จำนวนภารกิจที่ถ่ายโอนตามแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อบต.

กรม	จำนวนภารกิจที่ถ่ายโอนแต่ละด้าน				
	อบจ.	เทศบาล	เมืองพัทยา	อบต.	กทม.
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	-	-	-	-	-
กรมการแพทย์	1	-	-	-	1
กรมควบคุมโรคติดต่อ	-	-	-	-	-
กรมอนามัย	15	5	-	14	-
กรมสุขภาพจิต	-	-	3	-	3
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	-	-	4	-	4
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	-	-	-	-	-
รวม 50 ภารกิจ	16	5	7	14	8

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2553.

เกิดการสนับสนุน อบต. ในการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรมด้วย “บันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ อบต. ในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” ระหว่าง สปสช. กสธ. พม. มท. สมาคม อบจ. สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคม อบต.แห่งประเทศไทย โดยลงนามเมื่อ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550 เครื่องมือและกลไกตามบันทึกความร่วมมือนี้คือ “กองทุนสุขภาพชุมชน” หรือที่เรียกกันง่าย ๆ ว่า

^{xvi} ประกอบด้วย ผู้แทน อบต. ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนภาคประชาสังคม มีหน้าที่กำหนดนโยบาย/แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ จัดสรรทรัพยากร (งบประมาณและบุคลากร) บริหารงาน กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศ กำกับดูแล/ตรวจสอบ/ประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับจังหวัดนั้นๆ

“กองทุนตำบล” ตามพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13(3) มาตรา 18(8) มาตรา 47 และมาตรา 48(4) ที่กำหนดให้ อบต. สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชนองค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์แสวงหากำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม/ความเหมาะสม/และความต้องการโดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงานกับ อบต. กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ดังนี้ โดยนำร่อง 800 แห่ง (อำเภอละ 1 แห่ง) ในปี 2549 และเข้าร่วมโครงการทุกแห่งในปี 2551-2552

ปลายปี 2552 สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการประสานความร่วมมือ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด⁴⁰ **พร้อม**กับ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็แต่งตั้งคณะกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้าน สาธารณสุขระดับจังหวัด แนวนโยบายสั่ง เรือง รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขององค์กร บริหารส่วน**จังหวัด**⁴¹ เพื่อให้เกิดการประสานงานเชิงโครงสร้างในการดำเนินการระดับจังหวัด

อปท. กระจายอยู่ใกล้ชิดประชาชนและมีอิสระในการบริหารงบประมาณและบุคคล จึงน่าจะ ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนที่มีความหลากหลายทางสังคมวัฒนธรรมและทาง กายภาพได้ดีกว่าราชการส่วนภูมิภาคที่เป็นตัวแทนจากส่วนกลาง สอดคล้องหลักการประชาธิปไตย ในแง่การมีส่วนร่วม (participation) / ความรับผิดชอบ (responsibility) / ความชอบธรรม (legitimacy) / การ ตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจกัน (Checks and Balances) / และสำนึกความรับผิดชอบ (accountability) ระหว่าง อบต. และประชาชนในเขตพื้นที่ ทั้งยังสนับสนุนการบริหารราชการส่วนกลางให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนมาก ขึ้น แต่ศักยภาพและความพร้อมของ อบต. ในการรับการถ่ายโอนฯ ยังคงถูกวิพากษ์ต่อเนื่องใน ประเด็นศักยภาพด้านวิชาการในการดำเนินการแก้ปัญหาให้ประชาชน วิสัยทัศน์ และภาวะผู้นำแบบ นักการเมืองท้องถิ่นที่คำนึงถึงคะแนนเสียงและพวกพ้องและภาพลักษณ์ของการทุจริต⁴² แม้จะมี คณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น (ก.ถ.)^{XVII} และคณะกรรมการธรรมาภิบาล จังหวัด การพัฒนาทัศนคติเชิงบวกและพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันในการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อก้าวข้ามทัศนคติเชิงลบที่มีต่อกันรวมทั้งความหลากหลายด้านโครงสร้างและบุคลากรของ อบต. และภาคสาธารณสุข น่าจะเป็นประโยชน์กว่า

ในการศึกษานี้ สนใจ อบต. ในแง่การเข้ามามีบทบาทดำเนินงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ โดยให้ ความสำคัญกับปัจจัยความสำเร็จในการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ดังนี้

XVII ตาม พ.ร.บ. ระเบียบบริหารงานบุคคลสำหรับท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในการบริหารบุคคลของ อบต. เพื่อ กำหนดมาตรฐานกลางและแนวทางบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่นอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม มีสำนักงาน คณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่นสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย เพื่อรับผิดชอบ งานในราชการของคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

1. ภาวะผู้นำและวิสัยทัศน์ที่สอดคล้องกันของผู้บริหาร อบท. (นายก อบต. เทศบาล) และสถานบริการสาธารณสุข (ผอ.รพ. และ สสอ.)
2. ขนาดและศักยภาพ (งบประมาณและบุคลากรในแง่จำนวนและความเชี่ยวชาญ) ที่หลากหลายของ อบท. มีผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขระดับพื้นที่หรือไม่ ซึ่งเทศบาลในตำบลที่ตั้งอำเภอมีทั้งเทศบาลตำบล เมือง และนคร
3. อบจ. ซึ่งมีงบประมาณจำนวนมาก มีบทบาทในงานสาธารณสุขได้อย่างไรบ้าง

2.3 ประสิทธิผล/ประสิทธิภาพการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค^{xviii}

2.3.1 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกและงานบริการปฐมภูมิ

2.3.1.1 คำจำกัดความของการจัดการบริการปฐมภูมิ และการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก

(1.1) การจัดการบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ จากแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2547 ได้ให้คำจำกัดความ ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิดและหลักการ หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข(first line services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน(integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง(continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม(holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน(individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุลง

ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงปฏิบัติการ

1. เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ อย่างต่อเนื่องโดยมิได้จำกัดเฉพาะประชากรที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล แต่ต้องดูแลทั้งหมด ทั้งที่เป็นการรู้สภาวะสุขภาพ และหามาตรการสร้างเสริมสุขภาพ
2. เป็นที่ปรึกษาของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม
3. ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และบริการทั้งที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และ การฟื้นฟูสภาพ โดยเรียงลำดับตามความสำคัญ และตามลักษณะการดำเนินงานดังนี้

3.1 ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยตรง ซึ่งประกอบด้วยการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานกับการรักษาพยาบาล ดำเนินการคัดกรองปัญหา ความเสี่ยง ให้ความรู้ ความคุ้มครองป้องกันโรคในระดับบุคคล ให้คำแนะนำ ความรู้และทักษะเพื่อการสร้างศักยภาพประชาชน

^{xviii} โดยสุกัลยา คงสวัสดิ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข), วีระศักดิ์ พุทธาศรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ), พันธุ์ทิพย์ ธรรมสโรช (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)

ในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

3.2 ร่วมมือประสานงาน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระดับชุมชน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยงานในส่วนนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีบทบาทในส่วนการเสนอประเด็น แต่การดำเนินงานจะเป็นลักษณะที่ทำ ร่วมกับประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงในการวางแผนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกว้าง และส่วนที่เป็น Public health policy และการดำเนินงานด้าน สาธารณสุขอื่นๆ จะเป็นบทบาทของหน่วยงานท้องถิ่น โดยที่มีงบประมาณต่างหากที่มีชิงบ UC

3.3 ให้บริการ รักษาพยาบาล ดูแลเบื้องต้นในปัญหา/โรค ที่พบบ่อย โดยมีการ กำหนดขอบเขตของสภาพปัญหาหรือรายชื่อโรคที่ควรดูแลได้ให้ชัดเจน

4. ติดตาม ประสาน การให้บริการประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดบริการที่บูรณาการต่อเนื่อง

หน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากข้อบังคับของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักการ วิธีการ และเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2547 ได้ให้ความหมายว่า เป็นสถานบริการที่ได้ขึ้น ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิด้านเวชกรรมหรือทันตกรรมขั้นพื้นฐานได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้มีสิทธิ ของหน่วยบริการประจำดังกล่าวสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้ ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือ จากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด

ศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) กระทรวงสาธารณสุข ตามนิยามของคู่มือประเมินรับรอง มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายว่า เป็นหน่วยบริการระดับปฐม ภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็น ทางด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม บูรณาการ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบ การให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม

ความเชื่อมโยง ความหมายของ ระบบบริการปฐมภูมิ สถานีอนามัย ศูนย์บริการ สาธารณสุข และ PCU

บริการปฐมภูมิ หมายถึง ส่วนที่เป็นบริการ อันเป็นกระบวนการที่ทำให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่มี ลักษณะเอกลักษณ์ตามคำจำกัดความ

ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง ส่วนที่เป็น ระบบ อันเป็นการจัดการให้เกิดกระบวนการ บริการปฐมภูมิ ซึ่งมีผู้ให้บริการนี้มีใช้หมายรวมเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ครอบคลุมไปถึงการ ดูแลโดยประชาชน หรือ ท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ด้วย

หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยงาน องค์การหนึ่ง ที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิซึ่งอาจ

เป็นหน่วยงานในสังกัดใดก็ได้

PCU (Primary Care Unit) หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นชื่อทั่วไป ที่ใช้เรียกองค์กร หรือ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิได้ตามคำจำกัดความ จะเป็นหน่วยงานในสังกัดใดก็ได้ เป็นรัฐ หรือเอกชนก็ได้ ถ้าสามารถทำหน้าที่ได้ตามที่กำหนด แต่เนื่องจาก คำว่า PCU เกิดขึ้นใหม่ใน ระหว่างที่มีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คำนี้ ที่แปลเป็นภาษาไทยว่า หน่วยบริการ ปฐมภูมิ จึงได้ถูกกำหนดในตอนหลังว่าเป็นหน่วยงานจำเพาะที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดที่กำหนด โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถานีอนามัย ถือว่าเป็นหน่วยงานเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ให้บริการ ปฐมภูมิ ในลักษณะเดียวกับ ฟิชชียู หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามที่ได้กล่าวข้างต้น

ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือ คลินิกเอกชน ก็ถือว่าเป็นชื่อเฉพาะของหน่วยงานที่มี บทบาทในการให้บริการปฐมภูมิบางส่วนเช่นเดียวกัน แต่อาจไม่ครอบคลุมเหมือนกับหน่วยบริการ ปฐมภูมิ

คำว่า **ศูนย์สุขภาพชุมชน** เป็นคำใหม่ ที่กำหนดมาใช้แทนคำว่า ฟิชชียู ที่มีคุณสมบัติตาม มาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด แต่ไม่ได้แปลว่า ตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน แล้วจะยุบสถานีอนามัย หรือ ล้มเลิกสถานีอนามัยไป เป็นการใช้คำตามวาระโอกาสเป็นสำคัญ มิได้ แปลว่ายุบเลิกของเดิม

คุณลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ มี 3 กลุ่ม หลัก คือ

- 1) บริการองค์รวม
- 2) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 3) สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน

เครือข่ายบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่รวมตัวกัน โดยประกอบด้วย หน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับส่งต่อและหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ทั้งนี้อาจมีเครือข่ายของหน่วยบริการร่วมให้บริการเข้าร่วมก็ได้ และได้ขึ้นทะเบียนเป็น เครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศ ทั้งนี้เครือข่ายหน่วย บริการมีสิทธิ์ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการหรือจากกองทุน ตามที่ คณะกรรมการกำหนด

(1.2) การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก

การบริการเชิงรุก (Proactive Service) ในความหมายทั่วไป เป็นการวางแผนการในการ ให้บริการลูกค้าล่วงหน้า อย่างละเอียดและรอบคอบ มีความรับผิดชอบ รวมถึงเป็นการแสดงออกถึง ความต้องการและปรารถนาที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการโดยไม่รีรอให้ผู้รับบริการร้องขอ โดยผู้ให้บริการ ต้องคำนึงถึงความต้องการเฉพาะของลูกค้าและให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจสูงสุด โดยยึดแนว ปฏิบัติ 4 ประการในการสร้างบริการเชิงรุก ดังนี้

1. การวางแผน คือ การหาคำตอบสำหรับคำถามที่ว่า จะทำอะไร ทำไมต้องทำ จะทำอย่างไร จะทำเมื่อใด จะทำที่ไหน จะให้ใครทำ จะต้องใช้ทรัพยากรอะไร

2. การเน้นลูกค้าเป็นศูนย์กลาง
3. จิตสำนึกในการบริการ หรือ การบริการด้วยหัวใจ
4. ทักษะ ความรวดเร็ว และความชัดเจน

จากแนวปฏิบัติการทำงานบริการเชิงรุกทั้ง 4 ด้าน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานทางด้านการบริการมีความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดเป็นทักษะ และลดปัญหาขณะปฏิบัติงานได้ รวมทั้งเป็นการเสริมสร้างกำลังใจในการปฏิบัติงาน ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา สามารถรับมือกับปัญหาทางด้านการบริการได้ และนำมาซึ่งความพึงพอใจของลูกค้าตลอดไป

ตัวอย่างแนวคิดงานบริการเชิงรุก จากกรณีโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล การทำงานเชิงรุกจะหมายถึง การทำงานที่มีการวางแผนงานเพื่อป้องกันปัญหาหรือลดความรุนแรงของปัญหาสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าได้ด้วยข้อมูลที่มีอยู่ และพร้อมตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มุ่งเน้นที่ความรู้ ทักษะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในที่สุดด้วยการใช้กลยุทธ์ เทคนิค องค์ความรู้และเทคโนโลยีต่างๆ อย่างเหมาะสม โดยไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล มิใช่เชิงรุกในอดีตที่ปฏิบัติกันมา หรือเข้าใจความหมายเดิมที่เข้าไปปฏิบัติงานในชุมชนเพียงอย่างเดียว

การบริการสุขภาพ มี 2 ลักษณะ ได้แก่ การบริการเชิงรับ และการบริการเชิงรุก

การบริการเชิงรับ หมายถึง การให้บริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้บริการเพื่อการซ่อมสุขภาพ (รักษาพยาบาล) มากกว่าบริการเพื่อการสร้างสุขภาพ

การบริการเชิงรุก หมายถึง การช่วยให้ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพให้ได้ โดยเป็นการบริการที่ต้องครอบคลุมทั้งเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการซ่อมสุขภาพ(รักษาพยาบาล) มีภารกิจ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการให้บริการทั้งในและนอกสถานที่ โดยคำนึงถึง 1) การดูแลแบบองค์รวม 2) การมีทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน 4) การนำมาตรฐานวิชาชีพ มาสู่การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ให้และผู้รับบริการ

ภาระหน้าที่ของ รพ.สต. คือ การบริการเชิงรุก โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบริการรพ.สต. มีหน้าที่ในการช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ และให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน กลายเป็นระบบที่กลมกลืนไปกับวิถีชีวิตตามปกติของชาวบ้าน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รพ.สต.ทำหน้าที่เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง ที่มีทั้งมาตรฐานและจริยธรรมที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด

ชุดบริการเชิงรุก รพ.สต.

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6 ปัจจัย คือ เพศศึกษา สุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ / ยาสูบ อุบัติเหตุ การบริโภคอาหาร การสุขาภิบาลอาหาร การออกกำลังกายและสุขบัญญัติ
2. การเฝ้าระวังโรค การสอบสวนโรค และภัยสุขภาพ
3. การวางแผน ค้นหา ประเมิน และติดตามความเสี่ยงด้านสุขภาพประชาชน ตามกลุ่มอายุ โดยใช้หลักการ PDCA (Plan, Do, Check, Act)

4. การอนามัยสิ่งแวดล้อม
 5. การดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามหลักการ HHC (Home Health Care) โดยการร่วมมือกับ อสม. และญาติ โดยทีมสหวิชาชีพ
 6. การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต(End of Life Care)
 7. การดูแลประชาชนในพื้นที่ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง
- การให้บริการเชิงรุก อย่างน้อยควรประกอบด้วยบริการ 5 รูปแบบ ได้แก่**
1. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม
 2. การคัดกรองสุขภาพและการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่
 3. บริการสุขภาพครอบครัวแบบองค์รวม
 4. การมีส่วนร่วมชุมชน
 5. ทีมสุขภาพดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.3.1.2 นโยบายหรือหลักการสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคของ สปสช. ปี 2553

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินงานบริการและสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปี 2553 เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนทุกสิทธิในทุกพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยเป็นการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบุคคลและครอบครัว มุ่งเน้นให้มีการกระจายงบประมาณลงสู่พื้นที่อย่างเป็นธรรม ส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นหน่วยบริการและสถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่เหมาะสมในการให้บริการมากขึ้น โดยการจ่ายเงินตามผลงานและความครอบคลุมของการให้บริการเพื่อให้เกิดการให้บริการได้อย่างแท้จริงและสามารถผลักดันให้มีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ อย่างมีประสิทธิภาพ

งบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2553 ได้รับการจัดสรรเบื้องต้น 271.9 บาทต่อประชากร สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 47.2397 ล้านคน ซึ่งในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำเป็นต้องจัดให้มีบริการดังกล่าวครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนทุกสิทธิ ดังนั้น ในการจัดสรรเงินสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่หน่วยบริการจึงคำนวณตามฐานข้อมูลประชากรทั้งประเทศ คิดเป็น 199.22 บาท ต่อประชากรไทยทุกสิทธิ(64.446 ล้านคน) ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการบริหารจัดการงบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. งบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ(P&P National Priority Program and Central Procurement)
2. งบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services)
3. งบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่(P&P Area-based services)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายหัว ปีงบประมาณ 2553 ในอัตราเหมาจ่าย 2,401.33 บาทต่อประชากร สำหรับประชากรผู้มีสิทธิจำนวน 47,2397 ล้านคนและดำเนินการจัดสรรตามประเภทบริการของกองทุนย่อยดังตารางที่ 2.2.1

ตาราง 2.2.1 รายการและอัตราการจ่ายค่าชดเชยบริการตามผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับ งบ PP Expressed demand ปี 2553

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราการจ่าย ค่าชดเชยบริการ (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการเบิก/ จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/แนวทางการจัดสรร	ข้อสรุปจากการประชุมร่วม (สำนัก IT, Claim, สบง. และ P&P)
1. ANC					
1.1) ANC ครั้งแรกอายุครรภ์ <= 12 wk.	หญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ	500 บาท/คน	โปรแกรม e-claim	- จ่ายเพียงครั้งเดียวแก่หน่วยบริการที่มีการให้บริการและต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ต้องครบถ้วน	- เป็นการจ่ายเพิ่มเติม (on top)
				1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล	- การบริการฝากครรภ์ได้มีการเหมาจ่ายค่าบริการแล้ว
				2) เลขประจำตัวประชาชน	- โปรแกรมจะ Lock ที่ 90 วัน โปรแกรมจะรับข้อมูลที่มีการให้บริการที่ <= 90 วัน เท่านั้น
				3) สิทธิการรักษาพยาบาล	- การลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้บันทึกว่าปกติ/ผิดปกติเท่านั้น ไม่ต้องลงค่าตัวเลข แต่ต้องมีผลการตรวจครบทุกรายการที่กำหนด ถ้าไม่ครบไม่รับข้อมูลเข้ามาในระบบ
				4) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ	<u>ยกเว้น</u> สิทธิประกันสังคมจะไม่ถูก Lock อายุครรภ์ที่มารับบริการ จะรับข้อมูลเข้ามาทั้งหมดแต่จะทำการตรวจสอบสิทธิจากการส่งเงินสมทบอีกครั้งหนึ่ง
				5) วัน เดือน ปีของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM)	
				6) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hct/Hb, VDRL, HIV, Thalassemia (ผลตรวจคัดกรองเบื้องต้น), HBs Ag	
				- จัดสรรค่าชดเชยบริการแก่หน่วยบริการ (cup) รายเดือน	

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราการจ่าย ค่าชดเชยบริการ (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการเบิก/ จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/แนวทางการจัดสรร	ข้อสรุปจากการประชุมร่วม (สำนัก IT,Claim,สบก.และP&P)
1.2) ANCสำหรับสิทธิ ประกันสังคม (ที่ยังไม่ได้รับความ คุ้มครองจากกองทุนประกันสังคม)	เฉพาะหญิงตั้งครรภ์ สิทธิประกันสังคม (ส่งเงินไม่ครบ 7 เดือน)	- ANC ครั้งแรกราย ละไม่เกิน 1,200 บาท	โปรแกรม e- claim	- ต้องเป็นผู้ที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม	
		- ANC ครั้งต่อไปราย ละไม่เกิน 400 บาท		- ต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน	
				1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล	
				2) เลขประจำตัวประชาชน	
				3) สิทธิการรักษาพยาบาล	
				4) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ	
				5) วัน เดือน ปีของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP)	
				6) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hct/Hb, VDRL, HIV, Thalassaemia (ผลตรวจคัดกรองเบื้องต้น) ,HBs Ag	
				- จัดสรรค่าชดเชยบริการแก่หน่วยบริการ (cup) รายเดือน	
2. การตรวจเยี่ยมหลังคลอด (PNC)	สิทธิ UC	- รายละไม่เกิน 150 บาท (ไม่รวมคัต กรอมะเร็งปาก มดลูก)	โปรแกรม e- claim	- การตรวจสุขภาพหลังคลอด หมายถึง การเข้ารับการตรวจ ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ภายหลังการคลอดบุตร โดยสามารถ เบิกค่าตรวจได้เพียงครั้งเดียว	- สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (csmb) สามารถเบิกได้ตามสิทธิ
	สิทธิประกันสังคม (SSS ส่งเงินสมทบ ไม่ครบ 7 เดือน)			- ต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน	- ในโปรแกรม e-claim จะเป็น pop up ให้เลือกเลยว่าเป็นบริการตรวจหลังคลอด แต่โปรแกรมจะ Lock ว่า ถ้ามารับบริการเกิน 12 wk.(ดูจากวันคลอด กับวันที่มารับบริการ) โปรแกรมจะไม่รับข้อมูล ถือว่าไม่ใช่บริการตรวจหลังคลอด

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราค่าจ่าย ค่าชดเชยบริการ (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการเบิก/ จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/แนวทางการจัดสรร	ข้อสรุปจากการประชุมร่วม (สำนัก IT,Claim,สบก.และP&P
					แล้ว
				1) เลขรหัสหน่วยบริการ	
				2) เลขประจำตัวประชาชน	
				3) สิทธิการรักษาพยาบาล	
				4) วัน/เดือน/ปี ที่คลอดบุตร	
				5) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ	
				- จัดสรรค่าชดเชยบริการแก่หน่วยบริการ (cup) เป็นรายเดือน	
3. บริการวางแผนครอบครัว	เฉพาะสิทธิ CSMBS & SSS (NON - UC)	ยาเม็ด = 40 บาท,	โปรแกรม e- claim สำหรับ รพ. และ 18 แฟ้ม สำหรับ สอ.	- ต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ต้องครบถ้วน	สิทธิ UC จัดสรรพร้อมงบเหมาจ่ายราย หัว
		ยาฉีด = 60 บาท,		1) เลขรหัสหน่วยบริการ	
		ห่วง = 500 บาท,		2) เลขประจำตัวประชาชน	
		ยาฝัง = 2,200 บาท		3) สิทธิการรักษาพยาบาล	
		(ต่อคนต่อครั้ง)		4) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ	
				5) ชนิดของการคุมกำเนิด	
				- จัดสรรค่าชดเชยบริการ	
				* Cup จัดสรรตรงหน่วยบริการ (รายเดือน)	
				* สอ. จัดสรรผ่าน สสจ. (รายไตรมาส)	
4. บริการวัคซีน	ประชาชนไทยทุก สิทธิ	10 บาท/ครั้ง (ยกเว้น OPV)	18 ,12+8 แฟ้ม	- ข้อมูลประกอบด้วย :	วัคซีนสนับสนุนโดยบNPP
				1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล	
				2) เลขประจำตัวประชาชน	

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราการจัดจ่าย ค่าชดเชยบริการ (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการเบิก/ จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/แนวทางการจัดสรร	ข้อสรุปจากการประชุมร่วม (สำนัก IT,Claim,สบก.และP&P)
				3) สิทธิการรักษาพยาบาล	
				4) วัน เดือน ปีเกิด	
				5) วัน เดือน ปีที่รับบริการฉีดวัคซีน	
				6) ชนิดวัคซีนที่ได้รับตามรหัสมาตรฐานผนวก 3	
				ในกรณีเด็กแรกเกิดที่ยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชนเฉพาะวัคซีน BCG(010) และHBV1 (041) ให้ลงเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN)	
				- การจ่ายชดเชยเป็นรายไตรมาส โดยจ่ายผ่าน สปสช.สาขา จังหวัด	
6. การตรวจสุขภาพช่องปากใน เด็ก					
6.1) การตรวจสุขภาพช่องปาก	เด็กทุกสิทธิ (ป.1 ป.3 และป.6)	7 บาท/คน	Sealant Program	- ให้บริการโดยทันตบุคลากร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้ให้เป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนดโดยกรม อนามัย	
6.2) การเคลือบหลุมร่องฟัน	เด็กทุกสิทธิ ป.1 (ฟัน กรามแท้ซี่ที่ 1) และ ป.6 (ฟันกรามแท้ซี่ที่ 2)	130 บาท/ซี่	Sealant Program	- ให้บริการโดยทันตบุคลากร ทั้งที่จัดในสถานพยาบาลและนอก สถานพยาบาล	- ฟันซี่ที่ได้รับการทำ Sealant และ เบิกจ่ายแล้ว เมื่อมีการหลุด/แตกหัก ต้อง ได้รับการซ่อมแซม โดยไม่สามารถเบิก ค่าชดเชยซ้ำได้
				- หน่วยบริการที่ให้บริการแล้วต้องบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและ ครบถ้วนใน Sealant Program ดังนี้	- จัดสรรรายเดือน (โอนผ่าน สสจ.)
				1) เลขบัตรประชาชน	
				2) สังกัดของรร.	
				3) วัน/เดือน/ปี ที่ให้บริการ	
				4) รหัสหน่วยบริการ	
				5) ผลการตรวจสุขภาพช่องปาก	

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราการจ่าย ค่าชดเชยบริการ (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการเบิก/ จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/แนวทางการจัดสรร	ข้อสรุปจากการประชุมร่วม (สำนัก IT,Claim,สบก.และP&P)
				6) ผลการให้บริการ Sealant (กรณีทำ Sealant)	
				7) ชื่อผู้ให้บริการ	
				8) เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะของทันตแพทย์ที่รับผิดชอบ	
7. การคัดกรองความเสี่ยง 4โรค	ประชาชนทุกสิทธิ (โรคอ้วน กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป DH,HT,Stroke กลุ่ม 35 ปีขึ้นไป)	50 บาท/ราย	โปรแกรมPPIS	จ่ายครั้งเดียว 50 บาทเมื่อตรวจสอบ	- ITปรับโปรแกรมการคัดกรองสอดคล้อง กับรูปแบบคัดกรองปี 53 และImplement ได้ภายในวันที่ 6 ต.ค. 52
				- PIDต้องไม่ซ้ำกับที่ได้มีการบันทึกผลในโปรแกรมแล้วในปี เดียวกัน	- กองทุน PP ออกแบบระบบรายงาน เพื่อให้ITพัฒนาโดยข้อมูลรายงานมุ่งเน้น ผลงานเชิงปริมาณและคุณภาพ ในส่วน รายงานให้Implement ได้ในเดือน พฤศจิกายน
				- มีการบันทึกข้อมูลดังนี้	- สำนักITตรวจสอบข้อมูลและแจ้งสำนัก ชดเชยฯเพื่อเบิกจ่ายให้ตามเงื่อนไขที่ กำหนด
				1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เลขประจำตัวประชาชน (PID) รหัสหน่วย บริการที่คัดกรอง (Hcode) วัน เดือน ปี ที่คัดกรอง	
				2. ข้อมูลผลการคัดกรองทั้งในส่วนที่สัมภาษณ์โดยบุคลากร สาธารณสุข ผลการตรวจร่างกายและผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ ตามแบบการตรวจคัดกรองที่ สปสช. กำหนด โดยการตรวจขึ้นกับ ปัจจัยเสี่ยงของแต่ละโรคตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติของ องค์กรวิชาชีพในประเทศไทย	
8. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง	ประชาชนทุกสิทธิ	ไม่เกิน 200 บาท/	โปรแกรมPPIS	การจัดสรรสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ให้เป็นไปตาม	- เป็นการบริหารจัดการในรูปแบบ

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราการจัด ค่าชดเชยบริการ (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการเบิก/ จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/แนวทางการจัดสรร	ข้อสรุปจากการประชุมร่วม (สำนัก IT,Claim,สบก.และP&P)
4 กลุ่มโรค		ราย ทั้งนี้ขึ้นกับความ เหมาะสมและการ พิจารณาของ สปสช. เขตตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนด ในคู่มือฯ		ข้อกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไข และแบบตัวอย่างโครงการตาม ผนวก 5 โดยแบ่งการจัดสรรเป็น 2 งวด ดังนี้	โครงการ
				<u>งวดที่ 1</u> 75 % ภายในเดือนมี.ค.เมื่อ	- การอนุมัติและออกเลขรหัสโครงการให้ ดำเนินการในระดับเขตเท่านั้น
				1. มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเข้าร่วมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	- การดำเนินงานโครงการเน้นให้ทำใน หน่วยบริการซึ่งจะดูแลกลุ่มเสี่ยงจากการ คัดกรองความเสี่ยงแล้วเข้าข่ายต้องเข้า โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 1 หน่วยบริการต่อ 1 โครงการ
				2. โครงการที่ผ่านการอนุมัติแล้วจากสปสช.เขต	- ทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงสามารถเพิ่ม ปรับ เปลี่ยนได้ตามการปฏิบัติงานจริง
				3. มีการลงผลการคัดกรอง Confirm screening ของกลุ่มเสี่ยงลง ในโปรแกรมPPIS	-สำนักITร่วมกับกองทุนP&Pพัฒนา โปรแกรมการบันทึกโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อ Metabolic Disease ปี 2553
				4. มีการบันทึกโครงการในโปรแกรมPISSเพื่อออกเลขรหัส โครงการ	- การเบิกจ่ายดำเนินการโดย สปสช.เขต ตรวจสอบรายละเอียดเบื้องต้นและแจ้ง เบิกไปยัง สบก.ผ่าน กองทุนPPเพื่อ กำกับ ติดตาม
				<u>งวดที่ 2</u> 25 % ภายในเดือนพ.ย.เมื่อ	

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราการจัดจ่าย ค่าชดเชยบริการ (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการเบิก/ จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/แนวทางการจัดสรร	ข้อสรุปจากการประชุมร่วม (สำนัก IT, Claim, สนท. และ P&P)
				1. หน่วยบริการบันทึกผล FBS /BP /MBI /เส้นรอบพุง ของ เป้าหมายกลุ่มเสี่ยงในโครงการทุกราย ลงโปรแกรม PPIS ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว 6 เดือน	
				2. ข้อมูลผลงานที่ผ่านการตรวจสอบแล้วเท่านั้นที่ได้รับการ พิจารณาเบิกจ่าย ทั้งนี้PIDต้องไม่ซ้ำกับPIDที่ได้รับการคัดกรอง ไปแล้วในปีเดียวกัน	
9. การตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก	หญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี	- Pap smear 250 บาท/ราย	โปรแกรม Cervical screening	- ผู้ให้บริการต้องบันทึกข้อมูลประกอบด้วย :	
	สิทธิ UC	- VIA 70 บาท/ราย		1. รหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล (Hcode)	
	สิทธิประกันสังคม (SSS)	- การฉีดวัคซีน 160 บาท/ราย		2. ชื่อหน่วยบริการ/สถานพยาบาล	
				3. เลขประจำตัวประชาชน	
				4. ชื่อ-สกุลผู้รับบริการ	
				5. วัน เดือน ปีเกิด	
				6. สิทธิการรักษาพยาบาล	
				7. วัน เดือน ปีที่รับบริการ	
				8. ผลการตรวจคัดกรอง (ทั้ง Pap smear หรือ VIA) (เซลล์วิทยา ในกรณีทำ Pap smear หรือผล VIA)	
				- การจ่ายชดเชยเป็นรายไตรมาสโดยจ่ายผ่าน สปสช.สาขาจังหวัด	
10. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ หลอดเลือด)	300 บาท/ราย/ปี (เฉพาะรายที่มีผล การประเมินด้วย 9 คำถาม 7)	โปรแกรม สารสนเทศการ ดูแลเฝ้าระวัง โรคซึมเศร้า	- ผู้ให้บริการต้องบันทึกข้อมูลประกอบด้วย	

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราการจ่าย ค่าชดเชยบริการ (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการเบิก/ จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/แนวทางการจัดสรร	ข้อสรุปจากการประชุมร่วม (สำนัก IT, Claim, สนท. และ P&P)
	สมอง และไตวาย เรื้อรัง)		ระดับจังหวัด		
				1. รหัสหน่วยบริการ (Hcode)	
				2. ชื่อหน่วยบริการ/สถานพยาบาล	
				3. รหัส ICD-10 โรคเรื้อรัง	
				4. เลขประจำตัวประชาชน	
				5. ชื่อ-สกุลผู้รับบริการ	
				6. วัน เดือน ปีเกิด	
				7. สิทธิการรักษาพยาบาล	
				8. วัน เดือน ปีที่รับบริการตรวจประเมิน และให้สุขภาพจิตศึกษา	
				9. ผลการตรวจประเมินด้วย 9 คำถาม และหรือ 8 คำถาม	
				- การจ่ายชดเชยเป็นรายไตรมาส โดยจ่ายผ่าน สปสช.สาขา จังหวัดแบ่งจ่าย 2 งวด	
				งวดที่ 1 จ่าย 200 บาท เมื่อดำเนินกิจกรรม ประเมินด้วย 9 คำถาม และหรือ 8 คำถาม และให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม	
				ครั้งที่ 2 จ่าย 100 บาท เมื่อดำเนินกิจกรรมติดตามประเมินด้วย 9 คำถาม และหรือ 8 คำถาม อย่างต่อเนื่องทุกเดือน อย่างน้อย 4 ครั้ง และมีการประเมินด้วย 9 คำถาม และหรือ 8 คำถาม (ตาม แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดของกรม สุขภาพจิต)	

2.3.1.3 แนวทางการติดตามกำกับ และประเมินผล

สปสช.กำหนดให้มีการจัดทำรายงานความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส โดยหน่วยงานที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเป็นผู้ดำเนินการจัดทำรายงานตามที่มีการตกลงร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบในกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นไปตามลักษณะเนื้อหา รวมทั้งตัวชี้วัดของแผนงาน/โครงการ ต่าง ๆ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทราบและเผยแพร่แก่หน่วยงานบริการ ทราบต่อไป

บทบาทหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและได้รับงบประมาณสนับสนุนเพื่อ การดำเนินงานดังกล่าวข้างต้นภายในกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทดำเนินการดังนี้

1. ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ/หรือ หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กำหนดและจัดทำ แผนงานหรือโครงการ เป้าหมาย กิจกรรม และการประเมินผล
2. จัดทำคู่มือแนวทางและชี้แจงการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการข้างต้นแก่พื้นที่และ หน่วยบริการ
3. ดำเนินการจัดซื้อหรือจัดหา วัสดุ เวชภัณฑ์ ตามที่กำหนดข้างต้นรวมถึงการกระจายลงสู่ พื้นที่แกหน่วยบริการตามระบบช่องทางที่กำหนด
4. ประสานงานกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการภาพรวม ระดับประเทศ
5. วิเคราะห์และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส และสรุปรายงานประจำปีเสนอ ต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. โดยกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมี บทบาทดำเนินงานดังนี้

1. ร่วมจัดทำแผนงานหรือโครงการกับกระทรวงสาธารณสุขและ/หรือ หน่วยงานหรือองค์กรที่ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. จัดทำงบประมาณสนับสนุนตามแผนงานหรือโครงการที่ผ่านการเห็นชอบร่วมกันและมีมติ เห็นชอบโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. ชี้แจงการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต พื้นที่
4. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานหรือ โครงการข้างต้น
5. รวบรวมวิเคราะห์และสรุปรายงานผลการดำเนินงานเป็นรายไตรมาสตามรายงานที่ได้ตกลง ร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุข เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระดับเขตพื้นที่ หมายถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ สำนักงานตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิชาการเขตของกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทดำเนินการดังนี้

1. ประสานงานการดำเนินงาน ตามแผนงาน/โครงการ กับหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานในระดับพื้นที่
2. จัดทำแผนกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในรูปของคณะทำงานจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันในระดับเขตและดำเนินการตามแผน
3. สรุป วิเคราะห์ และจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รวมถึงข้อจำกัด ส่งให้ อปสข. และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแห่งชาติรับทราบเป็นรายไตรมาส

ระดับจังหวัด หมายถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)และคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด มีบทบาทดำเนินการดังนี้

1. จัดทำแผนกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในรูปของคณะทำงานร่วมกันในระดับจังหวัดที่มาจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการตามแผน
2. จัดทำแผนกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในรูปของคณะทำงานร่วมกันในระดับจังหวัดที่มาจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการตามแผน
3. สรุป วิเคราะห์ และจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รวมถึงข้อจำกัดส่งให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับจังหวัด ส่งให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับจังหวัด และ อปสข. และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแห่งชาติ เป็นรายเดือน และรายไตรมาส

หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หมายถึง สถานพยาบาลของรัฐทุกสังกัด หน่วยงานภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือมูลนิธิ มีบทบาทดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ ตำบล และของหน่วยบริการตามแนวทางที่ส่วนกลาง และจังหวัดกำหนด รวมทั้งการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด
2. จัดทำแผนกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในรูปของคณะทำงานร่วมกันในระดับอำเภอที่มาจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการตามแผน
3. สรุปวิเคราะห์และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานรวมถึงข้อจำกัดส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดและคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดทุกเดือน

2.3.1.4 ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประสิทธิผล (Effectiveness) หมายถึงผลสำเร็จ ของงานเป็นไปตามความมุ่งหวัง (purpose) ที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย ดังนั้น ในประเด็นของความมีประสิทธิภาพ จึงมุ่งเน้นไปที่การพิจารณาจุดสิ้นสุดของกิจกรรมหรือการดำเนินงานว่าได้ตาม ที่ตั้งไว้ หรือไม่ ซึ่งมักจะมีตัวชี้วัด (indicator) ที่ชัดเจน ส่วนประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม หรือการดำเนินงาน นั่นคือ พิจารณากระบวนการดำเนินงานว่า ก่อให้เกิดสิ่งเหล่านี้หรือไม่ เช่น 1.ความประหยัด (Economy) ไม่ว่าจะเป็นการประหยัดต้นทุน (Cost) ประหยัดทรัพยากร (Resources) หรือ

ประหยัดเวลา (Time) ความรวดเร็ว 2.ทันตามกำหนดเวลา (Speed) 3. ความมีคุณภาพ (Quality) ซึ่งพิจารณาทั้งกระบวนการตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (input) หรือวัตถุดิบ ต้องมีการคัดสรรอย่างดี กระบวนการทำงาน/กระบวนการผลิต (process) ที่ดี จนกระทั่งได้ผลผลิต (output) ที่ดี

ปัจจุบันในทางปฏิบัติ สปสช. ได้กำหนดตัวชี้วัดผลผลิต เพื่อให้สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต้องรายงานอยู่แล้ว โดยตัวชี้วัดส่วนใหญ่มักเป็นเชิงประสิทธิผลของการดำเนินงาน เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น โดยสามารถใช้ข้อมูลนี้ประเมินความมีประสิทธิภาพได้หากนำไปคำนวณเปรียบเทียบต่อการจ่ายหรืองบประมาณที่จัดสรรให้แก่หน่วยคู่สัญญานั้นๆ

(1) งานอนามัยมารดา

จากฐานข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินผลงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าการดูแลมารดาก่อนคลอดและการดูแลมารดาหลังคลอดปี 2550-2551 มีจำนวนลดลง การคลอดธรรมชาติลดลงตั้งแต่ปี 2549-2552 ปัจจัยหนึ่งที่สามารถอธิบายได้น่าจะเกิดจากผลสำเร็จของการรณรงค์คุมกำเนิด ขณะที่การคลอดผิดปกติมีร้อยละที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 29 ในปี 2551 กรณีจำนวนเด็กเกิดมีชีพหลังจากปี 2548 พบว่ามีจำนวนลดลงเมื่อเทียบกับปี 2548 ซึ่งเมื่อคำนวณอัตราการเกิดมีชีพเทียบกับจำนวนการคลอดพบว่ามีร้อยละ 99 ขึ้นไป ดังตารางที่ 2.2.2

(2) งานอนามัยเด็ก 0-5 ปี

จากข้อมูลระบบรายงาน 0110 รง 5 ปี 2547-2551 พบว่า จำนวนและอัตราความครอบคลุมในการตรวจสุขภาพเด็กเล็ก มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2548 ส่วนจำนวนรายงานการได้รับวัคซีนคอตีบไอกรน และบาดทะยักมีจำนวนลดลงเช่นกัน ขณะที่จำนวนการรายงานได้รับวัคซีนวันโรค มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่วนภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5 มีแนวโน้มของความผิดปกติเพิ่มขึ้นทั้งบกพร่องโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน ดังตารางที่ 2.2.3

ตาราง 2.2.2 กิจกรรมอนามัยมารดาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2551

รายการ	2546	2547	2548	2549	2550	2551
ดูแลมารดาก่อนคลอด (คน)*	1,281,226	1,357,913	1,716,238	1,727,781	1,431,055	1,375,589
ดูแลมารดาหลังคลอด (คน)*	413,288	367,378	436,502	484,486	424,651	419,202
จำนวนการคลอดปกติ (ครั้ง)	488,047	462,981	529,956	499,549	449,421	447,945
จำนวนการคลอดผิดปกติ (ครั้ง)	152,672	151,386	195,523	198,100	174,155	180,312
ร้อยละการคลอดผิดปกติ	23.83	24.64	26.95	28.40	27.93	28.70
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ (คน)	636,469	611,175	721,685	694,196	620,046	628,257
อัตราการเกิดมีชีพ	99.34	99.48	99.48	99.51	99.43	100.00

ที่มา : รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 2.2.3 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ปีงบประมาณ 2547-2551

รายการ	2547	2548	2549	2550	2551
1. จำนวนเด็ก อายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ	4,099,352	4,449,298	3,314,761	2,962,332	2,645,698
1.1 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ	91.85	94.95	71.92	64.13	55.21
1.2 เด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีน DPT (ครั้ง)	2,138,314	2,769,930	2,722,218	2,683,059	2,477,963
1.3 เด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีน BCG (ครั้ง)	527,982	636,549	660,426	682,048	685,048
2. สภาวะโภชนาการกลุ่มอายุ 0-5 ปี					
2.1 จำนวนเด็กที่มีภาวะโภชนาการบกพร่อง(ร้อยละของผู้ได้รับการประเมิน)	245,690 (ร้อยละ 5.99)	320,794 (ร้อยละ 7.21)	447,024 (ร้อยละ 13.49)	445,219 (ร้อยละ 15.03)	489,191 (ร้อยละ 18.49)
2.2 จำนวนเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน (ร้อยละของผู้ได้รับการประเมิน)	110,909 (ร้อยละ 2.71)	283,865 (ร้อยละ 6.38)	360,016 (ร้อยละ 0.86)	387,443 (ร้อยละ 13.08)	424,524 (ร้อยละ 16.05)

ที่มา : รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(3) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุต่าง ๆ

การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุ 6-14 ปี ในปีงบประมาณ 2551 มีจำนวนและ ครอบคลุม น้อยลง การได้รับวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันมีจำนวนลดลง และสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะโภชนาการทั้ง บกพร่องและเกินมีสัดส่วนที่มากขึ้น ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ทั้งการตรวจสุขภาพ ประจำปี การคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก การคัดกรองมะเร็งเต้านม การให้บริการส่งเสริมทางทันตกรรม และการเยี่ยมบ้าน มีจำนวนและครอบคลุมมากขึ้น และพบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีภาวะโภชนาการที่

ผิดปกติก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นด้วย ขณะที่บริการวางแผนครอบครัวมีจำนวนลดลง ดังตารางที่ 2.2.4

ตาราง 2.2.4 การส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอายุต่าง ๆ ปีงบประมาณ 2547-2551

รายการ	2547	2548	2549	2550	2551
1. ผู้ได้รับการตรวจประเมินสุขภาพ 6-24 ปี / 6-14 ปี *	3,557,261	5,008,762	4,351,134	3,741,585	3,177,259
1.1 ร้อยละความครอบคลุมประชากรอายุ 6-24 ปี / 6-14 ปี*	19.11	27.20	23.58	43.22	38.77
1.2 กลุ่มอายุ 6-24 ปี / 6-14 ปี*ที่ได้รับวัคซีน MMR	448,192	526,103	479,721	399,968	365,809
1.3 กลุ่มอายุ 6-24 ปี / 6-14 ปี*ที่มีภาวะโภชนาการบกพร่อง(ร้อยละของผู้ได้รับการประเมิน)	282,979 (ร้อยละ 7.95)	320,059(ร้อยละ 6.39)	375,931(ร้อยละ 5.56)	350,957(ร้อยละ 9.38)	364,750 (ร้อยละ 11.48)
1.4 กลุ่มอายุ 6-24 ปี / 6-14 ปี*	274,350	184,322	241,835	229,925	225,786
จำนวนเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน(ร้อยละของผู้ได้รับการประเมิน)	(ร้อยละ 7.71)	(ร้อยละ 3.68)	(ร้อยละ 8.64)	(ร้อยละ 6.15)	(ร้อยละ 7.11)
2. จำนวนผู้ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี อายุ 25 ปีขึ้นไป / 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละความครอบคลุม ประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไป/15 ปีขึ้นไป)	4,961,600 (ร้อยละ 12.67)	9,088,171 (ร้อยละ 22.76)	10,030,689 (ร้อยละ 26.54)	10,367,749 (ร้อยละ 20.63)	10,070,476 (ร้อยละ 19.76)
2.1 จำนวนผู้มีภาวะโภชนาการบกพร่อง การประเมิน (ร้อยละของผู้ได้รับ)	156,873 (ร้อยละ 3.16)	276,280 (ร้อยละ 3.04)	474,624 (ร้อยละ 4.73)	600,761 (ร้อยละ 5.79)	827,421 (ร้อยละ 8.22)
2.2 จำนวนผู้มีภาวะโภชนาการเกิน(ร้อยละ ของผู้ได้รับการประเมิน)	371,610 (ร้อยละ 7.49)	689,792 (ร้อยละ 7.59)	1,098,899 (ร้อยละ 10.96)	1,414,997 (ร้อยละ 3.65)	1,902,760 (ร้อยละ 18.89)
3. ผู้รับบริการวางแผนครอบครัว	5,936,779	6,386,617	5,616,729	5,405,516	5,179,420
4. ผู้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (คน)	1,333,748	1,656,705	1,841,173	1,801,371	1,903,368
5. ผู้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม (คน)	3,690,017	6,623,294	7,254,948	7,508,514	9,460,820
6. การให้บริการส่งเสริมทันตกรรม	4,143,510	4,994,820	6,072,268	5,509,900	5,579,299
7. ผู้ได้รับการเยี่ยมบ้าน (คน)	8,256,473	8,973,769	10,356,509	11,848,838	12,394,806

ที่มา : รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(4) การค้นหาผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่มีผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพ (Metabolic diseases)

โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะหลอดเลือดในสมองอุดตัน หรือโรคอ้วนจากภาวะโภชนาการเกิน ฯลฯ ล้วนเป็นภาวะ หรือโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และนำไปสู่การเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ อย่างไรก็ตาม กลุ่มโรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในปี 2551 พบผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วนและอันตรายจากภาวะเส้นเลือดในสมองอุดตัน ดังตารางที่ 2.2.5

ตาราง 2.2.5 จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงและจำนวนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปี 2551

จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง (คน)	จำนวนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค (%)			
	เบาหวาน (DM)	ความดันโลหิตสูง (HT)	หลอดเลือดสมอง (Stroke)	อ้วน (Obesity)
9,112,925	2,859,513 (31.38%)	3,890,032 (42.69%)	2,443,130 (26.81%)	3,439,018 (37.74%)

ที่มา : รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการตรวจเพื่อคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวได้สนับสนุนให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามโครงการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคจำนวน 1,905,406 คนหรือร้อยละ 15.08 ของผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งหมดดังตารางที่ 2.2.6

ตาราง 2.2.6 จำนวนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและจำนวนผู้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

โรคที่อาจเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง(คน)	จำนวนผู้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง	
		คน	ร้อยละ
เบาหวาน (DM)	2,859,513	583,553	20.41
ความดันโลหิตสูง (HT)	3,890,032	601,414	15.46
หลอดเลือดสมอง (Stroke)	2,443,130	310,209	12.70
อ้วน (Obesity)	3,439,018	410,250	11.93
รวม	12,631,693	1,905,406	15.08

ที่มา : รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุข อย่างไรก็ตามสามารถป้องกันได้จากการสร้างความตระหนักในการป้องกันการเกิดโรค การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การมีคุณภาพการรักษาที่ถูกต้อง การลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยพัฒนาและสร้างรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลโรคเบาหวาน และเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อควบคุมสถานการณ์อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย สปสช. ได้ดำเนินการโครงการนำร่องดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจร

1) เน้นการจัดการเชิงรุก โดยนำข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงในประชากรมาบริหารจัดการความรู้ ทักษะ และควบคุมปัจจัยความเสี่ยง

2) จัดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย เน้นที่การป้องกันปฐมภูมิในครอบครัวและเครือข่าย การป้องกันทุติยภูมิ ด้วยการประกาศใช้แนวเวชปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการดูแลผู้ป่วย

โรคเบาหวาน และการป้องกันตติยภูมิ ได้แก่ การปรับพฤติกรรมในระหว่างฟื้นฟู หลังการรักษา

3) พัฒนาความร่วมมือกับหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ประสานงานโรค (Case Manager) ในพื้นที่

4) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และกลไกที่เป็นต่อการจัดโปรแกรม Disease Management ได้แก่ ระบบการจัดการสารสนเทศ (Clinical Information System), ระบบการเฝ้าระวัง, ระบบการวิจัยและพัฒนา จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยและคู่มือผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดตามความก้าวหน้าการรักษาและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นในการดูแลตนเองได้

5) กำหนดแนวทางการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ

6) สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย และระบบส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางการจัดการภาวะโรคเบาหวาน โดยความร่วมมือจากองค์กรภาคีต่างๆ รวมถึงภาคประชาชน

ผลการดำเนินงาน ในปี 2551 ดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยนำร่องในพื้นที่ 3 จังหวัด 2 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดแพร่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย และอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ มีประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองโรค 1,382,820 ราย โดยพบกลุ่มเสี่ยงสูง 31,099 ราย เข้าสู่ระบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและการเฝ้าระวังโรค และผู้ป่วยรายใหม่ 7,450 ราย เข้าสู่ระบบการรักษาเพื่อป้องกันภาวะลุกลามของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องต่างๆ

(5) การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

เพื่อการป้องกันโรคมะเร็งที่สำคัญในสตรี สปสช.ได้ดำเนินการโครงการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่มีอายุ 35-60 ปี โดยได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2548-2551 มีสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 2,999,442 คน คิดเป็นร้อยละ 33.29 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย 9,009,807 คน จากการดำเนินการคัดกรองดังกล่าว ช่วยให้สามารถค้นพบผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ จำนวน 37,333 ราย และสนับสนุนให้ผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติดังกล่าวได้รับการส่งต่อและบำบัดรักษาทุกราย

2.3.1.5 ผลการปฏิบัติงาน/บทเรียนหรือบริหารจัดการส่งเสริมป้องกันในระดับพื้นที่ ของ ไทย

จากยุทธศาสตร์ สปสช. ประชาชนเข้าถึง และได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานและกลยุทธ์สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิฯ จึงมีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในปี 2551 ดังนี้

(1.1) การเพิ่มศักยภาพและขยายบริการ มีหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ มากขึ้น

(1.2) โครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตชนบท มีศูนย์แพทย์ชุมชนแบบมีแพทย์ให้บริการประจำและเต็มเวลาเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 88 แห่ง ในปี 2549 เป็น 134 และ 164 แห่ง ในปี 2550 และ 2551 ตามลำดับ

(1.3) โครงการพัฒนา รพ. “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” (ปี 2549-2550)

มีหน่วยบริการเข้าร่วม จำนวน 15 แห่ง ใน 13 จังหวัด และในปี 2551 เป็นการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพื่อพัฒนา รพ.ขนาดใหญ่ (การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง) มีหน่วยบริการ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผ่านมา มีแนวโน้มให้น้ำหนักผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนด เจ้าหน้าที่ยึดแผนงาน โครงการและตัวชี้วัดของส่วนกลาง/สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการแย่งชิงบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช.(งบPP) ออกจากงบปกติหรืองบพัฒนาจังหวัด โดยปัญหาสุขภาพที่พบในพื้นที่นั้นเป็นปัญหาเดียวกันซึ่งแสดงถึงการขาดการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมถึงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยต้าน แหล่งทรัพยากร และข้อมูลของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อขาดภาพของปัญหาที่ชัดเจน การกำหนดเป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ แผนงานและการนำแผนไปสู่การปฏิบัติจึงไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เป็นการปฏิบัติงานตามความเคยชินหรือตามวิถีของส่วนกลางมากกว่าจะปรับแต่งกระบวนการหรือคิดค้นองค์ความรู้ เทคโนโลยีใหม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหา และปัจจัยรอบด้านที่เปลี่ยนไป

แนวคิดของการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก เป็นแนวคิดที่ส่งผลในหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ทุกระดับในการให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นหลัก สามารถใช้ข้อมูลสารสนเทศประกอบการตัดสินใจ รวมทั้งอาศัยองค์ความรู้ที่ละเอียดลึกซึ้งในการกำหนดยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ดำเนินการและทำงานประสานสอดคล้องกันกับทุกฝ่ายทุกระดับให้สามารถเชื่อมโยงผสมผสานแนวคิด ความรู้ เข้ากับบทบาทและทรัพยากรของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการจัดการอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้ แผนบูรณาการเชิงรุก เป็นเครื่องมือ

แผนบูรณาการเชิงรุก หมายถึง แผนที่มีลักษณะดังนี้

1. บูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ หรือมาตรการแก้ไขปัญหา โดยพิจารณาผสมผสานยุทธศาสตร์ระดับประเทศและระดับพื้นที่เข้าด้วยกัน รวมถึงบทบาทของภาคีในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม
2. บูรณาการเชิงการใช้ทรัพยากร ได้แก่ หน่วยงาน งบประมาณ กำลังคน องค์ความรู้จากทุกแหล่งไม่จำกัดเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. บูรณาการเชิงการกำกับ ติดตามและประเมินผล หมายถึง การติดตามและให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ให้บูรณาการไปในทิศทางเดียวกัน โดยเน้นปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นหลัก

ในส่วนของคุณภาพของแผนงาน/โครงการ หน่วยงานต่างๆ สามารถจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงานของหน่วยงานได้ ซึ่งมีดีของคุณภาพประกอบด้วย

1. ด้านการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า การนำเสนอข้อมูลบ่งชี้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างชัดเจนมีความจำเป็นต่อการจัดทำแผน การเสนอปัญหาเรื่องโรค หรือ เสนอข้อมูลตามตัวชี้วัดเท่านั้น อาจทำให้ไขว้เขวไปว่าข้อมูลตามตัวชี้วัด คือปัญหาจริงในพื้นที่ เช่น รายงานกิจกรรม หรือผลงานคัดกรอง เป็นเพียงรายงานข้อมูลเบื้องต้นที่ยังไม่ทราบสาเหตุหรือที่มาของข้อมูล

2. การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ต้องชัดเจน โดยวิเคราะห์จำแนกประชากรกลุ่มเสี่ยงอยู่ในพื้นที่ใด

3. ด้านกลยุทธ์การแก้ปัญหา แนวทางและมาตรการต่างๆ ที่มีผลโดยตรงต่อความสำเร็จของการแก้ไขปัญหา มาตรการจะมีความจำเพาะต่อปัญหาในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีบริบทสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน มาตรการที่ระบุในแผนของจังหวัด อำเภอ และตำบล ส่วนใหญ่ยังล้อตามกิจกรรมที่กำหนดเหมือนกันทั่วประเทศ บางครั้งมาตรการแก้ไขไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย

ในระดับเขตพื้นที่กรอบแนวทางการติดตามประเมินผล จะเน้นกระบวนการทำงาน และการบริหารจัดการเชิงบูรณาการของจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มากกว่าการประเมินผลลัพธ์หรือประเมินตามตัวชี้วัดต่างๆ แนวทางการติดตามประเมินผลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ประกอบด้วย

1. กระบวนการวิเคราะห์สภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมา(Situation Analysis & Review Process)

2. กระบวนการวางแผนแก้ไขปัญหา(Planning Process)

3. กระบวนการนำแผนสู่การปฏิบัติ(Implementation Process)

บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา:

- > ผู้บริหารระดับเขต (สปสช.เขต) จังหวัด (สสจ.) และอำเภอ (ผอ.รพ. สสอ.) และนายกเทศมนตรี สำนักงานเทศบาลนคร/เมือง/ตำบล)
- > ผู้ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (เจ้าหน้าที่ใน รพ. และ PCU/รพ.สต. และผู้อำนวยการกองสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลนคร/เมือง/ตำบล)

พื้นที่ศึกษา: เลือกจังหวัดที่มี สปสช.เขตตั้งอยู่ในแต่ละภาค (ยกเว้นภาคกลาง) ซึ่งเป็นจังหวัดใหญ่ และมีหน่วยงานต่างกระทรวง ได้แก่ เชียงใหม่ อุบลราชธานี สงขลา นครราชสีมา และกรุงเทพมหานคร

3.1 การอภิบาลระบบฯ และศักยภาพองค์กร ประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาเชิงคุณภาพ

7.1.1 การทบทวนวรรณกรรม ในประเด็น แนวคิด หลักการ กระบวนการ กลไก และหลักเกณฑ์ในการอภิบาลระบบสุขภาพตามพันธกิจในการกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนและเป้าหมาย การสนับสนุน การกำกับ การติดตามและประเมินผล ในต่างประเทศและไทย

7.1.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

1) สัมภาษณ์เชิงลึก:

กลุ่มเป้าหมาย ผู้กำหนดระดับเขต (สปสช.เขต) จังหวัด (สสจ. อบจ.)

แนวทางสัมภาษณ์

- การกำหนดยุทธศาสตร์/นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ในแต่ละระดับ) มีแนวคิดหลักการอย่างไร ใช้กลไกใดบ้าง และเป็นไปตามบทบาทของหน่วยงานหรือไม่อย่างไร
- การกำกับ การติดตามประเมินผล ทำให้สามารถรับทราบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยงานปฏิบัติการหรือไม่อย่างไร
- มีกลไก/ระบบสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานปฏิบัติการ หรือไม่อย่างไร
- กลไกการบริหารจัดการ สนับสนุน กำกับ ติดตามและประเมินผล ที่มีอยู่สามารถตอบสนองยุทธศาสตร์ดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร
- ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่กระทบการบริหารจัดการ สนับสนุน กำกับ ติดตามและประเมินผล
- สามารถแก้ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น เกินกำลังความสามารถในระดับของตน หรือไม่อย่างไร
- ควรปรับโครงสร้าง/กลไกเดิม หรือสร้างใหม่ในการอภิบาลระบบฯ หรือไม่อย่างไร

2) สันทนากลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มต่อหนึ่งจังหวัด

2.1) นายกเทศมนตรี (ระดับนคร เมือง และตำบล) นายก อบต. (ขนาดใหญ่หรือกลาง) ที่มีกองทุนตำบลฯ 1 กลุ่ม

2.2) เจ้าหน้าที่ สสจ.ที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและประเมินผลในพื้นที่เช่น กลุ่มงานยุทธศาสตร์ ประกันสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ ทันตสาธารณสุข และควบคุมโรค 1 กลุ่ม

แนวทางสนทนา

- การมีส่วนร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์ในระดับที่หน่วยงานของตนรับผิดชอบ
- การรับทราบ/เข้าใจยุทธศาสตร์ในระดับที่หน่วยงานของตนรับผิดชอบ
- การมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นในระดับที่เหนือกว่าในการบริหารจัดการ กำกับ และติดตาม ประเมินผล
- การมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นในระดับเดียวกันหรือต่างกันในการบริหารจัดการและดำเนินการให้ บรรลุเป้าหมาย (เช่น คณะกรรมการ PP ของจังหวัด)
- การกำกับ การติดตามประเมินผลที่เป็นอยู่ ทำให้สามารถรับทราบปัญหาและอุปสรรคในการ ดำเนินงานของหน่วยงานปฏิบัติการหรือไม่ อย่างไร
- มีกลไก/ระบบสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานปฏิบัติการ หรือไม่ อย่างไร
- กลไกการบริหารจัดการ สนับสนุน กำกับ ติดตามและประเมินผล ที่มีอยู่สามารถตอบสนอง ยุทธศาสตร์ในระดับที่หน่วยงานของตนรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร
- ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่กระทบการบริหารจัดการ สนับสนุน กำกับ ติดตามและประเมินผล
- ระบบ/กลไก/เครื่องมือที่มีอยู่สามารถแก้ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น หรือไม่อย่างไร เกินกำลัง ความสามารถในระดับของตน หรือไม่อย่างไร
- ควรปรับโครงสร้าง/กลไกเดิมหรือสร้างใหม่ในการอภิบาลระบบฯ หรือไม่อย่างไร

2.3) ผอ.รพ. (เฉพาะอำเภอที่เป็น CUP)

1 กลุ่ม

2.4) นักวิชาการ สสอ. ที่รับผิดชอบติดตามงานของ สอ.

1 กลุ่ม

แนวทางสนทนา

- แนวคิด หลักการ และกลไกในการกำหนดยุทธศาสตร์ระดับCUP/อำเภอ
- ความสอดคล้องของยุทธศาสตร์ประเทศ/จังหวัดกับสภาพปัญหาของอำเภอ/พื้นที่
- การมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นในระดับเดียวกันหรือต่างกันในการบริหารจัดการและดำเนินการให้ บรรลุเป้าหมาย (เช่น คณะกรรมการ PP ของ CUP)
- การกำกับ การติดตามประเมินผลที่เป็นอยู่ ทำให้สามารถรับทราบปัญหาและอุปสรรคในการ ดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการหรือไม่ อย่างไร
- มีกลไก/ระบบสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการ หรือไม่ อย่างไร
- กลไกการบริหารจัดการ สนับสนุน กำกับ ติดตามและประเมินผล ที่มีอยู่สามารถตอบสนอง ยุทธศาสตร์ในระดับ CUP หรือไม่ อย่างไร
- ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่กระทบการบริหารจัดการ สนับสนุน กำกับ ติดตามและประเมินผล ในระดับ CUP
- ระบบ/กลไก/เครื่องมือที่มีอยู่สามารถแก้ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น หรือไม่อย่างไร เกินกำลัง ความสามารถในระดับของตน หรือไม่ อย่างไร
- ควรปรับโครงสร้าง/กลไกเดิมหรือสร้างใหม่ในการสนับสนุนการดำเนิน CUP หรือไม่ อย่างไร

3.1.3 สรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ โครงสร้างและกลไกการอภิบาลระดับประเทศ เขต และ

จังหวัด ที่เชื่อมโยงกับโครงสร้างและระบบงานระดับจังหวัด และพื้นที่ (แนวตั้งและแนวนอน)

3.1.4 จัดเวทีเสวนาและปรับปรุงรายงาน

3.1.5 นำเสนอต่อคณะที่ปรึกษาวิชาการและปรับปรุงรายงาน

7.2 ศักยภาพองค์กรในการอภิบาลระบบฯ ประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาเชิงคุณภาพ

3.2.1 ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นศักยภาพองค์กรในการอภิบาลระบบฯ ควบคู่กับ 3.1.1

3.2.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

1) สัมภาษณ์เชิงลึก

กลุ่มเป้าหมาย:

1.1) ผู้กำหนดนโยบาย: ระดับเขต (สปสข.เขต) และจังหวัด (สสจ.)

1.2) ผู้ทรงคุณวุฒิ: ด้านกำลังสาธารณสุข

แนวทางสัมภาษณ์

- ทักษะความสามารถหลัก (core competency) ของบุคคลและศักยภาพของหน่วยงานที่ควรจะเป็น ตอบบทบาทในการกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย สนับสนุน กำกับ ติดตามและประเมินผล ในระบบ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการสร้างระบบรองรับการดำเนินงาน
- ศักยภาพของหน่วยงาน/โครงสร้าง ระดับประเทศ เขต จังหวัด และอำเภอ ในปัจจุบันอยู่ในระดับที่ สอดคล้องกับบทบาทที่ควรจะเป็นหรือไม่ อย่างไร ควรพัฒนาในด้านใดหรือไม่

2) สทนากลุ่ม: 2 กลุ่มต่อจังหวัด

กลุ่มเป้าหมาย: ระดับอำเภอ

2.1) ผอ.รพ. (เฉพาะอำเภอที่เป็น CUP) 1 กลุ่ม

2.2) นักวิชาการใน สสอ. ที่รับผิดชอบการติดตามงานของ สอ. 1 กลุ่ม

ประเด็นสัมภาษณ์

- ทักษะความสามารถหลัก (core competency) ของบุคคลและศักยภาพของหน่วยงานที่ควรจะเป็น ตอบบทบาทในการกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย สนับสนุน กำกับ ติดตามและประเมินผล ในระบบ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการสร้างระบบรองรับการดำเนินงาน
- ศักยภาพของหน่วยงาน/โครงสร้าง ระดับประเทศ เขต จังหวัด และอำเภอ ในปัจจุบันอยู่ในระดับที่ สอดคล้องกับบทบาทที่ควรจะเป็นหรือไม่ อย่างไร ควรพัฒนาในด้านใดหรือไม่

3.2.3 สรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ศักยภาพที่เชื่อมโยงกับบทบาทเชิงโครงสร้าง และระบบงาน ในระดับประเทศ เขต จังหวัด และพื้นที่

3.2.4 จัดเวทีเสวนาและปรับปรุงรายงาน

3.2.5 นำเสนอต่อคณะที่ปรึกษาวิชาการและปรับปรุงรายงาน

7.3 การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

3.3.1 ประเมินประสิทธิผลของการจัดบริการที่คาดว่าจะมีอุปสงค์เพียงพอ ตามชุดสิทธิประโยชน์เทียบกับเป้าหมายและผลลัพธ์สุขภาพ

1) การศึกษาเชิงปริมาณ

1.1) ศึกษาผลการดำเนินงาน ตามประเภทกิจกรรมที่ทาง สปสช. กำหนด 7 ประเภท คือ ANC, PNC, FP, EPI ทุกช่วงอายุ, อนามัยเด็กเล็ก, Sealant เด็กอายุ 6 – 12 ปี และการตรวจคัดกรองความเสี่ยง

แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูลการให้บริการของ CUP ทั่วประเทศ

1.2) ศึกษาผลลัพธ์สุขภาพจากการบริการในข้อ 1.1

แหล่งข้อมูล ข้อมูลสถิติสาธารณสุข สนย. และ สสจ.

2) การศึกษาเชิงคุณภาพ:

2.1) สัมภาษณ์เชิงลึก

กลุ่มเป้าหมาย นพ.สสจ.หรือรองนพ.สสจ.

2.2) สัมภาษณ์กลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย ผอ.รพ. (เฉพาะอำเภอที่เป็น CUP) 3-4 รพ.

1 กลุ่ม

แนวทางสัมภาษณ์

- นิยาม แนวคิด หลักการ ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก
- การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนโครงการเชิงรุก
- การได้มาซึ่งแผนงานโครงการเชิงรุก
- รูปแบบของการสนับสนุนการทำงานเชิงรุก และประสิทธิผล
- กลไกติดตาม กำกับ ประเมินผล
- ปัญหา อุปสรรคในการบรรลุเป้าหมาย

3.3.2 ประเมินกระบวนการและศักยภาพของทีมบุคลากรดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุกที่ตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ ในจังหวัดตัวอย่าง

1) ทบทวนวรรณกรรม ในประเด็น ความหมายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพควบคุม และป้องกันโรคเชิงรุกและสถานการณ์กำลังคนของไทย

2) ศึกษาเชิงปริมาณ

: วิเคราะห์จำนวนและเป้าประสงค์ของแผนและโครงการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่ได้ดำเนินการในรอบปีงบประมาณ 2552 ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอเทียบกับข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ว่าสอดคล้องกันมากน้อย อย่างไร (ตาราง 3.1)

ตาราง 3.1 รูปแบบการประเมินผลกระบวนการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

หน่วยงาน	กรอบการประเมิน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
ระดับจังหวัด	1. ศึกษาภาพรวมของงานส่งเสริมป้องกันทั้งจังหวัดโดยอิงลักษณะแผนบูรณาการเชิงรุก	แผนยุทธศาสตร์หรือแผนพัฒนาจังหวัด แผนปฏิบัติงาน หรือแผนงบประมาณที่แสดงข้อมูลการดำเนินงานทั้งจังหวัด(รวมงบประมาณของทุกอำเภอ)	ลำดับปัญหาสุขภาพที่จังหวัดให้ความสำคัญ 1.จังหวัดมักจัดทำแผนปฏิบัติเป็นส่วนๆ แยกตามแหล่งงบประมาณโดยมิได้บูรณาการด้านงบประมาณ 2.กรณีแผนไม่ระบุรายละเอียดของกิจกรรมให้ดูเอกสารโครงการแทน 3. ให้ความเชื่อมโยงระหว่างแผนยุทธศาสตร์กับแผนปฏิบัติ/โครงการ
	2.ประเมินแนวทางการกระบวนการหรือมาตรการแก้ไขในประเด็นที่กำหนด	แผนปฏิบัติงานของจังหวัดเฉพาะปัญหา	1.จังหวัดอาจมีหลายโครงการที่มีแนวทางวัตถุประสงค์ใกล้เคียงกัน แต่มิได้บูรณาการกัน 2. ให้ประเมินคุณภาพของแผน/โครงการว่าได้ระดมมาตรการแก้ไขปัญหายังไง
ระดับอำเภอ	1. ศึกษาภาพรวมของงานส่งเสริมป้องกันทั้งอำเภอ(รพ. สสอ. สอ.)	แผนปฏิบัติที่ครอบคลุมการแก้ปัญหาทั้งอำเภอ	1.แผนปฏิบัติเป็นแผนบูรณาการระดับอำเภอ หรือเป็นแผนของแต่ละหน่วยงานแยกจากกัน 2. แผนปฏิบัติ ควรรวมงบประมาณจากแหล่งอื่นๆ เช่น งบท้องถิ่น งบกองทุนสุขภาพตำบล 3. โครงการของอำเภอ ควรมีความต่อเนื่องสอดคล้องกับระดับจังหวัด
	2. ประเมินแผนปฏิบัติการและกระบวนการแก้ไขปัญหาที่กำหนด	ข้อมูล และรายงานผลการปฏิบัติงานเฉพาะปัญหาที่กำหนด	ดูความเข้าใจของผู้รับผิดชอบต่อการแก้ปัญหานี้
ระดับตำบล	ประเมินการปฏิบัติงานจริงเฉพาะปัญหาที่กำหนด	โครงการที่สอ.จัดทำและเกี่ยวข้องกับปัญหานี้	1.คู่มือปฏิบัติกิจกรรมที่ดำเนินการจริง 2.ดูความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์จังหวัดแผนอำเภอ

3) การศึกษาเชิงคุณภาพ: สนทนากลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ดำเนินงานบริการและกิจกรรมเชิงรุก

1.1) জন.งานอนามัยแม่และเด็ก ผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรค CD และ NCD และทันตภิบาล จาก 2 รพ. @ ละ 4 คน รวม 8 คน 1 กลุ่ม

1.2) พนักงานอนามัยหรือ นวค.สาธารณสุขหรือพยาบาลและทันตภิบาล ใน สอ. และ PCUหรือ รพ.สต. จาก 2 CUP @ ละ 4 คน รวม 8 คน 1 กลุ่ม

แนวทางสนทนากลุ่ม

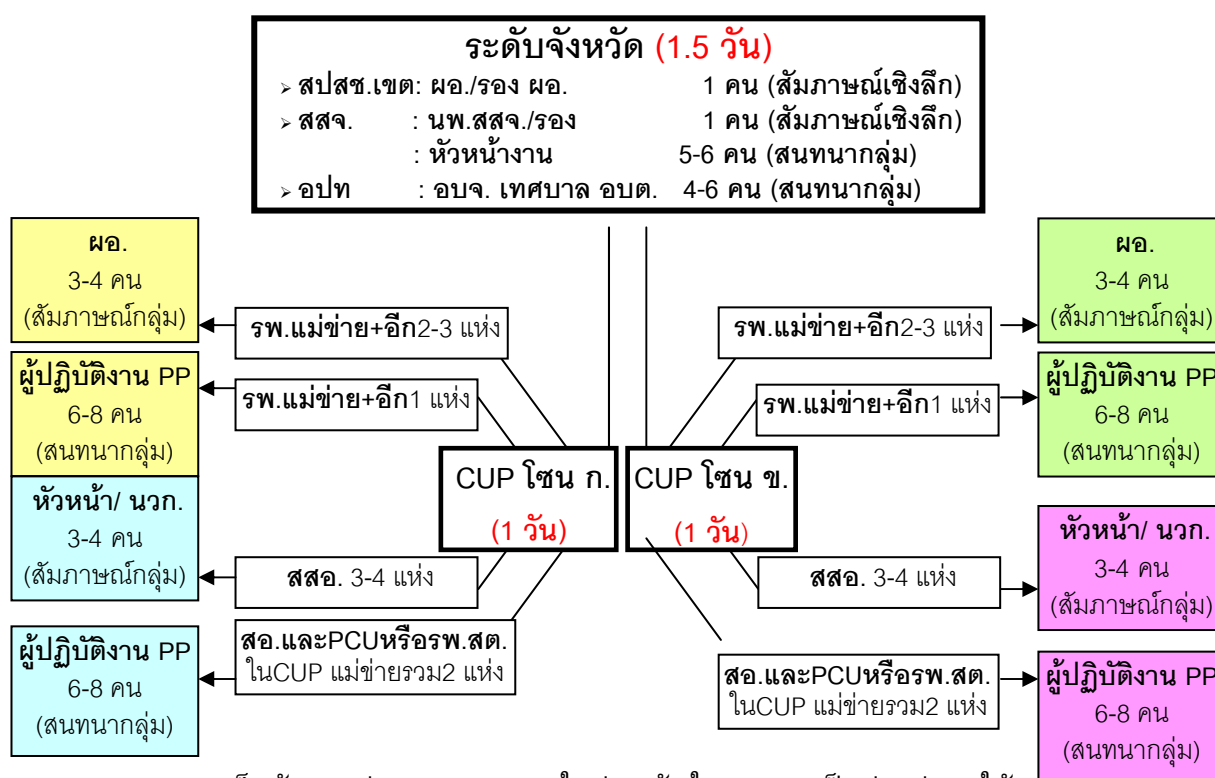
- นิยาม/แนวคิด/หลักการ/วิธีการ/ทำงานเชิงรุกสอดคล้องกับนโยบาย CUP/จังหวัดหรือไม่ อย่างไร
- บทบาทที่ถูกคาดหวังในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ CUP
- ทักษะความสามารถ (competency) ในปัจจุบันสอดคล้องกับบทบาทที่ถูกคาดหวังหรือไม่ อย่างไร มีช่องว่างมากน้อย อย่างไร ควรพัฒนาด้านใดบ้าง
- อัตรากำลังเหมาะสมกับบทบาทที่ถูกคาดหวังหรือไม่ ควรเป็นอย่างไร
- รูปแบบของการทำงานเชิงรุกที่เกิดจากการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุน
- การประเมินผล การนำข้อมูลไปใช้วางแผนโครงการ และปัญหาอุปสรรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

- เชิงคุณภาพ: สอบถามข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้อง, วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เปรียบเทียบภายในชุดข้อมูลเดียวกันและกับข้อมูลชุดอื่นๆ (เช่น แผนงานโครงการ ผลปฏิบัติงาน) จัดกลุ่มและสรุปประเด็น
- เชิงปริมาณ: สถิติพรรณนา

สถานที่และระยะเวลาศึกษา สรุปได้ดังภาพ 3.1 ส่วนวิธีการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล และประเด็นการศึกษาเชิงคุณภาพในแต่ละจังหวัด สรุปได้ดังภาพ 3.2

ภาพ 3.1 สถานที่และระยะเวลาการศึกษาเชิงคุณภาพในแต่ละจังหวัด



- หมายเหตุ 1. ควรเก็บข้อมูลกลุ่ม สสอ.และสอ. ในช่วงเช้า ในรพ.ควรเป็นช่วงบ่าย ใช้เวลา 1 วันต่อหนึ่งโชนของ CUP
2. จัดกระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มที่อยู่ในกล่องสีเดียวกันในเวลาเดียวกัน
3. ใช้เวลาเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 3.5 วัน ต่อหนึ่งจังหวัด

ภาพ 3.2 วิธีการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล และประเด็นการศึกษาในหนึ่งจังหวัด (ระดับจังหวัด และ สองโซนในระดับ CUP)

จังหวัด	สปสช.เขต	สัมภาษณ์เชิงลึก	: แนวคิดหลักการในการอภิบาลระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล/ความครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน : บทบาท/ศักยภาพ/เครื่องมือในด้านยุทธศาสตร์ นโยบาย งบประมาณ การบริหารจัดการ กำกับ ติดตามประเมินผล และการสนับสนุน ทุกระดับ
	ผอ./รอง ผอ.		
	สสจ.	สัมภาษณ์เชิงลึก	: แนวคิดหลักการในการอภิบาลระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล/ความครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน : บทบาท/ศักยภาพ/เครื่องมือในด้านยุทธศาสตร์ นโยบาย งบประมาณ บริหารจัดการ กำกับ ติดตามประเมินผล สนับสนุน ระดับจังหวัดและระดับอื่นๆ การดำเนินงาน และการสร้างการมีส่วนร่วมกับ CUP อปท.และภาคประชาชน
	นพ.สสจ./รอง		
	หัวหน้างาน	สนทนากลุ่ม	: บทบาทและศักยภาพในการจัดทำแผน การติดตามและประเมินผล และสนับสนุนCUP
	อปท.	สนทนากลุ่ม	: บทบาทและศักยภาพของหน่วยงาน และการประสานงานกับภาคสาธารณสุข ในการร่วมสร้างเสริมสุขภาพ
	นายก อบจ./เทศบาล/อบต.		
CUPs ในโซน ก.	CUP 3-4 แห่งในโซน ก.	สัมภาษณ์กลุ่ม	: แนวคิดหลักการในการอภิบาลระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล/ความครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน : บทบาท/ศักยภาพ/เครื่องมือในด้านยุทธศาสตร์ นโยบาย การบริหารจัดการ กำกับ ติดตามประเมินผล สนับสนุน ระดับ CUP และระดับอื่นๆ : การดำเนินงาน และการสร้างการมีส่วนร่วมกับ CUP อปท. และภาคประชาชน
	ผอ.รพ. 3-4 คน		
	สสอ.:หัวหน้า/นวก. 3-4 คน	สัมภาษณ์กลุ่ม	
	รพ.จาก 2 CUPs	สนทนากลุ่ม	: แนวคิด/บทบาท/ศักยภาพ/อัตรากำลัง/งบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน (ในแง่บุคคลและองค์กร) : ตัวชี้วัด การกำกับ ติดตามประเมินผล สนับสนุน และการประสานงานกับหน่วยงานอื่น
	จนท.รพ.ในระดับปฏิบัติ: อนามัยแม่-เด็ก ทันตะ ตรวจสุขภาพ CD NCD รวม 8 คน		
	สอ.และ PCU/รพ.สต. จาก CUP แม่ข่าย	สนทนากลุ่ม	: แนวคิด/บทบาท/ศักยภาพ/อัตรากำลัง/งบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน (ในแง่บุคคลและองค์กร) : ตัวชี้วัด การกำกับ ติดตามประเมินผล สนับสนุน และการประสานงานกับหน่วยงานอื่น
	พอ.นวก. ทบ. พยาบาล รวม 6-8 คน		

หมายเหตุ จัดกระบวนการเก็บข้อมูลในโซน ข. เช่นเดียวกับ โซน ก.

10. การบริหารความเสี่ยง

- 1) ใช้การสื่อสารทุกช่องทางในการทำความเข้าใจกับผู้ประสานงานระดับจังหวัด ถึงวัตถุประสงค์และกระบวนการเก็บข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ประสานงานผู้ให้ข้อมูลและจัดกระบวนการเก็บข้อมูลในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ข้อมูลตามต้องการ
- 2) กรณีผู้ให้ข้อมูล ดิตราชการด่วน จะสลับเวลาในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มอื่น และสำรองเวลาไว้อีกหนึ่งวันเพื่อยืดหยุ่นตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล
- 3) กรณีหน่วยงาน (สสจ./ รพ.) มีราชการด่วน จะเลื่อนการเก็บข้อมูลออกไป

บทที่ 4 ผลการศึกษา

1. การอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อมูลทั่วไป

พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต (สปสข.) 1, 9, 10, 12 และ 13 ตั้งอยู่ใน จังหวัดเชียงใหม่ อุบลราชธานี สงขลา นครราชสีมา และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ มีทรัพยากร สาธารณสุขดังตาราง 4.1 กรุงเทพมหานคร (กทม.) เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหญ่ที่สุดใน ประเทศในด้านประชากร รายได้ งบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล ความซับซ้อนของโครงสร้าง และ ขอบเขตการบริหารจัดการ อีกทั้งมีความเป็นอิสระจากการบริหารราชการส่วนกลางมากกว่าจังหวัดอื่น ผู้บริหารจากการเลือกตั้งของ กทม. เป็นผู้ว่าฯ ขณะที่ของ อบต. จังหวัดอื่นเป็นนายก ขณะที่ จังหวัดอื่นมี อบจ. (นายก อบจ. และสมาชิกสภาจังหวัด) ใน กทม. มีสภา กทม. (สมาชิกสภา กทม.)

งบประมาณหลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ งบ PP และบางส่วนของ OP ซึ่งในปีงบประมาณ 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตจัดสรรเงิน ล่วงหน้าให้หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชนโดยตรง โดยจัดสรรงบ OP/ PP Express demand ล่วงหน้า 2 งวด (50%) และมีการจัดสรรจริงเป็นรายเดือนเพื่อให้หน่วย บริการมีสภาพคล่องทางการเงินมากที่สุดและตัดปัญหาการหักหนี้เมื่อสิ้นปี

สำหรับสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการหักเงินเดือนในอัตรา 62% ของจำนวนเงินเดือนตาม จ 18 ปีงบประมาณ 2551 และปรับให้เท่ากับจำนวนที่ถูกหักจากกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2552 ในระดับจังหวัด กระจายจำนวนเงินเดือนตามสัดส่วนรายรับ จากงบดำเนินการในส่วน OP/ PP Express demand-UC และ IP เฉพาะการบริการในเขตพื้นที่ อัตราการหักเงินเดือนในแต่ละจังหวัดแตกต่างกันตามวิธีการถ่วงน้ำหนักซึ่งคณะทำงานจัดทำแนวทาง การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2552 กำหนดไว้

สสจ. สามารถกันเงินระดับจังหวัดจากเงิน OP ไม่เกินร้อยละ 10 ของงบประมาณ OP ทั่วไป IP ทั่วไป และ PP Express demand รวมกันและต้องมีระบบรายงานการใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนและกันงบนี้ต้องให้หน่วยบริการทุกระดับมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอและเสนอให้ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.)^{XIX} และจังหวัด (อปสจ.)^{XX} พิจารณาเห็นชอบ

XIX ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผอ.สปสข. ผอ.สปสข.สาขาจังหวัด (นพ.สสจ.) ตัวแทน ผอ.รพ./นายก อบต./อส ม./NGO แต่งตั้งโดย เลขา สปสข.

XX ประธานคือ ผอ.สปสข.สาขาจังหวัด (นพ.สสจ.) โดยมีผู้ว่า/รองผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา

ตาราง 4.1.1 ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขของจังหวัดที่ศึกษา ปีงบประมาณ 2552

ข้อมูลจังหวัด	เชียงใหม่	นครราชสีมา	อุบลราชธานี	สงขลา	กทม
รายได้ประชากร 2551 (บาท/คน)	74,524	58,481	37,508	121,230	333,459
ประชากร (คน)	1,743,339	2,414,240	1,613,492	1,372,847	8,100,442
ประชากรสิทธิ UC (คน)	1,195,517	1,936,685	1,409,147	1,029,516	3,732,654
อำเภอ (แห่ง)	25	32	25	16	50 เขต
ตำบล (แห่ง)	204	287	219	127	แขวง
หมู่บ้าน (แห่ง)	2,066	3,743	2,699	1,023	ชุมชน
เทศบาล (แห่ง)	97	56	32	34	50 เขต
อบต. (แห่ง)	113	277	206	106	
ข้อมูล สปสช. เขต	เขต 1	เขต 9	เขต 10	เขต 12	เขต 13
พื้นที่รับผิดชอบ	เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน	นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ	ศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร	สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส	กรุงเทพมหานคร
ประชากร (คน)	5,607,528	5,943,215	3,974,837	4,607,742	8,100,442
	4,252,473	5,067,008	3,550,880	3,839,263	3,732,654
หน่วยบริการปฐมภูมิ (แห่ง)	1,235	1,052	925	825	259 (รพ.เอกชน 19 แห่ง)
หน่วยบริการประจำ (แห่ง)	114 (รพ.เอกชน 5 แห่ง มหาวิทยาลัย 1 แห่ง)	99 (รพ.เอกชน 3 แห่ง)	68 (รพ.เอกชน 3 แห่ง)	80 (รพ.เอกชน 2 แห่ง)	188 (รพ.เอกชน 19 แห่ง)
หน่วยบริการรับส่งต่อ (แห่ง)	112	87	68	76	55
หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะทาง (แห่ง)	รพ.สวนปรุง รพ.ประสาท รพ.ส่งเสริมสุขภาพศูนย์ อนามัยที่ 10 ศูนย์มะเร็งลำปาง		ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี รพ.พระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7		รพ.วิภาวดี รพ.พญาไท 2 และ 3 รพ.ปิยะเวท รพ.ไทยนครินทร์ รพ. สมิตเวช ศรีนครินทร์ ศูนย์วิจัยศึกษาและบำบัดโรค มะเร็ง สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2552..

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา 2553.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพ 2552. ข้อมูลการขึ้นทะเบียนประจำเดือนกันยายน 2552 ปรับปรุงล่าสุด ณ 02/10/2009

ผลการศึกษา

1. การกำหนดยุทธศาสตร์/นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แนวคิดหลักการและกลไกระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล

สปสข. มีแนวคิดหลักการแบบหุ้นส่วน (strategic partnerships) หุ้นส่วนคือ ผู้ตรวจราชการเขตของ กสธ. สสจ. และตัวแทน อปท. อสม. และภาคประชาชน บางเขตรวมองค์กรที่มีศักยภาพในด้านที่ สปสข. ให้ความสำคัญด้วยเช่น การทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (strategic map) กลไกหลักคือ คณะอนุกรรมการระดับเขต ในกระบวนการจัดทำความเป็นด้านสุขภาพ (health need) มีกรมวิชาการ (กรมอนามัย/ควบคุมโรค/สุขภาพจิต) ท้องถิ่น ภาคประชาชน สสจ. มาร่วมนำเสนอปัญหาแล้ว อปท.รวบรวมเป็น health need นั่นคือ ระดับยุทธศาสตร์/นโยบาย อาศัยกรมวิชาการในด้านข้อมูลวิชาการ ส่วนหน่วยงานกรมระดับเขต (ศูนย์อนามัยหรือศูนย์ควบคุมโรค) สนับสนุน CUP หรือ สสจ. ในด้านเทคนิค/นวัตกรรม โดยคาดหวังให้ strategic map เป็นกรอบในการทำงานเนื่องจากเวลาเขียนต้องวิเคราะห์ภาคีเครือข่ายและบทบาทที่จะมาร่วมทำงาน และยังเป็นเครื่องมือช่วยให้แต่ละภาคส่วนเข้าใจตรงกันไปถึงระดับปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม strategic map ยังเป็นของใหม่และอยู่ในระยะพัฒนาให้ปฏิบัติได้จริง ในมุมมอง สปสข. ปัจจัยความสำเร็จคือ ผู้ตรวจราชการเขตซึ่งเป็น key person ในราชการ เขต กสธ. และการกำหนด health need เป็นกรอบการทำงาน และการบริหารแบบ PP area based เพื่อกระจายบทบาทตามหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน

“น่าจะอยู่ที่ 1) การ due กับผู้ตรวจในแต่ละเขต 2) การกำหนด health need ถ้าเราไม่กำหนดผู้ตรวจเขาจะทำตาม concern..... ที่ผ่านมามี 51 แผน PP เขตทางสาธารณสุขไม่ตอบสนองปัญหานี้เราตัดเงิน 21 สตางค์ต่อหัวให้ศูนย์มาเร่งรัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันแก้ไขมะเร็งปอด ... ศูนย์อนามัยอยากทำเรื่อง lower weight อนามัยแม่และเด็ก.....ก็คิดว่าจะให้เขาเป็นทีมพี่เลี้ยงโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน.....แล้วลงมานิเทศระดับอำเภอ.... กรม คร. จะให้เขาทำอะไร..... ต้องใช้งบ PP 1.20 บาทที่เราปิดให้กรม คร. ฉะนั้นทุกคนจะได้หน้าที่ความรับผิดชอบไป..... ส่วนใหญ่ใช้การตั้งคณะกรรมการประชุมหารือร่วมกัน แล้วฟังว่าเขามีปัญหาในการดำเนินการหรือต้องการอะไร แล้วก็เอามาผนวกกับนโยบายเราแล้ว identify health need เราขอส่วนวิชาการมาช่วยนำเสนอปัญหาในเขต ภาคประชาชนด้วยก็จะมีมุมมองต่างออกไป ให้ความสำคัญเรื่องสภาพแวดล้อมชุมชนแออัด ปัญหาชนกลุ่มน้อย รวมถึงท้องถิ่นเขาก็มีปัญหามาของเขา ต้องดูแลพวกศูนย์อุตสาหกรรม”

“กรอบ health need เป็นเครื่องมืออย่างน้อยก็ช่วยเขตในการจัดสรรแบบ PP area based เพื่อไม่ให้มาเถียงกัน.....แต่การนำเสนอข้อมูลจังหวัดเพื่อรวบรวมเป็นของเขต ยังสามารถใช้กลไก สปสข.ได้

ผอ.สปสข.

“จริง ๆ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็น commitment แต่ในความรู้สึกของผม มันทำยาก”

“มันยังไกล ขนาดเจ้าหน้าที่ยังไม่ค่อยเข้าใจ ไม่มีพื้นที่ ความรู้สึกผม แค่คิดโครงการแบบชาวบ้านคือใช้ SWOT ธรรมดา ผมว่ามันจะโอเคแล้วนะ ส่วนแผนที่ยุทธศาสตร์มันลึกเกิน”

นักวิชาการ สสอ.

“กำลังมีทิศทางที่ดีใช้แผนที่ยุทธศาสตร์เป็นตัวกำกับแต่มันค่อนข้างยาก.....ก็มีให้ทำในขั้นแรกก่อน ทุก อบต. ทุกกองทุนตำบลเข้ามา แต่ที่ อบต. หมอนามัยเป็นตัวหลัก”

หัวหน้ากองสาธารณสุข เทศบาลตำบล

สำหรับกรุงเทพมหานคร เนื่องจากไม่มีโครงสร้างบริหารของกระทรวงสาธารณสุขส่วนจังหวัดด้วยความหลากหลายของภาคบริการและการมีภาคบริการสังกัดรัฐ เอกชน และ NGO ร่วมเป็นอุปสรรค ทำให้แนวทางการทำงานต้องยึดหลักการสร้างการมีส่วนร่วมและความโปร่งใส แต่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการของประชาชนทั้งสิทธิ UC และ non UC การที่ สปสช. ต้องทำงานเป็นสาขาจังหวัดด้วยทำให้รับรู้สภาพปัญหาได้เร็วและริเริ่มแก้ไขได้อย่างคล่องตัวเพราะอนุกรรมการเขตมีกฎหมายรองรับทำให้มีความอิสระในการทำงานภายใต้การอนุมัติของประธาน ต่างจากเขตอื่นๆ

“เราเชิญนักวิชาการที่เกี่ยวข้องมาช่วยกันระดมสมองมีทั้ง NGO กทม. เรื่องอะไรที่เป็นปัญหาที่น่าทำ ก็ได้ยุทธศาสตร์มาชุดหนึ่ง เราเหมือนทำ marketing เชิญพวกที่น่าจะเป็นผู้ให้บริการมา บอกว่าเรามียุทธศาสตร์หรือเรื่องที่ยากทำแบบนี้ ใครสนใจเรื่องอะไรก็ไปคิดแล้วมานำเสนอ รวมทั้งเราก็ไปเจาะมหาลัย มหิดล ก็มีธรรมศาสตร์ มศว. ว่าอยากทำเรื่องอะไร เรื่องอะไรน่าสนใจ ชวนมา เรานั่งอยู่ตรงนี้ได้ตัวเลขมา แล้วก็สังเคราะห์บอกว่าเป็น health need ของ กทม. แต่ถ้าเจาะในพื้นที่แต่ละชุมชนก็แตกต่างกันเหมือนกันนะ เลยตอบยากเหมือนกันว่า health need จริง ๆ คืออะไร กระบวนการที่จะทำให้เกิดการยอมรับคืออะไร”

“อนุเขต กทม. เช่นแต่ตั้งโดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมี legal framework เป็นนิติบุคคล ประธานบอร์ดเช่นอนุมัติได้ ที่อื่นไม่มี เขตอื่นผู้เล่นรายใหญ่คือกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะ สป. เราไม่มี บอร์ดก็เลยไม่ถูกใครแทรกแซง ก็ตกลงกันเองดำเนินงานของตัวเอง ที่ผ่านมาไม่เคยต้องโหวต ตกลงกันได้ การมี เอกชน NGO ร่วมเป็นอนุเขต ทำให้เราละเอียดรอบคอบ ไม่หุนหันพลันแล่น”

“ในอดีตพอเหมาจ่าย PPexpress ไป เราก็ได้รับโทรศัพท์เรื่อง ๆ ประชาชนบอกว่ามารับบริการที่หน่วยก็ถูกไล่ไปศูนย์บริการสาธารณสุข.....เราพบแบบนี้อยู่เรื่อย ๆ แล้วมาดูข้อมูลการให้บริการซึ่งสมัยก่อนผมก็บอกไม่ได้ว่าที่แจ้งมาเนี่ยทำจริงหรือเปล่าเพราะมันเป็นระบบรายงาน จนเรามี individual record ซึ่งถ้าไม่เกี่ยวข้องกับเงิน เราก็ไม่รู้ดีกว่าทำจริงหรือเปล่า แต่จากปริมาณที่เราดูคลินิกในโครงการ 150 แห่งนี้ผลงานแบบติดดิน ที่ดูเหมือนมีเนื้อหาก็ไม่ถึงเป้าหมายไม่ถึง 20 % อยู่ดี PP nonUC เหลือประจำเพราะว่า compliance ไม่ดี เหลือเมื่อไรคืน เราดูผลงานทุกปี เมื่อไม่ถึงเราก็หากระบวนการเสริมเช่น ล่อด้วยเป้าหมาย ถ้าถึงครึ่งหนึ่งของเป้าที่กำหนด คุณได้เท่านี้ ร้อยละ 80 ได้เท่านี้ ถ้าร้อยเราก็ให้ทั้งหมด อย่างศูนย์บริการสาธารณสุข 68 ศูนย์ ก็คุยกับเขาว่าเราเอาทั้งสำนักนะ บางศูนย์ทำขาดบางศูนย์ทำเกิน เรายอมให้ในภาพรวม ถือว่าเป็นเป้าหมายของทุกพื้นที่”

“เรื่องที่น่าพอใจและขยายผลคือ คัดกรองไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด เดิมทีพวกโรงพยาบาลส่งตรวจที่กรมวิทย์ ถ้า positive ก็ส่งผลตรวจไปให้โรงพยาบาลตามแม่กับเด็กมาตรวจซ้ำ.... คำให้โรงพยาบาลตามได้ไม่ได้ ไม่มีคนสนใจเพราะไม่มีศูนย์รวม..... เรามองว่าเอาเงินทั้งนี้เพราะคัดกรองแล้วไม่มีการตามผล คือมันถูกคิดเป็นแห่ง ฉันทตรวจแล้วฉันบอกแล้ว ไม่คิดแบบว่า เรื่องนี้ต้องถูกคัด

กรองรักษาให้ทันเวลา เลยไปคุยกับศิริราช ใน กทม. ปีหนึ่งคลอดประมาณ 80,000-100,000 ทางศิริราชบอกขอทดลอง 15,000 รายก่อน โดยให้โรงพยาบาลรัฐส่งมา คือแบ่งพื้นที่กันว่าหน่วยนี้ๆ ส่งศิริราช ที่เหลือส่งกรมวิทย์เหมือนเดิม..... ผลจากการทำงานของศิริราชคือ ผลการคัดกรอง positive ตามครบแล้วรักษาครบถ้วน ในเวลาที่กำหนดคือภายในหนึ่งเดือน เพราะความที่เป็นหมอที่รักษาคนไข้ แล้วรู้ว่าถ้าไม่รักษาจะเจอความยากลำบากมากมาย เพราะฉะนั้น concern มี อันนี้ก็เป็นเรื่องหนึ่งที่ดีว่าเป็นเรื่องดี”

ผอ.สปสช. กทม.

นพ. สสจ.มักเป็นผู้กำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพของจังหวัด รวมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมียุทธศาสตร์และนโยบายของ สปสช.เขต และจังหวัด (ซึ่งมักล้อตามส่วนกลาง) เป็นกรอบร่วมกับยุทธศาสตร์และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จากนั้น กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ของ สสจ. จัดกระบวนการจัดทำเนื้อหาและรายละเอียดของยุทธศาสตร์ รวมทั้งแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งอาจใช้งบประมาณของ CUP /จังหวัด/หรือเสนอขอใช้งบระดับเขต กรณีที่ สสจ.มีโครงการนโยบายซึ่งมักดำเนินการทั้งจังหวัดเพื่อให้เกิดผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ (high impact) จะมีการบริหารจัดการโครงการในระดับจังหวัดและประสานดำเนินการในทุกอำเภอโดยบุคลากรในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการเช่น โครงการตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปซึ่งดำเนินการในรูปการวางแผนสุขภาพ

กระบวนการในระดับ CUP และ PCU/สอ. ต้องล้อตามจังหวัด การประสานกับ อปท. ในพื้นที่มีความชัดเจนขึ้นเมื่อมีกองทุนสุขภาพตำบล สำหรับจังหวัดที่ สปสช.กำหนดให้ทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (strategic map) สสอ. จะหน่วยงานจัดอบรมการจัดทำ strategic map ให้ อปท.

“ทำแผนร่วมกับ อบต. นี้ได้หลายสิบโครงการเหมือนกันนะที่เขาทำกันเอง เขามิงบ คนไม่มี ก็เอาคนของเราไป เรามีคนก็บอกให้นายกเซ็นอนุมัติให้หน่อยที่นี้ไม่มีเงิน เดี่ยวออกเงินให้ ส่งเข้ามา”

ผอ.รพช.

“โชคดีที่ว่าเรามีกองทุนสุขภาพตำบล อปท.จะทำแผนเค้าก่อน ทุกเครือข่าย ผู้สูงอายุมาร่วมคุยด้วยว่าจะทำอะไร เป็นแผนไปก่อน ถ้าของอำเภอเราก็ดูภาพใหญ่ของอำเภอว่าตอนนี้ยุทธศาสตร์ของจังหวัดมีห้าด้านอะไรบ้าง ที่จะล้อเอามาใช้ ผมเลือกเบาหวานความดัน โรคติดต่อผมก็มีไข้เลือดออก เรื่องอาหารสำคัญแน่ เป็นยุทธศาสตร์ แล้วก็เอาอันนี้ไปขายให้เจ้าหน้าที่ ประชุมกันแล้วเจ้าหน้าที่ก็ไปคุยกับ อบต. ว่าเราน่าจะทำแผนเรื่องนี้นะ แต่ของอำเภอทำแผนใหญ่แล้วก็ใช้เงินของจังหวัดและของ สปสช. ที่ area based ครอบคลุมไปอีกทีหนึ่ง แต่เมื่อผลลัพธ์ออกมามันก็ไม่ได้ตามเป้าหมาย สสอ.มีบทบาทปานกลาง”

หัวหน้า สสอ.

“เราประสานเรื่องแผน ทำงานร่วมกัน อย่างงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลต้องมาของบจากเราเพราะตอนนี้เรามีหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ผมจะประชุมแผนอาจจะต้นปี โครงการนี้เป็นเรื่องของการป้องกันโรค ส่งเสริม ฟันฟูสภาพ ฝายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลก็มา

เสนอโครงการ มาขอที่เรา ผมก็ให้ทุกโครงการโครงการละไม่เกิน 2 หมื่นนะ เราถัวเฉลี่ยไป ในเงิน 4 แสนเป็นของโรงพยาบาลกับสาธารณสุขประมาณ 20% ของภาคประชาชนประมาณ 60% เป็นของ ศูนย์บริการกับศูนย์พยาบาล 10% ของผม 10% เท่านั้นเอง.....การสื่อสารดีขึ้นมากเพราะตอนที่เป็น งบ CUP ไปกระจุกอยู่ที่โรงพยาบาล เงินก็ไปลง สอ. ผมก็ยังไม่รู้ CUP ใช้เงินอย่างไร จะรู้ก็ต่อเมื่อเช่น งานส่งเสริมของโรงพยาบาลมาทำเรื่องตลาดนัดสุขภาพ เขาบอกใช้เงินตรงนี้มาทำ... แต่ตอนนั้นลงมา แต่ละท้องถิ่น เราก็อธิบายเรื่องของการบริหารจัดการการจัดสรรเงินตามที่เขากำหนดไว้ 4 ด้าน 5 กลุ่มเป้าหมาย”

หัวหน้ากองสาธารณสุข เทศบาลตำบลที่ตั้งอำเภอ

2. การรับทราบ/เข้าใจ/ยอมรับยุทธศาสตร์ในระดับหน่วยงาน

ในภาคสาธารณสุข นับจากระดับ สอ. รพ. และสสอ. รับทราบและเข้าใจกระบวนการและเนื้อหา ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในระดับดีเมื่อเทียบกับ อปท. แต่ในแง่การยอมรับ อาจแตกต่างกัน เนื่องจากรับรู้กันว่า ถูกตีกรอบจากยุทธศาสตร์กระทรวง เขต และจังหวัด (ตามสายการบังคับบัญชา) จึงอาจไม่ตอบสนองปัญหาของพื้นที่อย่างแท้จริง สอดคล้องกับความเห็นของผู้บริหาร อปท. ว่า “ปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น ไม่มีใครรู้ดีเท่ากับคนในท้องถิ่น” และ อปท. ยังมีอิสระในการกำหนด ยุทธศาสตร์ขององค์กรเองเนื่องจากไม่มีสายบังคับบัญชานอกจากนโยบายที่ใช้หาเสียง แต่อาจมี ปัญหาความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานสาธารณสุข แต่ไม่ได้เป็นอุปสรรคเพราะบทบาทหลักคือ บริหารจัดการ ส่วนความรู้ความเข้าใจสามารถปรึกษานักวิชาการสาธารณสุขโดยตรงซึ่งอาจเป็นผู้ได้ บังคับบัญชา (กรณีที่มีศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล) หรือหน่วยงานภายนอก

“แม้มีการทำแผนระดับ CUP/อำเภอ แต่ต้องล้อตามจังหวัดซึ่งรับมาจากกระทรวงด้วยเหตุผล มาตรฐานเดียวกัน สำหรับ PP area based หนึ่ง จังหวัดไม่ทราบชัดเจนว่าแต่ละพื้นที่มีปัญหาอะไร จึง ไม่มีการแบ่งส่วนงบประมาณอย่างเด่นชัด สอง ถ้าคณะกรรมการ สสอ. มองออกว่าจะต้องชี้ทิศทาง ไปทางไหน วิธีปฏิบัติคงดีขึ้น สาม แผน PP ปี 52 ถึง 54 ไม่ได้มาจากการแก้ปัญหาบนฐานของข้อมูล ที่มีการเปลี่ยนแปลง แต่เป็นโครงการมาตรฐาน ผลลัพธ์จึงไม่เป็นที่น่าพอใจ และ สี่ การติดตาม กำกับประเมินผล ไม่มีเครื่องมือตั้งแต่ระดับจังหวัดถึงระดับ CUP การประชุมยังเป็นแจ้งเพื่อทราบ ไม่ได้พูดถึงวาระ PP, catchment area แต่ละ CUP เป็นยังงี้บ้าง ไม่ได้ focus ปัญหาของแต่ละ CUP”

“ถ้าทาง สสจ. สั่งให้ทำอย่างนี้ก็ต้องทำ ถ้า สปสช. สั่งอย่างนี้ก็ต้องทำเพราะเป็นเงิน ถ้าไม่ทำก็ ไม่ได้เงิน”

ผอ.รพช.

“มันเป็นวัฒนธรรมของคนไทย ราชการที่มันเป็นอยู่อย่างนี้ คือเราพูดเท่าไรข้างบนเขาก็ยังไม่ ค่อยเข้าใจ กระทรวงก็ยังสั่งมากรมสั่งมา เหมือนจะลดเบาหวาน 3% ไปลดเบาหวานยังงี้คนไข้ เบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างนี้วิธีการคิดมันก็ผิดแล้ว ผมว่าต้อง focus ไปที่ปัจจัยเสี่ยงของโรค ดูที่ตัว

โรคว่า risk มันลดลง burden of diseases ลดลงยังไงเท่าไร จะต้องทำโครงการอะไรบ้างเพื่อจะลดปัจจัยเสี่ยง...วิธีการทำงานจะต้องเป็นแบบนี้.....ระบบที่มาจากทฤษฎีการบัญชีแบบให้ปฏิบัติแล้วในระบบของการทำงานในพื้นที่ที่มันเป็นงานของ สอ. และก็ สอ. เป็นคนควบคุม ทำให้จำกัด ไม่ให้คิดมากไปกว่านั้น ตัวชี้วัดออกมา KPI ออกมาเขาก็ทำตามนั้นเพื่อให้ตอบสนองกับตัวชี้วัดเพื่อให้ตอบสนองกับ ranking เพื่อที่จะให้เขาอยู่รอดได้แต่ตัวปัญหาจริงๆ ในพื้นที่แทบจะไม่ได้ดูเลยว่าจริงๆ ปัญหาของที่นี่คืออะไรแล้วคิดจะแก้ไขจริงๆ ก็คือตัวชี้วัดแค่นี้เขาก็พอใจแล้วแต่ผมพยายามพูดบ่อยๆ ว่าเรายังมีเงินเม็ดเงินที่เหลืออยู่ที่นี่ที่ area based ที่สามารถจะเอามาดูว่าพื้นที่ของตัวเองมีปัญหาอะไร ผมพูดบ่อยมากในเรื่องของเป้าหมายความดันคนพิการที่มันมากกว่าตัวชี้วัดของจังหวัด”

ผอ.รพช.เป็นแพทย์เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน

“การประชุมประจำเดือนเป็นการพูดเรื่อง routine 99% แจงว่าใครมา คอยกันเรื่องรายละเอียดของงาน.... ใครได้รางวัลอะไรบ้างดีเด่นส่วนใหญ่ก็ให้งานยุทธีไป”

ผอ.รพช.

“ในแง่ของการคิดแผนงานโครงการถ้าพูดถึงเรื่องส่งเสริมสุขภาพจิตภาพใหญ่ก่อนทั้งจังหวัดเสร็จแล้วก็ลงไปอำเภอ อำเภอก็ต้องทำแผนให้สอดคล้องกับที่จังหวัดมีนโยบาย ในแง่ของภาพรวมของ Promotion ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือเรามีการคัดกรองทำเรื่องของเฝ้าระวังในพื้นที่เยอะแยะไปหมดเลยทุกอย่างแทบจะลงที่ PCU หรือ รพ.สต. ในปัจจุบันพอคัดกรองเสร็จ สมมุติว่ามีกลุ่มเสี่ยง 100 คนเวลาที่แก้ปัญหา เราจะแก้ปัญหาตามจำนวนเงินที่ส่งไปให้คือเราจะคิดตามเงินที่จังหวัดบอกว่าคุณมีเงิน Area based เท่านี้ จำนวนเงินเท่านี้ก็เลยกลายเป็นว่าพอให้แก้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Coverage ก็ยังต่ำอยู่ ถ้าพูดถึงในแง่คนเสี่ยงก็ยังเสี่ยงอยู่ยังไม่ถูกแก้ คนที่ถูกดึงมาสู่ระบบก็คืออาจจะทำซ้ำอีกในปีถัดไป ภาพของการบริหารลักษณะที่ว่าคือพยายามดึงเรื่อง Promotion เป็นภาพใหญ่แต่ในการแก้ปัญหาเราก็ยังคิดตาม vertical อยู่ เป็นข้อสังเกตที่ผมเห็นในแง่ของการลักษณะที่ทำหวัช้อย่อย (itemized....นักวิจัย) ผมคิดว่า บางจังหวัดที่เคยคุย เขาก็คิดแบบนี้ คิดตามเงินที่ลงมา

แพทย์กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพศ.

“ผมว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น ไม่มีใครรู้ดีเท่ากับคนในท้องถิ่น”

นายกเทศมนตรี 4 สมัย เทศบาลตำบลที่เพิ่งเข้าร่วมกองทุนตำบล

“นายกเทศมนตรีผมว่าดีนะเพราะผมถือว่าคุณซื้อผมไปเลยถ้าผมทำได้ดีคุณก็ซื้อผมต่อ ถ้าทำไม่ดีคุณก็ซื้อคนใหม่เพราะอำนาจมันค่อนข้างชัด.....นโยบายจริงๆ มาเปลี่ยนสมัยนี้นะ สมัยก่อนจะเดินกรอบตามงบประมาณ สมัยนี้เราไม่ได้มองเลย อยากเปิดสภาเมื่อไรเราก็เปิดเลย โครงสร้างราชการที่เขา routine ก็ทำไป วิธีคิดเราเพิ่มขึ้นก่อนประตูปกับหลังประตู..... (หมายถึงมีความคิดดีๆ เกิดขึ้นเร็วชั่วระยะเดินผ่านประตูและจะทำตามที่คิด...นักวิจัย)”

“มันมีสองส่วนนะคือความรู้เชิงวิชาการกับบริหาร ต้องยอมรับว่านายกมีความรู้บริหารไม่ใช่เชิงวิชาการความรู้เชิงวิชาการมาจากไหนมาจากข้าราชการ ถ้าข้าราชการสามารถถ่ายทอดความรู้ทาง

วิชาการให้นายกตัดสินใจในเชิงบริหารได้ผมเชื่อมั่นว่ามันก็ไปได้ มันขึ้นอยู่กับว่าความต้องการมันคืออะไรเทศบาลเล็กอยากเจอเทศบาลใหญ่เพราะว่าอยากยืมของแต่วิธีคิดนะยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร (ชนะเลือกตั้งมาตลอด)

“ถามว่าเป็นภาระใหม่ ผมว่าไม่นะ ถ้าสมมติว่าเมื่อก่อนเราไม่ได้มีสิทธิที่จะเข้าไปดูแลระบบสุขภาพของประชาชนเลยนะครับ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในหรือว่าเป็นการส่งเสริมอะไรต่าง ๆ เหล่านี้ คือประชาชนเราจะอยู่ยังงี้ก็แล้วแต่ เราก็คงไปดูแลเค้าเพราะว่าตั้งแต่เกิดถึงตายเนี่ยท้องถิ่นก็ต้องไปดูแล แต่ถ้าเรามีโอกาสที่จะไปจัดการตรงนี้ ผมมองว่าเป็นเรื่องที่ดีด้วยซ้ำที่เราสามารถจะได้อยู่ร่วมกับประชาชนของเราที่เข้มแข็งแข็งแรง.....ถ้าสมมติรัฐบาลกลางเครพใน พ.ร.บ. แผนขั้นตอนกระจายอำนาจ เครพในเจตนาของกระจายอำนาจผมเชื่อว่าท้องถิ่นทุกที่ที่ห้ามดยินดีทำ และก็ห้ามด แล้วก็เราทำได้ดีด้วย”

นายกเทศมนตรี เทศบาลเมืองในอำเภอเมือง (เป็นนายกสลับกันกับอีกทีม)

3. การบริหารจัดการและสนับสนุน

ในระดับเขต กลไกหลักในการบริหารจัดการคือ คปสข. ของ กสธ. ซึ่งเชื่อมต่อกับ อปสข ของ สปสข. กลไกในการอภิบาลคือ การสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน PP คือ การจัดสรรงบประมาณที่กันไว้ประมาณ 1 บาทต่อหัว ให้ตาม composite indicators ที่กำหนดร่วมกันแต่แรกในภาพรวมระดับเขต และการจัดสรรงบประมาณตามปริมาณงานบริการ รวมทั้งมีคำตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ในกิจกรรมนโยบายที่ต้องการเร่งรัด

“คปสข.²¹ บางเขตประชุมทุกเดือน บางเขต 2 เดือนครั้ง เนื้อหาขึ้นกับผู้ตรวจ เมื่อวานผมก็ไปพูดเรื่องเบาหวานเพราะเขาอยากทำเบาหวาน อยากรู้ว่า สปสข ทำอะไรเขาจะได้ขับเคลื่อนตามอะไรอย่างนี้ อย่างปัญหานี้มีคุณ.....มาจากรมพูดให้ฟังว่ากรอบแนวคิดเรื่องไอโอดีนเป็นยังไง เขาทำอะไรบ้าง แล้วยังพูดเรื่องการบริหารควบคู่กันไปด้วยนอกจากเรื่องงาน.....พอเราบอกว่าต้องส่งแผนพีทีเขตภายใน 30 พฤศจิกายน ท่านก็เรียกประชุม หรือว่าให้ สสจ. ทำแผนส่งเรา ”

ผอ.สปสข.

จังหวัดคาดหวังการสนับสนุนด้านวิชาการจากระดับกระทรวงมากกว่าระดับเขต ขณะเดียวกันบริบทการบริหารบุคคลแบบใหม่ของ ก.พ. มีส่วนกระตุ้นให้ สสจ. เองมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านการจัดการและวิชาการ

“ต้องเข้าใจว่าเขตไม่ได้ acting เขตตอนนี้ไม่มีนักวิชาการเพราะฉะนั้นมันต้องข้ามกระทรวงมาเขตเป็นตัว monitor อย่างอื่นมากกว่า มันต้องมีนักวิชาการป้อน”

²¹ ประกอบด้วย ตัวแทนกรม 10 กรม ผอ.รพ.จังหวัด ตัวแทน รพช. ตัวแทน สสอ. โดยผู้ตรวจราชการเป็นประธาน ปลัด กสธ. เป็นผู้แต่งตั้ง

“ขบวนการค้นหาปัญหาเกิดจากการเรียนรู้ในจังหวัดส่วนหนึ่งแล้วไปเรียนรู้จากที่อื่นบ้าง ประกอบกับหาในอินเทอร์เน็ตได้ง่าย ก็จะมีกระบวนการใหม่ๆ ให้เราเอามาทดลองทำ ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการทำงาน การประเมินขั้นต้น ในพื้นที่ เขาไม่หยุดนิ่ง ไปไกลมากเพราะที่นี่ให้นำเสนอ งานวิจัยที่ทำได้ดี ต้นแบบที่ทำได้ดี”

หัวหน้างาน สจ.

ด้วยระบบการซื้อบริการจาก CUP โดยตรง รพ. จึงเป็นหน่วยรับงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีทรัพยากรที่จะสนับสนุนการดำเนินงานภายใน CUP เอง จากเดิมที่รับสนับสนุนจากจังหวัดหรือกระทรวง ทั้งนี้การสนับสนุนจะมากขึ้นกับวิถีคิดของ ผอ.รพ. และกลไกการบริหารงบประมาณของ CUP

“ผมเป็นคนตั้งสำนักงาน CUP ขึ้นมา ช่วยทำให้การทำงานของสาธารณสุขทั่วอำเภอราบรื่น ปัจจัยหลักก็คือเราเองงบประมาณไว้ตรงกลาง เงิน UC ผมตัดเป็นเงินของสำนักงาน CUP เพื่อให้การดำเนินการมันคล่อง มีหลายคนทำแล้วไม่สำเร็จ หนึ่งในผู้อำนวยการกับสาสุขอำเภอต้องเข้าใจกัน สอง ผอ. ต้องมองการสาธารณสุขแบบกว้าง ถ้ามองว่าโรงพยาบาลของกู อนามัยของมึง ก็จะไม่จบ แล้วก็ สาม บริหารจัดการส่งเสริมป้องกันกับการรักษาพยาบาลให้มันชัดเจน ภารกิจในฐานะ ผอ. โรงพยาบาลต้องเด่นทางด้านวิชาการถูกไหม แต่ถ้าผมใส่หมวกประธาน คปสอ. ผมก็จะเป็นคนดูแลภาพรวมของการสาธารณสุข เราต้องแยกกันให้ออก ที่ทำแล้วไม่สำเร็จก็เพราะกังวลว่าเงินจะไม่พอดูแลลูกน้องที่โรงพยาบาลยังไม่พอก็ไปอุมข้างนอกอีก แต่ถ้ามองว่าทุกคนเป็นลูกน้องเราหมดเป็นลูกน้องของงานสาธารณสุขโอเค ที่นี้อำเภอของเราถ้าช่วงไหนเงินไม่ค่อยมี เราก็บอกทั้งอำเภอเลยว่าให้ประหยัด ผมบอกทั้งโรงพยาบาลทั้งอนามัยด้วยว่าช่วงนี้ต้องประหยัดกันทั้งหมด ในโครงการทั้งหลายของส่งเสริมป้องกันทั้งหมด ต่อเดือนอนามัยจะได้เงินสามสิบบาทต่อหัวคนไข้ ยาให้ฟรี เอรารถไปส่งยาให้ทุกเดือน เพราะไม่อยากให้สต็อกเยอะ เงินอนามัยก็เลยไม่เดือดร้อน ทุกคนก็จะช่วยกัน งานก็พา เลี้ยงปีใหม่ กินด้วยกันหมด บางทีเขาก็จะแยกกันไปปลูกฝังว่าเป็นคนละสายกัน มันไม่ถูก ไม่คุยกันเรื่องเงินคุยกันเรื่องงานก็จบแล้ว ถ้าที่ไหนคุยกันเรื่องเงิน เรื่องงานก็จะไม่เกิด เพราะความไว้วางใจมันไม่มี”

“ผมมี CF ของ CUP อยู่ที่ประมาณปีละเกือบสองล้าน นำไปพัฒนาสถานีอนามัยที่ด้อยโอกาสด้านอนามัยเล็กๆ ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ เวลาประชุมเราก็มาร่วมกันทั้งซีกของโรงพยาบาลและอนามัย ทำให้ทุกที่ happy ทั้งสิบห้าสถานีอนามัย.....ถ้าระดับอนามัยอยากทำแบบนี้ก็ถึงระดับอำเภอเราเห็นแล้วโอเค เราก็อำนาจจะเริ่มตั้งแต่ล่างขึ้นบน เมื่อก่อนเริ่มตั้งแต่หัวลงมา เดี่ยวนี้พอกระจายบทบาทกัน ก็ทำกันก็ถือว่าเป็นผลลัพธ์ของเขา”

“ในการออกไปเก็บข้อมูลข้างนอกผมซื้อ note book ให้อนามัยละตัวเมื่อสี่ปีที่แล้วนะ เพื่อจะเอาข้อมูลตรงนี้ เอาโปรแกรมลงไปถึงพื้นที่ ดีกว่าเก็บมาลงที่อนามัย ปีนี้ผมเอารถไปให้อนามัย....คันหนึ่ง

ให้สำนักงาน CUP คับหนึ่ง เพื่อขนยาไปส่งเขาแล้วไปรับข้อมูลมา เดี่ยวจะยกรถคันเก่าให้ออนามัย..... ให้ อปพร. ไปใช้รับส่งคนไข้ไปโรงพยาบาล ไปทำงานแทนเรา สำนักงาน CUP ก็ทำงานทั้งอำเภอก็เอารถไปคันหนึ่ง สาธารณสุขอำเภอเมื่อก่อนไปไหนก็จะมายืมรถเราไปคันหนึ่ง ก็ยกให้ไปเลยเดี๋ยวเราซื้อใหม่”

ผอ.รพช.

กลไกสำนักงาน CUP ในเขตชนบททำให้การบริหารจัดการ CUP โปร่งใสตรวจสอบได้ โดยมีบทบาทในการรวบรวมแผน จัดสรรทรัพยากร เบิกจ่ายเงินเดือนค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ สอ. และติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ตามมติของคณะกรรมการ CUP หรือ คปสอ. รวมทั้งประสานกับหน่วยงานอื่นในนามของ CUP อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในสำนักงานประกอบด้วย ผู้จัดการ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และพนักงานธุรการ รวม 4 คน

คุณสมบัติที่ CUP นี้ใช้คัดเลือกผู้จัดการคือ มีประสบการณ์การบริหาร สอ. มาก่อนระยะหนึ่งและมีกระบวนการคัดเลือก ประเด็นปัญหาคือ ในบริบทการประเมินบุคลากรของ ก.พ. ระบบใหม่ ทำให้ผู้จัดการคนนี้ต้องจัดสรรเวลาทำงานทั้งในบทบาทผู้จัดการและหัวหน้า สอ. และหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข่ายในปัจจุบัน

“สำนักงานมีหน้าที่ในเรื่องของแผนงานโครงการ PP เป็นตัวรวมแผนงานโครงการ ผลออกมา เป็นอย่างไร คำนวณกับตรงนี้ใหม่ ตามตัวชี้วัดใหม่ แล้วเป็นเลขาสรุปรผลงาน ของ คปสอ. ในภาพรวมจัดการงานอะไรก็ตามระหว่าง รพ. กับ สอ. การประสานในเรื่องงบประมาณก็ต้องผ่านทางสำนักงาน CUP..... เวชภัณฑ์ที่ สอ. ส่งไปเบิกมา ถ้าฝ่ายเภสัชจัดเสร็จเราก็เอารถไปส่งให้ แล้วก็เอารายงานกลับมาด้วย สิบบ้างแห่งก็มีแผนว่าแห่งนี้เบิกสัปดาห์นี้ วันนี้ ก็หมุนเวียนสลับๆกันไป เภสัชเขาก็ต้องมีว่าทุก สอ. ตอนแรกสต็อกหนึ่งเดือน ช่วงหลังนี้ก็จะเปลี่ยนเป็นสองเดือน..... สำนักงานเรายังทำเป็นศูนย์ IT ของอำเภอ แล้วก็ตอนนี้ตั้ง comp ไว้สามชุด ที่ว่าใครก็ได้ที่จะมาดูข้อมูลสาธารณสุขของฝ่ายจะมาดูในห้องนี้ได้หมดทุกเครื่อง โดยลึกลับหมด.....ตอนแรกๆ ทาง สอ. มีปัญหาเรื่องระบบ IT อย่างนี้เราก็จัดการให้ เราก็ปรับระบบคอมพิวเตอร์ใหม่หมด ก็ได้ทั้งหมด ช่วงหลังก็มีโน้ตบุ๊ก ก็ได้หมดอะไรทำนองนี้”

“เงื่อนไขก็คือ เป็นหัวหน้าสอ. ผ่านการอบรมเป็นหัวหน้า สอ. มาไม่น้อยกว่าสี่ห้าปีอะไรพวกนี้ต้องมีประสบการณ์การทำงาน มีกรรมการคัดเลือก ผู้อำนวยการ รพ. สาธารณสุขอำเภอ แล้วก็หัวหน้าฝ่ายบริหาร สี่ห้าคนครับ เขาก็เรียกสัมภาษณ์ สอบถามแนวคิดการทำงานว่าชอบทำงานแบบไหน ดูบุคลิกด้วย แล้วก็การประสานงานในอำเภอ สัมภาษณ์อะไรไม่มาก เพราะว่าส่วนใหญ่รู้จักกันแล้วก็ได้ง่าย”

“ปัญหาก็คือเราไม่ได้เปิด office ทุกวันเพราะว่าผมอยู่คนเดียว ผมต้องไปบริหารที่ PCU ที่จะเป็นแม่ข่ายของโรงพยาบาลตำบลด้วย (ตอนนี้กลับไปสังกัด สอ. แล้ว ไปเอาตำแหน่งหัวหน้าสถานีอนามัยที่เป็นระดับเขต....นักวิจัย) แต่ก่อนนี้ผมอยู่ใกล้กว่านี้อีก แต่ที่แม่ข่ายที่จะเป็นโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็มาหาคนอื่นกว่าจะให้ใครไปดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมฯ ที่จะต้องเข้ากับเทศบาล กับของอบต. มีทั้งเทศบาลและ อบต.ในตำบลนั้น ก็เลือกให้ผมไป ผมก็ OK ไปดูเพื่อปูทางว่าจะเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนะ ที่นี้ก็ไม่มีใครดูแลอีก แต่ว่าในเรื่องการเบิกจ่ายเงินเดือนค่าจ้าง ของ สอ. ทั้งหมดผมก็ต้องทำเอง”

ผู้จัดการ CUP อำเภอชนบท

สำหรับเขตเมือง มีความหลากหลายของภาคบริการในแง่สังกัด ขนาด และประเภทความเชี่ยวชาญ CUP ภาครัฐต้องปรับโครงสร้างโดยเฉพาะการที่เป็น รพศ.รพท. ที่มีความแออัด เพื่อให้แข่งขันกับภาคเอกชนได้ซึ่งมี 3 รูปแบบคือ 1) CUP ที่มี สอ.ขนาดใหญ่เป็นแม่ข่ายและมีหลาย สอ. รวมเป็นเครือข่าย 2) CUP ที่มี PCU หรือคลินิกเป็นแม่ข่ายและมี PCU อื่นๆ เป็นเครือข่าย และ 3) คลินิกแพทย์เอกชนที่มีศักยภาพตามมาตรฐาน CUP ผู้ให้บริการหลักใน CUP ทั้งสามรูปแบบ อาจเป็นแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ การอยู่ในเขตเมืองขนาดใหญ่ย่อมมีวิชาชีพจำนวนมาก CUP จึงสามารถจัดจ้างมาได้ แม้ว่าจะเรียกตำแหน่งว่า ประธาน CUP แต่บทบาทคือ การบริหารจัดการ CUP ภายใต้ CUP board สำหรับคุณสมบัติของผู้จัดการ CUP ซึ่งจะมีภาระงานเพิ่มขึ้นที่ต้องบริหาร PCU เครือข่ายด้วย มีความคิดเชิงยุทธศาสตร์การวางแผน และสามารถวิเคราะห์การเงิน หากมีความรู้ระดับวิทยาและการทำงานกับชุมชนด้วยจะสมบูรณ์ขึ้น สำหรับ กทม. มีแนวคิดผนวก การบริหารจัดการคลินิกชุมชนอบอุ่น (สถานะเป็น CUP เขตเมือง) เข้ากับแนวทางการดำเนินงาน บริการปฐมภูมิ

“เลือกหน่วยบริการประจำที่ความพร้อมของศักยภาพของบุคลากร เมื่อก่อนเรายังไม่เป็น CUP ก็จ้างแพทย์อยู่แล้ว เป็นศูนย์แพทย์ตามโครงการของศูนย์แพทย์ชุมชน CMU ของ สปสช. ตั้งแต่ปี 44, 45 ก่อนเริ่มโครงการ 30 บาทเพราะที่นี่พร้อมมากกว่าในเรื่องของสถานที่ บุคลากรอะไรต่างๆ.....มีเจ้าหน้าที่ 8 คน ลูกจ้างอีก 7 คน สอ. เครือข่ายอีก 5 แห่ง และมีหมออีก 1 คนประจำที่สถานีอนามัย อีกแห่ง รับผิดชอบประชากรประมาณหมื่นคนแต่ว่าค่อนข้างเป็นชานเมือง ชุมชนยังเป็นชุมชนดั้งเดิม อยู่.... อยู่ในอำเภอเมืองแต่ไม่ใช่อำเภอเมือง ถ้าจะคิดว่า CUP ต้องอยู่ตรงกลางก็ไม่ใช่ แต่ถามว่าทุก แห่งสามารถถึงกันสะดวกมั้ย สะดวกครับ....บริหารในรูปของ CUP Board มีตัวแทนของทุก สอ. ที่อยู่ในเครือข่ายเรามาเป็นคณะกรรมการบริหาร ทุกคนเลือกประธาน CUP กรรมการ CUP จะมีหัวหน้า สอ. และสหวิชาชีพในเครือข่าย เป็นตัวแทนของพยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานต่าง ๆ เราจะคละ ๆ กันมา ท้องถิ่นเป็นที่ปรึกษาเพราะว่าเราอาจจะเพิ่งเริ่มต้น..... ประธาน CUP คือความเปลี่ยนแปลง หนักขึ้น พอเป็นประธาน CUP ต้องดูทั้งเครือข่าย”

“สถานการณ์การเงินของ สอ. ดีขึ้นเพราะว่าก่อนเป็น CUP มีเงินบำรุงรวมกันเหลือสิ้นปีก่อน เป็นประมาณ 5 ล้านบาททั้ง 6 แห่ง แต่พอเราเป็น CUP ปีแรกเราก็มีเงินบำรุงรวมกันทั้ง CUP ก็ ประมาณ 13 ล้าน ปีที่ผ่านมาเหลือประมาณ 13 ล้าน OPD นะครับและ PP ประมาณ 2 ล้านบาท ก็ ประมาณ 16 ล้าน เฉลี่ยตอนนี้ทุกแห่งก็มีเงินบำรุงเยอะขึ้น..... ที่นี้รับเฉพาะ OPD กับ PP PP ก็จะ

ประมาณ 400 กว่าบาท ซึ่งมาถึงเราก็จะหักหลาย ๆ อย่างจะมาถึงเราไม่เท่าไร ปีที่แล้วได้ 13 ล้าน OPD นะครับ และ PP ประมาณ 2 ล้านกว่า ก็ประมาณ 16 ล้าน

“อำนาจมากขึ้นมัยมันก็ไม่ใช่ เพราะเราเป็นเพียงรูปแบบการบริหารสายการบริหารยังเหมือนเดิมเราก็มีสิทธิเท่า ๆ กับ หัวหน้า สอ. ทุกแห่ง อย่างผมก็ใช้อำนาจหน้าที่ของหัวหน้า สอ. เหมือนเดิมคือมีอำนาจหน้าที่ในการถอนเงินส่งจ่ายได้แค่ 5 หมื่น และก่อนนี้ผูกพันได้แค่ 1 แสน ซึ่งก็เท่ากับหัวหน้า สอ. ทุกแห่งที่อยู่ใน CUP แต่การจัดการเรื่องงบประมาณเรื่องทรัพยากรอะไรต่าง ๆ เราบริหารโดย CUP บอร์ด....อำนาจการส่งจ่ายหรือส่งอะไร เราก็เสนอตามผู้บังคับบัญชาตามลำดับ อันไหนที่เกินสาธารณสุขอำเภอเราก็จะเสนอผ่านสาธารณสุขอำเภอถึงสาธารณสุขจังหวัดอนุมัติ”

ประธาน CUP สอ. ในอำเภอเมือง

“CUP ของโรงพยาบาลแตกออกมาเป็น 7 CUP ย่อย ประธาน CUP เป็นส่วนของหัวหน้าสถานีอนามัยเดิมหรือเป็นผู้อำนวยการศูนย์แพทย์ชุมชน อย่าง CUP เมืองยา 1 2 3 4 เป็นหัวหน้าสถานีอนามัยเดิม CUP เมืองยา 5 เป็นศูนย์แพทย์ชุมชนซึ่งเป็นลูกน้องของเวชกรรมสังคม CUP เมืองยา 6 เป็นของสาธารณสุขจังหวัด CUP เมืองยา 7 เป็นการทดลองนำร่องของจังหวัดที่จะคิดออกมาว่าการเป็น CUP ไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาล แล้วก็ใช้ศูนย์แพทย์ชุมชนเป็นตัวนำร่อง บริหารจัดการตัวเอง ก็จะมีของกลางไหม เทศบาลนคร ของเอกชนเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น อีก 3 CUP เมื่อ 3 ปีที่แล้วประสานงานผ่านทางคณะกรรมการประสานงานซึ่งเค้าใช้ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขเป็นประธาน”

“ประธาน CUP ที่เป็น Main PCU มาจาก อันที่หนึ่งอยากทำก่อนซึ่งความอยากน้อยอยากทำที่สุด เพราะอยากแล้วจะไม่เหนื่อย เพราะว่าได้เงินเท่าเดิม อันที่ 2 ก็คือเค้าต้องถูกเติมในความคิดเรื่องของการคิดเชิงยุทธศาสตร์การวางแผน อันที่ 3 คือเรื่องการเงิน การวิเคราะห์เรื่องการเงิน เอา basic แต่ว่ารู้สึกจะ 3 ใน 4 คนที่ผมพาไปเรียน CUP Management กับมหิดล อันนี้ก็จะมีองค์ความรู้ระดับวิทยา การทำงานกับชุมชนเดิมไปอีกนิดหนึ่ง ที่เป็น module Spec มันควรเป็นอย่างนั้นแต่เราเตรียมไม่ทันถ้าจังหวัดอื่นจะทำต้องเตรียมเรื่องพวกนี้ไม่งั้นจะเหมือนที่เค้าแซวเหมือน 3 ล้อ ถูกห่วยคือได้เงินมาเสร็จใช้เงินไม่เป็น”

แพทย์เวชกรรมสังคม รพ.มหาราช

“เราอยากเปลี่ยนวิธีคิดวิธีทำ primary care ไม่ใช่การรักษา....เราบังคับให้แพทย์ต้องผ่าน course fam med เราจัดอบรมให้ ที่ยากคือทำให้มี concept PP อย่างปีนี้ก็พยายาม คลินิกใน contract 150 แห่งที่เรามีเงิน on top primary care เราก็ออกเกณฑ์ว่าใครสนใจที่จะเข้าร่วม หนึ่ง มาตรฐานต้องมีอะไร แล้วเราก็ตูว่าต้องให้ความร่วมมือคุณต้องยอมให้มีคณะกรรมการฟากประชาชนให้มาร่วมเป็นกรรมการคลินิก ก็ระบุไปว่ามีหน้าที่อะไร ไม่เข้าไปยุ่งเรื่องกำไรขาดทุน มีรายงานการประชุมสม่ำเสมอ ด้าน PP ก็ดูจากโครงการที่เคยทำกันมา เรื่องคัดกรองความเสี่ยง คุณสนใจทำอะไรบ้างหรือเปล่า.....โครงการที่เราจ้างอาจารย์เรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคุณร่วมมือร่วมเขียนโครงการด้วยหรือเปล่า ถ้าทำคุณก็จะได้คะแนน.....นี่คือสิ่งที่พยายามทำให้เกิดขึ้นไปด้วยกัน”

ผอ.สปสข. กทม.

4. การมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นในระดับเดียวกันหรือเหนือ/ต่ำกว่าให้บรรลุเป้าหมายและตอบสนองยุทธศาสตร์

ในระดับเขต การประสานการบริหารจัดการอย่างราบรื่นของ สปสช. กับผู้ตรวจราชการเขต (กสธ.) และ สสจ. ร่วมกับการจัดทำ health need (ซึ่งจะเป็นกรอบในการกำหนดยุทธศาสตร์/นโยบาย/และแผนงาน ต่อไป) ให้เป็นที่ยอมรับนั้น เป็นปัจจัยความสำเร็จในระดับเขต ระดับจังหวัด สสจ.เป็นโครงสร้างและกลไกที่บริหารจัดการและติดตามกำกับ ตามเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ส่วนจะได้มากหรือน้อยขึ้นกับผู้ตรวจราชการเขตเป็นสำคัญ สำหรับกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งดำเนินการโดย อปท. นั้น สปสช. ประสานโดยตรงกับ เทศบาล/อบต.โดยตรง โดยความร่วมมือของสันนิบาตเทศบาลและชมรม อบต.

ในระดับจังหวัด หาก สสจ. สามารถบูรณาการโครงการสุขภาพเข้ากับแผนยุทธศาสตร์จังหวัด (เช่น อาหารปลอดภัย ทวีร์สุขภาพ) ซึ่งเสนอต่อกรมบัญชีกลางโดยตรง ก็จะเป็นช่องทางงบประมาณที่เพิ่มขึ้น ทั้งยังจะมีหน่วยงานมหาดไทยช่วยติดตามในระดับอำเภอ

ในระดับปฏิบัติ มองว่าการปรับพฤติกรรมเป็นงานยากเพราะต้องปรับวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรม การกินการอยู่ซึ่งหากหวังผลในเด็กหรือคนรุ่นใหม่ก็ต้องประสานเพื่อบูรณาการกับกระทรวงอื่นๆ เช่น ศึกษา มหาดไทย

“แต่แนวความคิดว่าสุขภาพเค้าเข้าใจ ป้องกันดีกว่าไปเข้าโรงพยาบาลน้อย สงสัยจะไม่จริง แต่โรคเรื้อรัง ใช้พวกนี้ใช้เวลาเพราะเรากำลังไปเปลี่ยนวิถีชีวิตวัฒนธรรมการอยู่การกินเค้า ต้องกินอย่างจริงจังหมั่นออกกำลังกาย เค้าก็บอกว่า ไม่ค่อยอยากกิน เราทำได้ระดับหนึ่ง ก็จะมีปัญหาอย่างนี้ตลอด สิ่งที่ต้องทำคือ อินทิเกรตใจ แล้วกระทรวงสาธารณสุขเรามองเฉพาะตัวเอง เราคือผู้จัดการแต่ผมว่าน่าจะมีกระทรวงศึกษา มหาดไทย หลายๆ กระทรวงเข้ามารวมกัน อย่างกระทรวงศึกษาเกี่ยวข้องกับอะไร วิชาสุขศึกษาไง ผังหัวตั้งแต่เป็นเด็กเลยเรื่องอาหารดิบ อาหารหวาน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ผังเลย ทำยังไงถึงจะผังให้เห็นถึงข้อเท็จจริงให้เห็นอะไรมีหลักสูตรอะไร เดียวนี้หายไปไหนไม่รู้ ต้องเข้มข้นมากขึ้นแล้วให้ความสำคัญขึ้น คือผมเห็นลูกน้องทำงานแล้วมันมาถึงทางตันว่า คนแก่เค้าบอกว่าฉันจะกินอย่างนี้แหละ เราก็ไปหวังกับเจนเนอเรชั่นใหม่ซึ่งจะต้องบูรณาการณ หลายๆ กระทรวง ต้องคิดว่าทำยังไง แต่คนรุ่นใหม่เห็นคนรุ่นเก่ากินด้วยกันอยู่ด้วยกันเป็นอย่างดีนั้น แต่เราพยายามล้างสมองเค้า ผมก็ตั้งความหวังกับเด็กๆ”

ผอ.รพช.

ในบางพื้นที่ มีการประสานแบ่งปันทรัพยากรในการทำงานสาธารณสุขร่วมกันระหว่างภาคสาธารณสุขกับ อปท. ก่อนหน้าจะมีกองทุนสุขภาพตำบลเช่น การตรวจมาตรฐานตลาด ร้านอาหาร สำหรับการควบคุมโรคมีการแบ่งบทบาทว่า รพ. สอบสวนโรค ส่วนเทศบาลควบคุมโรค ทั้งนี้อาจเป็นลักษณะการใช้งบประมาณของเทศบาลหรือต่างใช้งบประมาณของหน่วยงานตัวเอง อาจตั้งข้อสังเกตได้ว่า การที่ภาคสาธารณสุขสนับสนุนให้บุคลากรไปทำภารกิจของเทศบาลนั้น นอกจากวิธีคิดต้องงานและบุคลิกในการประสานแล้ว น่าจะเป็นผลจากการที่เทศบาลได้สนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรบางส่วนให้ภาคสาธารณสุขด้วย ในลักษณะพึ่งพาอาศัยกันไปมา

“คือเราจะร่วมกันตลอด โดยเฉพาะกรณีไข้เลือดออกจากโรงพยาบาลเป็นผู้สอบสวนถ้ามีเหตุการณ์ก็จะส่งหนังสือมา ทีมของเราก็จะออกไปป้องกันทันทีเลย ส่วนงานอื่น ตรวจตลาดมาตรฐาน

ตลาดเราด้วยกัน คือเราทำงานเป็นเครือข่ายมีสาธารณสุขอำเภอโรงพยาบาล.....ราบรื่นครับ ตามที่เราตั้งโครงการไว้ ถ้าเราไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น โครงการที่เราจะเขียนก็จะขาดบุคลากรสาธารณสุขการพยาบาล..... ถ้า case ไปโรงพยาบาลทางโรงพยาบาลเป็นคนสอบสวนโรคแล้วแจ้งมา บางที อสม. ในหมู่บ้านรู้จักโรงพยาบาลแล้วแจ้งมา ผมก็จะออกไปก่อน คือทางโรงพยาบาลกับเทศบาลเราจะเตรียมไว้ล่วงหน้าก่อนแล้วว่า ถ้ามีไข้เลือดออกเราต้องทำยังไง ทางโน้นสอบสวนเพิ่ม บางทีโรงพยาบาลก็โทรมาที่ผมก่อนแล้วผมก็จะโทรสั่งชุดออก รอเป็นหนังสือลายลักษณ์อักษรมันจะช้า.... เราจะมีชุดเคลื่อนที่ประจำอยู่ บาง อบต. ให้ อสม. เป็นคนทำ เวลาเมื่อเหตุต้องรอ อสม. พอดี อสม. เขาไม่ว่าง ผมก็เลยรับโรงเรียน.....กับ....ในเขต อบต. มาดูแลโรคไข้เลือดออก โรงเรียนมัธยมนี้ใหญ่เกินไปก็เลยยังไม่รับ.... โรงพยาบาลของบมาทุกปี ขอไปเผาะเยบบ้าง เอาไปทำโครงการต่างๆ เขตเทศบาลอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่ถ้าไปทำนอกเขตเราก็ไม่ให้ครับ อย่าง อสม. ในเขตก็เป็นเขตของโรงพยาบาลด้วย.....อย่างทางอำเภออย่างหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลรู้จัก ได้ฟังพาอาศัยกัน บางทีเขาก็ขอเรา ขอว่าสาธารณสุขจะรณรงค์เรื่องยุ่งลายหรือหัดอะไร เราก็ให้ ทุกวันนี้ทรายอะเบตเราเป็นคนซื้อ อีกอย่างคือหน่วยงานของเรามันเยอะ คนงานของสาธารณสุขเทศบาลเยอะ ถ้ามีอะไรจะขอโดยที่ไม่ต้องรู้จักกันเลย จัดได้เวลาว่างประชุมมีกิจกรรมอะไร นานาเวที กำลังเรามี เราก็อนุเคราะห์กันฟังพาอาศัยกัน”

หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขเทศบาลตำบล (เข้าร่วมกองทุนตำบลปีงบประมาณ 53)

ในพื้นที่ที่ภาคสาธารณสุขและ อบต. ไม่เคยทำงานร่วมกันมาก่อน กองทุนสุขภาพตำบลเป็นเครื่องมือกระชับความสัมพันธ์ระหว่างกันได้เป็นอย่างดี ด้วยข้อจำกัดของ อบต.หรือเทศบาลที่มักไม่มีบุคลากรสาธารณสุขหรือมีจำนวนน้อย แต่กองทุนสุขภาพตำบลเปิดหรือขยายบทบาทของหน่วยงานในด้านสุขภาพซึ่งเป็นประโยชน์และสามารถตอบสนองประชาชนได้และเพิ่มความนิยมในตัวผู้บริหารโดยไม่ต้องลงทุนเองทั้งหมด เพียงแต่ต้องบริหารจัดการตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดมาซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และวิธีการทำงานของผู้บริหารและระบบงานของ อบต. อยู่แล้ว ในขณะเดียวกันก็เป็นแหล่งงบประมาณแก่ภาคสาธารณสุขด้วย

“เงินกองทุน นายกชอบเพราะเราสมทบสองแสนเราได้กลับมาสามแสนกว่า รวมเป็นห้าแสนคุณไม่ต้องลงทุนอะไรเลย เพียงแต่ที่เราบริหารจัดการให้มันอยู่ในกรอบในหลักเกณฑ์ เขายังชอบ”

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลตำบล ในอำเภอเมือง

“การเข้าร่วมนี้ก็เพราะว่าที่อื่นเข้าร่วมไปก่อนหน้าเราเยอะแล้ว พอดีชุดเราเพิ่งจะเข้ามาบริหารก็เห็นว่าเป็นการดีนะ ประชาชนน่าจะเข้ามาใช้บริการได้ง่ายขึ้น ขั้นตอนไม่ยุ่งยากอะไร มีคณะกรรมการดูแล โครงการของชาวบ้านก็จะได้มีส่วนร่วม”

รองนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล (เข้าร่วมกองทุนตำบลปีงบประมาณ 53)

แต่สำหรับการควบคุมโรคติดต่อซึ่งเป็น community care จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะ อบต.ที่สามารถระดมความร่วมมือได้ดีกว่าภาคสาธารณสุข และ

การมีกองทุนตำบลเสมือนเป็นกองทุนสำรองจากงบประมาณ เพราะไม่สามารถทราบได้ว่าโรคจะระบาดเมื่อไร

“คือเมื่อก่อนเหมือนกับเรื่องโรคติดต่อเราเป็นพระเอก สาธารณสุขเขียนโครงการทุกอย่างอยู่ในมือเรา ทำไปมันก็ไม่ได้ผล ยังมีโรคเกิดซ้ำ ๆ ซาก ๆ ทีนี้ก็เลยเปลี่ยนให้ทุกคนเป็นเจ้าของภาพรวม เรียกภาคีเครือข่าย มีบทเรียนตอนเป็นชิคุนกุนยา สาธารณสุขพ่นรักษามันก็ไม่หยุด มี case ประจำ ฟันค่าน้ำยา ค่าน้ำมันเป็นแสนก็ยังไม่อยู่ ทีนี้ไม่หยุด เพราะอะไร ทีนี้มันกระทบเยอะ จังหวัดด้วยกระทรวงด้วย ก็คุยกันมานั่งคุยเป็นยังงี้ ๆ แนวคิดการแก้ไขปัญหา ใครทำอะไรได้บ้าง อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย ทุกคนมาช่วยกันหมด หยุด ตอนนั้นเห็นทิศทางการทำงานแล้ว ตอนนี้อยู่เป็นทิศทางการทำงาน แก้ไขปัญหาที่มันเรื้อรัง ชาวบ้านรู้ ชิคุนกุนยา ไข้เลือดออก ยุงลายกัด นำเชื้อมาแล้วก็เป็น ก็โดนกัดไม่หยุดเลย พอมีปัญหาจะพ่นหมอกควันอย่างเดียว ตอนนี้อยู่หลัก ๆ คือการป้องกันบ้านตัวเองให้สะอาด ดูแลบริเวณบ้าน อันนั้นเบื้องต้นครับ แต่ถ้ามีผู้ป่วยก็ให้แจ้งโดยเร็ว เพราะว่าโรคอย่างนี้ถ้ารู้เร็ว รักษาปั๊บเดียวก็หาย หลัก ๆ คือชาวบ้านกับชุมชนเป็นหลัก ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ ต้องมีศักยภาพในการทำงานกับชุมชนด้วย เพราะว่าถ้าเข้ากับชุมชนได้การประสานงานก็ง่ายขึ้น”

หัวหน้า สสอ.

“เทศบาลเรามีหน่วยงานที่ดูแลประชาชนอยู่ แล้วผมมองว่าเมื่อมีกองทุนหลักประกันสุขภาพก็สามารถเข้าถึงชุมชนได้มากกว่า ประหยัดงบประมาณประจำและใช้ได้อย่างสะดวก ถ้าเราใช้งบประมาณ การพิจารณาโครงการของโรงพยาบาลที่ของบถ้าส่งมาไม่ทัน ก็ต้องเป็นปีต่อไป ไม่ได้เข้าแผน ตามงบประมาณเทศบัญญัติต้องเข้าแผน ถึงจะใช้ได้ ยกตัวอย่าง ไข้หวัดใหญ่ 2009 มันมาเมื่อต้นปี ถ้ามารองงบประมาณไม่ต้องทำอะไรหรอก ก็ใช้งบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เสนอโครงการไม่เกิน 2 หมื่นบาทซื้อ mask ซื้ออะไรแจก ให้ความรู้ชาวบ้าน ทำแผนปลิว ถ้ามารอเนี่ยะแทบจะไม่ต้องทำอะไรเลย นี่คือวิกฤตที่เป็นโอกาสของตัวนี้”

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลตำบล

5. ความโปร่งใส

ประเด็นความโปร่งใสถูกกล่าวถึงในการจัดสรรและอนุมัติงบประมาณดำเนินการ (fixed cost) และโครงการส่งเสริมป้องกันในพื้นที่ (PP area based) ในภาคสาธารณสุข การจัดสรรนี้มี 2 นัยคือวิธีการและปริมาณเงินที่จัดสรรซึ่งขึ้นกับมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ว่าเป็นธรรมหรือไม่อย่างไร และการปกปิดหรือไม่เปิดเผยข้อมูลข่าวสารในการจัดสรร (เช่น ยอดงบรวมที่ CUP ได้รับ วิธีคำนวณ/จำนวนเงิน/ผลงาน ในกรณีที่ CUP จ่ายตามผลงาน การจัดสรรค่าสาธารณสุขปโมค) เนื่องจากงบประมาณ CUP ไหลเข้ามาที่ รพ. โดยตรง ทำให้ รพ. โดย ผอ.รพ. มีอำนาจในการบริหารงบประมาณไปโดยปริยาย ซึ่งปัญหานี้เด่นชัดระหว่าง รพ. กับ สสอ./สอ. เกิดความเคลือบแคลงต่อ ผอ.รพ.

ขณะที่กองทุนสุขภาพตำบลในการบริหารของ อบต. นั้น มีการเปิดรับโครงการและเจ้าของโครงการต้องนำเสนอต่ออนุกรรมการกลั่นกรองหรือคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติโครงการ แรกอบ

กับวิธีการทำงานของ อปท. ที่เป็นกันเองกับประชาชน นอกจากนี้ องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ยังมีตัวแทนของภาคส่วนนอก อปท. ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ/ภาคสาธารณสุข/และภาคประชาชน จึงมีการเปิดเผยข้อมูลงบประมาณ/วิธีการเสนอ/และอนุมัติโครงการโดยปริยาย

“เงื่อนไขว่าเวลาคุณจะทำอะไรจะเขียนโครงการเดี่ยวไม่ได้ ต้องให้ผ่านชมรมผู้สูงอายุ แม่บ้าน หรือ อสม. ผู้นำชุมชนของหมู่บ้านขึ้นมา ในระดับโครงการก็จะผ่านการคัดกรองโดยอนุกรรมการระดับชุมชนก่อน ให้เขาคัดกันเองว่าควรเสนออะไรขึ้นไปอย่างไร แล้วเข้าระบบให้อนุกรรมการของกองทุน บอร์ดบริหารพิจารณา.....หลักคือจะให้ชุมชนก่อนในเรื่องของโครงการต่างๆ เรื่องตลาดนัด เรื่องสุขภาพที่เขาดูแลกัน เขาทำเรื่องอาหารปลอดภัย มีการจัดรณรงค์กัน ซึ่งตรงนี้ผมก็เห็นดีนะ เพราะว่ามันเกิดจากชุมชนเขาทำกันเอง ถึงแม้ว่าแกนนำหลักๆ จริงๆ คือ อสม. แต่ถ้าไม่มีตัวหลักในการดำเนินการ มันยาก มันต้องมีแกนที่จะทำ อยากให้ชาวบ้านเขามีส่วนที่จะทำ แต่คนที่รับผิดชอบดูแลให้เกิดระบบตรงนั้นมันไม่มี ต้องอาศัยแกนนำ เราคงจะทิ้ง อสม. ไม่ได้ หลักจริงๆ ชาวบ้านอยากให้เกิดอะไร คือพูดคุยกัน แต่ว่า อสม. จะเป็นตัวประสานและดำเนินการให้”

นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

“ส่วนใหญ่คนที่มาของงบประมาณจะมีไม่กี่กลุ่มหรือ มีโรงเรียน มีสาธารณสุข มี อสม. มี ผู้สูงอายุ ซึ่งเขาก็รู้จักกันหมด เพราะเวลาคณะกรรมการกลั่นกรองเราก็จะคนที่ขอเชิญมาทั้งหมดมา present กรรมการก็ช่วยพิจารณาด้วยว่าเหมาะหรือไม่เหมาะ โรงเรียนขออะไรไปชุมชนก็รู้ ชุมชนขออะไรไปโรงเรียนก็รู้ แล้วคณะกรรมการของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพก็จะมีชุมชนเข้ามาร่วม ก็ซ้อนกันไปมา”

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

6. การกำกับ ติดตามและประเมินผล

1) ภาคสาธารณสุข

การกำกับในภาคสาธารณสุขประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ระบบรายงานตรงเข้ามาที่ สปสช. และการกำกับผ่านระบบตรวจราชการ กสธ. ซึ่งเป็นกลไกเชื่อมภาคสาธารณสุขเข้ากับ สปสช. โดยทั่วไปเป็นการกำกับตามแผนงบประมาณ (ว่าเบิกจ่ายเงินตามงวดหรือไม่) แผนดำเนินการ และระบบรายงานตามตัวชี้วัด ปีละ 3 ครั้งคือ รอบ 6, 9 และ 12 เดือน ผอ. สปสช. บางท่านเริ่มมีแนวคิดให้ คณะทำงานของสำนักงานรวบรวมตัวชี้วัดของอำเภอ จังหวัด และเขต กสธ. มาจัดทำเป็นภาพรวมของเขต สปสช. เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องกับแนวทางของ สปสช. เพราะอาจจะมีปัญหาบางอย่างที่เป็นปัญหาเชิงพื้นที่ ขณะที่ตัวชี้วัดถูกกำหนดจาก health need ในระดับเขต

“ที่ยังไม่ได้ทำแต่คาดหวังคือ integrate ตัวชี้วัดของอำเภอ จังหวัด เขต... ให้เป็นภาพรวมของ สปสช. เขต..... อาจจะเห็นอะไรบางอย่าง ว่าสอดคล้องกันกับแนวทางของเราไหม”

“สำนักตรวจราชการเขตจะมาติดตามจังหวัดปีละ 2 รอบ แล้วก็ติดตามโครงการที่เขารับ

งบประมาณไปทั้งตัวชีวิตของสำนักตรวจเองและของเขตที่ทำอยู่ก็ work ได้ดี”

ผอ.สปสข.

ในทัศนะของจังหวัด การนิเทศติดตามของส่วนกลางมีลักษณะ 2 ประการคือ มีตัวชี้วัดระดับกระบวนการจำนวนมาก และไม่มีการแลกเปลี่ยนในด้านเทคโนโลยีเพื่อช่วยจังหวัดในการแก้ปัญหา ซึ่งการนิเทศระดับอำเภอยังคงเป็นลักษณะนี้อยู่ คือ สอ. ไม่เกิดการเรียนรู้งาน

“รูปแบบการติดตามยังเป็นตัวชี้วัดที่มากมาย มันเยอะไปหมด ทั้ง กรม กอง ลงถึงกระบวนการ มันเยอะมาก แล้วรูปแบบการนิเทศไม่ได้เปลี่ยนเลย ยังคงเป็นรูปแบบเดิม ไม่ได้อะไรใหม่ในเชิงของเทคโนโลยีที่จะแลกเปลี่ยนกับจังหวัด ก็ทับซ้อนของบทบาทของจังหวัด ท่านก็มารับฟังแต่ตัวชี้วัดเรา มาดูว่าสำเร็จหรือเปล่า มาตามความก้าวหน้า รอบหนึ่งจังหวัดเจอปัญหา รอบสองก็เจอปัญหาเดิมๆ ไม่มีโอกาสแลกเปลี่ยน ไม่มีเสียงสะท้อนกลับมา เพียงแต่บอกว่าตอนนี้เราทำงานไปถึงไหน แค่นี้ อันที่เป็นปัญหาเราก็ต้องแก้ของเราเอง”

“ต้องมาเคลียร์ว่าในระดับชาติว่า ต้องการเห็นคืออะไร น่าจะเป็นหลักๆ ก็พอแล้ว นี่ลงกระบวนการเยอะเหลือเกิน”

หัวหน้างาน สสจ.

“ฟอร์มของระบบนิเทศคือตัวสร้างปัญหาเพราะระบบนิเทศของ สสอ. ก็คือระบบนิเทศที่ สสจ. จัด ทุกอย่างเป็น schedule เป็นระบบ check list ไม่ใช่สอนงาน เป็นเรื่องงานรูทีนที่เค้าทำ ถ้าเรามองว่าต้องสอนเค้าเรื่อง PP ทำไมไม่ไปกัสดันั้น”

ผอ.รพช.

“นิเทศคือการมาชี้ให้เห็นว่าเราขาดอะไรหรือตัวไหนทำดีแล้ว

“นิเทศเขาก็ไม่ได้มาดูอย่างนี้นะครับ.....คือต้องการเอาปริมาณไว้ในแต่ละที่ก็คนออกกำลังกาย 90% อย่างนี้ก็จะเอามาวัด ใครที่ขยันรายงานก็ได้ ranking สูง”

ผอ.รพช.

การกำกับติดตามงานภายในจังหวัดใหญ่จะจัดโครงสร้างตามพื้นที่ภูมิศาสตร์และมีระดับบริหารของ สสจ. ดูแลพร้อมทีมบุคลากรจากแต่ละงาน นอกจากนี้เพื่อลดทอนปัญหาการสื่อสารภายในจังหวัด สสจ. บางแห่งสนับสนุนให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มชมรมวิชาชีพและสนับสนุนให้มีการประชุมของกลุ่มชมรมอย่างสม่ำเสมอ นอกจากจะเป็นกลไกในการสื่อสารระหว่างจังหวัดกับวิชาชีพแล้วยังเพิ่มการสื่อสารในกลุ่มวิชาชีพเอง เอื้อต่อการกำกับพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของงานวิชาชีพ โดยฝ่ายยุทธศาสตร์ สสจ. จัดการการประชุมให้ สำหรับการประชุมของกลุ่มทันตแพทย์และเภสัชกรเป็นไปตามลักษณะงานของวิชาชีพโดยฝ่ายทันตสาธารณสุขและงานคุ้มครองผู้บริโภค สสจ. เป็นตัวกลาง

“นอกเหนือจากนี้เราก็กจัดทีม monitor ตอนนี้เป็น 6 ทีมคือ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สองสามท่าน แล้วมีท่านผู้ช่วยเป็นหัวหน้าทีมแล้วแต่ละทีมต้องประกอบด้วยลูกทีมจากทุกกลุ่มงาน

รับผิดชอบคนละทีม ปัญหาอะไรเกิดขึ้นก็ดูตัวชี้วัดลงไปติดตามต้องดูตามนี้ หนึ่ง การเบิกจ่ายงบประมาณ สอง ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด สาม แผนงานโครงการว่าบรรลุไปถึงไหน ลักษณะของการให้คำแนะนำจะดูในเรื่อง หนึ่ง การบริหารงบประมาณ สองการพัฒนาคุณภาพ สาม การดำเนินงานที่เป็นปัญหา สี่ ดูตามตัวชี้วัดแล้วก็ดูว่างานของคุณมีอะไรบ้าง ปัญหาในการดำเนินงานเป็นอย่างไร เทียบกับเกณฑ์เพื่อดูว่างานที่คุณทำไปถึงไหนแล้ว”

“เดิมสั่งการผ่าน ผอ. ผ่าน สสอ. เพื่อไปถึงเจ้าหน้าที่ แต่ตอนนี้มีนโยบายใหม่ มีชมรมสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ชมรมหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ชมรมนักวิชาการ สสจ. บอกว่าให้อาหวั้ๆ มาคุยกันหน่อยแล้วต่อไปนี้วิธีการนี้เทศเรา เราจะเคลื่อนชมรมนี้ไป ก็คือให้คนลักษณะเดียวกันคุยกันเอง โดยว่าจังหวัดไปด้วย ก็คือตอนนี้ทุกอย่างผ่านชมรม”

หัวหน้างาน สสจ.

การประเมินผลใช้ระบบรายงานเป็นเชิงปริมาณงานคือ ตัวชี้วัดด้านกระบวนการและผลผลิต ส่วนการประเมินผลลัพธ์มีข้อจำกัดที่ต้องมีการสำรวจสภาวะสุขภาพ แม้ว่าจะมีโครงการตรวจสุขภาพในผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไป แต่มีข้อสงสัยต่อคุณภาพมาตรฐานการตรวจเพราะมักไม่มีการเตรียมตัวก่อนตรวจ (เช่น ในการตรวจเบาหวาน)

“ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่เราเวลาทำงานเอา activity เป็นตัวจับ ผลลัพธ์เป็นยังงี้ไม่รู้ แต่ขั้นได้ทำเยอะ แล้วเวลาประเมินก็ดู activity เหมือนกันเป็นตัวชี้วัด ขั้นทำแล้วอันนี้ดี ได้คะแนนเท่านี้ดี ได้ผลลัพธ์ดีหรือเปล่าไม่รู้”

ผอ.รพช.

“ข้อมูลยังไม่เป็นมาตรฐาน....ไม่มีการชี้แจงให้เป็นวิธีการเดียวกัน ผมยกตัวอย่างเช่นการตรวจน้ำตาล บางที่เข้าไปก็ตรวจหมดนะ กินข้าวไม่กินข้าวเขาก็ตรวจหมดอันนี้มันก็จะทำให้ข้อมูลมันไขว้ไม่ได้แล้ว..... วิธีการรายงานคือเอาปริมาณอันนี้เราก็ไม่แน่ใจว่าข้อมูลพวกเนี้ยนี้ผมเชื่อว่าเป็นการนั่งเทียนเขียนแต่ว่าไม่ใช่ข้อมูลจริงแต่จะเอาข้อมูลจริงข้อมูลย้อนหลังปีนั้นผมมองว่าจะยาก”

ผอ.รพช.

2) ภาคท้องถิ่น

การกำกับติดตามโครงการที่ใช้งบกองทุนสุขภาพตำบลของ อปท. อิงระบบปกติของ อปท. และกลไกที่ สปสช.กำหนด โดยธรรมชาติที่ประชาชนสามารถเข้าถึงผู้บริหารและข้าราชการ อปท. การข้อมูลจึงอาจมาจากประชาชนในพื้นที่โครงการหรือพื้นที่ใกล้เคียง

“น่าจะได้อยู่เพราะมีเรามีทั้งคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการอีกทีหนึ่ง แล้วก็ส่วนดูแลเอกสารต่าง ๆ เราตั้งไว้หมดแล้วแล้วก็ให้ข้าราชการเป็นคนทำ อีกอย่างหนึ่ง สดง. มาตรวจอยู่ทุกปีอยู่แล้ว ต้องทำให้ถูกต้อง”

หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขเทศบาลตำบล

“คณะกรรมการบริหารชุดใหญ่ซึ่งเป็นโครงสร้างที่ สปสข กำหนดกรอบมาต้องมีปลัด ประธาน เป็นใคร ผอ. กอง ไม่เกี่ยวแต่ต้องมีคณะทำงาน อย่างเทศบาล.....มี 6 ชุด มีด้านวิชาการ มี คณะทำงานฝ่ายเลขา มีคณะกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์ แต่ตัวขับเคลื่อนคือ ผอ.กอง.....มี อนุกรรมการประเมินโครงการอยู่ เพราะฉะนั้นเราไม่ออกหน้าอยู่คนเดียวก็ต้องช่วยกัน อนุกรรมการก็ผู้รู้การทำงาน เช่นอาจารย์โรงเรียนหนึ่งคน ข้าราชการในพื้นที่รับผิดชอบ ประธาน อปท คนในพื้นที่ที่ทุกคนยอมรับ ปลัดก็เป็นเลขาโดยตำแหน่ง”

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

“หลักฐานก็ส่วนหนึ่ง รูปถ่ายกิจกรรม ให้ถูกต้องตามที่เราทำงานในท้องถิ่นเรา ก็สรุปไป เสร็จ แล้วทำเป็นรูปเล่ม..... ชุมชนเขาตามกันเอง ถึงไหนแล้ว เราดูด้วย ชุมชนดูด้วย ถึงไหนแล้วเขาจะมา บอก บางทีบอกถึงผู้บริหารเราเอง ผู้บริหารนี่ตาเป็นสับปะรดเลยในชุมชน ”

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

“ของผม work ดีเพราะมีเงื่อนไขด้วยว่าถ้าคุณดำเนินการในปีที่ผ่านมาไม่ได้ส่งสรุปโครงการมา โครงการใหม่คุณจะไม่ได้นะ เป็นข้อตกลงอีกอย่างหนึ่ง.....บางที่เขาเช็คข้ามชุมชนเลย ข้างๆ กันนี้ ได้เงินมาเหมือนกัน”

นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

สำหรับระบบติดตามกองทุนสุขภาพตำบลในระดับเขต เป็นระบบข้อมูล online สามารถบอกงบประมาณที่โอน/ที่ใช้/ที่สมทบ/ที่เหลือและกิจกรรม ทั้งนี้ถ้าเงินกองทุนไม่เคลื่อนไหว 2 ปี สปสข.จะ เรียกเงินคืน บางเขตกำหนดให้เงินเหลือไม่เกินร้อยละ 5 ในแต่ละปี จากตาราง 4.1.2 เขตเชียงใหม่ มีสัดส่วนจำนวนอปท./เทศบาล ที่เข้าร่วมกองทุนฯ มากกว่า ค่าเฉลี่ยของทั้ง 12 เขต (ไม่รวม กทม.) เขตอุบล ราชธานีและสงขลามีสัดส่วนจำนวนกิจกรรมและงบประมาณที่กองทุนฯ สนับสนุนเป็นการ สร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น (ประเภทที่ 3) มากที่สุด รองลงไปคือ การจัดซื้อ บริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ (ประเภทที่ 2) ส่วนเขตเชียงใหม่เป็นประเภทที่ 3 และ 1 ขณะที่เขตนครราชสีมาเป็นประเภทที่ 1 และ 3

**ตาราง 4.1.2 ผลการดำเนินงานของ อบต./เทศบาล ที่เข้าร่วมกองทุนสุขภาพตำบล
ปีงบประมาณ 2549 -2553**

รายการ	เชียงใหม่	นครราชสีมา	อุบลราชธานี	สงขลา	รวม 12 เขต
จำนวน (ร้อยละ) การเข้าร่วมกองทุน	697 (84.79)	449 (52.27)	334 (50.38)	299 (47.92)	5,387 (68.62)
สัดส่วนจำนวนกิจกรรมและงบที่ใช้ ของกองทุน *					
▪ ประเภทที่ 1	20.26/ 25.44	39.51/ 37.98	17.67/ 22.23	13.72/ 22.99	23.20/ 26.05
▪ ประเภทที่ 2	19.75/ 24.31	22.72/ 21.56	37.24/ 35.04	27.16/ 28.13	22.94/ 25.19
▪ ประเภทที่ 3	42.47 /42.29	28.44/ 32.62	34.31/ 36.51	50.00/ 43.74	40.08/ 41.18
▪ ประเภทที่ 4	17.51/ 7.96	9.30/ 7.84	10.78/ 6.22	9.12/ 5.14	13.78/ 7.59
ร้อยละของการสมทบงบ					
▪ ค่าบริการจากสปสช.	75.00	75.37	69.02	74.20	74.25
▪ อุดหนุนจากอบต./เทศบาล	23.48	22.91	19.37	24.07	23.05
▪ สมทบจากชุมชน	.30	.41	.10	.26	0.67
▪ ดอกเบี้ยเงินฝาก	.27	.25	.15	.24	0.30
▪ อื่นๆ	.95	1.06	11.36	1.24	1.74
สัดส่วนงบคงเหลือของกองทุน	42.70	61.41	40.63	40.63	50.82

* ประเภท 1: จัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ประเภท 2: สนับสนุนงบประมาณแก่งานบริการสาธารณสุข
ประเภท 3: สร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชน/ชุมชน/ท้องถิ่น ประเภท 4: พัฒนาระบบและบริหารจัดการกองทุน

การกำกับด้านคุณภาพในระดับเขต ตัวชี้วัดคุณภาพกิจกรรมในระบบรายงาน คือ การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ความครอบคลุมประชากรเป้าหมายของแต่ละกิจกรรม) ซึ่งยังเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ เมื่อพิจารณาจากผลการตรวจคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ผ่านแบบมีเงื่อนไขในเขตนครราชสีมาและอุบลราชธานี และส่วนใหญ่ไม่ผ่านในเขตสงขลา อาจมีปัญหาคูณภาพ (ตาราง 4.1.3)

ตาราง 4.1.3 การตรวจประเมินหน่วยบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต ปีงบประมาณ 2552

หน่วยบริการ	เชียงใหม่	นครราชสีมา	อุบลราชธานี	สงขลา	กทม
ปฐมภูมิ	na แห่ง	1,052 แห่ง	925 แห่ง	825 แห่ง	171 แห่ง
▪ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ na	ร้อยละ 6.6	ร้อยละ 19.1	ร้อยละ 4.1	ร้อยละ 97.1
▪ ผ่านแบบมีเงื่อนไข	ร้อยละ na	ร้อยละ 63.7	ร้อยละ 76.8	ร้อยละ 34.7	ร้อยละ 2.3
▪ ไม่ผ่าน				ร้อยละ 61.2	ร้อยละ 0.6
ประจำ	na แห่ง	99 แห่ง	70 แห่ง	80 แห่ง	na แห่ง
▪ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ na	ร้อยละ 44.4	ร้อยละ 40.0	ร้อยละ 18.8	ร้อยละ na
▪ ผ่านแบบมีเงื่อนไข	ร้อยละ na	ร้อยละ 55.6	ร้อยละ 60.0	ร้อยละ 81.2	ร้อยละ na
รับส่งต่อ	na แห่ง	87 แห่ง	68 แห่ง	76 แห่ง	na แห่ง
▪ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ na	ร้อยละ 5.4	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ na
▪ ต้องพัฒนาต่อเนื่อง	ร้อยละ na	ร้อยละ 96.6	ร้อยละ 88.2	ร้อยละ 52.7	ร้อยละ na
▪ ต้องพัฒนาเร่งด่วน	ร้อยละ na		ร้อยละ 11.8	ร้อยละ 47.3	ร้อยละ na

ที่มา: สรุปผลการดำเนินงาน 2552 ของ สปสช. นครราชสีมา อุบลราชธานี สงขลา และ กทม
หมายเหตุ ไม่พบสรุปผลการตรวจประเมินหน่วยบริการที่ website ของสปสช.เชียงใหม่

ระบบข้อมูลกองทุนสุขภาพตำบล online นี้ยังเป็นเครื่องมือช่วยให้เห็นภาพรวมซึ่งจำเป็นสำหรับนโยบายที่เพิ่งริเริ่มขึ้น ระบบข้อมูลที่สามารถติดตามกิจกรรมกองทุนในพื้นที่ได้นี้อาจเปรียบได้กับ “สายแทงกองทุนตำบล”

“กองทุนตำบล ถ้าเราไม่ทำให้เกิดความชัดเจนเราก็ตอบ สตง. ไม่ได้ เอาเข้าที่ สปสช. แล้วเขาขอข้อมูล เจ็ตร้อยกองทุน โชคดีที่ส่วนกลางทำโปรแกรมให้คีย์ออนไลน์ รู้เลยว่าโอนเงินมาเท่าไร ให้เงินไปเท่าไร เหลือเงินเท่าไร ใช้เงินไปเท่าไร แล้วก็มีการทวงอะไรบ้าง พอชัดเจนคนก็เริ่มเข้าใจว่า สามารถติดตามได้นะ แล้วยังให้ keyกิจกรรมด้วย ถ้าสนใจว่าที่ไหนทำกิจกรรมอะไร ก็ตามลงไปได้ เราเข้าไปหาข้อมูลนี้ได้ แล้วก็แก้ปัญหาได้หมดเลย”

ผอ.สปสช.

ปัจจัยกระทบการบริหารจัดการ สหัชชุน กักกับ ติดตามและประเมินผล

1) ความไม่ชัดเจนในวิธีปฏิบัติของกองทุนตำบล

“มันก็ไม่แน่นอนตลอดนะครับ เพราะว่าช่วงแรกงบ 49 ถ้ามัวซื้อของออกกำลังกายได้ไหม ก็ปรึกษาสปสช. เขต ตลอด แต่ถ้าซื้อไปแล้วแล้วมาปรึกษากันทีหลังแบบนี้ไม่ได้ พอช่วงหลังบอกว่าไม่ได้ ก็ไม่ได้ พอมาอีกทีก็บอกว่าซื้อได้ แต่คุณต้องเขียนตรงๆ ในโครงการ”

นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

“ใน สสจ. ว่าคนนี้รับ พอเราโทรไปถาม ก็ต้องไปถาม สปสช.เขตก่อน น่าจะเตรียมบุคลากรที่จะเป็นคนประสาน น่าจะมีความรู้ พอตรง center ไม่มั่นใจ เราทำไปเราจะมั่นใจไหม”

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

“เดิม สปสช. ออกนโยบายมาแล้ว สสจ. ที่เป็นตัวเชื่อมไม่รู้เรื่องคือรู้พอๆ กับท้องถิ่น ที่นี้พอเกิดการขัดแย้งกันก็ไม่เกิดการยอมรับ ก็ไม่สามารถไปเป็นพี่เลี้ยงให้กับท้องถิ่นได้ ท้องถิ่นก็มไปตามเอกสาร”

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

2) การจัดทำแผนและมีตัวชี้วัดจำนวนมากและล่าช้าจากส่วนกลางส่งผลต่อการจัดทำในระดับเขต/จังหวัด/CUP

“ความชัดเจนของตัวชี้วัดต้องเสร็จตั้งแต่แรก ๆ แล้วนี่ยังไม่รู้จะออกเมื่อไหร่ ต้องทำงานวิ่งตามหาตัวชี้วัด ไม่ถูกนะครับ แต่ไม่รู้จะทำยังไงเพราะต้องรอส่วนกลางด้วย แล้วก็อันที่สองก็คือ composite index.....”

ผอ.สปสข.

“นโยบายเข้าผ่านไปถึงงบประมาณแล้ว 3 เดือนแล้วยังไม่ประกาศเลยครับ..... แผนเยอะออกข่าวและจังหวัดก็จะให้แนวทางว่าให้ทำเหมือนปีที่แล้วไปก่อนแล้วก็ไม่ว่าจะตั้งงบยังไง”

ผอ.รพช.

“ก็ต้องเห็นใจกันนะ PCU หนึ่งอยู่สองคนสามคนแต่รับงาน KPI จังหวัดร้อยตัวอย่างนี้ต้องมานั่งทำงานทั้งโครงการและงานตรวจอีกซึ่งงานตรวจตอนนี้มากขึ้นเรื่อยๆ คือเขาก็สับสนเหมือนกัน”

ผอ.รพช.

3) ความเข้าใจของ strategic partnerships ต่อ PP ภาพรวม บทบาท และความเชื่อมโยง

“strategic partnerships ยังไม่เข้าใจภาพรวม ไม่เข้าใจบทบาทตัวเอง จะไปเชื่อมกันยังไง อย่างเช่น กองทุนตำบลนี่คิดแต่จะให้หมอเขียนโครงการมา แต่บทบาทของเขาก็คือเรื่องเฝ้าระวังเรื่องทำโครงการแก้ปัญหาในชุมชน ให้เชื่อมต่อกับแผนงานโครงการของสถานีนามัย ทางสถานีนามัยก็มองว่ากองทุนตำบลเอาเงินไป เพราะฉะนั้นต้องตามไปเอาเงินคืน ไม่เข้าใจว่าบทบาทมันเปลี่ยนไปแล้ว ตัวเองต้องใช้เงิน PP expressed demand กับเหมาจ่ายรายหัว แต่เงินกองทุนตำบลต้องลงไปสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชนแล้วตรงนี้จะขยายผลได้อีกเป็น 10 เท่า 100 เท่า แม้กระทั่ง สสจ. แต่ก่อนนี่ก็ไม่เข้าใจว่า สปสข. มาอยู่อะไรในเรื่องจัดสรรงบประมาณตัดเงินไว้ระดับเขตอะไรอย่างนี้ เดียวนี้จังหวัดเริ่มเข้าใจว่าต้องเป็นพี่เลี้ยงให้กองทุนตำบลเข้าใจ ไปทำให้ สอ เข้าใจ อาจารย์อมรทำให้เห็นรูปธรรมเลยว่า การจะประสบความสำเร็จมันต้องหันหน้าเข้าหากันนะทั้งภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น แล้วก็แบ่งหน้าที่กันไม่ใช่ว่าแบ่งเงินกัน คุณต้องหันหน้าเข้าหากัน แล้วรู้ว่าปัญหาคืออะไรแล้วหน้าที่คืออะไรแล้วแยกกันทำใครมีเงินอะไรก็ทำของตัวเองไป ทุกวันนี้ปัญหามันอยู่เพราะว่าเข้ามาแบ่งเงินกันในกองทุนจริงๆ”

ผอ.สปสข.

4) ระบบสารสนเทศ ได้แก่ การกรอกข้อมูลดำเนินงาน online แบบปัจจุบันตรงไปยัง สปสข. เมื่อไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลคืนให้พื้นที่ CUP จึงต้องทำรายงานส่ง สสจ. ด้วย พื้นที่ที่มีปัญหาในระบบ internet จะมีปัญหาส่งรายงาน นอกจากนี้ ยังขาดการนำข้อมูลที่มีมาใช้ประโยชน์ในแต่ละระดับเช่น การตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงและจัดทำโครงการปรับพฤติกรรม และประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงาน

5) ทิศนคติเชิงโครงสร้างในแง่ลบต่อกัน ท่ามกลางหน่วยงานภาคสาธารณสุข อปท. และสปสข.

ระหว่างภาคสาธารณสุขกับ สปสข./สปสข.

“อยู่กันคนละ setting มุมมองคนละด้าน.....ต้องใจเย็นฟังดูว่า fact คืออะไร แล้วมาดูว่าเราจะแก้ปัญหาพร้อมกันยังไง.....การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของบุคคลเสี่ยง ก็คิดสิว่าจะทำยังไง จะหาคนหาเงินที่ไหนแล้วคุณจะจัดการยังไง จะ key record ละก็บาทผมไม่ได้คิดเลย ถ้าเขามองเห็นปัญหานั้น

คนคิดก็คือเขานั้นแหละ ไม่ใช่เรา แต่ที่นี้ว่าคนที่ไม่ได้ติดตามในภาพรวม ไปเจาะเอาตรงประเด็นที่ว่า key แล้วได้ตั้งก็ก็จะ mis understanding คิดว่า สปสช. เอาแต่เงินหวานเอาเงินดีหัว แต่ไม่ใช่หรอก เราคิดในภาพรวมก่อนแล้ว แต่คุณไม่ได้มาตามเห็นกระบวนการในการแก้ปัญหา แต่ตรงนี้เราก็น่าจะยินดีรับ เพราะว่าเรื่องนี้บางทีมันก็ต้องการมิตรต้องการความเข้าใจเอาไว้ก่อนแล้วก็ทำไปด้วยกัน แล้วค่อยทำความเข้าใจ”

ผอ.สปสช.

ระหว่างภาคสาธารณสุขกับ อปท. เกิดจากการสื่อสารของ สปสช. ในการอธิบายหน่วยงานสาธารณสุขว่างบ PP community เดิมจัดสรร CUP ตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2549 ได้โอนงบนี้ไปให้อปท. ที่เข้าร่วมโครงการกองทุนสุขภาพตำบลบริหารจัดการแทน ด้าน อปท. ก็มองว่า CUP มีงบ PP อยู่แล้วแต่พยายามจะมาทวงเงินส่วนที่ต้องการให้ภาคประชาชนเป็นผู้ดำเนินการด้านสุขภาพซึ่งที่ผ่านมา CUP ไม่ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของงบนี้ ทศนคติดังกล่าวส่งผลถึงการประสานและทำงานร่วมกันในตำบลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวเป็นพื้นฐานมาก่อน โดยเฉพาะเมื่อ สปสช. ต้องอาศัยภาคสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงและกำกับติดตามการดำเนินงานกองทุนฯ

“ตอนนี้สมาชิกก็ดี นายก รองนายก ส่วนใหญ่พื้นเพประมาณ 60-70% เป็น อสม. มาก่อน จิตวิญญาณหรือว่าเราเคยทำงานร่วมกันมันโอเคกันอยู่ ความผูกพันยังใช้ได้ ยังเป็นโอกาสของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อาจ due งบประมาณในส่วนที่เขาดูแลมาสนับสนุนเพราะพวกนี้เคยเป็นของเราและบางคนก็เป็นของเราอยู่ คือเป็น อสม. เราอยู่ ตอนนี้ยังเป็นโอกาสอยู่”

หัวหน้า สสอ.

“ถ้าเราประเมิน.... ท้องถิ่นได้นำเงินมาใช้ในงานสาธารณสุขห้าร้อยล้าน แต่เข้าไปดูในเม็ดเงินห้าร้อยล้านเขาใช้ทำอะไร.... เช่นเรื่องไข้เลือดออก ชี้น้ำยาพ่นยุงแต่ไม่มีน้ำมันให้รถพ่น ... เขายังชำนาญเหมือนเดิมคือจัดซื้อจัดจ้าง ขบวนการแบบนี้ไม่ค่อยสอดคล้องเพราะทฤษฎีดีมากเลย ท้องถิ่นมีส่วนร่วม.... พอลงลึกถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หลายคนมาปรึกษาเพราะการเมืองท้องถิ่น organization เล็กมาก.... บางทีคนปฏิบัติเองก็ไม่อยากจะซื้อแต่พอรายงานมันดีแต่สำหรับ PP ผมว่าไม่ค่อยคุ้ม”

รอง นพ.สสจ.

“จะมีซักกี่ท้องถิ่นที่ใช้เงินกองทุนสุขภาพตำบลในเชิงของส่งเสริมป้องกัน บางทีขึ้นเป็นป้ายเป็น cut out ซึ่งมันไม่ใช่ ไม่ได้พูดถึง outcomes output คุณทำเยอะ ถ่ายรูปที่คุณทำมาหน่อย บางทีประเมิน activity ได้ทำโน่นทำนี่ แต่แก้ปัญหาได้หรือเปล่า ถ้าทำก็ยังดีกว่าไม่ทำนะ แต่เราอาจจะต้องค่อยพัฒนาไปถึงระดับที่ว่าทำแล้วเห็นผลลัพธ์ มีรูปถ่ายมี activity เยอะแยะแต่ผลลัพธ์เหมือนเดิม โรคยังระบาดเหมือนเดิมเหมือนปีที่แล้ว มันไม่ได้สะท้อน progression ของการทำงาน PP เลย ต้องมีการพัฒนาไปแต่เค้ายังไม่ถึงขั้นนั้นแต่เราถึง”

ผอ.รพช.

“เงินก้อนนี้ที่ผ่านท้องถิ่นเข้ามา เจตนารมณ์ในการใช้เราก็น่าจะเข้าใจ แต่วิธีการใช้ของเขาต้องเป็นผลประโยชน์เพื่อคะแนนเสียงของเขาด้วยส่วนหนึ่ง ถ้าปล่อยไปตามวิธีคิดของเราคิด เขาจะไม่ได้คะแนนเสียงอะไรเลย ทำให้การใช้เม็ดเงินก้อนนี้ไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ที่แท้จริงตามที่ สปสช.

ต้องการสักเท่าไร”

หัวหน้า สสอ.

“กรอบคิดแต่ละคนบางทีก็มีความแคบความกว้างต่างกัน กรอบคิดต่างจากเดิมการทำงานก็เปลี่ยนไป”

นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

“ไม่ใช่ว่าเป็นระเบียบที่ต้องปฏิบัติแต่เป็นการประสานกัน ถ้าที่ไหนประสานได้ดีก็ไม่มีปัญหา ถ้าไม่ประสานกันก็ไม่ต้องจัดงบประมาณให้อย่างไร..... จริงๆ แล้วอนามัยเขามีนง PP อีกตัวเรารู้ ไม่ใช่เราไม่รู้ แต่ตอนแรกไม่รู้เรื่องเลยนะว่าอนามัยหมกเม็ด เราก็คงให้เพราะมองที่วัตถุประสงค์ว่าเขาต้องการทำ แต่ถึงเขาจะมีเทคนิคอย่างนี้เราก็ต้องรู้เท่าทัน..... ปัญหาการสื่อความเข้าใจ นง PP นี้เดิมทาง สสจ. เขาไม่ได้ให้ท้องถิ่นเข้าใจ สิ่งที่เขารู้เขาก็เก็บไว้เพื่อเอาไปใช้เวลามีนโยบายจากกระทรวงสั่งมา ก็เอาเงินตรงนี้ทำ พอเรารู้ก็ต้องศึกษามากขึ้นเพื่อจะไม่ใช่เขามาหลอกเราได้”

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

“เท่าที่ผ่านมามันจะมีปัญหาเรื่องการโยนกันไปมา PP com เมื่อก่อนเป็นของตรงนี้แล้วโอนมาตรงนั้นซึ่งท้องถิ่นไม่รู้เลยว่าโยนกันไปมา เป็นรักสามเส้า แล้วตกลงมันมาอย่างไร พอศึกษามันเป็นอย่างนี้ แต่มันไม่ได้พูดตั้งแต่ตอนต้น ท้องถิ่นไม่รู้เรื่องอะไร แล้วต้องมารับรู้ปัญหา”

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

“ถ้ามองพื้นฐานการใช้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขนะเจ้าหน้าที่เป็นคนคิดเอง จริงๆ แล้วการบริหารงบประมาณเท่าที่ดูตอนนี้ กระทรวงสาธารณสุขคิดเองนะ ไม่ใช่ชาวบ้านคิดนะ แม้กระทั่งทำแผนของเงินอุดหนุน อสม เจ้าหน้าที่ก็คิดให้เขา อย่างตอนนี้เราให้ประชาชนคิดนะแล้วเราเขียนให้”

นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

“การมีส่วนร่วมไม่ใช่รู้ว่าเขาทำอะไร คือมันต้องรู้ปัญหา รู้ความต้องการใช้ไหม แล้วจะทำยังไง”

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข เทศบาลตำบลในอำเภอเมือง

ระหว่างระหว่าง สอ. กับ รพ.

สำหรับ CUP ที่ไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมีจุดเริ่มมาจากการบริหารจัดการงบประมาณ CUP ในนาม รพ. โดยไม่เปิดโอกาสให้ สสอ. และ สอ. เข้ามามีส่วนร่วมกำหนดและรับรู้ ทำให้เกิดความคลางแคลงใจ กระทั่งถึงความร่วมแรงร่วมใจทำงานในภาพ CUP ขณะที่ ผอ.รพ. มักเห็นว่าการจัดสรรงบประมาณที่เป็นอยู่ เหมาะสมอยู่แล้ว

“โดยมารยาทจริงๆ ควรจะเปลี่ยนกันเป็นประธาน คปสอ. เมื่อก่อนมีการเปลี่ยนกันเป็น แต่ตอนนี้ไม่เปลี่ยนแล้วเพราะว่าเงินทุกบาทโอนเข้า CUP หมด”

สสอ.

6) รายจ่ายของ CUP ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายอัตราใหม่ของบุคลากรใน รพช.และ สอ. (พ.ศ. 2551) และใน รพช/รพท. (พ.ศ. 2552) และด้วยการจ่ายเป็นรายเดือน จึงมีผลเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานไม่มากนัก ขณะเดียวกัน ด้วยจำนวนเงินที่เพิ่มขึ้นมากทำให้กระทบต่อเงินบำรุงโรงพยาบาลแม้ว่าในโรงพยาบาลในอำเภอใหญ่ก็ตาม แต่ในอีกด้าน ก็ส่งผลดีให้วิชาชีพกระจายมาทำงานในเขตรอบนอก

“โรงพยาบาลใหญ่เงินหมุนดี แต่ปีหลังเริ่มมีปัญหาเพราะว่าทาง สป. พิจารณาให้ค่าตอบแทน แล้วก็เซ็นอนุมัติหลายโครงการ สมมุติว่าเคยจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงอะไรทั้งหลายประมาณร้อยเปอร์เซ็นต์ ปีนี้จะตกร้อยห้าสิบถึงเกือบสองร้อยเลยนะ เราเคยจ่ายค่า OT เดือนละสองล้านกว่า เดือนนี้รวมค่าตอบแทนทั้งหลายอยู่ที่ห้าล้านกว่า อันนี้ไม่รวมอย่างอื่นนะ ต่อเดือนนี้ผมจะต้องเตรียมเงินไว้จ่ายสิบสองล้าน วันหนึ่งผมจะต้องหาเงินได้สี่แสน ไซ้ใหม่...เงินที่ให้เจ้าหน้าที่เรา ไม่ถึงขั้นที่ว่าให้แล้วประสิทธิภาพดีนะ เขาได้เงินเพิ่มขึ้นเพื่อชดเชยสิทธิที่เขาไม่ได้มานาน ทุกวันนี้ชดเชยให้คนละหมื่นสองหมื่นหรืออะไรก็ตาม..... ”

ผอ.รพช.ขนาดใหญ่

2. ศักยภาพองค์กรในระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ประเด็นปัญหาศักยภาพขององค์กรในการอภิบาลและดำเนินงานระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยสรุป คือ

1. การกำหนดยุทธศาสตร์/นโยบาย บริหาร สนับสนุน กำกับ ติดตามและประเมินผล

สปสข. ได้แก่ การรวบรวมโครงการของอำเภอของจังหวัดมาวิเคราะห์ประสิทธิภาพและคุณภาพ ในภาพรวมระดับเขต และความแม่นยำเรื่องระเบียบการเงินหรือวิธีปฏิบัติเพื่อสามารถให้คำแนะนำแก่ อปท. รุ่นใหม่ที่เข้าร่วมโครงการรวมทั้งช่วยหาทางออกให้ได้ในกรณีที่เกิดปัญหาหรือเมื่อ อปท. ต้องการมีขยายบทบาทในด้านระบบสุขภาพเช่น ตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านสุขภาพ

กรมวิชาการระดับเขต ถูกคาดหวังจาก สปสข. ให้มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงด้านเทคนิค นวัตกรรมด้านการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคแก่ สสจ. หรือ CUP

สสจ. ถูกคาดหวังจาก CUP และ สสอ. ให้เป็นพี่เลี้ยงในการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาในระดับอำเภอแทนการนิเทศตามตัวชี้วัด

2. การสร้างระบบรองรับการดำเนินงานและแก้ปัญหา/อุปสรรค

ระบบข้อมูลส่วนบุคคลในด้านพฤติกรรมเสี่ยงและสภาวะสุขภาพ ไม่สามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลบริการได้ นอกจากนี้ตัวชี้วัดยังเป็นตัวชี้วัดกระบวนการและผลผลิต ประเด็นปัญหาสำคัญคือ การมองระบบข้อมูลในแง่การรายงาน (เพื่อให้ได้งบประมาณ) /กำกับ/ติดตาม แต่ขาดการประมวลและวิเคราะห์ จึงไม่สามารถประเมินว่าเกิดผลอย่างไรและพัฒนาการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“อย่าง CUP ที่เห็น เค้ายรับเงิน OP กับ PP ไปบริหารจัดการ แต่เวลาเค้ายคิดงานเรื่อง PP เค้ายจะคิดตามตัวชี้วัด เรื่อง OP หมายถึงว่าต้องมีการจัดบริการเท่าที่เห็นก็ ก็จะเน้นการรักษาพยาบาลตั้งรับ งานที่บอกว่าต้องทำเชิงรุกในชุมชนต่าง ๆ ตอนนี้เค้ายยังปรับตัวไม่ทันกับสิ่งที่มันเปลี่ยนไป คือว่าสมมุติเค้ายได้เงินไป 1 ก่อน คนไข้ OP เค้ายต้องซื้อยาให้คนไข้ตรวจรักษาคนไข้ ถ้าคนไข้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล.....เรา refer ไป ก็ต้องตามจ่ายเพราะงั้นพอคิดว่าทำยังไงตามจ่ายให้น้อยลง วิธีคิดคือต้องจัดการรักษาพยาบาลให้ดีให้อยู่ที่เราไม่ต้องไป.....(ชื่อโรงพยาบาล....นักวิจัย) แต่ในขณะเดียวกันกำลังที่จะทำส่วนของเชิงรุกมันก็จะถดถอยลงเพราะงั้นมันขึ้นอยู่กับวิธีคิดของแต่ละ CUP บอร์ดเอง แล้วถามว่าวิธีคิดนี้ใครเป็นคนบอก ก็คือทีมวิชาการจะบอก แต่ว่าเวลาในการปฏิบัติ สุดท้าย วิธีคิดของเค้ายก็จะอยู่ที่เค้ายเค้ายก็บอกว่าเค้ายก็มี CUP บอร์ดในการพิจารณา”

แพทย์กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพศ.

“ตัวชี้วัดออกมา KPI ออกมาเขาก็ทำตามนั้นเพื่อให้ตอบสนองกับตัวชี้วัดเพื่อให้ตอบสนองกับ ranking เพื่อที่จะให้เขาอยู่รอดได้แต่ตัวปัญหาจริง ๆ ในพื้นที่แทบจะไม่ได้ดูเลยว่าจริง ๆ ปัญหาของที่นี่คืออะไรแล้วคิดจะแก้ไขจริง ๆ ก็คือตัวชี้วัดแค่นี้เขาก็พอใจแล้วแต่ผมพยายามพูดบ่อย ๆ ว่าเรายังมีเงินเม็ดเงินที่เหลืออยู่นี้ที่ area based ที่สามารถจะเอามาดูว่าพื้นที่ของตัวเองมีปัญหอะไร”

ผอ.รพช.เป็นแพทย์เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน

3. ความสามารถในการสนับสนุนวิชาการแก่ อบต.

โรงพยาบาลมีศักยภาพในด้านเทคนิควิชาการสามารถสนับสนุนหน่วยงานในอำเภอคือ สอ. และ อบต. แต่ด้วยจำนวนกองทุนฯ ที่เติบโตอย่างรวดเร็วในบางจังหวัดเป็นอุปสรรคทำให้ CUP ไม่สามารถรองรับได้หมดเช่นกัน

“พอเงินไปลงที่ อบต. มันก็ดี การพัฒนาของเขานี้เขาก็ตีขึ้น มีคนที่มีความรู้ไปอยู่กับเทศบาลเยอะขึ้น ก็ค่อยเป็นค่อยไปอยู่หลายปีนะ ก็ทำงานร่วมกันอยู่ เป็นเรื่องปกติ”

ผอ.รพช.

“นี่ผมกังวลเรื่องของอบต.มากเลยนะ วันนี้เป็นวันเอดส์โลกใช่ไหม ก็จะมีคนเชิญผมไปเปิดงานมาห้าหก อบต. เดี่ยวเย็นนี้ต้องไปเปิดตอนหกโมงคือ อบต. เทศบาล เขาได้งบตรงนี้ไป เขาก็เลยทำของเขาเองเพราะคิดว่าทำแล้วใกล้ชิดกันดีกับชาวบ้านแล้วก็เข้าถึงงานง่าย แต่ปรากฏว่าข้อเสียก็คือ ที่เราจะไปช่วยดูเขาเป็นพี่เลี้ยงก็เลยน้อย ก็เป็นหน้าที่ของอนามัยมาช่วยกันดู”

ผอ.รพช.หัวหน้าโซน

4. ความสามารถในระดับปฏิบัติการ

ในระดับปฏิบัติการยังขาดแนวคิดหลักการของการทำงานเชิงรุกและ primary care รวมทั้งการบริหารความเปลี่ยนแปลง เมื่อบริบทเปลี่ยนไป จึงมีปัญหาเชิงทัศนคติต่อ อปท. และความสามารถการประสานและบริหารจัดการในสถานการณ์ที่ทรัพยากรจำกัด รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

“ผลงานโรงพยาบาลก็พอๆ กันนะคือ อาจจะไม่ต่ำสุดแต่ก็ไม่ดีกว่า สอ. อาจจะไม่อยู่ด้อยลงมานิดหนึ่งอาจจะตกบ้างเรื่องบางเรื่องก็อาจจะ OK ที่สุด... พวกตรวจ PAP อะไรอย่างนี้หน้าก็ตรวจไม่ได้ ถ้าเป็น KPI ของพวกทันตการตรวจสุขภาพฟันเด็กอย่างนี้โรงเรียนปิดก็จะมีขึ้นก็จะมีหลายๆ ปัจจัยมารวม..... เป็นพระศกยภาพของลูกน้องเราในการจัดการแน่นอนครับ ไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะทำอะไร อีกอันหนึ่งก็คือนโยบายซ้ำ ผ่านไป 3 เดือนยังไม่ประกาศเลยครับ นโยบายออกซ้ำ แผนเยอะออกซ้ำและจังหวัดก็จะให้แนวทางว่าให้ทำเหมือนปีที่แล้วไปก่อนแล้วก็ไม่ว่าจะตั้งงบยังงี้”

“ทักษะเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลให้อบรมในสิ่งที่เค้าควรจะต้องรู้ อย่างโรงพยาบาล....มีหน่วยแพทย์ทางเลือกแล้วก็เอาคนมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ทั่วไป อันดับแรกต้องไปสร้างความตระหนักก่อนในชุมชนที่รับผิดชอบ ดูซิว่าปัญหาอะไร ซึ่ยังงี้ให้เค้าเห็นความสำคัญของปัญหา พอเค้าเริ่มเห็นความสำคัญเริ่มจะเอนมาทางเราแล้วเค้าจะเริ่มมีส่วนร่วมและเริ่มทำ สุดท้ายเราก็คใช้พวก อสม.เป็นแกนให้เค้าตระหนักและให้เค้ามีส่วนร่วม”

“นโยบายพันธะจุดที่ทำในพื้นที่คือเจ้าหน้าที่อนามัย แต่เราทำเหมือนไปรับคำสั่งหัวกระป๋องแล้วก็ไปลุยเลย ถึงเวลาประสานงานกับชุมชนก็แล้วแต่ดวง แล้วแต่หมูแต่จำบนพื้นฐานบอกให้ปฏิบัติไปดูเอาเอง ไม่มีน้องของเราที่เคยถูกอบรมถูกสอนวิชาการเรื่องการประมวลตัวเลข เรื่องของ skill เข้าสู่ชุมชน เข้าสู่ระดับท้องถิ่น น้องๆ เหล่านี้ไม่ได้รับการพัฒนาในเรื่องการฝึกอบรมอะไรเลย ถึงเวลาก็เรียกไปปฏิบัติงาน เรียกไปรับนโยบาย ตรงนี้เป็นจุดที่มีปัญหา”

ผอ.รพช.

“ตำบลของพี่ งบอยู่ที่เทศบาลแล้วสามปี ปัญหาของเราๆ คุยกับเขาๆ ไม่เข้าใจ เขามองว่าเป็นสิ่งที่เทศบาลเป็นคนทำ สถานีอนามัยไม่เกี่ยว เงินของเขาเขาไม่ให้คุณก็ได้ โครงการที่เราทำไปไม่เคยได้..... เงินกองทุนส่งเสริมป้องกันที่โอนไปจาก สปสช. บางส่วนเข้าโรงพยาบาล บางส่วนก็เข้าอบต. เรารู้ว่าเงินของเราไปอยู่ตรงนั้นส่วนหนึ่ง ไม่รู้ว่าพี่ใช้ค่าถูกไหม ที่พี่ใช้คำว่าเงินของเรา”

จนท. สอ.ในอำเภอใหญ่

สำหรับ อปท. มีการดำเนินงานสาธารณสุขตามบทบาทขององค์กรตาม พ.ร.บ. การสาธารณสุขและ พ.ร.บ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ มักเป็นด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต และมีบทบาทด้านบริการส่วนบุคคลชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านเนื่องจากลงพื้นที่ลง

ชุมชนเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ส่วนใหญ่ก็มีแนวคิดจัดการบริการด้วยแม้จะมีโรงพยาบาล กสร. ในตำบลเดียวกัน กรณีที่มีศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลเองจะมีบทบาทด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมาซึ่งหากไม่ได้อยู่ในเขตเมือง มักมีปัญหาด้านแคลนบุคลากรระดับวิชาชีพเนื่องจาก กสร. ปรับค่าตอบแทนให้สูงขึ้นแต่ อปท.ยังต้องใช้ระเบียบเดิมแต่สามารถจ้างแพทย์หรือพยาบาลสังกัดอื่นมาทำงานบางเวลาได้ การพัฒนาศักยภาพคนทำงานที่เทศบาลนิยมคือ การศึกษาดูงาน

“กองสาธารณสุขจะเป็นการทำงานคุณภาพชีวิตมากกว่า เรื่องการรักษาความสะอาด อบรมพ่อค้าแม่ค้าที่ตลาด อนามัยอาหาร เป็นเรื่องพื้นที่ๆที่ทำงาน แต่จะเน้นว่าเวลาเราจะตรวจเรื่องอาหาร เราจะไม่นัดก่อนเราจะเข้าไปตรวจเลย ถ้าเจอก็เป็นพวกถูกขึ้นพวกสารบอแรกซ์ แล้วเป็นพวกผักปนเปื้อนสารเคมีเจอบ้างแต่น้อยแล้ว ส่วนหมู่ที่ผสมสารเนื้อแดงพวกนี้ไม่มี เราโชคดีที่มีโรงฆ่าสัตว์เป็นของเราเอง ก่อนจะฆ่า ต้องเอามาพักไว้ที่นี้เป็นอาทิตย์ กังายต่อการควบคุม ก็จะเอาเศษเนื้อที่เหลือจากการชำแหละมาหมักแก๊สจะได้ไม่ต้องซื้อแก๊ส”

นายกเทศมนตรี 4 สมัยเทศบาลตำบลที่ตั้งอำเภอ

“เคยมีศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ตอนนั้นโรงพยาบาลบอกว่าคนไม่พอ ก็ดึงคนกลับไป..... คือเรามีผู้ป่วยที่ต้องรักษาประจำที่โรงพยาบาลประมาณ 700-800 คน ถ้าเข้าไปที่โรงพยาบาลจะแออัด แต่ที่นี้ชาวบ้านเขาก็มาโทษเทศบาล ตอนแรกจะจ้างพยาบาลวิชาชีพแต่เราจะจ้างได้สูงสุด 9000 กว่าบาทแต่กระทรวงสาธารณสุขจะจ้างเริ่มที่ 12000 บาทเกิดความเหลื่อมล้ำก็เลยมาไม่ได้ กำลังขอโควตาของมหาลัยขอนแก่นแล้วเราจะส่งคนไปเรียนปี 54”

นายกเทศมนตรี 4 สมัยเทศบาลตำบลที่ตั้งอำเภอ

“ที่เราดูแลผู้ป่วยนอกนะครับเพราะฉะนั้นตัวเลขติดลบอยู่เยอะ ก็ไปหารือกับอาจารย์คณะแพทย์..... ผมก็เอาแนวที่ทางอาจารย์หมอเสนอแนะก็คือหลักง่าย ๆ คือ หนึ่ง เราเน้นให้คนเชื่อถือหมอที่สถานพยาบาลที่เราซื้อบริการคือปฐมภูมิคือศูนย์ของเทศบาลนะครับเป็นอันดับแรก สองพยายามหาสมาชิกเพิ่มขึ้นเมื่อก่อนสมาชิกมีเฉพาะผู้ป่วย ตอนหลังเนี่ยผมบอกว่าถ้าสิทธิว่างก็เอามาเป็นสมาชิกให้หมดเพราะว่ามันจะได้เป็นตัวตั้งไข่มีเยอะ เมื่อก่อนมีแต่ตัวหาร หนึ่งปีต่อมาก็สามารถแก้ปัญหาได้”

นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองในอำเภอเมือง

“สิ่งหนึ่งที่เราจะแนะนำพยายามให้มีการศึกษาดูงาน..... อสม. ไปดูงาน กรรมการชุมชนไปดูงาน สมาชิกสภาไปดูงาน ที่นี้การไปดูเนี่ยนะครับ ที่หนึ่งจะเด่นอยู่อย่างหนึ่ง ตรงนั้นดูว่ามันกับบริบทของปัญหาในบ้านเราเนี่ยอะไรเอามาใช้ได้มั้ยถ้าเอามาใช้ก็เอามาเลย”

นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองในอำเภอเมือง

ความภาคภูมิใจที่มีการแสดงออกอย่างชัดเจน ล้วนเกิดจากบทบาทในการควบคุมโรคซึ่งผู้ให้ข้อมูลจาก อปท. ทุกท่านประเมินว่า ประสบความสำเร็จ และถือเป็นบทบาทของท้องถิ่นที่เด่นกว่าภาคสาธารณสุขเช่น การควบคุมโรคหวัด 2009 โดยเฉพาะในสงขลา บทบาทของท้องถิ่นที่

ประสบผลในการควบคุมโรคชิคุนกุนยานั้นเป็นที่ประจักษ์ต่อภาคสาธารณสุขด้วย

“ผมภูมิใจอย่างเดี่ยวตอนหวัด 2009 ของเรามีคนเป็น 4 คนแล้วควบคุมได้หมด ผมซื้อ รถดับเพลิงคันเล็ก ๆ ตรงไหนเป็น ล้างพ่นยาล้าง ๆ พ่น ๆ ไว้ เทศบาลอื่นก็มายืม เขาเป็นอำเภอใหญ่... มีแต่รถใหญ่มันแรงพ่นไม่ได้ ที่เราซื้อเล็กเพราะถนนเป็นเมืองเก่า บางที่ 2 เมตรเอง”

นายกเทศมนตรี 4 สมัยของเทศบาลตำบลที่ตั้งอำเภอ

“อย่างใช้หวัด 2009 ผมคิดว่าผมเป็นผู้นำเลยนะเพราะคนในเขตเทศบาลเป็นใช้หวัดน้อยมาก ดูเคสที่ป่วยที่มหาราชการ เคสมันไม่ร้ายแรงอย่างที่คิด สอง ในการตรวจใช้สองถึงห้าพันบาท นอกเขตเทศบาลเราก็กังปิด ปิดโรงเรียน 29 แห่งไม่ใช่อำนาจเลยนะ เรียกมาคุยและให้แกนนำไปคุยกับ ผอ. ขอปิดได้ไหมเจ็ดวัน.... ชีวิตคนกับหน้าตามันคนละเม็ดนะ ถ้าปิดบังว่าคนป่วยน้อยลงผมคงลำบากเหมือนกันนะ ผมมองว่าการปิดโรงเรียนทั้งระบบสร้างความมั่นใจให้ผู้ปกครองด้วยซ้ำ รัศมีที่เป็นใช้หวัดตรงนั้นห้ามไปไหนมาไหน เราก็กินอยู่กับเขา”

นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร

“คือเมื่อก่อน เรื่องโรคติดต่อเราเป็นพระเอก สาธารณสุขเขียนโครงการ ทุกอย่างอยู่ในมือเรา ทำไปมันก็ไม่ได้ผล ยังมีโรคเกิดซ้ำ ๆ ซาก ๆ ที่นี้ก็เลยเปลี่ยนให้ทุกคนเป็นเจ้าของร่วม เรียกภาคีเครือข่าย สาธารณสุขเรื่องอะไรละ อบต. เรื่องอะไรละ กำหนดผู้ใหญ่บ้าน เรื่องอะไรละ ชาวบ้านก็เรื่องอะไรละ มันต้องเปลี่ยนตรงนี้ มีบทเรียนตอนเป็นชิคุนกุนยา สาธารณสุขพ่นรักษาพ่นรักษา ก็ไม่หยุด มี case ประจำ ค่าพ่นค่าน้ำยา ค่าน้ำมันเป็นแสนก็ไม่อยู่ ไม่หยุด เพราะอะไร เพราะนายอำเภอเป็นเจ้าภาพหลัก ใช้อำนาจนายอำเภอสั่งการ เมื่อก่อนพระเอกเป็นสาธารณสุขทั้งนั้น ที่นี้มันกระทบเยอะ จังหวัดด้วย กระทรวงด้วย มานั่งคุย แนวคิดการแก้ไขปัญหา ใครทำอะไรได้บ้าง อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย ทุกคนมาช่วยกันหมด หยุด ตอนนีเห็นทิศทางการทำงานแล้ว ตอนนียึดเป็นทิศทางการทำงาน แก้ไขปัญหาที่มันเรื้อรัง ใช้ครับ ทุกตำบลด้วย จากจังหวัดมาอำเภอ แล้วมาตำบล ชาวบ้านรู้ ชิคุนกุนยา ใช้เลือดออก ยุงลายกัด นำเชื้อมา แล้วก็ป็น ก็โดนกัดไม่หยุดเลย พอมีปัญหาจะพ่นหมอกควันอย่างเดียว ตอนนีหลัก ๆ คือการป้องกันบ้านตัวเองให้สะอาด ดูแลบริเวณบ้าน อันนั้นเบื้องต้นครับ แต่ถ้ามีผู้ป่วยก็ให้แจ้งโดยเร็ว เพราะโรคอย่างนี้ถ้ารู้เร็วรักษาเดี๋ยวก็หาย คือชาวบ้านกับชุมชนเป็นหลัก ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ ต้องมีศักยภาพในการทำงานกับชุมชนด้วยเพราะว่าถ้าเข้ากับชุมชนได้การประสานงานก็ง่ายขึ้น”

หัวหน้า สสอ.

3. การประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

(1) นโยบายการบริหารงบประมาณเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค²² ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิชาการแล้วว่า มีอรรถประโยชน์และประสิทธิผลคุ้มค่า คือส่งผลให้ประชาชนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น สร้างเสริมคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (ก) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ข) การสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำ และการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย และ (ค) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

1. การตรวจและการบริหารสุขภาพ พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ/หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา
2. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
3. การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา/ราชวิทยาลัย
4. การวางแผนครอบครัว ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ/หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา
5. การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
6. การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7. การให้คำปรึกษาแนะนำ การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
8. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ และการเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

²² คู่มือ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ 2552 จัดทำโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาคารจัสติน อินเทอร์เน็ตเซิร์ฟเวอร์ ชั้น 28 ถนนแจ้งวัฒนะ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 www.nhso.go.th

นอกจากนี้ยังมีค่าตรวจและรับฝากครรภ์ ครอบคลุมบริการตรวจและการบริหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ/หรือขององค์การอนามัยโลก

งบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ใช้จัดสรรเบื้องต้น 262.06 บาท ต่อประชากรผู้มีสิทธิ 47.026 ล้านคน งบประมาณดังกล่าวต้องจัดบริการให้กับประชาชนคนไทยทุกคน ไม่ใช่สำหรับจัดบริการเฉพาะกลุ่มผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ในการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการจึงคำนวณตามฐานข้อมูลของประชากรทั่วประเทศ ดังนั้นงบประมาณต่อรายหัวประชากรสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค คือ 193.72 บาท ต่อประชากร 63.614 ล้านคน

ในปีงบประมาณ 2552 มีการปรับการบริหารจัดการงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น และยังคงมอบหมายให้สำนักงานสาขาจังหวัดและสำนักงานสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานและบูรณาการงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันในพื้นที่จังหวัด และให้มีการวัดผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น รวมทั้งมีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลงานตามเป้าหมาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

งบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (P&P National priority program and Central procurement) จัดให้มีการบริหารที่ระดับประเทศ จำนวนเงิน 15.36 บาทต่อประชากรทั่วประเทศ เพื่อดำเนินการภายใต้เหตุผลสำคัญ ดังนี้

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อเวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่มีซ้ำยา และวัสดุต่างๆ เนื่องจากการจัดซื้อรวมระดับประเทศทำให้ได้ราคาต่อหน่วยที่เหมาะสม
2. เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดหลายมาตรฐานในการดำเนินงาน เช่น กรณีสมุดบันทึกสุขภาพของกลุ่มประชากรเป้าหมายเฉพาะต่างๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการและพื้นที่ต่างๆ
3. เพื่อการจัดบริการที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ หากจัดสรรแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ อาจทำให้หน่วยบริการไม่มีแรงจูงใจในการให้บริการได้ ทั้งนี้ในส่วน National priority program ให้เป็นไปตามแนวทางที่หารือร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช.

เพื่อให้มีแรงจูงใจในด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรและให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2552 จึงมีกรอบแนวคิดหลักการเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากบริการดังกล่าวต้องมีการบริหารอุปสงค์ โดยการกระตุ้นให้มีการใช้บริการมาก

ขึ้น การจ่ายงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่หน่วยบริการโดยตรง ไม่อาจสร้างแรงจูงใจให้มีการบริการบางกิจกรรมเท่าที่ควร ประกอบกับในแต่ละพื้นที่มีปัญหาด้านการส่งเสริมป้องกันที่ต้องเร่งรัดเป็นการเร่งด่วนที่แตกต่างกัน จึงจัดให้มีการจ่ายให้กับสาขาจังหวัด/สาขาเขตพื้นที่/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับบริการที่เป็นปัญหาเฉพาะของจังหวัด/เขตพื้นที่ และการจ่ายโบนัสแก่หน่วยบริการตามผลงานและผลลัพธ์ เป็นการเพิ่มเติมจากอัตราเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี 2551 จึงคงหลักการดังกล่าวในปี 2552 เพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการอย่างต่อเนื่องได้

ดัชนีประสิทธิผลของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระหว่างปีงบประมาณ 2547 ถึง 2552 โดยฐานข้อมูลจาก 0110 รง 5 ปีงบประมาณ 2552 เป็นข้อมูลผลงานแม่ข่ายลูกข่าย จาก สรส. (ข้อมูล ณ กพ.53) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. (ข้อมูล ณ ตค. 52) โดยแม่ข่ายข้อมูล 826 แห่ง ส่งครบ 12 เดือน 99.4%, ลูกข่ายส่ง 790 แห่ง ส่งครบ 12 เดือน 99% และส่วนอื่นๆจาก สปสช. 285 แห่ง ส่งครบ 12 เดือน 83.2%

ตารางที่ 4.3.1 แสดงตัวอย่างของดัชนีประสิทธิผลและประสิทธิผลของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งให้เห็นว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี มีจำนวนผู้ได้รับการตรวจประเมินสุขภาพต่อปีก่อนช่วงที่ระหว่าง 3-5 ล้านคน โดยปี 2552 มีปริมาณเหลือ 2.9 ล้านคน หากพิจารณาประสิทธิภาพของโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมโภชนาการกลุ่มที่มีได้รับการประเมินด้านสุขภาพมีภาวะโภชนาการบกพร่องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 7.9 (ปี 2547) เป็นร้อยละ 16.4 (ปี 2552) ทำนองเดียวกับผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มจากร้อยละ 7.7 (ปี 2547) เป็นร้อยละ 9.5 (ปี 2552) กลุ่มอายุ 25 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มขึ้นเรื่อยมาจนถึง 12 ล้านคนในปี 2552 มีร้อยละของการเป็นโภชนาการบกพร่องและภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นเช่นกัน

อย่างไรก็ดีจำนวนผู้ที่ได้รับการวางแผน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม บริการส่งเสริมทางทันตกรรม และผู้ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน มีปริมาณไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในช่วงปีงบประมาณ 2547-2552

ตาราง 4.3.1 ประสิทธิภาพของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2547-2552

รายการ	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552
1. ผู้ได้รับการตรวจประเมินสุขภาพ 6-24 ปี	3,557,261	5,008,762	4,351,134	3,741,585	3,177,259	2,922,135
1.1 ร้อยละความครอบคลุมประชากรอายุ 6-24 ปี	19.11	27.2	23.58	43.22	38.77	39.55
1.2 กลุ่มอายุ 6-24 ปี ได้รับวัคซีน MMR	448,192	526,103	479,721	399,968	365,809	*98,593
1.3 กลุ่มอายุ 6-24 ปี ที่มีภาวะโภชนาการบกพร่อง	282,979	320,059	375,931	350,957	364,750	479,175
(ร้อยละของผู้ที่ได้รับการประเมิน)	(ร้อยละ 7.95)	(ร้อยละ 6.39)	(ร้อยละ 5.56)	(ร้อยละ 9.38)	(ร้อยละ 11.48)	(ร้อยละ 16.40)
1.4 กลุ่มอายุ 6-24 ปี จำนวนเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน	274,350	184,322	241,835	229,925	225,786	280,051
(ร้อยละของผู้ที่ได้รับการประเมิน)	(ร้อยละ 7.71)	(ร้อยละ 3.68)	(ร้อยละ 8.64)	(ร้อยละ 6.15)	(ร้อยละ 7.11)	(ร้อยละ 9.58)
2. จำนวนผู้ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอายุ 15 ปีขึ้นไป	4,961,600	9,088,171	10,030,689	10,367,749	10,070,476	12,206,059
(ร้อยละความครอบคลุมประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป)	(ร้อยละ 12.67)	(ร้อยละ 22.76)	(ร้อยละ 26.54)	(ร้อยละ 20.63)	(ร้อยละ 19.76)	(ร้อยละ 23.93)
2.1 จำนวนผู้มีภาวะโภชนาการบกพร่อง	156,873	276,280	474,624	600,761	827,421	*3,647,988
(ร้อยละของผู้ที่ได้รับการประเมิน)	(ร้อยละ 3.16)	(ร้อยละ 3.04)	(ร้อยละ 4.73)	(ร้อยละ 5.79)	(ร้อยละ 8.22)	(ร้อยละ 10.19)
2.2 จำนวนผู้มีภาวะโภชนาการเกิน	371,610	689,792	1,098,899	1,414,997	1,902,760	*2,743,155
(ร้อยละของผู้ที่ได้รับการประเมิน)	(ร้อยละ 7.49)	(ร้อยละ 7.59)	(ร้อยละ 10.96)	(ร้อยละ 3.65)	(ร้อยละ 18.89)	(ร้อยละ 22.47)
3. จำนวนผู้ได้รับการบริการวางแผนครอบครัว**	5,936,779	6,386,617	5,616,729	5,405,516	5,179,420	4,886,958
4. จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** (คน)	1,333,748	1,656,705	1,841,173	1,801,371	1,903,368	1,793,464
5. จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองมะเร็ง เต้านม** (คน)	3,690,017	6,623,294	7,254,948	7,508,514	9,460,820	7,675,945
6. การให้บริการส่งเสริมทางทันตกรรม** (คน)	4,143,510	4,994,820	6,072,268	5,509,900	5,579,299	8,743,565
7. ผู้ได้รับการเยี่ยมบ้าน** (คน)	8,256,473	8,973,769	10,356,509	11,848,838	12,394,806	11,213,031

ที่มา: ผลงานข้อมูลที่ยังงานจากแม่ข่ายและลูกข่าย จาก สรส. ณ กพ.53 และ สปสช. ตค.52

*เป็นข้อมูลที่มากับรายงาน / **เป็นข้อมูลจากรายงานที่ไม่มีข้อมูลประสิทธิภาพหรือร้อยละของการครอบคลุม

(2) การประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการจัดบริการในจังหวัดตัวอย่าง

จากฐานข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปีงบประมาณ 2552 ในจังหวัดตัวอย่าง โดยทั้ง 4 จังหวัด (ยกเว้นข้อมูลของกรุงเทพฯ) มีจำนวนหน่วยคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ (CUP) 19-34 แห่ง มีค่าเฉลี่ยจำนวนหน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU 10-14 แห่งต่อ CUP (ตารางที่ 4.3.2)

ตาราง 4.3.2 จำนวนประชากร UC และหน่วยบริการปฐมภูมิ

	จำนวน ปชก.UC	CUP	PCU	PCU ต่อ CUP
เชียงใหม่	1,089,531	27	388	14.37
นครราชสีมา	1,964,970	34	359	10.56
สงขลา	892,656	19	269	14.16
อุบลราชธานี	1,442,587	23	284	12.35
กรุงเทพฯ	4,297,975	NA	NA	NA

ดัชนีสุขภาพที่สำคัญที่อาจถือเป็นผลลัพธ์ของการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดสงขลามีภาระงานบริการการแท้งมากที่สุดเฉลี่ย 73.89 รายต่อ CUP หรือ 157.28 ต่อประชากร UC แสนคน จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการเกิดไร้ชีพต่ำที่สุด คือ 1.18 ต่อแสน โดยอัตราการตายของมารดามีอัตราที่ต่ำกว่า 0.5 ต่อแสนในทุกจังหวัด (ตารางที่ 4.3.3)

ตาราง 4.3.3 ดัชนีสุขภาพสำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก รายจังหวัด

จังหวัด	การคลอด			การตายของแม่และทารก		
	แท้ง (คน)	คลอด ปกติ	คลอด ผิดปกติ	เกิดไร้ชีพ (คน)	เด็ก<7 วันตาย	แม่ตาย
จำนวนรวมทั้งจังหวัด						
เชียงใหม่	534	4,153	1,342	38	18	0
นครราชสีมา	1,702	12,726	3,825	109	87	7
สงขลา	1,404	9,767	1,066	52	36	3
อุบลราชธานี	937	11,466	4,188	17	97	0
กทม.	2,520	0	0	193	127	17
จำนวนเฉลี่ยต่อ CUP						
เชียงใหม่	19.78	153.81	49.70	1.41	0.67	0.00
นครราชสีมา	50.06	374.29	112.50	3.21	2.56	0.21
สงขลา	73.89	514.05	56.11	2.74	1.89	0.16
อุบลราชธานี	40.74	498.52	182.09	0.74	4.22	0.00

	การคลอด			การตายของแม่และทารก		
จังหวัด	แท้ง (คน)	คลอด ปกติ	คลอด ผิดปกติ	เกิดไร้ชีพ (คน)	เด็ก<7 วันตาย	แม่ตาย
กทม.	20.32	0.00	0.00	1.56	1.02	0.14
อัตราต่อ 1,000 คน						
เชียงใหม่	49.01	381.17	123.17	3.49	1.65	0.00
นครราชสีมา	86.62	647.64	194.66	5.55	4.43	0.36
สงขลา	157.28	1,094.15	119.42	5.83	4.03	0.34
อุบลราชธานี	64.95	794.82	290.31	1.18	6.72	0.00
กทม.	58.63	0.000	0.000	4.49	2.95	0.40

ผลผลิตสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของงานอนามัยแม่และเด็ก (ยกเว้นข้อมูลของ กทม.) จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด (ANC) มากที่สุด 41,721 คน หรือ 85,862 ครั้ง โดยภาระงานต่อ CUP มากที่สุดเป็นที่สงขลาเฉลี่ย 1,514 รายต่อ CUP ด้วยอัตรา 3,222 ต่อแสน อย่างไรก็ตามหากพิจารณาการดูแลก่อนคลอด จังหวัดอุบลราชธานีกลับมีอัตราภาระงานที่สูงกว่าเท่ากับ 531 รายต่อ CUP หรืออัตราเฉลี่ย 847 ต่อแสน (ตารางที่ 4.3.4)

ตาราง 4.3.4 การบริการงานอนามัยแม่และเด็ก

จังหวัด	ANC (คน)	ANC (ครั้ง)	PNC (คน)	PNC (ครั้ง)
จำนวนรวมทั้งจังหวัด				
เชียงใหม่	15,994	34,398	3,294	4,410
นครราชสีมา	41,721	85,862	12,999	14,986
สงขลา	28,770	71,144	7,366	9,333
อุบลราชธานี	21,216	80,621	12,221	17,574
จำนวนเฉลี่ยต่อ CUP				
เชียงใหม่	592.37	1,274.00	122.00	163.33
นครราชสีมา	1,227.09	2,525.35	382.32	440.76
สงขลา	1,514.21	3,744.42	387.68	491.21
อุบลราชธานี	922.43	3,505.26	531.35	764.09
อัตราต่อ ปชก แสนคน				
เชียงใหม่	1,467.97	3,157.14	302.33	404.76
นครราชสีมา	2,123.24	4,369.63	661.54	762.66
สงขลา	3,222.97	7,969.92	825.18	1,045.53
อุบลราชธานี	1,470.69	5,588.64	847.16	1,218.23

งานบริการวัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทั้ง DPT, BCG, MMR, และ Hepatitis ชนิด B จำนวนรวมมากที่สุดที่เขต กทม. แต่ภาระงานต่อ CUP และต่อประชากรแสนคนสูงสุดที่จังหวัด นครราชสีมา เช่น DPT มีภาระงานเฉลี่ย 813 ครั้งต่อ CUP และอัตรา 1,407 ต่อแสน เป็นต้น (ตารางที่ 4.3.5)

ตาราง 4.3.5 การบริการวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรค

จังหวัด	DPT (ครั้ง)	BCG (ครั้ง)	MMR (ครั้ง)	HepB (ครั้ง)
จำนวนรวมทั้งจังหวัด				
เชียงใหม่	9,708	6,086	2,914	7,137
นครราชสีมา	27,664	22,199	4,515	31,386
สงขลา	11,835	9,512	2,103	12,812
อุบลราชธานี	10,466	15,832	3,024	17,473
กทม.	48,088	13,683	14,302	34,127
จำนวนเฉลี่ยต่อ CUP				
เชียงใหม่	359.56	225.41	107.93	264.33
นครราชสีมา	813.65	652.91	132.79	923.12
สงขลา	622.89	500.63	110.68	674.32
อุบลราชธานี	455.04	688.35	131.48	759.70
กทม.	387.81	110.35	115.34	275.22
อัตราต่อ ปชก แสนคน				
เชียงใหม่	891.03	558.59	267.45	655.05
นครราชสีมา	1,407.86	1,129.74	229.77	1,597.28
สงขลา	1,325.82	1,065.58	235.59	1,435.27
อุบลราชธานี	725.50	1,097.47	209.62	1,211.23
กทม.	1,118.85	318.36	332.76	794.03

ในกลุ่มเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี จังหวัดนครราชสีมา มีผลลัพธ์ของงานโภชนาการที่สำคัญ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนรวมเด็กที่มีภาวะโภชนาการขาดมากที่สุด 29,083 ราย ภาวะโภชนาการเกิน 20,703 ราย ทำนองเดียวกับงานบริการทันตกรรมนั้น จังหวัดนครราชสีมา ก็มีค่าเฉลี่ยภาระงานบริการมากที่สุด คือ 4,538 ครั้งต่อ CUP ส่วนกลุ่มเยาวชนอายุ 6-14 ปี จังหวัดอุบลราชธานี บริการประเมินสุขภาพได้เฉลี่ย 5,610 คนต่อ CUP ทำนองเดียวกับงานบริการทันตกรรมเฉลี่ย 4,228 ครั้งต่อ CUP (ตารางที่ 4.3.6)

ตาราง 4.3.6 งานโภชนาการและทันตกรรม ในเด็กและเยาวชน

จังหวัด	กลุ่มเด็ก(แรกเกิด-5ปี)			เยาวชน (6-14 ปี)				
	โภชนาการขาด	โภชนาการเกิน	ทันตกรรม (ครั้ง)	ประเมินสุขภาพ (คน)	MMR (ครั้ง)	โภชนาการขาด	โภชนาการเกิน	ทันตกรรม (ครั้ง)
จำนวนรวมทั้งจังหวัด								
เชียงใหม่	10,827	7,801	22,311	23,395	1,638	1,760	2,947	19,554
นครราชสีมา	29,083	20,703	154,325	134,920	4,193	25,473	12,817	133,160
สงขลา	9,905	7,303	42,452	33,521	912	6,910	3,792	33,558
อุบลราชธานี	26,822	12,939	102,526	129,040	3,750	19,971	9,902	97,259
กทม.	3,386	12,211	46,750	86,714	14,964	5,127	6,627	28,029
จำนวนเฉลี่ยต่อ CUP								
เชียงใหม่	401.00	288.93	826.32	866.48	60.67	65.19	109.15	724.22
นครราชสีมา	855.38	608.91	4,538.98	3,968.24	123.32	749.21	376.97	3,916.47
สงขลา	521.32	384.37	2,234.32	1,764.26	48.00	363.68	199.58	1,766.21
อุบลราชธานี	1,166.17	562.57	4,457.66	5,610.43	163.04	868.30	430.52	4,228.65
กทม.	27.31	98.48	377.02	699.31	120.68	41.35	53.44	226.04

ในกลุ่มผู้ใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานีมีการตรวจสุขภาพมากที่สุดเฉลี่ย 26,667 คนต่อ CUP เช่นเดียวกับอัตราการงานเฉลี่ยของงานตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โลหิตจางธาลัสซีเมีย ไทรอยด์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ ส่วนจังหวัดเชียงใหม่มีการะงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุดรวม 46,193 รายหรือเฉลี่ย 1,710 รายต่อ CUP (ตารางที่ 4.3.7)

ตาราง 4.3.7 งานส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองและฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ใหญ่

จังหวัด	ตรวจ สุขภาพ (คน)	โภชนาการ		การตรวจคัดกรองมะเร็งและอื่นๆ				ฟื้นฟู สมรรถภาพ (ครั้ง)
		บกพร่อง (คน)	เกิน (คน)	ปาก มดลูก (คน)	เต้านม (คน)	ทาลัสซี เมีย(คน)	ไทรอยด์ (คน)	
จำนวนรวมทั้งจังหวัด								
เชียงใหม่	116,285	73,964	109,369	46,193	202,774	5,908	4,977	57,323
นครราชสีมา	405,534	60,825	116,944	55,806	254,816	14,254	29,688	83,155
สงขลา	110,702	9,647	18,636	18,017	102,637	10,448	11,812	25,705
อุบลราชธานี	613,354	40,749	79,000	34,698	239,577	16,386	15,321	75,383
กทม.	168,741	6,864	37,166	11,405	22,832	78,476	1,255	23
จำนวนเฉลี่ยต่อ CUP								
เชียงใหม่	4,306	2,739	4,050	1,710	7,510	218	184	2,123
นครราชสีมา	11,927	1,788	3,439	1,641.35	7,494	419	873	2,445
สงขลา	5,826	507	980	948.26	5,401	549	621	1,352
อุบลราชธานี	26,667	1,771	3,434	1,508.61	10,416	712	666	3,277
กทม.	1,360	55	299	91.98	184	632	10	0.19

งานบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีมีการะงานค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้าน 28,691 ครั้ง งานอนามัยโรงเรียนใน 512 แห่งหรือนักเรียน 24,415 คนต่อหน่วย CUP (ตารางที่ 4.3.8)

ตาราง 4.3.8 งานบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

จังหวัด	เยี่ยมบ้าน	โรงเรียน (แห่ง)	โรงเรียน (คน)
จำนวนรวมทั้งจังหวัด			
เชียงใหม่	51,693	1,750	125,605
นครราชสีมา	671,620	8,247	433,353
สงขลา	133,470	5,652	203,248
อุบลราชธานี	659,904	11,797	561,557
กทม.	119,485	3,130	153,362
จำนวนเฉลี่ยต่อ CUP			
เชียงใหม่	1,914.56	64.81	4,652.04
นครราชสีมา	19,753.53	242.56	12,745.68
สงขลา	7,024.74	297.47	10,697.26
อุบลราชธานี	28,691.48	512.91	24,415.52
กทม.	963.59	25.24	1,236.79

จากการสัมภาษณ์หัวหน้าส่วนงานได้แก่นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในมุมมองของประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์เทียบกับเป้าหมายและผลลัพธ์ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุกที่ตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่

ผู้บริหารระดับจังหวัดและ CUP มีแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกต่างกันไป โดยผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีความเห็นเกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบุคคลมากกว่าชุมชน บางแห่งอาจมีการบริการไปพร้อมๆ กับการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลขนาดเล็ก

“อำเภอเล็กๆ เนี่ยระดับคนทำงานก็น้อย เวลาทำงานมันก็จะปนๆ กันไป ก็เลยแยกภาพของการรักษาแล้วก็การส่งเสริมป้องกันไม่ออกใช้ไหม” (ผอ.รพ., เชียงใหม่)

หลักการสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนนั้นต้องอาศัยการเรียนรู้จริงจากพื้นที่ ผู้บริหารต้องรู้จักบริบทของพื้นที่ รวมทั้งหลักการเสริมพลังในบุคคลและชุมชนด้วย

“ในเวลาที่เราจะทำงานสร้างสุขภาพเนี่ยะ ต้องคนที่ทำถึงจะรู้ละ ถ้าคนไม่ทำก็ไม่รู้ พูดกันแล้วไม่รู้เรื่อง เพราะว่าบริบทมันไม่เหมือนกัน มันต้องอาศัยการซ้าๆ เข้าไปฟังตัว การเข้าไปพูดคุย ค่อยๆ ทำแบบซ้าๆ” (ผอ.รพ., นครราชสีมา)

“งานส่งเสริมป้องกันนี่เมื่อก่อนตอนมาใหม่ๆ โรคไข้เลือดออกกระบาดผมจะต้องลงไปลุย ชีวจักรยาน ไปตามตำบลอะไรอย่างเงี๊ยะไปหมด จนกระทั่งรู้หมดแล้ว รู้กระทั่งที่ไหนมีปัญหาเราก็ก

ลงไปเจาะได้ ลูกน้องก็ไม่กล้าเบี่ยงเพราะเรารู้พื้นที่หมด” (ผอ.รพ.เชียงใหม่)

“แนวความคิด empowerment เนี่ยะ มันก็คล้ายๆ กับของเดิมส่วนใหญ่เราก็พยายามให้คนใช้
คำช่วยตัวเองได้ ให้คนที่เค้าดูแลช่วยตัวเองได้ แต่กระบวนการทำมันไม่ได้ง่ายอย่างนั้น
มันอยู่ที่คนทำ มันเหมือนกับการวิจัยเชิงคุณภาพที่ว่าคุณจะได้ข้อมูล คุณต้องวิจัยเอง คุณ
ต้องสัมภาษณ์เอง พูดเอง ถึงจะรู้” (ผอ.รพ., นครราชสีมา)

มีการให้ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อทำให้งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ประสบความสำเร็จ

“แต่ก่อนเราจะคุยในเรื่องของการอบรม การสัมมนา การให้ความรู้ แต่เดี๋ยวนี้เจ้าหน้าที่ผมติ
ว่าน่าจะเป็นขึ้นเข้าใจว่าเป็นลักษณะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ตัวหนึ่งที่ยังอ่อนอยู่ก็
คือการประเมินตัวชี้วัดเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตัวนี้ยังไม่มีที่เป็นรูปธรรมออก
มาแล้วยังไม่มีข้อมูลที่ออกมา” (ผอ.รพ., เชียงใหม่)

ในเขตเมืองใหญ่ที่มีทรัพยากรสุขภาพในภาคเอกชนมาก มีโอกาสที่จะสร้างความร่วมมือในการ
ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ด้วย

“ตอนที่ตุ๊กมี 2 วิธีการ อันแรกเป็นทางการก็ต้องพูดคุยกับฝ่ายนโยบายให้เกิดความรู้สึก
ว่ามากกว่าในชุมชนแออัดทั้งหลายในภาพรวม เรื่องสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลภาวะ
สุขภาพของคนกรุงเทพเป็นหน้าที่ของเค้าไม่ทำเฉพาะที่มีเจ้าหน้าที่ก่อน วิธีการที่ 2 คิดว่า
ด้วยประสบการณ์กองทุนตำบลช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงได้ระดับหนึ่ง กทม. ตัวองค์กร
ท้องถิ่นคือตัวจังหวัดใหญ่มาก แต่ พรบ. หลักประกันสุขภาพ มาตรา 18(9) กับมาตรา 47
ก็เปิดช่องโดยองค์กรชุมชนที่ไม่แสวงหากำไร แต่ทั้งนี้ก็ถูกบอร์นมอบให้องค์กรท้องถิ่นตก
ลงในเรื่องของหลักเกณฑ์และองค์กรชุมชนไปบริหารทำให้เกิดกองทุนย่อยให้ประชาชนมี
ส่วนร่วม” (เขต กทม.)

1.รูปแบบของการทำงานเชิงรุกและการสนับสนุน

การทำงานเชิงรุกและการสนับสนุน หากพื้นที่ที่มีแผนยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด มีส่วนให้ภาพ
การดำเนินการของจังหวัดมีโอกาที่จะเป็นเนื้อเดียวกันมาก ที่สำคัญความสำเร็จมาจากการมีส่วนร่วม
ของภาคส่วน ถ้าประชาชนให้ความสำคัญการดำเนินงานจะได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือมาก อีก
ทั้งรูปแบบการนำเสนอแผนสุขภาพของชุมชนเป็นอีกยุทธศาสตร์หนึ่งของการสร้างส่วนร่วมนี้

“.....ในเรื่องการวางแผนจังหวัดกับการมอบหมายให้ทางอำเภอวางแผน เพราะว่าโดยส่วน
ใหญ่ยุทธศาสตร์เรื่อง PP ของจังหวัดในที่ประชุมก็จะพูดเสนอว่าอำเภอหรือ CUP ที่จะทำ
การวางแผน PP อะไรเนี่ยะ ก็พยายามล้อแผนจังหวัด” (ผอ.รพ., เชียงใหม่)

“ในแง่ของวิธีคิดและวิธีการทำงาน ใน คือเรามองว่าแม้แต่เป็นโรคระบาด ต้องทำให้เป็น
วาระของประชาชนให้ทุกคนมีส่วนรับผิดชอบไม่ใช่ให้สาธารณสุขอย่างเดียว ประมาณนี้แล้ว

เราก็เลยประสบความสำเร็จ” (สจ., สงขลา)

“...แผนการทำงานแผนสุขภาพจังหวัด ที่จะมีบทบาทค่อนข้างจะเยอะแต่เราก็คือแผนสุขภาพจังหวัดที่ทำโดยภาคประชาชน” (สจ., สงขลา)

นอกจากนี้การสนับสนุนด้านการเงินจาก CUP ยังช่วยให้การดำเนินการในพื้นที่เป็นไปได้ด้วยดี อย่างไรก็ตามก็มีเสียงสะท้อนการมีส่วนร่วมของกองทุนระดับพื้นที่ ที่ยังไม่ส่งผลเต็มที่ ยังมีภาพต่างคนต่างทำ (หรือไม่ทำ) ตามความสนใจของตนเอง

“ผมจะมี CF ของ CUP อยู่ ก็มีเวลาประชุมเราก็มาคุยกันทั้งซีกของโรงพยาบาลและซีกของอนามัยเราก็มาคุยกัน แล้วก็เราก็จะมีเงินของสำนักงานคลัง เงิน CF. อยู่ที่ประมาณปีละเกือบๆสองล้าน ตัวนี้เป็นเงินที่เรานำไปพัฒนาสถานอนามัยบางที่ที่ด้อยโอกาสด้านอนามัยเล็กๆที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ ก็ใช้เงินตรงนี้ไป ก็ทำให้ทุกที่ happy ทั้งสิบห้าสถานอนามัย อันนี้คือส่วนที่ดูแลงานส่งเสริมป้องกันรักษาเล็กๆ” (ผอ.รพ., เชียงใหม่)

“สปสข. เค้าคิดส่วนที่เอาท้องถิ่นมาทำตรงนี้ตรงนี้ มาทำตรงกองทุน ไม่ใช่ว่ามันไม่ดี แต่ว่าเรายังเตรียมความพร้อมทั้งทีม สร้างความเข้าใจหรือเตรียมความพร้อมยังไม่ดีพอ เพราะมันทำงานบางอย่างมันไม่ขับเคลื่อน ก็อย่างบางตำบลก็ยังอยากเข้า อย่างท้องถิ่นอยากเข้าแต่พอเข้าไปแล้วไม่ได้ ทำงานตรงประเด็นตามที่ สปสข. เค้าต้องการ” (สจ., สงขลา)

“....พวกเค้าเนะ แต่ละตำบล เค้าไม่ทำอะไรเลย แผนหนึ่ง ประเทศไทยเนี่ยะยิ่งพูดถึงยิ่งเหนื่อยหน่าย จริงๆ แผนทุกอย่างเนี่ยมันดีมากเลยนะ ชาติอย่างเดียว ชาติคนไทยนำไปปฏิบัติ ที่นี้เราไม่สนใจจะ ชี้แจงสนใจมาก เราทำของเราแล้วก็แล้วกัน” (ผอ.รพ., นครราชสีมา)

2. กลไกติดตาม กำกับ ประเมินผลประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

โดยทั่วไปแล้วงาน PP จะถูกกำกับติดตามโดยจังหวัดตามเกณฑ์ตัวชี้วัด หรือ KPI ที่กำหนด และรายงานผลการปฏิบัติงานให้ สปสข. โดยตรง ซึ่งความสัมพันธ์ของการกำกับติดตามอาจใช้รูปแบบตามสายบังคับบัญชาหรือการกำกับตามการจ่ายเงิน ก็ได้

“....ถ้าพูดถึงเรื่องของผู้หญิงกับเด็ก อย่างธาลัสซีเมีย เกือบตกเกณฑ์ หรือว่าอย่างเรื่องของสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนบางพื้นที่ก็จะตกเกณฑ์” (ผอ.รพ., นครราชสีมา)

“เรากำลังไปแบบใหม่ เงินเหมาตามงานลงไป ตัวชี้วัดเรากำกับ ความสัมพันธ์ระหว่างอำเภอ สถานอนามัยซึ่งบางที่ การจะแคะเงินออกจากโรงพยาบาลยาก เก่า ๆพอคุ้ยได้” (สจ. อุบลราชธานี)

“....เวลาเขาประชุมเข้าก็จะเอางานพวกนี้เข้าไปเสนองานบูรณาการ ล้วนก็มาดูซิว่าในคัพเรามีปัญหาอะไรมากที่สุดและก็จัดวิชาการเรื่องอะไร สอ.ไหนด้อยเรื่องอะไรเพราะว่าถ้าดูเรื่องkpiนี้ส่วนใหญ่ที่หัวหน้าสอ.เขาก็จะคอยดูให้คือส่วนใหญ่เขาก็จะแจ้งเรื่องkpiอยู่แล้วว่าอะไรใครได้เป่าไม่ได้เป่าเขาก็จะไปตามอยู่แล้ว” (ผอ.รพ., อุบลราชธานี)

“เรากำลังกับเฉพาะ PP ก็ได้ระดับหนึ่ง ที่หลังก็ เอาแผนมาคุยกันแล้วต่อรอง เขาก็ได้บ้างไม่ได้บ้าง ทุกปีจะเหลือคืนโรงพยาบาลเยอะเลย แต่เขาไม่เอาออกมาใช้ บางครั้งต้องดูแลทั้งหมด” (สสจ.อุบลราชธานี)

ผู้บริหารบางแห่งไม่ขัดข้องที่จะตัดให้มีเงินกองทุนสำหรับทำงานส่งเสริมสุขภาพแยกจากงานรักษาพยาบาล

“...ถ้าแยกไปเลยหนูสบายใจค่ะ เพราะว่าถ้าถามว่าเงินเยอะมั๊ยก็ได้เยอะมากมันก็ดีเหมือนกันแต่ก็คล่องตัวทางหนูก็ไม่ลำบากเพราะยังงี้เค้าก็โดนกำกับจาก สสจ. อยู่แล้วยังไงก็ต้องทำงานกัน. (ผอ.รพ., อุบลราชธานี)

อย่างไรก็ดี เสียงสะท้อนจากพื้นที่เรื่องประเด็นมีตัวชี้วัดมากและต้องตอบสนองจากหลายหน่วยงาน ต้องผสมผสานงานและระบบรายงานให้สอดคล้องกับหลายส่วนเพื่อลดภาระงานลง

“...มีนโยบายว่าแผนพัฒนา 10 ว่ายังงี้ นโยบายก็ว่าอย่างนั้น บุคลากรเสร็จก็กำหนดสไลด์ของเราจะวางยุทธศาสตร์อย่างไรในแต่ละข้อ ตัวชี้วัดยังงี้ พยายามลิงค์กับกรมให้มันอยู่ตรงนี้ แล้วก็มาดูว่าแต่ละเรื่องใช้เงินจากไหน ตรงไหนต้องใช้เงินจาก UC ตรงไหนใช้เงินปกติ” (ผอ.รพ., อุบลราชธานี)

คนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ยังมีความเห็นเรื่องดัชนีชี้วัดที่อยากให้มีการวัดในส่วนผลลัพธ์ด้วย นอกจากการรายงานกิจกรรมอย่างเดียว เพราะยังมีคำถามเรื่องคุณภาพบริการและความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ที่การแก้ปัญหาอย่างเดียวกันอาจมีกิจกรรมที่ต่างกันออกไปได้

“เจ้าหน้าที่เราเวลาทำงานเอา แอ็กทีวี่ดี(กิจกรรม) เป็นตัวจับผลลัพธ์เป็นยังงี้ก็ไม่รู้แต่ชั้นได้ทำเยอะตัวอะไรอย่างเงี้ยะ แล้วเวลาการประเมินบางทีก็ดู แอ็กทีวี่ดี เหมือนกันนะ เป็นตัวชี้วัดดูชั้นทำแล้วทำอันนี้แล้วดีก็ ได้คะแนนเท่านี้ดีก็ แล้วมันได้ผลลัพธ์ดีหรือเปล่าไม่รู้นะ ตัวชี้วัดมันไม่ได้บ่งบอกมันบอกแค่ว่าก็ ดีหรือเปล่ายังงี้ก็ไม่รู้นะ คือบางทีส่วนใหญ่แล้วเราจะใช้ แอ็กทีวี่ดี เป็นตัวจับ คล้ายๆผลลัพธ์เนี่ยะเป็นตัวจับร้อยเปอร์เซ็นต์มันก็ได้น่าจะดี” (ผอ.รพ., เชียงใหม่)

ข้อค้นพบที่ส่งผลต่อผลลัพธ์และประสิทธิผลของกิจกรรม อาจขึ้นกับภาระกิจขององค์กรและเครือข่ายดำเนินการ ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลจะมีเครือข่ายติดต่อข้อมูลข่าวสารในการดูแลรักษาผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลกันได้ง่ายกว่า

“การคัดกรองไทรอยด์ในเด็กแรกเกิดพอหลังคลอด เดิมที่พวกโรงพยาบาลส่งตรวจกรมวิทย์ ถ้าผลเป็นลบก็จบ แต่ถ้าผลออกมาบวกก็ต้องส่งตรวจที่โรงพยาบาลให้โรงพยาบาลตามแม่กับเด็กมาตรวจซ้ำ ภาพรวมเราก็ว่ากรมวิทย์ทำเช่นนี้แฉ่งแล้วก็ตามได้อยู่ร้อยละ 80 - 85 ล่าสุดการปรับมาให้ศิริราชช่วยดำเนินการ ผลการคัดกรองโพสทีฟครบตามแล้วรักษาครบถ้วน แฉ่งแล้วรักษาในเวลาที่กำหนดคือภายในหนึ่งเดือนบอกได้ถึงขั้นรักษา” (เขต กทม.)

3. การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน/โครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

รูปแบบการทำการกิจกรรม/โครงการ มักจะมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหรือการสั่งการที่มาพร้อมกับตัวชี้วัด ทำให้ความจำเป็นของการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาของพื้นที่โดยใช้ข้อมูลตนเอง มีไม่มากนัก

“วัฒนธรรมของคนไทยรูปร่างการที่มันเป็นอยู่อย่างนี้คือเราพูดเท่าไรข้างบนเขาก็ยังไม่ค่อยเข้าใจ เขาก็ยังกระทรวงสั่งมากรมสั่งมารัฐบาลเราก็ต้องเอาไปตามนั้น เหมือนปีหนึ่งจะให้ลดโรคลง 3% และก็นั่งคุยกันว่าจะลดเบาหวาน 3% ซึ่งมันเป็นเรื่องคิด% ไม่ได้มานั่งคุยกันว่าจะไปลดเบาหวานยังไง คนไข้เบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างนี้วิธีการคิดมันก็ผิดแล้วอย่างนี้จริงๆ แล้วข้างมันต้องมาดูว่าที่เราทำงานเนี่ยผมว่าต้องเน้นไปที่ปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ได้ดูที่ตัวโรค” (ผอ.รพ., อุบลราชธานี)

“ที่เราทำงานกันทุกวันนี้เนอะ อันที่หนึ่งเลยมาจากนโยบายของกระทรวง อันนี้แน่นอน แล้วก็สั่งกันมา แล้วก็กระทรวงก็จะตัดบางเรื่องบอกว่าแล้วแต่จังหวัด กระทรวงต้องการผลลัพธ์ออกมาแบบนี้ กระทรวงกับจังหวัดไปว่ากันมาแล้วแต่จังหวัดไหนต้องการยังไง จังหวัดเขาก็จะมาคิดแล้วส่งมาที่กระทรวง ว่าโรงพยาบาลต้องทำอย่างงี้ๆ ตามความต้องการของจังหวัดว่าจังหวัดเรามีปัญหาอย่างนี้ พอมาถึงอีกชั้นก็มาถึงอำเภอ ก็บอกว่าจังหวัดโยนมาอีกแล้ว ออกมาว่าคุณต้องไม่มีโรคนี้ โรคนี้ ต้องอย่างนี้เนอะ พอตัวเลขออกมาเราก็ทำเองเราก็ตัดๆ กันเป็นท่อนๆ ส่วนใหญ่ก็เป็นอย่างนี้เนอะ” (ผอ.รพ., เชียงใหม่)

“เป็นไปไม่ได้ขนาดข้อมูลเราเยอะๆ เรายังไม่มีโอกาสที่จะได้พูดให้ทุกคนให้เห็นถึงปัญหาถึงประเด็นและแค่นั้นเขาก็ไม่มีเวลามานั่งอะไรเพราะข้างบนเขาก็ต้องทำตาม” (ผอ.รพ., อุบลราชธานี)

แม้ว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะถูกเก็บและรายงานมาจากพื้นที่ การรวมข้อมูลเพื่อให้องค์กรได้รอบด้านยังน้อย ทำให้การใช้งานจริงมีข้อจำกัด และมีการแยกส่วนของข้อมูล เนื่องจากรายงานตามตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดมา เท่านั้น อย่างไรก็ตาม จังหวัดอุบลราชธานี มีกิจกรรมนำร่องเรื่องการตรวจสอบสุขภาพซึ่งสามารถนำมาใช้วางแผนแก้ปัญหาในพื้นที่

“ข้อมูลมันเยอะ” (ผอ.รพ., อุบลราชธานี)

“ไม่ได้เอาไปใช้ แต่จริงๆ แล้ว พอตรวจแล้วต้องไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพื้นที่ที่ต้องทำต้องรู้หมดแต่ที่ผ่านมามาดูจะไม่ได้ทำทั่วถึงคือถ้าทำได้ทั่วถึง” (ผอ.รพ., อุบลราชธานี)

4. ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย

ผู้บริหารส่วนใหญ่สะท้อนเรื่องศักยภาพในการทำหน้าที่บริหารงาน บริหารคน และที่สำคัญคือการบริหารเงิน ซึ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ขึ้นยิ่งต้องการผู้นำที่มีศักยภาพพร้อม อย่างไรก็ตามก็ดียังมีระบบที่รองรับเพื่อให้ผู้อำนวยการมีความพร้อมมากขึ้นผ่านการอบรมต่างๆ และการทำงานร่วมกันกับ

โรงพยาบาลต่างๆในรูปแบบโซน

“ก่อนที่จะมาเป็นผอ.ไซ้ใหม่คือว่าก็จะมีการจัดเหมือนเป็นประชุมตัวมีตัวให้อะไรอย่างนี้คะปีสองปีนี่เขามีตัวแล้วนะคือว่าก่อนที่จะเข้ามาเป็นเขาจะมีการตัวให้วันสองวันคือว่าก็จะมีการเนื้อหาที่จำเป็นต้องรู้จะคะเนื้อหาการเงินการคลังการบริหารพวกBCอะไรนะคะอาจารย์เขาก็จะตัวให้ประมาณวันสองวันก็พอดูๆอะไรอย่างนี้นะคะ แต่ก็ยังไม่กระจ่างมากแต่ก็เรื่องการบริหารเป็นโซนนี้ก็ดีนะคะแต่ก็ว่าคือเราก็ได้ใกล้ชิดกันแบบพี่น้องได้ใกล้ชิดกัน4-5โรงพยาบาลอะไรอย่างนี้ทำให้สนิทสนมกันได้มากขึ้น” (ผอ.รพ., อุบลราชธานี)

“กระทรวงเองก็มีสถาบันพระบรมราชชนกที่อบรมผู้อำนวยการใหม่อบรมผู้อำนวยการแบบบูรณาการหรือว่าหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลางอะไรอย่างนี้” (ผอ.รพ., อุบลราชธานี)

“โรงพยาบาลขนาดมากขึ้นรายละเอียดมากขึ้นคนมากขึ้นเม็ดเงินมากขึ้น” (ผอ.รพ., อุบลราชธานี)

อีกประเด็นหนึ่งที่ผู้บริหารคิดว่ายังมีปัญหาอุปสรรค คือ ผู้ร่วมงานนอกโรงพยาบาลที่ต้องประสานงานด้วย เช่น สปสช.เขต รวมถึงความร่วมมือในระดับพื้นที่ เช่นประสิทธิภาพของการใช้เงินกองทุนในพื้นที่

“ปัญหา สปสช. คือว่าคนที่เข้าไปยังรู้ระบบงานสาธารณสุขภูมิภาคยังไม่เข้มแข็ง เวลามาติดกับภูมิภาคก็จะมีปัญหาตรงนี้ มันก็นับคนได้ คนที่เป็น สสจ. เข้าไปที่รู้งานเชิงระบบ เวลา มองก็มันก็มีมิติการมอง แต่ละคนก็มีมุมมองตามประสบการณ์ตรงตามมาก มันเจอระบบเรื่องของความเป็นไปได้และเป็นไปไม่ได้มันมี step ข้อเท็จจริงของมัน” (สสจ.สงขลา)

โดยไม่แน่ใจไม่ถึงครึ่ง เพิ่มทุกปี ก็บางตำบลก็ยังไม่ได้อำนาจเงินออกมาเลย 2 ปีแล้วยังกักไว้ อยู่ ซึ่งไม่น่าจะใช่ คนเอาเงินไปไม่ทำอะไรเลยไม่มีโทษอะไรเลย คำถามเหล่านี้แหละที่ยังติดใจอยู่ อะไรควรจะเป็นอะไร (สสจ.อุบลราชธานี)

“กองทุนตำบลหน้าที่ยังมันคืออะไรต้องแบ่งเยอะมากไปทำมั่วไปหมด พอได้เงินมาก็ทำทั้งหมด ทั้งซื้อครุภัณฑ์ บริการรายบุคคล มันเพี้ยนไปหมด ควรเอาไปทำเรื่องสุขภาพเชิงรุกที่เป็นปัญหาพื้นที่มากกว่า” (สสจ.อุบลราชธานี)

นอกจากนี้ กรณีเมืองใหญ่ เช่นกรุงเทพมหานครแม้จะมีการใช้ทรัพยากรจากภาคเอกชนเข้ามา ร่วมให้บริการแล้ว แต่ขึ้นกับความสนใจและความถนัดของเอกชนที่สนใจจะทำงานส่งเสริม ป้องกันด้วย

“ภาคเอกชนในปี 53 เมื่อก่อนเหมาจ่ายก็ไม่ทำมีบางคนมีผลงานมาบ้าง ปีนี้ไม่เหมาจ่ายตามรายการ ผลงานไม่ถึงเป้าหมาย ประมาณ 1 ใน 3 มีแนวโน้มที่น่าจะสนใจทำงาน PP (เขต กทม.)

(3) กระบวนการและศักยภาพของทีมนุเคราะห์ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้ดำเนินการบริการและกิจกรรมเชิงรุกในจังหวัดตัวอย่าง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานอนามัยแม่และเด็ก พนักงานอนามัย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล และทันตภิบาล ในมุมมองการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพและกระบวนการเพื่อทำให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์เทียบกับเป้าหมายและผลลัพธ์ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุกที่ตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่

เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติทั้งของโรงพยาบาลและสถานอนามัย/PCU มีมุมมองด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงลึกมากขึ้น ขยายมุมมองไปถึงปัจจัยอื่นที่เป็นบริบทด้วย

“...ในมุมมองในเรื่องของสุขภาพในใจของดิฉันเองก็คืออยากให้ประชาชนมีสุขภาพดี สุขภาพดีดียังไง เราก็ต้องมองในเชิงลึกลงไปตั้งแต่ร่างกายจิตใจสังคม จิตวิญญาณ มององค์รวมในการสร้างสุขภาพบางที่ถ้าเค้ามาเราก็จะให้การรักษาแล้วก็กลับบ้าน แต่ถ้าเรามองลงไปชุมชนเชิงรุกไปรู้จักความมักคุ้นไปรู้จักสิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่เป็นพื้นที่เป็นน้องเราจะเข้าใจบริบทมากขึ้นเมื่อเข้าใจบริบทมากขึ้นเราก็จะมามองว่าทำไงให้เค้ามีสุขภาพดี” (จนท. สอ.อุบลราชธานี)

หัวใจของการทำงานงานเชิงรุก มีผู้ที่เกี่ยวข้องมากขึ้น ทั้งส่วนที่นอกงานสาธารณสุข แต่ผู้ให้สัมภาษณ์ยังให้ความเห็นเรื่องการทำงานมีการประสานงานกันเองในสหสาขาวิชาชีพ และสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ด้วย ผ่านการวางแผนร่วมกันที่สอดคล้องกับนโยบายหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัดและ CUP

“...ตอนหลังก็มาบริหารเป็นระบบ ก็คือทำแผนร่วมกันทั้งน้ำเย็น น้ำอุ่น และก็บริหารจัดการสรรงบไป” (จนท.รพ.อุบลราชธานี)

“ทุก ๆ วันนี้การทำงานเชิงรุก ไม่ใช่เฉพาะที่สถานอนามัยเท่านั้น ก็มีโรงพยาบาลด้วยซึ่งกายภาพบำบัดซึ่งเราขาดแคลนแล้วก็ประสานกับโรงพยาบาลที่เค้าพร้อมให้ความช่วยเหลือเราอยู่แล้วทำแผนร่วมกัน” (จนท.สอ.อุบลราชธานี)

1. บทบาทที่ถูกคาดหวังในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ CUP

งานบริการปฐมภูมิในทุกระดับทั้งโรงพยาบาลและสถานอนามัย รับทราบถึงความสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก จากแผนยุทธศาสตร์ การกำกับงานผ่านกิจกรรมและตัวชี้วัดต่างๆของงานเชิงรุก กระนั้นยังมีประเด็นเรื่องของการทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ที่เกิดจากความเข้าใจและความพร้อมของส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. ชุมชน และความคาดหวังของประชาชน

“...เหมือน สปสช.ในเรื่องของ PP เนี่ย สำหรับตัวเองว่าเขาปรับรื้อเกินไปคือเขาวางรากฐานไม่ดีในการที่จะโอนเงินว่าเขาอยากจะให้ชุมชน เทศบาลมีส่วนร่วมแต่เขาไม่ได้ปูทางไว้ที่ดีพอเงินลงไปแล้วเนี่ยมันหมดเลยแล้วก็ไม่สามารถประเมินได้อีกต่างหาก แต่ตัวเองมาตามตัวชี้วัดอะไรต่างๆกลับไป ทำไม่ได้” (จนท.โรงพยาบาล, สงขลา)

“เรายอมรับว่าความคิดของชาวบ้านกับความคิดของทางเรามันสวนทางกันชาวบ้านเข้าใจว่าสถานเอนามัยเป็นสถานที่รักษามาจะต้องเจอหมอเวลาไหนจะต้องเจอจะเน้นการรักษาไม่ค่อยได้ส่งเสริม” (จนท.สอ. เชียงใหม่)

สถานการณ์เฉพาะที่มีความแตกต่างที่ส่งผลต่อการดำเนินการในกรุงเทพฯคือ โครงสร้างบริหารจัดการส่วนกลาง เช่น ไม่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คอยกำกับดูแลสนับสนุนในงานบริการปฐมภูมิโดยตรง

“อะ ผมก็เข้าใจ ประเด็นก็คือว่า อบต.เขามีความรู้สึกรู้สึกว่าเขายอมรับ สปสช.มากกว่าที่ กทม.ยอมรับ สปสช.นะ หมายถึง กทม.มีความรู้สึกรู้สึกว่าจัดการตัวเองได้ ดูแลพี่น้องได้ มีหลายเรื่องไม่ใช่เฉพาะเรื่อง สปสช.นะ อย่างกระทรวง พม.ไป ต่างจังหวัดเขามี อพมจ. มี พมจ.และมีแต่ละจังหวัดใช่ไหม ในขณะที่เดียวกันทาง สาธารณสุขก็จะมีสาธารณสุขจังหวัดในการดูแล เขาก็จะแยกเป็น อบต.ต่าง ๆ ถามว่าโครงสร้างกทม.เป็นแบบไหนกับการดูแลสุขภาพของคน กทม.” (ศูนย์สาธารณสุข กทม.)

2. ทักษะความสามารถ (competency) ในปัจจุบันกับบทบาทที่ถูกคาดหวัง

เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานได้รับการฝึกอบรมเรื่องเทคนิควิธีการดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตลอดจนประสบการณ์ที่ได้รับจากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

“ทักษะในงานสาธารณสุขแล้วคิดว่าในเรื่องศักยภาพมีความเพียงพอ” (จนท.โรงพยาบาล, สงขลา)

“ถ้าจะให้ สอ. ทุกเซ็นเตอร์เหมือนกันหมดเราต้องพัฒนาคนด้วยแล้วก็มี การคิดว่าตัวเองขาดตรงไหนก็เสนอไปอย่างรพ.บาลนี้เขาก็เป็นพี่เลี้ยงเหมือนกันแล้วเราบอกว่ารพ.บาลที่เป็นพอพัฒนาตัวเองเป็นบางเวชแต่ในส่วนของ สอ. ก็คิดว่าทำได้แม้กระทั่งเรื่องอนามัยแม่และเด็ก” (จนท.สอ, เชียงใหม่)

การทำงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกนั้น ต้องการทักษะด้านการประสานงานความร่วมมือกับฝ่ายต่าง ๆ ซึ่งมักจะเป็นความสัมพันธ์ตามทักษะเฉพาะบุคคล จึงเป็นประเด็นที่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติมีความเห็นสอดคล้องว่าเป็นทักษะที่ต้องการพัฒนามากขึ้น

“เราคงอยากได้บุคลากรที่ต้องเก่งในเชิงประสานงานมากขึ้นเพราะว่ามันไม่ใช่งานที่เราสามารถทำได้เอง” (จนท.รพ.อุบลราชธานี)

“เจ้าหน้าที่บุคลากรเรายังมีปัญหาวินิจฉัยจะพัฒนาเรื่องการวิจัยเกี่ยวกับนวัตกรรม ส่วนเรื่องส่งเสริมส่วนภาคนี้ก็มีนิดหน่อย....” จนท.สอ, เชียงใหม่)

3. อัตรากำลังความเหมาะสมกับบทบาทที่ถูกคาดหวัง

ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับให้ความเห็นไปในทางเดียวกัน เรื่องความเพียงพอของจำนวน

บุคลากร และความเชี่ยวชาญสำหรับทีมสหสาขา

“กรอบอัตรากำลังก็เท่าเดิม เหมือน สสอ. ๗ ประชากรหาได้ใหญ่มีประชากรตั้งสามแสนก็จะมีเจ้าหน้าที่เท่ากับ สสอ. บางกลุ่มซึ่งประชากรสองหมื่น คือจริงๆ มีกรอบแต่ไม่มีคนอยู่ แต่ของเราเนี่ยอยากจะมีคนอยู่แต่ไม่มีกรอบไง..” (จนท.โรงพยาบาล, สงขลา)

“ในความคิดของตัวเองนะคะเราได้ก้าวไปตรงนั้นได้มากขึ้นกว่าแต่ก่อนอะคะ แต่ว่าทั้งนี้ทั้งนั้นต้องขึ้นอยู่กับอัตรากำลังของในพื้นที่ด้วยที่จะลงทำกิจกรรมนั้นได้มากไหม” (จนท.โรงพยาบาล, สงขลา)

“ที่นี่ สอ. ขนาดเล็กขนาดกลางจะมีความโดดเด่นที่ภาคภูมิใจคือความภาคภูมิใจไม่ได้ขึ้นอยู่กับปริมาณนะครับขึ้นอยู่กับคุณภาพ เพราะมีมาตรฐาน HCA มาจับ ที่นี้ของผมขนาดกลางที่เชื่อมโยงพีเอ็น้องๆ ที่ไม่ได้มาขนาดเล็กลองนึกภาพรวมก็จะมีถ้าจะเอาการบริการสภาพเรื่องกรอบอัตรากำลังก็สามคนนี่ สู้เจ็ดสู้แปดก็ไม่ได้นะครับ” (จนท.สอ. นครราชสีมา)

ในระดับปฏิบัติงานในทุกระดับเห็นความสำคัญของสหสาขาที่มาทำงานเป็นทีมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุก เพื่อเติมเต็มศักยภาพซึ่งกันและกัน

“จริง ๆ แล้ว ทีมมันต้องไป ทีมมันสำคัญที่สุดของการทำงานแบบนี้ ถ้าขาดคนใดคนหนึ่งขาดเฟือง ขาดอิฐสักก้อนหนึ่งก็คงไปไม่ได้ ถามว่าทุกคนมีความสำคัญหมด เนื้อเอตส์มาจาก ER เนื้อเอตส์มาจากศูนย์หัวใจ เนื้อเอตส์แต่ละคนมาจากที่ไหนพี่มาจากหัวหน้า ER พี่น้องมาจากหัวหน้า ER มาจาก ECU เด็กอย่างเนี่ย เพราะฉะนั้น ความสามารถของแต่ละคนมารวม ๆ กันมันก็เลยทำให้แต่ละคนเคยผ่าน HA มาแล้ว เอาภาพ HA ห้องยาเภสัชผ่าน HA มาอยู่กับเรา พอพูดเป็นเรื่องเดียวกันปุ๊บเราก็จะเดินเข้าไปได้ข้างใต้เร็วอะคะ เร็วหรือเปล่าไม่รู้แต่คิดว่าก็พอควร” (สาธารณสุข กทม.)

4. รูปแบบของการทำงานเชิงรุกที่เกิดจากการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน

ทุกพื้นที่ให้ความเห็นตรงกันว่าการทำงานเชิงรุกจำเป็นต้องมีความร่วมมือและมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคส่วนสาธารณสุขด้วยกันเอง และภาคส่วนอื่นๆ ด้วย

“อย่างเช่นคุยเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า คำบอกว่ายาว แล้วทำไมกระทรวงสาธารณสุขถึงไหม โอนงบประมาณมากเยอะๆ ที่จะแก้ปัญหาเรื่องนี้ ทำไมไม่โอนมาให้ปศุสัตว์เพื่อประชุมร่วมปศุสัตว์ก็รู้อ เราก็บอกว่างบประมาณ 40 บาทต่อหัวประชากรที่เข้ากองทุนแล้วตรงนี้แบบว่าที่คุณรับงบประมาณดูแล โรงพยาบาลดูแลที่ทำร่วมกันด้วย” (จนท.โรงพยาบาล, สงขลา)

“...เยี่ยมบ้านเชิงรุกมีองค์รวมอย่างนี้เราก็จะไปเยี่ยมให้อาสาติดตามแผนที่ว่าเราจะไปเยี่ยมในหมู่บ้านมีใครบ้างรวมกับผู้ใหญ่บ้านแล้วก็ อบต. ในหมู่บ้านทำขึ้นมาแล้วก็เอาปัญหาขึ้นมาแล้วก็ทำโครงการเข้าไปออกเยี่ยมบ้านเลยไม่มีเงินเดือนนะครูป แต่เราจะมีของออกไปให้ผู้พิการนอกเหนือพวกนี้เราทำเป็นบูรณาการรวมกันไปหมดเลยนะครูปผมคิดว่าถึงแม้มีเจ้าหน้าที่น้อยคนก็ อสม. นะครับแล้วก็ สอบต. ร่วมด้วย” (จนท.สอ. เชียงใหม่)

“การมีส่วนร่วม เราก็จะรณรงค์อย่างต่อเนื่อง แต่ตัวนี้ถามว่าได้ผลร้อยเปอร์เซ็นต์ไหม
นวัตกรรมสามารถเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่นได้ไหม ยังเพราะว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน
เนี่ยขึ้นอยู่กับทัศนคติของชาวบ้าน มันขึ้นๆลงๆอย่างนี้ มันขึ้นตามปัจจัยภายนอกเยอะมัน
ไม่ได้ขึ้นอยู่กับศรัทธา” (จนท.สอ.นครราชสีมา)

แต่ละพื้นที่จะมีวิธีการสร้างให้เกิดความร่วมมือนี้ต่างกันไป เช่น ใช้เวทีการพูดคุยระดับหัวหน้า
องค์กรอย่างไม่เป็นทางการก่อนและรูปแบบกรรมการประสานงานต่างๆ จะทำให้การทำงานระหว่าง
องค์กรราบรื่นขึ้น

“เพราะว่าเอาผู้บริหารมาคุย คือถ้าเราเอาผู้บริหาร นายกฯ หรือปลัด มาคุยกันในเวทีนี้ละก็
ให้สาธารณสุขอำเภอเข้า มีอะไรเราก็คุยกัน กำหนด ผู้ใหญ่บ้านก็อีกเวทีหนึ่ง” (สอ.
นครราชสีมา)

“มีตัวแทน ผอ. อยู่ในคณะกรรมการ คัดสอ.ด้วยเรื่องอะไรอย่างนี้ละส่วนแต่ละงานเราก็จะ
โทรกันโดยตรงอยู่แล้ว เวลาเราไปออกโรงเรียนอะไรกับ สอ.หรือว่าไปออกตรวจ เราก็จะ
โทรคุยกันก่อนเพราะเราไปออกตรวจ สอ. ด้วยกันอยู่แล้วอยู่ใน สอ. หลักๆ” (จนท.
โรงพยาบาล, สงขลา)

“วางแผนแล้วก็มองหมู่บ้านแล้วก็ออกพรวางแผนแล้วสภาพปัญหาของหมู่บ้านก็ไปประสาน
กับ อบต. แล้วก็เทศบาลตำบล อบต. แล้วก็ผู้นำในหมู่บ้านว่าวันนั้นวันนั้นจะวางแผนออกไป
ตรวจสอบสุขภาพก็ไปหาเทศบาล อบต. ก็บอกหัวหน้าชุมชนหมดในหมู่บ้าน.....” (จนท.สอ.
อุบลราชธานี)

5. การประเมินผล และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน/โครงการ

การดำเนินการส่วนใหญ่จะลัดไปตามแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด และการกำกับผ่านดัชนีชี้วัด
ต่างๆอยู่แล้ว ทำให้ไม่มีปัจจัยที่ผลักดันให้พื้นที่ต้องนำข้อมูลพื้นที่มาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการแก้ปัญหา
ตนเองอย่างเป็นรูปธรรมนัก มีบ้างที่เป็นการจ่ายของ PP area-based ที่ให้พื้นที่เขียนแผนเสนอการ
แก้ปัญหาในพื้นที่ตนเอง แต่ในทางปฏิบัติยังไม่พบความต่างหรือหลากหลายของพื้นที่มากนัก

“ไอ้ตัว Coverage ตรงนี้ที่เค้าไปทำ KPI หรืออะไรกัน แต่ KPI มันจะพิตกับเราหรือเปล่า มัน
เป็นอีกเรื่องหนึ่งใช่ไหมละ ถ้าเกิดเรามีปัญหาเยอะอยู่ KPI เนี่ยทำให้เราเหนื่อยล้า เวลาเรา
เห็นเป้า แล้วเหนื่อยมากเลยทำไม่ได้ ก็คือเป้าหมายนี้อาจจะไม่ทำทนายสำหรับเราอาจจะเป็น
เป้าที่ทำทนายมากๆ” (จนท.โรงพยาบาล, สงขลา)

อย่างไรก็ดี พบการอุปสรรคการได้มาและการใช้ข้อมูลเพื่อการดำเนินการยังมีข้อจำกัด
โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลเอกชน ที่ยังไม่ระบบเชื่อมโยงข้อมูลกับสถานพยาบาลอื่นๆ

“เป็นเคสที่เราพบเองคือจะติดปัญหาตรงที่ว่า เราเป็นเอกชนเพราะฉะนั้นโรงพยาบาลรัฐจะ
ไม่ได้แจ้งเอกชน สมมุติเขาได้ข่าวมาจากเอกชน บอกว่าเคสนี้ สโตรค (STROKE) มาเป็นอัม

พฤษ อัมพาตด้วย ให้ไปดูแล เขาจะแจ้งเคสอย่างนี้ให้กับศูนย์ ศูนย์ก็คือกรุงเทพก็จะมี ศูนย์อนามัย ศูนย์สาธารณสุข ให้ตามเคสนี้แต่บางเคสนี้ ถ้าสมมุติว่าโรงพยาบาลเอกชนได้ ชาร์ทคนไข้เหล่านี้เขาก็ไม่ได้แจ้งหรือว่าหลุดไป เคสพวกนี้ก็คือยากที่จะ คือเราถือว่าบางที่ ศูนย์สาธารณสุขไม่ได้เข้าไปตรงนั้นก็เลยจะหลุดไปแต่เราทราบเพราะเป็นคนไข้เรา” (PCU กทม)

6. ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน

อุปสรรคส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องความไม่เหมาะสมของอัตรากำลังคนที่มีอยู่กับการะงานตามความ คาดหวังที่มากขึ้น ประกอบกับการงานเรื่องการจัดการข้อมูลตามการกำกับดัชนีชี้วัดและการกำหนด เป็นเงื่อนไขของการสนับสนุนงบประมาณด้วย

“ส่วนใหญ่ทำตามนโยบายของกระทรวงว่าต้องมีเรื่องอะไรเราก็จะเน้นตรงนั้นมากกว่าซึ่งเราก็คงพยายามจัดสรรให้ตรงนั้น แต่ว่าเราต้องบอกว่าเราลงทุนลงแรงเยอะ แต่ว่าผลที่ได้อาจจะ ไม่ได้ประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมายเนื่องจากประชากรกลุ่มเป้าหมายเยอะมาก” (จนท. โรงพยาบาล, สงขลา)

“เพราะว่าถูกเอารัดเอาเปรียบตัวงบประมาณทั้งหลาย ก็เลยมีความรู้สึกท้อใจในการทำงาน แล้วทำอะไรก็ไม่ผ่านเพราะเกณฑ์ของซีพียู ต้องหนึ่งหมื่นมันใช้ความผิดของเรา ใหม่ที่เราไม่ผ่านตรงนี้ แพทย์ไม่ไปให้เรามันก็ไม่ใช้ความผิดของเรา เราต้องลำบากตำบาล ทำคนไข้วันละร้อยคน แปดสิบคนเนี่ยแต่ในขณะเดียวกันเพื่อนเราทำคนไข้วันละยี่สิบ สามสิบทุกอย่างได้เท่ากันหมด เลยคิดว่าไปหาที่ๆสบายดีกว่าก็เลยคิดว่านรกมีจริงค่ะ” (จนท.สอ. นครราชสีมา)

มีบางพื้นที่ที่สะท้อนข้อจำกัดจากบริบทพื้นที่ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค เช่น พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภค การเปลี่ยนเป็นสังคมเมือง เป็นต้น

“...วิเคราะห์แล้วมันมีหลายปัจจัยร่วมกันอยู่ ส่วนใหญ่ของเราก็เยอะ แต่ว่าสถานะเศรษฐกิจ ของเรามันเอื้อต่อการบริโภคของเด็กๆ กินขนมอะไรอย่างงี้ ง่าย ชื้อของง่าย ชื้อของง่ายมี ร้านค้าทุกหมู่บ้าน” (จนท.โรงพยาบาล, สงขลา)

การทำงานของภาคเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ ยังมีความไม่สะดวกที่จะทำงาน เชิงรุกนอกสถานพยาบาลบ้าง บางส่วนมาจากความกังวลใจของ พรบ.สถานพยาบาลที่บังคับใช้ใน ภาคเอกชนที่ต้องระมัดระวังในการทำงานส่งเสริมป้องกันหรือเยี่ยมบ้าน

“...กองประกอบโรคศิลป์ไม่อนุญาตให้คลินิกไปเจาะเลือดหรือทำอะไรเกี่ยวกับคนไข้ที่ นอกสถานพยาบาลแล้วทางอาจารย์จะช่วยเราได้ไหมแล้วที่นี้ทางคลินิกเขาก็มีอาจารย์อีก ท่านหนึ่งท่านบอกว่าต้องทำในรูปอีกแบบหนึ่งที่ไม่แสวงหาผลกำไรก็คือมูลนิธิเขาก็จะ รวมตัวเป็นมูลนิธิกันอะไรอย่างนี้เพียงแต่ว่าลักษณะมันในอนาคตแต่ถามว่า สปสช จะตอบ

ให้ทันที่ว่าการประกอบโรคศิลปะมาตรวจหรือมาจับอย่างนี้เขามาช่วยเขาไม่ตอบอย่างนั้น เพียงแต่ว่าเราดูผลว่าเราเพื่อประชาชนแล้วเราทำให้ฟรีเราไม่ได้ไปเก็บตังค์เขาตรงนั้นคือ ผลที่เราให้เขามากกว่า เพราะฉะนั้นถามว่าเสี่ยงไหม” (ศูนย์สาธารณสุข กทม.)

สรุปการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคประเด็นประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สร้างแนวปฏิบัติเพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การบริหารจัดการการจัดซื้อจัดจ้าง มาตรการ ป้องกันไม่ให้เกิดหลายมาตรฐานในการดำเนินงาน กำหนดปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาของประเทศ เพื่อให้มีการปฏิบัติที่เกิดผลชัดเจนขึ้น ทั้งนี้ สปสช.ได้กำหนดกรอบแนวคิดหลักการเพิ่มประสิทธิผลและ ประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้มาตรการกำกับจากรูปแบบการ จ่ายเงินจูงใจแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรและให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะทำ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน และให้ความสำคัญกับ ปัญหาด้านการส่งเสริมป้องกันที่ต้องเร่งรัดเป็นการเร่งด่วนที่แตกต่างกัน จึงมีความยืดหยุ่นในการจ่าย ให้กับสาขาจังหวัด/สาขาเขตพื้นที่/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับบริการที่เป็นปัญหาเฉพาะของ จังหวัด/เขตพื้นที่ และการจ่ายโบนัสแก่หน่วยบริการตามผลงานและผลลัพธ์ เป็นการเพิ่มเติมจากอัตรา เหนือจ่ายรายหัว เพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการอย่างต่อเนื่องได้

ข้อมูลเชิงปริมาณงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ถึง 2552 ไม่ เปลี่ยนแปลงมากนักในเชิงจำนวนและผลลัพธ์ ทั้งนี้การวิเคราะห์รายจังหวัดจากพื้นที่ตัวอย่างในเชิง ปริมาณไม่มีความแตกต่างกันมากนัก

ข้อมูลเชิงคุณภาพของการดำเนินงานของพื้นที่ ผู้บริหาร/หัวหน้าหน่วยงาน ส่วนใหญ่สะท้อน เรื่องศักยภาพ (Capacity) ในการทำหน้าที่บริหารงาน บริหารคน และที่สำคัญคือการบริหารเงิน ซึ่ง โรงพยาบาลขนาดใหญ่ขึ้นยังต้องการผู้นำที่มีศักยภาพพร้อม มีระบบที่รองรับผ่านการอบรมต่างๆ และ การทำงานร่วมกันในรูปแบบโซน การมีแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด มีส่วนให้ภาพการดำเนินการของ จังหวัดเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Integration) และสร้างการมีส่วนร่วมผ่านแผนสุขภาพของชุมชน (Participation) ท้องถิ่นมีบทบาทมากขึ้น กองทุนระดับพื้นที่มีส่วนสำคัญกับงานเชิงรุก แต่ยังไม่ มีมาตรการที่แก้ไขปัญหาภาพต่างคนต่างทำ การกำกับติดตาม (Monitoring) จะเป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัด หรือ KPI ที่กำหนดและรายงานผลการปฏิบัติงานให้ สปสช.โดยตรง สัมพันธ์กับสายบังคับบัญชาหรือ การกำกับตามการจ่ายเงิน แต่บทบาทของ สสอ.น้อยกว่าโรงพยาบาล ซึ่ง KPI ตัวชี้วัดในส่วนผลลัพธ์ น้อย ทำให้กิจกรรมเชิงรุก area-based มีลักษณะกิจกรรมคล้ายกัน มีระบบรายงานข้อมูล แต่รูปแบบ การทำกิจกรรมหรือสั่งการตามตัวชี้วัด ทำให้ความจำเป็นของการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาของพื้นที่โดยใช้ ข้อมูลตนเองไม่น้อย และขาดการสนับสนุนในส่วนวิชาการ ในเขตเมืองใหญ่ที่มีทรัพยากรสุขภาพใน ภาคเอกชนมาก มีโอกาสที่จะสร้างความร่วมมือในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ด้วย แต่ขึ้นกับความสนใจและความถนัดของเอกชน

กระบวนการและศักยภาพของทีมบุคลากร ด้วยบริบทพื้นที่ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การทำงานส่งเสริม

สุขภาพและป้องกันโรค เช่น พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภค การเปลี่ยนเป็นสังคมเมือง เป็นต้น ผู้ดำเนินงานมีความมั่นใจศักยภาพ (Competency) ในการดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แต่ต้องการทักษะด้านการประสานงาน สร้างความร่วมมือ ความไม่เหมาะสมของอัตรากำลังคนที่มีอยู่กับการะงานตามความคาดหวังที่มากขึ้น ภาระการจัดการข้อมูลตามการกำกับดัชนีชี้วัดที่เป็นเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณ การดำเนินงานได้มีส่วนร่วมจากท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็ดีผู้ดำเนินงานในสถานพยาบาลเอกชนยังมีความกังวลใจต่อ พรบ.สถานพยาบาล กรณีต้องทำงานนอกสถานพยาบาล

ตาราง 4.3.9 สรุปประเด็นศักยภาพด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ระดับ	กระบวนการและศักยภาพบุคคล	ประสิทธิผล/ประสิทธิภาพ
ประเทศ		- ใช้มาตรการการจ่ายเงินผ่านการกำกับตัวชี้วัดที่สำคัญ - กำหนดปัญหาระดับชาติเพื่อให้ทุกพื้นที่ปฏิบัติให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงผลลัพธ์ - มาตรการที่มีความยืดหยุ่นให้พื้นที่สามารถดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่
เขต		- ประสานให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับเขต เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเห็นผลชัดเจน - สปสช.เขต กทม.ทำหน้าที่แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ทำให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ
จังหวัด		- ประสานผ่านแผนยุทธศาสตร์จังหวัดและรูปแบบการจ่ายเงินให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเห็นผลชัดเจนของปัญหาสุขภาพจังหวัด - กำกับดูแลประสิทธิผล/ภาพ ตามตัวชี้วัด KPI
อำเภอ/CUP	- มีความตระหนักต่อการทำงานเชิงรุกโดยเฉพาะรพช. - ทักษะการบริหารจัดการได้รับการเรียนรู้จากโรงพยาบาลอื่นๆในโซน	- กรรมการ CUP เป็นแกนกลางประสานงาน กำหนดนโยบาย รูปแบบการจ่ายเงิน(บางส่วน) ให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ - CUP/โรงพยาบาล กำกับดูแลประสิทธิผล/ภาพ ตามตัวชี้วัด KPI - พัฒนาและใช้ระบบส่งรายงาน เพื่อประเมินประสิทธิผล/ภาพ และส่งป้อนกลับให้ผู้ปฏิบัติ เช่น การ

ระดับ	กระบวนการและศักยภาพบุคคล	ประสิทธิผล/ประสิทธิภาพ
		จัดลำดับสถานพยาบาลในเครือข่ายที่มีผลการปฏิบัติดี เป็นต้น
ตำบล/อบต	• การให้ความสำคัญขึ้นกับผู้บริหาร/ผู้นำของแต่ละพื้นที่	• ใช้กองทุนสุขภาพสนับสนุนการดำเนินงาน
สอ/PCU	• ข้อจำกัดของจำนวนและการกำหนดตำแหน่งบุคลากรที่อยู่ในทีมทำงานเชิงรุก • ทีมบุคลากรมีศักยภาพด้านการดำเนินงานสาธารณสุข • ทักษะด้านการติดต่อประสานงานควรมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น เพราะที่พบมักเป็นทักษะเฉพาะของแต่ละบุคคล	• ความเป็นทีมสหสาขาทำให้การทำงานมองภาพรวม (holistic) ดีขึ้น • ภาระงานด้านรักษาที่เพิ่มขึ้น และภาระการจัดการข้อมูลอาจทำให้การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันเชิงรุกได้น้อยลง

ข้อจำกัดของการศึกษาด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพ เนื่องจากตัวเลขใช้จากฐานข้อมูลที่รายงานจากเครือข่ายบริการสุขภาพ ไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และบางส่วนใช้จากรายงานสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สรส.) ดังนั้น ข้อมูลบางส่วนยังขาดความครบถ้วนของข้อมูลประสิทธิผล เช่น ร้อยละของการดำเนินการตามเป้าหมาย เป็นต้น การสร้างเสริมสุขภาพบางรายการจึงมีเฉพาะรายงานผลผลิต เช่น จำนวนการตรวจคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน บริการทันตกรรม เป็นต้น ส่วนข้อมูลประสิทธิภาพ การศึกษานี้ไม่สามารถทำการวิเคราะห์จำนวนและเป้าประสงค์ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกได้ เนื่องจากข้อจำกัดของแหล่งข้อมูล การศึกษานี้จึงเน้นไปที่ข้อมูลเชิงคุณภาพอธิบายบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพแทน เช่น ศักยภาพและความมั่นใจ (capacity and competency) การผสมผสาน (integration) การสร้างการมีส่วนร่วม (participation) และการกำกับติดตาม (monitoring)

จากผลการศึกษา ประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ประกอบด้วย

1.ภาคเอกชนได้แสดงบทบาทช่วยดำเนินงานเพิ่มผลลัพธ์โดยเฉพาะกรุงเทพฯและจังหวัดที่มีความเป็นเมืองขนาดใหญ่ มาตรการที่ทำหาคือการสร้างบทบาทของภาคประชาสังคมช่วยดำเนินงานร่วมกันงาน

2. สาธารณสุขอำเภอที่เดิมเคยมีบทบาทในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจุบันหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจ่ายเงินตรงไปยังสถานอนามัย ได้แสดงบทบาทน้อยลง ควรหามาตรการที่ให้ สสอ. ได้แสดงบทบาทการกำกับดูแลงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพให้มากขึ้น รวมทั้งบทบาทการประสานงาน และบูรณาการร่วมกับท้องถิ่น

3. ความท้าทายของข้อเสนอทิศทางการกระจายอำนาจ ที่จะทำให้โรงพยาบาลและสถานอนามัย ทำงานร่วมกันให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

4. การบูรณาการระดับเขตอาจเป็นทางเลือก ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น การกระจายบทบาทของกรมวิชาการให้มีความเป็นอิสระในการดำเนินงานกับพื้นที่ จะเป็นมาตรการหนึ่งที่จะทำให้พื้นที่ได้ใช้ข้อมูลที่ป้อนกลับในระดับพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการปรับปรุงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างจังหวัดในเขต

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ในการบริหารแบบ PPA สปสช.สร้างความเป็นหุ้นส่วน (partnerships) กับบุคคล/หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขเขต (คปสช.) เครื่องมือหลักคือกรอบความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) บางเขตกำหนดให้ภาคีถอดยุทธศาสตร์เขตออกมาเป็นแผนที่ยุทธศาสตร์ (strategic map) เพื่อใช้เป็นกรอบทำงานและเป็นเครื่องมือสื่อสารในแต่ละระดับจนถึงท้องถิ่น แต่ยังคงอยู่ในระยะสร้างความเข้าใจและพัฒนากระบวนการจัดทำ จึงยังไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง

ในการติดตามประเมินผลระดับเขต สปสช.ใช้กลไกตรวจราชการระดับเขตและระบบรายงานตรง แต่ยังขาดการบูรณาการผลการดำเนินงานระบบต่างๆ (จากตัวชี้วัด PPexpressed และ PPcom) ให้เป็นภาพเขต ทำให้การติดตามประเมินผลที่เป็นอยู่ไม่สะท้อนภาพเขต จึงไม่สามารถประเมินผลลัพธ์สุขภาพและในการจัดทำ health need แต่ละปีจึงยังต้องใช้ข้อมูลจากส่วนกลาง

เพราะ สปสช.พึ่งพากลไกราชการกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) ระดับเขต แทนการใช้โครงสร้างกลไกที่ สปสช. สร้างขึ้นในระดับจังหวัดและ CUP ซึ่งในปัจจุบันโครงสร้างดังกล่าวจึงมีหน้าที่เพียงจัดสรรเงินระดับ CUP และหน่วยบริการใน CUP ตามลำดับ ปัจจัยความสำเร็จในการอภิบาลระบบของ สปสช. จึงขึ้นกับศักยภาพในการสร้างความร่วมมือ/ความเป็นหุ้นส่วนกับผู้ตรวจราชการเขตเป็นสำคัญ และมีลักษณะรวมศูนย์เพื่อตอบสนองส่วนกลางทั้ง กสธ. และ สปสช. มากกว่า จะตอบสนองปัญหาของจังหวัด ลักษณะเช่นนี้ยังเกิดระหว่างจังหวัดกับ CUP ขณะที่กองทุนตำบลสามารถทำงานตอบสนองพื้นที่ได้ดีกว่าเพราะมีความเป็นอิสระจากระบบบังคับบัญชาแบบราชการ

สำหรับ สปสช. กรุงเทพมหานคร ด้วยกลไกการบริหารที่ต่างจากเขตอื่นประกอบกับไม่มี สสจ. ทำให้สามารถบริหารจัดการเพื่อตอบสนองพื้นที่ได้อย่างแท้จริงและคล่องตัวกว่าเขตอื่น แต่สภาพทางเศรษฐกิจสังคมทำให้มีความหลากหลายกว่า ทั้งในด้านคุณลักษณะและจำนวนของประชากรเป้าหมาย หน่วยบริการ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงบริหารจัดการยากกว่าเขตอื่นและยังต้องทำงานทั้งในบทบาทสำนักงานเขตและจังหวัดที่ประสานตรงกับภาคส่วนต่างๆ ความครอบคลุมของการดำเนินงานจึงเป็นปัญหาสำคัญของเขตนี้

ภาคสาธารณสุข

การนิเทศงานเป็นการตามตัวชี้วัดไม่มีคำแนะนำเชิงเทคนิควิชาการ จึงไม่เกิดการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาระบบงาน PP ที่มีอยู่ของหน่วยงานที่รับการนิเทศ ทั้งการนิเทศ สสจ. โดยสำนักตรวจราชการเขต การนิเทศ CUP โดย สสจ. และการนิเทศ สอ./PCU โดย CUP ซึ่งเสมือนเป็นการติวข้อสอบให้สามารถสอบผ่านก่อนการประเมินแต่ละระดับ น่าสังเกตว่า ในจังหวัดที่ศึกษา หน่วยงานของกรมวิชาการในระดับเขตไม่ถูกเอ่ยถึงในการสนับสนุนเทคนิควิชาการ

จังหวัดขนาดใหญ่มีความแตกต่างด้านเศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรม ปัญหาสุขภาพก็มีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอในจังหวัดเดียวกันและระหว่างจังหวัดในเขตเดียวกัน กรอบยุทธศาสตร์เขต

และจังหวัดจึงเป็นข้อจำกัดของจังหวัดและอำเภอ ตามลำดับ นั่นคือกรอบยุทธศาสตร์ระดับสูงกว่าเป็นข้อจำกัดในการบริหารจัดการและดำเนินงานที่มุ่งตอบสนองปัญหาหลักของพื้นที่ส่วนทางกับแนวคิดกระจายอำนาจ

การอภิบาลระบบ PP ในแต่ละระดับใช้เครื่องมือ/กลไกราชการซึ่งตอบสนองตามสายบังคับบัญชาที่เหนือกว่าและยึดกฎระเบียบข้อบังคับ มากกว่าจะเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ จึงไม่ส่งเสริมการสร้างความเป็นหุ้นส่วนและปฏิบัติการในแต่ละระดับ

ขาดการประเมินผลลัพธ์สุขภาพในภาพรวมจังหวัดและอำเภอ/CUP อีกทั้งแผนงานโครงการประเภทและความครอบคลุมการบริการส่วนบุคคล ก็มุ่งตอบสนองตามสายบังคับบัญชาและส่วนกลาง (เพื่อให้ผ่านตัวชี้วัดและได้งบประมาณโดยตรง) มากกว่าตอบสนองปัญหาของพื้นที่ในแต่ละระดับ

ระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างตระหนักในบทบาทเจ้าภาพด้านสุขภาพระดับจังหวัด และความร่วมมือระหว่างส่วนราชการต่างๆ และท้องถิ่นในการควบคุมการระบาดของโรคติดต่อที่ผ่านมา (เช่น ไข้เลือดออก ชิคุนกุนยา) เป็นประสบการณ์สำคัญและเป็นแนวทางในการจัดการกับโรคที่มีผลกระทบสูงในภายหลังเช่น หวัด 2009

ศักยภาพของ สสจ. ที่เด่นชัดในบริบทปัจจุบันคือ ความสามารถในการประสานงานและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายในจังหวัดและเขต ซึ่งทำให้ได้รับการยอมรับ การบริหารงานราบรื่น และมีแหล่งทรัพยากรเพิ่มขึ้นในการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจ

ระดับอำเภอ/ CUP

ในภาพรวม CUP ส่วนใหญ่ยังคงพบความไม่สอดคล้องกันของการบริหารงบประมาณกับการบริหารงานคือ รพ. มีอำนาจอนุมัติงบประมาณ CUP แต่ความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) ต่อผลการดำเนินงานกลับอยู่ที่ สสอ. (เพราะการจะผ่านตัวชี้วัดขึ้นกับผลการดำเนินงานของ สอ. มากกว่าของ รพ.) สภาพการณ์เช่นนี้ เป็นมาตั้งแต่เริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนปัจจุบัน รพ.ต้องรับภาระค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ย่อมมี conflict of interest ระหว่างความอยู่รอดทางการเงินของ รพ. กับการจัดสรรงบประมาณให้ สอ.

แนวคิดของฝ่าย รพ. ในการสร้างความเป็นเอกภาพและลดความขัดแย้งในการบริหารงบประมาณ CUP จำแนกได้ 2 รูปแบบแตกต่างกันคือ 1) ผนวก สอ. เข้าเป็นฝ่ายหนึ่งของ รพ.โดย สสอ.เป็นหัวหน้าฝ่าย 2) แยกการบริหารจัดการ CUP ออกจากการบริหาร รพ. โดยจัดตั้งสำนักงาน CUP ดำเนินงานภายใต้ CUP Board (รูปแบบของ CUP ฝ่าย เชียงใหม่) ข้อดีของรูปแบบนี้คือ สสอ. และ สอ. เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรก การบริหารจัดการ CUP จึงโปร่งใสตรวจสอบได้ง่ายขึ้นในมุมมองของ สสอ. และ สอ. และมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม เกิดความเป็นเอกภาพและยึดเป้าหมาย CUP ร่วมกัน

ด้าน สสอ. พบว่า ยังคงมีความภาคภูมิใจในบทบาทเจ้าภาพงานสาธารณสุขระดับอำเภอและ

พร้อมเป็นหน่วยติดตามประเมินระบบ PP ในระดับอำเภอรวมทั้งกองทุนตำบล หากได้รับงบประมาณดำเนินการพอเพียง สำหรับการบริหารจัดการ CUP สามารถจำแนกข้อเสนอของ สสอ. ได้ 3 รูปแบบที่แตกต่างกันคือ 1) แยกการบริหารจัดการ CUP ออกจาก รพ. ตามรูปแบบของ CUP ผ่าง เชียงใหม่ 2) จัดสรรงบประมาณ PP และ OP ส่วนของ สอ. (จัดสรรตามจำนวนประชากรหรือปริมาณงานแล้วแต่กรณี) ให้ สสอ. บริหารจัดการโดยตรง 3) รวมกลุ่ม สอ. เป็น CUP และให้ สอ. ขนาดใหญ่เป็นสำนักงาน CUP (ตามรูปแบบของ CUP เมืองย่า อ.เมืองนครราชสีมา)

ภาคท้องถิ่น

อปท. รับรู้ถึงบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น ระดับเทศบาลตำบลมีการขยายบทบาทด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแม้บางแห่งจะยังไม่ได้เข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับโครงสร้าง/กลไกการบริหารกองทุนตำบลของ อปท. พบว่ามีลักษณะตามหลักธรรมาภิบาลดังนี้

- โครงสร้างกลไกบริหารกองทุนตำบลถูกกำหนดจาก สปสช. (Legitimacy)
 - มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วนรวมทั้ง สอ. (Participation)
 - มีโอกาสถูกตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) การเมืองฝ่ายตรงข้าม และชุมชนเอง (Checks & Balances, Accountability)
 - ให้ความสำคัญกับโครงการภาคประชาชน (Responsibility) และในเทศบาลที่มีศูนย์บริการสาธารณสุขจะจัดบริการเอง มากกว่าจะจัดสรรให้สถานพยาบาลสังกัดอื่น
 - ในเทศบาลเมือง/นคร หลายแห่งมีการตั้งคณะกรรมการเพิ่มเพื่อกลั่นกรองโครงการซึ่งนอกจากจะเป็นเวทีเรียนรู้การเสนอโครงการของผู้เสนอแล้วยังสร้างภาพลักษณ์ด้านความโปร่งใส (Legitimacy) ให้องค์กรด้วย
 - การติดตามประเมินผลตามระบบงานปกติของภาคท้องถิ่น พิจารณาจากหลักฐานการใช้จ่ายเงินพร้อมภาพถ่ายกิจกรรม ยังขาดการประเมินประสิทธิผล/ผลลัพธ์ที่ได้เช่นเดียวกับภาคสาธารณสุขที่ยังคงเป็นการประเมินผลผลิต
- ศักยภาพที่เด่นชัดของ อปท. คือ ความสามารถในการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น โดยเฉพาะ อปท.ขนาดใหญ่ที่มีทรัพยากรมาก และทักษะในการเข้าถึงชุมชนซึ่งจำเป็นในการควบคุมโรคติดต่อ (จากประสบการณ์โรคชิคุนกุนยา) ที่สำคัญคือ แม้จะเป็นหน่วยงานที่มีข้อจำกัดทางเทคนิค วิชาการสาธารณสุข และรับรู้ถึงข้อจำกัดนี้ แต่ไม่นำมาเป็นอุปสรรคต่อการขยายบทบาท เพราะมั่นใจว่าสามารถแสวงหาการสนับสนุนจาก สอ./สสอ./รพ. ได้ หรือจาก สสจ. ในกรณีจำเป็น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การปรับกระบวนการทัศน์ “All for Health” และ “กระจายอำนาจ” ของระดับนโยบายและผู้บริหารแต่ละระดับ จำเป็นต่อการสร้างศักยภาพองค์กรในมิติ responsibility และ accountability สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรต้องเพิ่มศักยภาพในการบริหารความเปลี่ยนแปลง (change management) เพื่อจัดทัศนคติด้านลบซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น และสามารถบริหารจัดการประสานงาน และอำนวยความสะดวกให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ กรณี กทม. เป็น

ตัวอย่างรูปธรรมของบริบททางเศรษฐกิจที่เติบโตสูงและความหลากหลายด้านสังคมวัฒนธรรมและประชากร รวมทั้งภาคท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่และซับซ้อน สภาพการณ์เช่นนี้อาจเกิดขึ้นกับจังหวัดอื่นๆ ได้ในอนาคต การพัฒนาแนวทางเครื่องมือในการบริหารจัดการและอภิบาลเพื่อรองรับทิศทางความเจริญดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่และบริการปฐมภูมิเพื่อมุ่งจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่อย่างตอบสนองต่อประชาชน จำเป็นต้องกระจายอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากร (งาน คน เงิน) ไปยังพื้นที่แต่ละระดับพร้อมความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) เพื่อให้การกำหนดยุทธศาสตร์และแผนของพื้นที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่ แทนการตอบสนอง KPI ของระดับที่สูงกว่าและส่วนกลาง

ตัวชี้วัดและระบบข้อมูล/รายงานที่ออกแบบจากส่วนกลางมักเป็นเครื่องมือการบริหารแบบรวมศูนย์ซึ่งเมื่อใช้การบวก (sum) ข้อมูลจากแต่ละแห่งเข้าด้วยกันก็ต้องออกแบบระบบข้อมูลอย่างตายตัวให้พื้นที่รายงานเข้ามา ในอีกด้านหนึ่งก็เป็นการปิดโอกาสค้นพบปัญหาใหม่ๆ ของพื้นที่เองซึ่งหากได้รวบรวมขึ้นมาระดับประเทศอาจให้ภาพที่ต่างไปจากที่เป็นอยู่ ดังนั้นหากต้องการสนับสนุนให้เกิดการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ (เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผนงานโครงการ) และผลลัพธ์การดำเนินงานตามปัญหาที่มี ควรต้องพัฒนาวิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบ meta analysis ในระดับประเทศและเขต

strategic map ซึ่งถูกคาดหวังให้เป็นเครื่องมือชี้ทิศและเป็นกรอบการทำงานและติดตามประเมินอย่างบูรณาการในทุกระดับ ควรสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจเรียนรู้และพัฒนากระบวนการจัดทำ ให้สามารถใช้งานได้จริง หากทำในระดับอำเภอ (แทนระดับตำบล) น่าจะช่วยให้การจัดทำแผนเป็นเอกภาพและแบ่งปันทรัพยากรระหว่าง อปท. และภาคสาธารณสุข (สอ. และ รพ.) มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การบริหารจัดการ CUP เป็นปัจจัยกำหนดการดำเนินงาน PCU/ สอ. จึงควรเรียนรู้ประสบการณ์จาก CUP ที่มีการบริหารจัดการรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาโครงสร้างกลไก CUP ให้เป็นอิสระจากการครอบงำของฝ่ายโรงพยาบาลและมีธรรมาภิบาลด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (เมื่อมีส่วนร่วม ย่อมโปร่งใส ตรวจสอบได้) แทนที่การตัดสินใจจะอยู่ที่ตัวบุคคล เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ/งานและบุคคล แบบรับผิดชอบและสำนึกรับผิดชอบร่วมกัน และควรทบทวนปรับโครงสร้างกลไกเดิมที่มีอยู่เพื่อไม่ให้ซ้ำซ้อน ภาพอนาคตของ CUP board ควรมีฐานความเป็นหุ้นส่วนจากทุกภาคส่วน (รพ. สสอ. สอ. อปท. และภาคประชาชน) โดยมี strategic map ด้านสุขภาพ/สุขภาวะเป็นกรอบการทำงาน เท่ากับ เป็นการรวมการบริหารจัดการแบบ PP และ OP ส่วนบริการปฐมภูมิ และกองทุนตำบลเข้าด้วยกันภายใต้ CUP board โดยประธานต้องมีภาวะผู้นำที่คำนึงถึงภาพรวมของ CUP มากกว่า รพ.

สสอ.หรือทีมอำเภอควรมีบทบาทเป็นหน่วยติดตามประเมินผลในภาพรวมระดับอำเภอ รวมถึงกองทุนตำบล และควรพัฒนา KPI เชิงผลลัพธ์เพื่อการประเมินผลตามกรอบยุทธศาสตร์อำเภอ/CUP

พัฒนารูปแบบการนิเทศงานระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบลให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพใน

การแก้ไขปัญหาที่ประสบ อาจด้วยกระบวนการจัดการความรู้หรือการวิจัยจากงานประจำโดยมีปัญห
เป็นฐาน (problem based learning) ร่วมกับกรมหรือสถาบันวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นดังต่อไปนี้

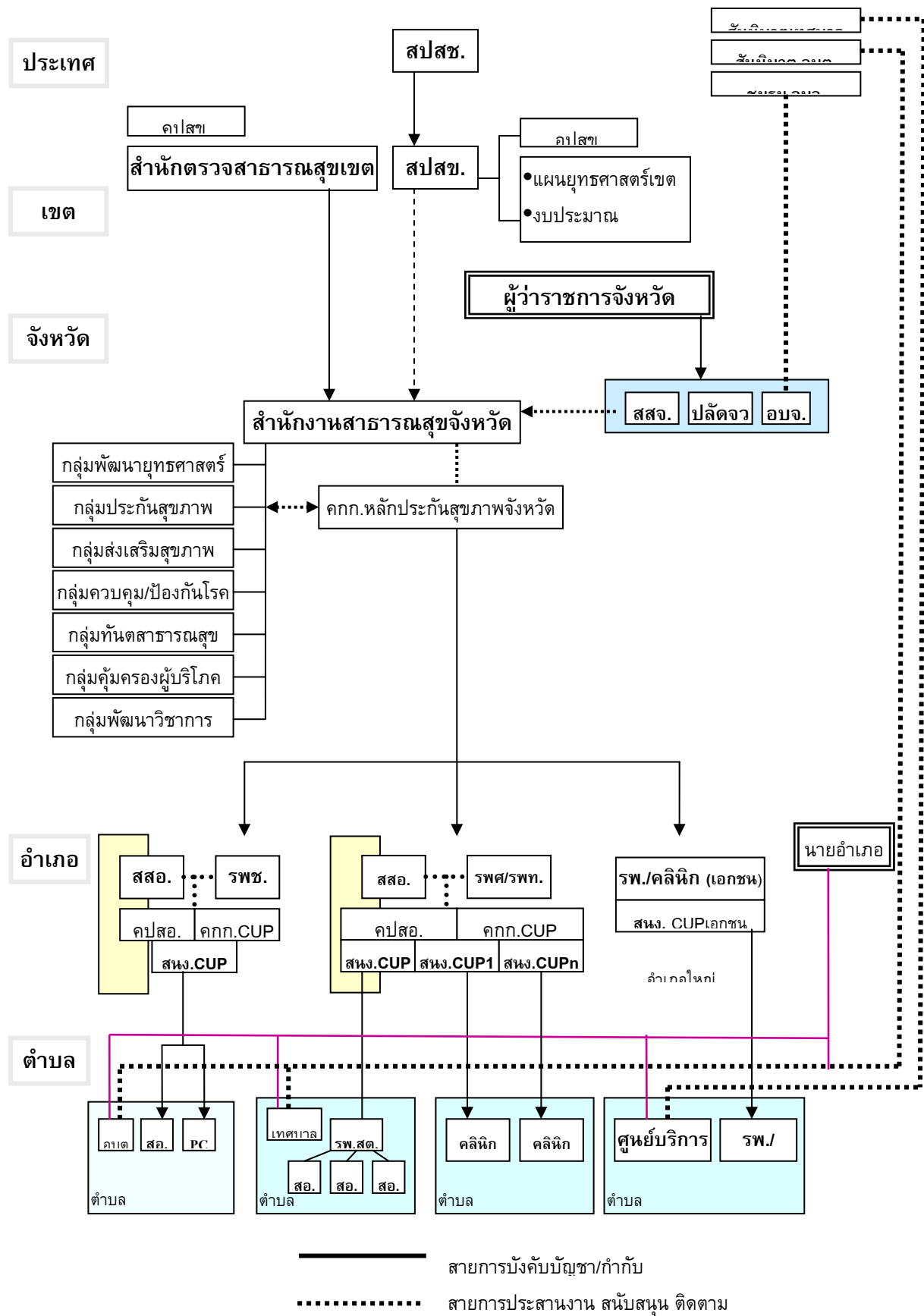
1. ถอดบทเรียนและจัดการความรู้เพื่อขยายผล ในประเด็น
 - การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและโรคเรื้อรัง ที่ประสบผลสำเร็จ
 - การบริหารจัดการ CUP และกองทุนตำบลที่มีธรรมาภิบาล
2. กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพระดับพื้นที่ตามหลักการกระจายอำนาจและธรรมาภิบาล เพื่อสนับสนุนให้เกิดการทำงานตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่แต่ละระดับ
3. กระบวนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงเพื่อทำงานกับท้องถิ่นได้ราบรื่น และสร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนตระหนักในพลัง (empower) ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ
4. การพัฒนาศักยภาพและระบบสนับสนุนการทำงานของกองทุนตำบล ให้สามารถค้นหาปัญหาและดำเนินงานตอบสนองปัญหาชุมชน แทนการตอบสนองความต้องการของชุมชน รวมทั้งการพัฒนาตัวชี้วัดในการประเมินผลลัพธ์

บทบาท โครงสร้างการบริหารจัดการ และศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละภาคส่วน แสดงดังตาราง 5.1 และเชื่อมโยงดังภาพ 5.1

ตาราง 5.1 บทบาทและโครงสร้างการบริหารจัดการระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละภาคส่วน

ระดับ	บทบาทที่ควรจะเป็น	โครงสร้าง	ศักยภาพที่จำเป็น	แหล่งงบ
ชุมชน	▪ มีส่วนร่วมกับภาครัฐในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน	▪ ชมรม หมู่บ้าน โรงเรียน	▪ รู้ช่องทางและสามารถเข้าถึงการสนับสนุนในการดูแลและดำเนินกิจกรรมสุขภาพสำหรับตนเอง ครอบครัว และชุมชน	▪ กองทุนสวัสดิการชุมชน ▪ งบ อปท. ▪ กองทุนสุขภาพตำบล
	▪ จัดทำโครงการสุขภาพระดับชุมชน			
	▪ ดำเนินกิจกรรมสุขภาพ (ส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค)			
ตำบล (อปท.)	▪ จัดทำแผนสุขภาพระดับตำบลและบริหารจัดการ	▪ อปท.	▪ แสวงหาการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในด้านสุขภาพ ▪ พัฒนาวิธีทำงานให้มีมาตรฐาน/คุณภาพ ▪ ใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีในการวิเคราะห์ปัญหาและประเมินผล ▪ พื้นที่เสี่ยงในการทำงานฐานชุมชนแก่ CUP	▪ งบปกติ อปท. ▪ กองทุนสุขภาพตำบล
	▪ สนับสนุนการมีส่วนร่วมและการดำเนินกิจกรรมสุขภาพของชุมชน ภาคสาธารณสุข และภาครัฐอื่น			
	▪ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุม รักษา และดูแลต่อเนื่อง			
ตำบล (สาธารณสุข)	▪ ร่วมจัดทำแผนสุขภาพระดับตำบล	▪ คลินิกชุมชน (CUP)	▪ สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในด้านสุขภาพ ▪ การสื่อสารทางบวกบนผลประโยชน์ของสังคม ▪ เสริมพลังประชาชนให้มีส่วนร่วมและมีทักษะด้านสุขภาพ ▪ ใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีในการวิเคราะห์ปัญหาและประเมินผล	▪ งบ UC (PP, OP) ▪ กองทุนสุขภาพตำบล
	▪ ประสานสนับสนุนข้อมูล/วิชาการ การมีส่วนร่วม และการดำเนินกิจกรรมสุขภาพของชุมชน อปท. และภาครัฐอื่น	▪ รพ.สต.		
	▪ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุม รักษา และดูแลต่อเนื่อง	▪ คลินิกชุมชน (PCU) ▪ สอ.		
อำเภอ	▪ จัดทำแผนสุขภาพระดับ CUP และอำเภอ	▪ คปสอ. และ คกก.CUP	▪ สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในด้านสุขภาพ ▪ การสื่อสารทางบวกบนผลประโยชน์ของสังคม ▪ วิเคราะห์ปัญหาและประเมินผลด้วยแนวคิดต้นทุนประสิทธิผล ▪ รู้ช่องทางพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นของบุคลากรใน CUP	▪ งบ CUP (UC)
	▪ บริหารจัดการและสนับสนุนให้เกิดบริการและกิจกรรมสุขภาพใน CUP	▪ สนง.CUP		
	▪ ประสานสนับสนุนข้อมูล/วิชาการ การมีส่วนร่วมและการดำเนินกิจกรรมสุขภาพของชุมชน อปท. ภาคสาธารณสุข และภาคราชการอื่น	▪ คปสอ. และ คกก.CUP		
	▪ กำกับติดตามการบริการ/กิจกรรมสุขภาพของตำบลและประเมินภาพอำเภอ			
จังหวัด	▪ จัดทำแผนสุขภาพระดับจังหวัด	▪ สสจ. ส่วน จว. อบจ. ฯ	▪ สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในด้านสุขภาพ ▪ การสื่อสารทางบวกบนผลประโยชน์ของสังคม ▪ วิเคราะห์ปัญหาและประเมินผลด้วยแนวคิดต้นทุนประสิทธิผล ▪ การประเมินผลโครงการในภาพ ▪ รู้ช่องทางพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นของบุคลากรในจังหวัด	▪ งบ UC
	▪ บริหารจัดการให้เกิดบริการและกิจกรรมสุขภาพใน จว.	▪ สสจ.		
	▪ สนับสนุนข้อมูล/วิชาการเพื่อการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมสุขภาพของภาครัฐ องค์กร	▪ อปสจ.		
	▪ กำกับติดตามการบริการและกิจกรรมสุขภาพของเครือข่าย และประเมินเป็นภาพจังหวัด	▪ สสจ.		
เขต	▪ จัดทำแผนสุขภาพระดับเขต	▪ อปสข.	▪ แสวงหาการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในด้านสุขภาพ ▪ การสื่อสารทางบวกบนผลประโยชน์ของสังคม	▪ งบ UC
	▪ บริหารจัดการให้เกิดบริการและกิจกรรมสุขภาพในเขต			▪ งบ UC: area based
	▪ สนับสนุนการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของภาครัฐ เอกชน องค์กร			
	▪ ติดตามการดำเนินงานสุขภาพของจังหวัด	▪ คกก.เฉพาะกิจ	▪ วิเคราะห์และประเมินผลด้วยแนวคิดต้นทุนประสิทธิผล	▪ งบ UC
	▪ ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพเป็นภาพเขต	▪ สปสข.		

ภาพ 5.1 โครงสร้างการอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันและควบคุมโรค



เอกสารอ้างอิง

-
- i World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
- ii สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (ร่าง) หมวด (4) การสร้างเสริมสุขภาพ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2551.
- iii กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. ตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Composite Indicators) ปี 2552. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ธันวาคม 2551.
- iv สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2550). บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537–2548 นนทบุรี, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- v สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. งบประมาณ ใน แผนหลัก สสส. 2551-2553. หน้า 18-21.
- vi สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารงบประมาณรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2552 ใน คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2552. 2551 หน้า 20-40.
- vii World Health Organization. World Health Report 2000. health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.
- viii Awofeso N. What's new about the 'new public health'? AM J Public Health 2004;94:705-9.
- ix Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care. Int J Integr Care 2000;1.
- x Plochg T, Klazinga NS. Community-based integrated care: myth or must? Int J Quality Health Care 2002;14:91-101.
- xi Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. public health in the new era: improving health through collective action. Lancet 2004; 363(19): 2084-6.
- xii เสาวนีย์ ไทยรุ่งโรจน์. ปัจจัยกำหนดขนาดสินบนของภาคธุรกิจไทย. มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย 2547; 24(1) 10-26.
- xiii เสาวนีย์ ไทยรุ่งโรจน์. ปัจจัยกำหนดขนาดสินบนของภาคธุรกิจไทย. มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย 2547; 24(1) 10-26.
- xiv ผาสุก พงษ์ไพจิตร. ENRON, คอร์รัปชัน และความมกพร่องที่สุจริต. ปาฐกถาพิเศษ จัดโดยศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 16 ตุลาคม พ.ศ.2545.
- xv Savedoff WD. The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems. In: transparency International. Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health. London: Pluto Press.

-
- ^{xvi} Vian T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning* 2008;23:83-94.
- ^{xvii} Gray-Molina G, Perez de Rada E, Yañez E. Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD. (eds). *Diagnosis corruption fraud in Latin America's public hospital*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. 2001.
- ^{xviii} Schargrodsky E, Mera J, Weinschelbaum F. Transparency and accountability in Argentina's hospitals. In: *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals—* Di Tella R, Savedoff WD, eds. (2001) Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- ^{xix} Reinikka R, Svensson J. Assessing frontline service delivery. Washington, DC: World Bank, Development Research Group, Public Services, 2002.
- ^{xx} United Nations Development Programme. Governance for Sustainable Human Development: a UNDP Policy Document, New York, UNDP 1997. URL: <http://magnet.undp.org/policy/chapter1.htm>
- ^{xxi} Kaufmann D, Kraay A, Zodio-Lobaton P. Governance matters. Washington, World Bank Policy research Working Paper No. 2196. 1999.
- ^{xxii} World Health Organization. World Health Report 2000. health systems: improving performance. Geneva, WHO. 2000.
- ^{xxiii} Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva, WHO. 2001.
- ^{xxiv} World Health Organization. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva, WHO. 2007.
- ^{xxv} Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, editors. Purchasing to improve health system performance. European Observatory on Health System and Policies Series. Maidenhead: Open University Press, 2005.
- ^{xxvi} ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542.
- ^{xxvii} สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) แหล่งข้อมูล [http:// www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/plan10/book/สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาฯ%20ฉบับที่%2010pd](http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/plan10/book/สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาฯ%20ฉบับที่%2010pd)
- ^{xxviii} พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนที่ 100 ก วันที่ 9 ตุลาคม 2546.
- ^{xxix} ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการธรรมาภิบาลจังหวัด พ.ศ. 2552. ราชกิจจา

^{xxx} สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 175 ง วันที่ 2 ธันวาคม 2552

^{xxxii} มานวิกา อินทรทัต, อาจุยท นดิธนากุล. ทบทวนวรรณกรรมธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 2(3): 443-9.

^{xxxiii} วลัยภรณ์ อัดตะนันท์, มาวิกา อินทรทัต, พิสิฐ ศุภชัยพงศ์, อุ๋นกัง แซ่ลิ้ม. การพัฒนาตัวชี้วัดธรรมาภิบาลการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/ ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์. 2551.

^{xxxiii} วินัย ลีสมีทธิ, สิรินาฏ นิภาพร, อำนวย พิรุณสาร. การศึกษานโยบายบริหารจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่. รายงานการวิจัย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. 2552.

^{xxxiv} Bruttel O. Contracting-out and governance mechanisms in the public employment service. Discussion paper. Sep 2005 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) ISSN Nr. 1011-9523.

³⁵ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนพิเศษ 23 ง วันที่ 13 มีนาคม 2545.

³⁶ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง การบังคับใช้แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอนพิเศษ 40 ง วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2551.

³⁷ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 338/2543 ลงวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2543 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางถ่ายโอนภารกิจกระทรวงสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

³⁸ ปรีดา เต๋ออารักษ์, นิภาพรณ สุขศิริ, ราไฟ แก้ววิเชียร. บนเส้นทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ: ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างปี 2542-2550. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. 2551

³⁹ คำสั่งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ นร 0107/ว 8043 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2552 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด

⁴¹ คำสั่งคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ 13/2552 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด แนบท้ายคำสั่ง เรื่อง รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด.

⁴² ข่าวสดรายวัน วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ปีที่ 19 ฉบับที่ 6957. อปท.แชมป์ถูกยื่นร้องทุจริต

- ⁴³ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักนโยบายและแผน. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2551. พิมพ์ที่ บริษัททีฟิล์ม จำกัด พฤษภาคม 2552 หน้า 7-12.
- ⁴⁴ World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
- ⁴⁵ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (ร่าง) หมวด (4) การสร้างเสริมสุขภาพ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2551.
- ⁴⁶ กองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. ตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Composite Indicators) ปี 2552. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ธันวาคม 2551.
- ⁴⁷ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. งบประมาณ ใน แผนหลัก สสส. 2551-2553. หน้า 18-21.
- ⁴⁸ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ภาคผนวก 2 กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2552. 2551 หน้า 276-303.
- ⁴⁹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารงบประมาณจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2552 ใน คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2552. 2551 หน้า 20-40.

ภาคผนวก

รายชื่อผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยเพื่อประเมินผลระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
วันที่ 1 ธันวาคม 2552 ณ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
1.	คุณภวัน	อุ้นคำเมือง	เทศบาลตำบลเวียงฝาง
2.	คุณเอกชัย	กัลยา	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยปราการ
3.	คุณณรงค์เดช	สมควร	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฝาง
4.	คุณนันทนี	จิตรีเกษม	อายุรกรรม โรงพยาบาลฝาง
5.	คุณปราณี	ชะภูิล	แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง
6.	คุณพูนเกียรติ	ลีตระกูล	สุขาภิบาลและป้องกันโรค
7.	คุณพัชรินทร์	จีระกัน	สุขภาพชุมชน
8.	คุณประมวล	ตรียกุล	เอตส์และสุขภาพจิต
9.	คุณจันทร์เพ็ญ	แซ่จ้ง	ทันตสาธารณสุข
10.	คุณเทียมจันทร์	บรรณจักร	งาน ER, DM Clinic
11.	คุณสุเมธ	คำมา	สำนักงาน CUP
12.	นพ.วิชัย	สิริโรจน์พร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง
13.	คุณนันทิยา	เสถียรวิวัฒน์	ทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลแม่สาย
14.	คุณรุ่งนภา	มหาวรรณศรี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย
15.	คุณอสิวรรณ	เมฆอินทร์	สถานีอนามัยบ้านห้วยป่าช้าง
16.	คุณวิสาโรจน์	สิทธิ	สถานีอนามัยบ้านสันป้อ
17.	คุณอินทร	สมเด็จ	สถานีอนามัยบ้านท่ามะแกง
18.	คุณอาทิตย์ดา	พ้องภัย	โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลม่อนปิ่น
19.	คุณมาลี	ช่วยทอง	โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลแม่ข่า
20.	คุณยงยุทธ	พุทธชัย	สถานีอนามัยบ้านแม่อนกลาง
21.	คุณจุมพล	ขจรโมทย์	สถานีอนามัยบ้านป่าแดง
22.	คุณบุญภาพ	พาจิจันทร์	สถานีอนามัยบ้านห้วยงูนอก
23.	คุณเกษมา	อึ้งจิตรไพศาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

วันที่ 2 ธันวาคม 2552 ณ โรงพยาบาลจอมทอง และสาธารณสุขอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
1.	คุณเพชรรา	อาริยะ	โรงพยาบาลจอมทอง
2.	ทพญ.ชนิตา	จิราอนุสรณ์กุล	ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลจอมทอง
3.	คุณดวงตา	มวลศรี	โรงพยาบาลจอมทอง
4.	คุณวารุณี	ปรียะ	งานเอตส์และวัณโรค โรงพยาบาลจอมทอง
5.	คุณพันธิตรา	สินรวงศ์	อนามัยชุมชนและป้องกันโรค
6.	คุณปรียานุช	บุญประลัม	กลุ่มงานพยาบาล

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
7.	คุณคณินิจ	ศรีสอนใจ	กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวชุมชน โรงพยาบาลฮอด
8.	คุณปัยลดา	เพ็ญจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมทอง
9.	คุณศิริพร	บุญมาคง	PCU เมืองกลาง อำเภอจอมทอง
10.	คุณผ่องพรรณ	ชัยชนะ	PCU แท่นดอกไม้ อำเภอจอมทอง
11.	คุณนิชนันท์	เจริญการ	สถานีอนามัยท่าข้าม อำเภอจอมทอง
12.	คุณแสงจันทร์	พาภิรมย์	สถานีอนามัยแม่เตี้ย อำเภอจอมทอง
13.	คุณบุญส่ง	สิทธิสิงห์	สถานีอนามัยบ้านหนองต่าย อำเภอดอยหล่อ
14.	คุณประนอม	ตันเจริญ	สถานีอนามัยบ้านสิริมงคลจารย์ อำเภอดอยหล่อ
15.	คุณพรณี	โตน้อย	สถานีอนามัยบ่อแหลม อำเภอฮอด
16.	คุณบุญสืบ	ภักตรา	
17.	คุณทองศักดิ์	ปัญญาเทพ	รองนายกเทศบาล
18.	นพ.สมอาจ	วงศ์สวัสดิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมทอง
19.	นพ.ดนวัต	ขุนหาญชัย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด
20.	คุณสุพจน์	เจริญพร	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมทอง

วันที่ 3 ธันวาคม 2552 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
1.	คุณณัฐชานันท์	มณีจิชนนท์กุล	เทศบาลนครเชียงใหม่
2.	คุณวิศัลยา	สอแว้ง	เทศบาลตำบลช้างเผือก
3.	คุณศรายุทธ	อินทรักษ์	เทศบาลตำบลสุเทพ
4.	คุณไพบยนต์	คำใหญ่	เทศบาลตำบลแม่เหียะ
5.	นพ.สุรสิงห์	วิศุตรัตน	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
6.	คุณรุ่งตะวัน	บุตรชัย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
7.	ทพญ.อัมพร	เดชพิทักษ์	ทันตสาธารณสุข
8.	คุณวิภาวรรณ	วรรณเวก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

วันที่ 4 ธันวาคม 2552 ณ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติจังหวัดเชียงใหม่

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
1.	นพ.ชวลิต	นิลวรการ	สปสข. เชียงใหม่
2.	นายจรศักดิ์	เกษมกิตติธนากุล	สปสข. เชียงใหม่
3.	คุณกรกช	พิมพ์สาร	สปสข. เชียงใหม่

วันที่ 22 ธันวาคม 2552 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
1.	คุณสิริพร	วงศ์ตรี	กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สสจ.อุบลราชธานี
2.	คุณวีรรัตน์	อภัยบัณฑิตกุล	กลุ่มงานควบคุมโรค สสจ.อุบลราชธานี
3.	คุณอำไพ	สวนาม	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.อุบลราชธานี

4.	ทพญ. น้ำเพชร	ตั้งยิ่งยง	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.อุบลราชธานี
5.	คุณประทีป	บุญธรรม	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.อุบลราชธานี
6.	นพ.ธีรพล	เจนวิทยา	สปสข. อุบลราชธานี
7.	นพ.วุฒิไกร	มุ่งหมาย	นายแพทย์ สสจ.อุบลราชธานี

วันที่ 23 ธันวาคม 2552 ณ อำเภอหน้าย จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
1.	คุณวาสนา	วิถิ	สถานีอนามัยยางใหญ่
2.	คุณพัชณูช	วงศ์พุทธพฤทธิ์	สถานีอนามัยสุขวัฒนา
3.	คุณละมัย	แซ่ก้าง	สถานีอนามัยปลาขาว
4.	คุณจรรุวรรณ	โม่งขุนทด	โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลตาเกา
5.	คุณสมชัย	หงษ์ทอง	โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลไหมประดิษฐ์
6.	คุณประคอง	ทองเรือง	โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลมูเปือย
7.	จำเริญพรธรรม์	สิงห์สีหา	PCU.ตาโบ
8.	คุณรัฐศาสตร์	เครือคุณ	สถานีอนามัยโคกสะอาด
9.	คุณพิทักษ์	บุตรโท	กลุ่มงานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลน้ำยืน
10.	คุณวุฒิจักร	แก้วมาคุณ	งานเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลน้ำยืน
11.	คุณพิษณุสุตาทานต์	รวมเหมาะ	งานบริการทั่วไป โรงพยาบาลน้ำยืน
12.	คุณธนภมัย	อรุณพงษ์	งานคลินิกโรคเฉพาะ โรงพยาบาลน้ำยืน
13.	คุณธัญกานต์	ศรีชาลี	งานศูนย์สุขภาพชุมชนคำฆ่า โรงพยาบาลน้ำยืน
14.	คุณพิษณุ	พันธุ์อุดม	งานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลน้ำยืน
15.	คุณสุทิน	กมลฤกษ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาจะหลวย
16.	คุณประกอบ	ศรีศิริ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก
17.	คุณบัญญัติ	พลสวัสดิ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภออำนาจ
18.	คุณชวน	จันทร์เลื่อน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภออำนาจ
19.	คุณวานิช	สายยืน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งศรีอุดม
20.	คุณประวีร์	คำศรีสุข	โรงพยาบาลน้ำยืน
21.	คุณจุไรรัตน์	ทุมพันธ์	โรงพยาบาลนาจะหลวย
22.	คุณพิทักษ์พงษ์	จันทร์แดง	โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

วันที่ 24 ธันวาคม 2552 ณ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
1.	คุณวาสนา	แสงอรุณ	สถานีอนามัยวังยางสูง
2.	คุณจริยวดี	ภูโท	สถานีอนามัยศรีไค
3.	คุณชูศรี	บรรเทจ	สถานีอนามัยเพี้ยเก่า
4.	คุณหทัยภัทร์	สมนึก	สถานีอนามัยวังคำขวาง
5.	คุณอังกาม	ติยาพันธ์	โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลมาเีย
6.	คุณรัชนี้	ชุมเงิน	โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
7.	คุณรัศมี	เทียมสุวรรณ	โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข
8.	คุณสายันต์	จันทร์ดี	สถานีอนามัยบววัด
9.	คุณประกาศิต	อำพันธ์	สถานีอนามัยนาเรือง
10.	คุณชัยณรงค์	สุวรรณภูมิ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสิริธร
11.	คุณลำพูน	ฉวีรักษ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร
12.	คุณทองศักดิ์	หลักแก	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม
13.	คุณประวิทย์	พันธ์จุม	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง
14.	คุณอดุลย์	วรรณชาติ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ
15.	คุณวินัย	แสงพรหม	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์
16.	คุณบัณฑิต	สร้อยคำ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย
17.	คุณนพรัตน์	ตั้งราษฎร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม
18.	คุณอนุชิต	พิระกิตต์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง
19.	คุณพัฒนา	ตันสกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร
20.	คุณเจริญ	เสรีรัตนาค	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ
21.	คุณมนเีวรรณ	เจริญ	โรงพยาบาลวารินชำราบ
22.	คุณอนันท์	พีระนันท์รักษ์	โรงพยาบาลวารินชำราบ
24.	คุณทิพวรรณ	บุญเลิศ	โรงพยาบาลวารินชำราบ
25.	คุณบุญชู	ใจภักดี	โรงพยาบาลวารินชำราบ
26.	คุณเอกราฐ	แก้วสง่า	โรงพยาบาลวารินชำราบ
27.	คุณประสิทธิ์	สีปสิทธิ์	โรงพยาบาลวารินชำราบ

วันที่ 25 ธันวาคม 2552 ณ จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
1.	คุณศิริเสงี่ยม	ญูริยา	เทศบาลเมืองวารินชำราบ
2.	คุณรุ่งนภา	ทับหนองรี	เทศบาลเมืองวารินชำราบ
3.	คุณนฤชาชา	ดังกิจวนรกุล	เทศบาลเมืองวารินชำราบ

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2553 จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง
1.	พญ.นิลเนตร	วีระสมบัติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเนิน
2.	นายนคร	กิตติพลธนากร	นายกเทศบาลสูงเนิน
3.	คุณสุภาพ	ดารา	สถานีอนามัยนาใหญ่
4.	คุณสุสมธีร์	เจือจันทิก	สถานีอนามัยมะเกลือใหม่
5.	คุณนวล	นุชใหม่	สถานีอนามัยเหมือดแอ่
6.	คุณอภิญา	เสือโพธิ์	สถานีอนามัยหินตั้ง
7.	คุณจิราวัฒน์	ขุนเพชรบรม	สถานีอนามัยกุดจิก
8.	คุณรัตนา	เอกบุตร	โรงพยาบาลสูงเนิน

9.	คุณเทือนรัตน์	ศิลาเจริญพันธ์	โรงพยาบาลสูงเนิน
10.	คุณกิตติพงศ์	รังสันเทียะ	โรงพยาบาลสูงเนิน

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2553 จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง
1.	คุณบรรเจิด	สอพิมาย	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลในเมือง (พิมาย)
2.	คุณสรารัฐ	โกวิทพัฒนา	สาธารณสุขอำเภอเมืองพิมาย
3.	คุณภัทราวรรณ	รัชพงศ์ธาริน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจิก
4.	คุณศิริพร	นากดิลก	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกระเจียว
5.	คุณฐิษภรณ์	อภัยบุรี	สถานีอนามัย
6.	คุณสันต์	ใจชื่อ	สถานีอนามัยบ้านซิม
7.	คุณกิติภูมิ	สุวรรณกุล	สถานีอนามัยชีวาน
8.	คุณปัทมพร	วงศ์สกุลวิวัฒน์	โรงพยาบาลพิมาย
9.	คุณประคอง	รักษา	โรงพยาบาลพิมาย
10.	คุณสิริลักษณ์	อุส่าห์คำ	โรงพยาบาลพิมาย
11.	คุณชนวรรณ	กล้าพิมาย	โรงพยาบาลพิมาย
12.	คุณธีรนนท์	ฉายพิมาย	โรงพยาบาลพิมาย
13.	คุณสำรวย	ปลั่งพิมาย	ศูนย์สุขภาพชุมชนพืมานเมืองใหม่
14.	คุณจิตาภา	เปรมฤดีชัยศักดิ์	โรงพยาบาลพิมาย
15.	คุณจิรสิตา	ลิ้มหาคุณ	โรงพยาบาลพิมาย
16.	คุณวรรณพร	สุภาภิจวรร	โรงพยาบาลพิมาย

วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2553 จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง
1.	คุณสุรวุฒิ	เชิดชัย	นายกเทศบาลนครนครราชสีมา
2.	นพ.สุรสิทธิ์	จิตรพิทักษ์เลิศ	โรงพยาบาลมหาราช
3.	คุณสุภาวดี	ศรีทองเพชร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
4.	คุณสุเพ็ญศรี	แก้วจำรัส	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
5.	คุณยุพาภรณ์	ราชวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
6.	คุณณัฐอร	พลสวัสดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
7.	คุณสันติ	ทองมีฤทธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
8.	คุณพชรพร	สุวิชาเชิดชู	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว
9.	คุณนวลจวี	เพิ่มทองชูชัย	เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราช
10.	คุณนวลพรรณ	พิมพ์สาร	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวจอหอ
11.	คุณสุกัญญา	กรีฑพงษ์ปรีดี	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวหัวทะเล
12.	คุณศศิธร	อุดมพล	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวหัวทะเล
13.	คุณคลังพลอย	เอื้อวิทยากุล	เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราช
14.	คุณวิลาวัลย์	ศรีโพธิ์	สถานีอนามัยมะค่า

วันที่ 16 มีนาคม 2553 จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง
1.	คุณสังวาลย์	กระจ่างโพธิ์	ศูนย์อนามัยชุมชนมะค่า
2.	คุณวิรัชญา	พรรณภักทราพงษ์	ศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิ์กลาง
3.	คุณสุพาภรณ์	กลั่นวารี	ศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิ์กลาง
4.	พญ.รุจิรา	มังคละศิริ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วันที่ 17 มีนาคม 2553 จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง
1.	นพ.วรัญญู	สัตยวงศ์ทิพย์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2.	นพ.ศักดิ์ชัย	กาญจนวัฒนา	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินครราชสีมา
3.	คุณวรภัคดี	ธีระวัฒนา	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา
4.	คุณวีระชัย	ก้อนมณี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินครราชสีมา

วันที่ 26 มกราคม 2553 จังหวัดสงขลา

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง
1.	คุณอนันต์	พฤษานาสุศักดิ์	นายกเทศมนตรีอำเภอเมืองสะเดา
2.	นายพัฒนา	ฤทธิ์ณรงค์	รองปลัดเทศบาล
3.	นางสมยา	หวังจิ	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
4.	คุณกรวรรณ	ศศิธร	พยาบาลวิชาชีพ
5.	คุณสุจิตรา	สุจิตรนาถนันท	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
6.	นายอุดม	ปรีณขมวงษ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองคลองหอยโข่ง
7.	คุณวีรศักดิ์	เบญจจะทสี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสะเดา
8.	นพ.นิพล	วิวัฒน์สมวงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเดา
9.	นพ.วิเศษ	สิรินทร์ไครนาศ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะดังเบซาร์
10.	คุณอรชนก	ชูเอียด	โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง
11.	คุณปริญญช	กัลยาศิริ	สถานีอนามัยโคกม่วง
12.	คุณจริยาภรณ์	ธุรกิจจำนงค์	สถานีอนามัยทุ่งลาน
13.	คุณประเสริฐศรี	แก้วนิวัฒน์พิสกุล	PCU โรงพยาบาลปะดังเบซาร์
14.	คุณฉัตรนภา	นาคน้อย	PCU โรงพยาบาลสะเดา
15.	คุณชุดาพร	ช่องสุริยา	PCU โรงพยาบาลปะดังเบซาร์
16.	คุณประพันธ์	ทองพิมพ์	สถานีอนามัยคลองรำ
17.	คุณวาสนา	หมาดโกบ	สถานีอนามัยบ้านม่วง
18.	คุณวัชร	ชิดมณี	ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลปะดังเบซาร์
19.	คุณสุภาภรณ์	หรัญกุล	ฝ่ายทันตะ โรงพยาบาลปะดังเบซาร์
20.	คุณกันต์หทัย	ชลสุวรรณ	โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง
21.	คุณชุติมา	อึ้งภูรีเสถียร	ฝ่ายทันตะ โรงพยาบาลสะเดา

22.	คุณสุภา	แก้วนวล	นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลสะเตา
23.	คุณประสิทธิ์	บัวสม	โรงพยาบาลปะดังเบซาร์
24.	นพ.อมร	รอดคล้าย	ผู้อำนวยการสปสข. สงขลา

วันที่ 27 มกราคม 2553 จังหวัดสงขลา

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง
1.	คุณอัญชลี	เรืองอ่อน	คลินิกเวชศาสตร์ปฏิบัติครอบครัวและชุมชน รพ.เทพา
2.	คุณרותีเก๊ะ	สาแม	สถานีอนามัยคำไพล
3.	คุณจินตนา	ด้วงปาน	โรงพยาบาลสมเด็จ
4.	คุณทুম	ไชมบ่าสา	สถานีอนามัยบ้านทุ่ง
5.	คุณพรทิพย์	สุขธง	สถานีอนามัยบ้านทุ่ง
6.	คุณณรงค์	ยกถาวร	สถานีอนามัยลำซำ
7.	คุณนภาพร	เพชรแก้ว	สถานีอนามัยคู
8.	คุณสุคนธ์	แก้วบุญ	สถานีอนามัยแค
9.	คุณบุญประทีป	นิสธานี	สถานีอนามัยวังใหญ่
10.	คุณร่ำพรรณ	จันทร์มณี	โรงพยาบาลจะนะ
11.	คุณวิชัย	ยานวิมุตติ	โรงพยาบาลจะนะ
12.	นพ.สุเทพ	วัชรปิยานันท์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา
13.	คุณศุภสิทธิ์	หนูสวัสดิ์	เทศบาลตำบลนาทวี
14.	คุณเจริญ	เข้มจะระ	องค์การบริหารส่วนตำบลฉาง
15.	คุณนอม	วรรณปริบูรณ์	สาธารณสุขอำเภอนาทวี
16.	คุณกรรองมลาย	แก้วสนิท	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านทันตสาธารณสุข

วันที่ 28 มกราคม 2553 จังหวัดสงขลา

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง
1.	คุณเสรีย์	นวลเพ็ง	นายกเทศมนตรีเมืองบ้านพรุ
2.	คุณวิวรรณ	เพชรชมพู	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
3.	คุณแก้ว	มูณีนิม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
4.	คุณสุภาวดี	เอกอรุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
5.	คุณสาวรีย์	รองนุชิต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
6.	คุณสุพัตร	เพชรการ	โรงพยาบาลบางกล่ำ
7.	คุณมัทนา	ตันสกุล	โรงพยาบาลหาดใหญ่
8.	คุณรุ่งฤดี	ศิริรักษ์	โรงพยาบาลหาดใหญ่
9.	คุณจิราภรณ์	สัทธาเวช	โรงพยาบาลหาดใหญ่
10.	คุณสุดใจ	เลิศพงศ์วิราธนา	โรงพยาบาลหาดใหญ่
11.	คุณเกษเนตร	เกษสระ	สถานีอนามัยบ้านทาร์
12.	คุณขวัญใจ	สังข์ศิริ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง
13.	คุณพรทิพา	พลเนตร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกล่ำ

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง
14.	คุณสารี	ศุภธรรมรัตน์	โรงพยาบาลบางกล้า
15.	คุณกรรณิการ์	ปิ่นทองพันธุ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกล้า
16.	คุณสุทัศน์	วรรณ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่

รายชื่อผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยเพื่อประเมินผลระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

วันที่ 4 มิถุนายน 2553 ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	หน่วยงาน
1.	นพ.สุรเดช	วลีอิทธิกุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2.	คุณชาญ	รูปสม	NGO
3.	ภญ.ปนัดดา	ถิ่นพั่งา	คลินิกสายหยุด

รายชื่อผู้ประสานงาน

ลำดับที่	ชื่อ	หน่วยงาน
1.	นางอัมพร เดชพิทักษ์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สสจ.เชียงใหม่
2.	นางน้ำเพชร ตั้งยั้ง	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.อุบลราชธานี
3.	นางศิริพร ปัญญาพฤทธิ์พงศ์	จนท.วิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สสจ.นครราชสีมา
4.	นางสาวชนกพร แก้วพิบูลย์	จนท. วิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ สสจ.สงขลา

ข้อมูลบรรณานุกรมห้องสมุด

เพ็ญแข ลากยั้ง, วีระศักดิ์ พุทธานศรี, สุกัลยา คงสวัสดิ์และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

รายงานผลการประเมินเพื่อพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: การอภิบาล ศักยภาพ และ
ประสิทธิผล. นนทบุรี

: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข/ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2553.

หน้า A4

1. การประเมินผล 2. ระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3.การอภิบาล 4.ศักยภาพ 5. ประสิทธิผล
1. ชื่อเรื่อง