

การสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหาร
และผู้ปฏิบัติงานหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน
จังหวัดสระบุรี ปี 2546

Survey of Opinions of Public Health Officers about Epidemiology
Plan and Activities after Universal Health Coverage in Saraburi
Province in 2003

ของ

นายสำเริง พานทอง
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**การสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหาร
และผู้ปฏิบัติงานหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน
จังหวัดสระบุรี ปี 2546**

**Survey of Opinions of Public Health Officers about Epidemiology
Plan and Activities after Universal Health Coverage in Saraburi
Province in 2003**

ของ

**นายสำเร็จ พานทอง
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข**

การสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน
หลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดสระบุรี ปี 2546

Survey of Opinions of Public Health Officers about Epidemiology Plan and Activities after Universal
Health Coverage in Saraburi Province in 2003

สำเร็จ พานทอง วท.บ.

Somreang Pantong B.Sc.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี The office disease Prevention and control No.2

บทคัดย่อ

นโยบายหลักประกันสุขภาพได้มีการดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2544 โดยมีแนวคิดหลักเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพเท่าเทียมกันและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นสร้างมากกว่าซ่อม กลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของผู้บริหาร และ ผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา หลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 ปี ใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงาน ระบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา รวมทั้งโครงสร้าง อัตรากำลัง เทคโนโลยี และงบประมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ของสำนักระบาดวิทยา สัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา จำนวน 23 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า

ผู้บริหารมีความเข้าใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพและน่านโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ (ร้อยละ 100) โดยมีระบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (ร้อยละ 100) นอกจากนี้มีการปรับโครงสร้างงานระบาดวิทยามาสังกัดกลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์จากเดิมที่สังกัดอยู่กับงานแผนงานและประเมินผล ทำให้มีปริมาณมากขึ้น แต่อัตรากำลังยังเท่าเดิม ส่งผลให้ การรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาลดลงกว่าปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังไม่มียงบประมาณสนับสนุนจัดสรรให้ดำเนินงานด้านระบาดวิทยาโดยเฉพาะ โดยมีงบประมาณรวมกับงานป้องกันควบคุมโรค ทำให้มีปัญหาเรื่องการจัดสรรงบประมาณ บุคลากรจึงไม่ได้รับการพัฒนาด้านระบาดวิทยาอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นควรเพิ่มจำนวนบุคลากรรับผิดชอบงานระบาดวิทยา พร้อมทั้งพัฒนาบุคลากรด้านระบาดวิทยาอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดสรรงบประมาณดำเนินการด้านระบาดวิทยาโดยเฉพาะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการดำเนินงานระบาดวิทยาตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ

ABSTRACT

The Universal Health Coverage Policy was implemented in 2001. The core concept is to grant the Thai people equal access to healthcare service and to encourage people's participation in health promotion which emphasizes preventive-rather than curative- measures. The study was conducted in 2003. The questionnaire was utilized as the tool in the study. The objectives of this study were: to study problems arising from the operation of the surveillance system and to study the development of the potential and the number of all the staff concerned, the structure, technology as well as budget. The sample group consisted of 23 administrators and operational staff members. Data analysis was performed in terms of percentage. The result found that all the administrators had an understanding of the universal health coverage and the policy implementation, and 100 percent of them also had at their disposition the surveillance system. The recognition of epidemiology to be under the Section of Strategy Development, which was previously part of Evaluation and Planning Section, led to more workload with the same number of staff. Therefore, the report on such surveillance system was less than that of the previous year. Besides, there was no budget specifically allocated to epidemiology-related work, since the budget was to be shared with disease control and prevention. This led to the discontinuity of the staff development.

The study thus suggested that the number of staff should be increased and the development of the staff's skills should be promoted in a more continuous manner. There should also be special budget allocation for epidemiology-related work in order to increase the efficiency of the administration.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ นายแพทย์มงคล อังคศรีทองกุล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล สำนักโรคระบาดวิทยาที่ให้คำปรึกษา และสนับสนุนแบบ สัมภาษณ์เก็บข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลแก่งคอย โรงพยาบาลหนองโคน สาธารณสุขอำเภอแก่งคอย สาธารณสุขอำเภอเมือง และสาธารณสุขอำเภอ หนองโคน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณนางสุจิตรา อังคศรีทองกุล นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี และนางสาวศิริพร วัชรารกร ที่ให้คำปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษา หวังว่าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์แก่ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไป ประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา ต่อไป

สำเร็จ พานทอง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์	2
ขอบเขตการศึกษา	2
นิยามศัพท์	3
ผลที่คาดว่าจะได้รับและหน่วยงานที่นำไปใช้ประโยชน์	4
กรอบแนวคิด	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวทางการดำเนินงาน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6
ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12
ขีดความสามารถของระบบบริการ	14
แผนผังบทบาทของหน่วยงานต่างๆ ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16
แผนผังแนวทางการจัดการบริการในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลในระยะแรกๆ	17
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการสร้างสุขภาพ	19
การศึกษาผลกระทบ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	19
สภาพปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	21
บทที่ 3 ระเบียบวิจัย	
วิธีการดำเนินการศึกษา	22
บทที่ 4 ผลการศึกษา	26
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	36
เอกสารอ้างอิง	41
ภาคผนวก	
แบบสัมภาษณ์	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1. จำนวนร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา	27
ตารางที่ 2. ร้อยละของข้อเสนอแนะในการพัฒนา การดำเนินงานระดับวิทยา ภายใต้้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ของผู้บริหาร	31
ตารางที่ 3. ร้อยละของข้อเสนอแนะในการพัฒนา การดำเนินงานระดับวิทยา ภายใต้้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงาน	35

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

รัฐบาลได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบายที่ได้แถลงไว้ต่อสภาผู้แทนราษฎร โดยเริ่มดำเนินงานในพื้นที่ 6 จังหวัด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 ต่อมาได้ขยายพื้นที่ดำเนินงานเป็น 21 จังหวัด ในวันที่ 1 มิถุนายน 2544 และขยายเป็น 75 จังหวัดและบางส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานครในวันที่ 1 ตุลาคม 2544 ทั้งนี้ จะสามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั้งประเทศในวันที่ 1 เมษายน 2545 โดยให้ความคุ้มครองคนไทยที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ได้ทั้งหมด

เมื่อรัฐบาลได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จนสามารถครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศได้ในเดือนตุลาคม 2544 รัฐบาลจึงได้ตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในขณะนั้นมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี เป็นประธานดูแล ควบคุมกำกับ แก้ไขปัญหา และพัฒนารายละเอียดข้อเสนอทางนโยบายเพิ่มเติม โดยมีเป้าหมายคือ การทำให้คนไทยทุกคนมี “สุขภาพวะ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการประกาศนโยบายของรัฐบาล ให้ประชาชนชาวไทยต้องมีหลักประกันสุขภาพทุกคนแล้วนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศเป็นนโยบายที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยมีการจัดทำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นและเริ่มดำเนินการ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 ทั้งนี้การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในเดือนตุลาคม 2544 เป็นต้นมา นับได้ว่าเป็นการดำเนินงานเป็นไปตามเจตนารมณ์ ของบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ระบุไว้ว่าบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคทางระบาดวิทยา เป็นกิจกรรมที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพของคน

การดำเนินงานทางระบาดวิทยาเป็นงานด้านการเฝ้าระวังสอบสวนโรค ที่มีเครือข่ายเป็นจำนวนมากหลายระดับ ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจำเป็นต้องมีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา พร้อมทั้งจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องให้ทันต่อสถานการณ์โรคที่มีการเปลี่ยนแปลง

ตลอดเวลา ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่มีคุณภาพ ทำให้สามารถนำมาวางแผนป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์ จากผลการประชุมเครือข่ายระบาดวิทยาทั่ว ประเทศ ในปีที่ผ่านมา⁽¹⁾ ผู้เข้าร่วมประชุมได้สะท้อนปัญหาในการดำเนินงานระบาดวิทยา ใน ระดับภูมิภาค ทั้งด้านความไม่ชัดเจนของโครงสร้าง งบประมาณ การดำเนินงาน ฯลฯ จาก การประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี⁽²⁾ พบว่าจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบมีรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ลดลง ทุกปีตั้งแต่ปี 2544 – 2545 ดังนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี จึงได้จัดทำ โครงการสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานหลัง มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในจังหวัดสระบุรี ปี 2546 เพื่อประเมินผลกระทบ นโยบายหลักประกันสุขภาพต่องานระบาดวิทยา หลังจากการดำเนินงานตามนโยบาย ฯ ดังกล่าว เป็นระยะเวลา 2 ปี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ด้านระบาดวิทยา ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า
2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และ อุปสรรคของการดำเนินงานระบาดวิทยา ภายใต้ นโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. เพื่อนำเสนอผลการศึกษา ไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ทางระบาดวิทยากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพ หลังดำเนินการ 2 ปีต่องานระบาดวิทยา โดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยดำเนินการสัมภาษณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันของจังหวัด หัวหน้ากลุ่ม พัฒนายุทธศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มสนับสนุนวิชาการของจังหวัด ผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยาสาธารณสุขอำเภอ อำเภอเมือง อำเภอขนาดกลาง (7 – 12 ตำบล) อำเภอขนาดเล็ก (1 – 6 ตำบล) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอ และผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยาในโรงพยาบาลศูนย์และ

โรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าสถานีนามัย และผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยาในสถานีนามัย ที่กำหนดจากการสุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูล เดือน พฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2547

นิยามศัพท์

1. นโยบายเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึงการสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยบริการนั้นเป็นบริการที่ได้มาตรฐาน และประชาชนพึงพอใจ เป็นบริการที่จัดให้โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน นอกจากนั้นประชาชนเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่พอจะต้องทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี หรือมีสุขภาพะดี โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ จัดระบบสุขภาพได้เองด้วย
2. ความรู้ด้านระบาดวิทยา หมายถึง มีความรู้ระบบการเฝ้าระวัง สอบสวนโรคทางระบาดวิทยา สามารถวิเคราะห์สถานการณ์โรค พร้อมทั้งเผยแพร่ข้อมูลการเฝ้าระวังโรค นำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาได้
3. ความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ หมายถึง มีความรู้ด้านการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์และแปลผลข้อมูล พร้อมทั้งใช้คอมพิวเตอร์ขั้นพื้นฐานได้
4. ผู้บริหาร คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน (ผชช.) หัวหน้ากลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มสนับสนุนวิชาการสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าสถานีนามัย
5. ผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา คือ ผู้รับผิดชอบงานด้านระบาดวิทยาประจำจังหวัด อำเภอ โรงพยาบาล และสถานีนามัยตำบล
6. กิจกรรมหลักในนโยบายหลักประกันสุขภาพ 4 กิจกรรมหลัก หมายถึง
 1. การส่งเสริมสุขภาพ 2. การป้องกันควบคุมโรค 3. การรักษาพยาบาล 4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ
7. Organization Structure หมายถึง แผนผังโครงสร้างการปฏิบัติงานของหน่วยงาน
8. Flow chart หมายถึง ระบบไหลเวียนของข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในหน่วยงาน
9. SRRT (Surveillance and Rapid Response Team) หมายถึงทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วในกรณีที่มีการระบาดของโรค หรือกรณีที่มีการร้องขอในพื้นที่
10. โปรแกรม Epidem คือ โปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังโรค

ติดต่อทั่วไป(รง.506) พร้อมทั้ง ใช้วิเคราะห์ แปรผล ข้อมูลได้

11. ขั้นตอนการดำเนินงานระบาดวิทยาในปัจจุบัน หมายถึง สถานีอนามัย โรงพยาบาล ส่งรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาให้กับ ศูนย์ข้อมูลอำเภอ ศูนย์ข้อมูลอำเภอส่งให้กับศูนย์ข้อมูลจังหวัด ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะส่งข้อมูลโดย บัตร รง.506 แผ่นบันทึกข้อมูล ทาง E-mail หรือทางโทรศัพท์ ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละหน่วยงานนั้นๆ

12. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทางระบาดวิทยา หมายถึง การพัฒนาระบบการส่งข้อมูลให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัดและสามารถเชื่อมโยงเครือข่ายกันได้ (Intranet)

13. ระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา หมายถึง การรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง และการสอบสวนโรคตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

14. การสอบสวนโรค หมายถึง ยืนยันการวินิจฉัยโรค ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หาสาเหตุของการเกิดโรค เพื่อวางแผนทางในการป้องกันควบคุมโรค ไม่ให้เกิดการระบาดของโรค

15. การแจ้งข่าวการระบาดของโรค คือ การแจ้งข่าวการเกิดโรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อที่ต้องแจ้งภายใน 24 ชั่วโมง หรือ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญตามมาตรฐานงานระบาดวิทยา

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.ทราบความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่องานระบาดวิทยา

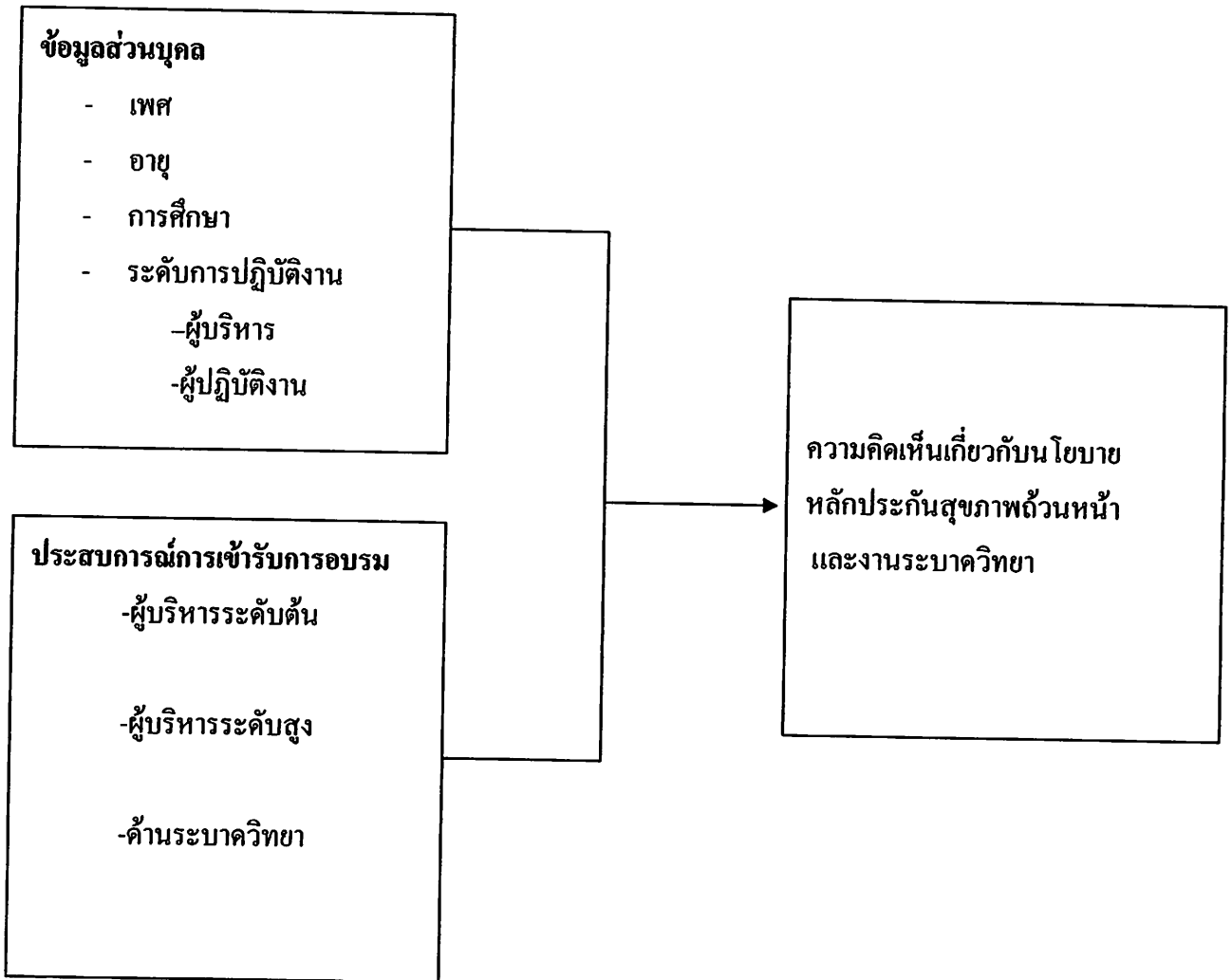
2.ทราบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานทางระบาดวิทยา หลังดำเนินการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 ปี

3.ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหา การดำเนินงานระบาดวิทยา เพื่อนำไปปรับปรุงการกำหนดนโยบาย ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานทางระบาดวิทยา ให้มีคุณภาพมากขึ้น

กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิด และ ทฤษฎี

- 1.1. แนวทางการดำเนินงาน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 1.2. ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 1.3. องค์ประกอบส่วนท้องถิ่นกับการสร้างสุขภาพ

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิด และ ทฤษฎี

1.1 แนวทางการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ⁽³⁾

แนวทางการดำเนินงาน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยบริการนั้นเป็นบริการที่ได้มาตรฐานและประชาชนพึงพอใจ เป็นบริการที่จัดให้โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้สิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ.

2. หลักการพื้นฐานของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวคิด หลักการพื้นฐานของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การที่ประชาชนในสังคมมีการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” โดยการจัดระบบให้คนที่มีความสุขช่วยเหลือคนเจ็บป่วย (หมายถึงคนทุกคนไม่ได้เจ็บป่วยพร้อมกัน ค่าใช้จ่ายที่จัดสรรไว้จึงนำมาเฉลี่ยให้คนที่เจ็บป่วย) คนที่มีฐานะดีช่วยเหลือคนที่ยากจนกว่า (หมายถึงคนที่มีรายได้สูงยอมเสียภาษีมากกว่าคนจน) โดยการกระจายความเสี่ยงของภาระทาง

การเงิน (risk sharing) ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมให้คนในสังคมมีความเสมอภาค และมีการเกื้อกูลกันมากขึ้น

3. แนวทางการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามที่รัฐได้กำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน สำนักงานรัฐมนตรีจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีหน้าที่เพื่อดำเนินการให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน และแต่งตั้งคณะทำงานต่างๆ เพื่อดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นที่มาของแนวทางการจัดการ โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

3.1. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่มีความยั่งยืน (sustainable system) ทั้งนี้ ความยั่งยืนดังกล่าวจะประกอบด้วยความยั่งยืนของระบบใน 3 ด้าน คือ

- ความยั่งยืนทางนโยบาย (policy sustainability) : ซึ่งจะเป็นหลักประกันว่านโยบายดังกล่าวจะมีการดำเนินการและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนแปลงตามผู้กำหนดนโยบาย การยั่งยืนทางนโยบายจะเกิดขึ้นได้ก็โดยการผลักดันให้มีกฎหมาย พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น ซึ่งปัจจุบันกฎหมายดังกล่าวอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร

- ความยั่งยืนทางการเงิน (financial sustainability) ความยั่งยืนทางการเงินจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อระบบมีหลักประกันว่า งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีอยู่อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรายละเอียดที่ต้องกำหนดใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจัดระบบให้มีการ ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

- ความยั่งยืนทางสถาบัน / องค์กร (institutional sustainability) องค์กรที่รับผิดชอบ / เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีความยั่งยืนได้ จะต้องมีการเตรียมความพร้อมขององค์กรและผู้เกี่ยวข้อง ให้มีความชัดเจนในเรื่องของบทบาทและมีการพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรให้สอดคล้องกับบทบาทดังกล่าว

3.2. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเป็นกระบวนการที่เกิดจาก การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายรวมถึงภาคประชาชน โดยเป็นเจ้าของร่วมกัน รับผิดชอบร่วมกัน โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ สุขภาวะ ของคนไทยทุกคนตามหลักการสุขภาพพอเพียง รูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พัฒนาขึ้นจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) เช่น การใช้สมุนไพรต่างๆ และการนวดแผนไทยมาผสมผสานและใช้อย่างเหมาะสม

3.3. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) ใกล้บ้านเป็นบริการด่านแรก (front line service) ที่สามารถให้บริการแบบผสมผสาน (comprehensive care) ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ บริการทางการแพทย์ที่เกินขีดความสามารถ ของหน่วยบริการระดับต้น หน่วยบริการระดับต้นจะต้องรับผิดชอบ ในการส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานบริการอื่น การให้ความสำคัญดังกล่าวจะดำเนินการโดยกำหนดให้หน่วยบริการระดับต้น หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ

- เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (main contractor) สำหรับบริการปฐมภูมิ
- เป็นหน่วยรับขึ้นทะเบียนประชาชน (unit for registration)
- เป็นสถานพยาบาลด่านแรก (front line service) ซึ่งทำหน้าที่ทั้งให้บริการแบบผสมผสาน และรับผิดชอบประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความจำเป็น

3.4. หน่วยบริการระดับต้น หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีชื่อเรียกว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” และให้ใช้ชื่อ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” เป็นชื่อในการประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับประชาชนและสาธารณสุข

3.5. การบริการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเน้นกระจายอำนาจ (Decentralization) ในพื้นที่คือ เขตและจังหวัดมีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ แนวทางและมาตรฐานที่กำหนด โดยส่วนกลาง มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ ผู้ให้บริการ (purchaser provider split) ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost containment system) โดยที่ไม่กระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และไม่ทำให้เกิดสภาพที่ประชาชนพึ่งพาบริการมากเกินไปจนความจำเป็น รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายเงินแบบปลายปิด (Closed end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)

3.7. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องจัดให้ระบบ ที่จะสนับสนุนให้ประชาชนรับทราบ “สิทธิ” ปกป้องและคุ้มครอง “สิทธิ” ของประชาชน สิทธิดังกล่าวครอบคลุมสิทธิที่จะได้รับการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด รวมถึงสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น / สถานพยาบาลปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้

บ้าน / ที่ทำงาน ที่ตนเองพึงพอใจ (สิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลตามความสมัครใจ จะเริ่มดำเนินการเมื่อระบบได้พัฒนาจนมีความพร้อมระดับหนึ่งแล้ว)

4. ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ คณะทำงานจัดทำแนวทางสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ได้อ้างอิงมาจากบริการพื้นฐานชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการ ส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว รวมทั้ง บริการทางการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข การให้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ประชาชนและนายจ้าง (กรณีที่ใช้บริการเป็นลูกจ้างของสถานประกอบการ) จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองโดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1. บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัวจะครอบคลุมทั้งบริการในสถานพยาบาล และการจัดบริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ รวมถึงบริการที่เป็นการสร้างเสริมความรู้ความสามารถในการพึ่งตนเองของประชาชนด้วย

4.2. บริการส่วนบุคคลบางประเภทที่ปัจจุบันมีงบประมาณแยกเฉพาะ (เช่น การรักษาผู้ป่วยโรคจิตที่ต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยสารเสพติด) หรือบริการที่ได้รับความคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพอื่นเป็นการเฉพาะอยู่แล้ว (เช่น ผู้ประสบภัยจากรถ ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) และไม่เข้าข่ายข้อยกเว้น ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย เพียงแต่การบริหารงบประมาณในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายงบประมาณตามระบบที่เป็นอยู่ จนกว่าจะมีการรวมเงินทั้งหมดเพื่อบริหาร โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

4.3. บริการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการสำหรับชุมชน (community care) เช่น การดำเนินงานกรณีที่มีการระบาดของโรค การรณรงค์เพื่อควบคุมโรคเอดส์ การพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุง ฯลฯ ไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หลัก รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขอาจมอบหมายให้สถานพยาบาลดำเนินการ โดยมีการตั้งงบประมาณดังกล่าวไปก่อน สำหรับการเฝ้าระวังโรคเป็นบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่ต้องดำเนินการ และงบประมาณได้รวมอยู่ในงบเหมาจ่ายที่ได้จัดสรรให้สถานพยาบาลแล้ว

4.4. สิทธิประโยชน์ของประชาชนที่เคยได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกัน

สุขภาพอื่นของรัฐอยู่ก่อนหน้าที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โครงการบัตรประกันสุขภาพ ผู้ได้รับสิทธิยกเว้นค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ อาสาสมัครมาลาเรีย ผู้บริจาคโลหิต ตั้งแต่ 18 ครั้งขึ้นไป ฯลฯ จะมีการจัดระบบโดยพยายามคงสิทธิเดิมให้มากที่สุด สำหรับผู้มีสิทธิในบัตรประกันสุขภาพเดิมให้ได้รับสิทธิเท่ากับผู้ถือบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) โดยเพิ่มงบประมาณต่อประชากรของผู้มีสิทธิในบัตรประกันสุขภาพเท่ากับงบประมาณของผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณส่วนเพิ่มเติมให้ใช้งบจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.5. ประชาชนจะสามารถใช้บริการตามสิทธิประโยชน์ได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ตนเองได้เลือกขึ้นทะเบียนไว้ กรณีที่เกินขีดความสามารถหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน จะเป็นผู้พิจารณาส่งต่อไปรับบริการยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสมต่อไป กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการแห่งใดก็ได้ที่อยู่ใกล้ที่สุด กรณีฉุกเฉิน ประชาชนสามารถใช้บริการนอกเครือข่ายที่อยู่นอกจังหวัด ได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

4.6. การจัดบริการแพทย์แผนไทย ทั้งการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา การส่งเสริมป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ขึ้นกับความพร้อมของสถานพยาบาลคู่สัญญา ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการได้ จะต้องผ่านการตรวจคัดกรองและส่งต่อ โดยแพทย์ หรือ ผู้ที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการแพทย์แผนไทย

4.7. การใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลคู่สัญญา หรือ บริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่สถานพยาบาลใดๆ ที่เข้าร่วมโครงการฯ ของประชาชนผู้มีสิทธิสถานพยาบาลไม่สามารถขอเรียกเก็บเงินค่าบริการเพิ่มเติมได้ ยกเว้นค่าธรรมเนียม (co-payment) 30 บาท แม้ว่าจะเป็นบริการที่จัดขึ้นนอกเวลาราชการ หรือเป็นบริการที่จัดให้โดยที่ผู้มีสิทธิไม่ได้ร้องขอ (เช่น บริการห้องพิเศษกรณีที่เตียงสามัญเต็ม การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ฯลฯ)

5. การขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.1. การขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะยึดฐานข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์เป็นหลัก ในหน่วยงานหรือสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ สถานพยาบาลอื่นที่เข้าร่วมโครงการ (หรือหน่วยงานอื่นๆ ตามที่จังหวัดกำหนด) รับผิดชอบตรวจสอบ คัดกรองคุณสมบัติผู้มีสิทธิตามที่กำหนด และดำเนินการขึ้นทะเบียนออกบัตร

หลังจากนั้นให้ส่งข้อมูลข้างต้นให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมส่งให้สำนักงานประกันสุขภาพตรวจสอบข้อมูล เพื่อสนับสนุนงบประมาณต่อไป

5.2. กรณีย้ายที่อยู่โดยมีการย้ายชื่อไปยังทะเบียนบ้านแห่งใหม่ ให้ผู้ที่ย้ายไปยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในพื้นที่ใหม่ โดยมีหลักฐานสำคัญ คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดิม) สำเนาทะเบียนบ้านใหม่ และบัตรประชาชนพร้อมสำเนา สถานพยาบาลจะยึดบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเดิม บันทึกข้อมูล เพื่อส่งไปตรวจสอบและตัดโอนงบประมาณจากสถานพยาบาลเดิมมายังสถานพยาบาลใหม่ และจัดพิมพ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใหม่ให้

5.3. กรณีย้ายที่อยู่โดยไม่ได้มีการย้ายชื่อ ไปยังทะเบียนบ้านแห่งใหม่ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 2 โดยเพิ่มเติมหลักฐานสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมคำรับรองของเจ้าบ้านว่าได้มาอาศัยอยู่จริง หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมลายมือชื่อรับรองของผู้นำชุมชน หรือนายจ้าง (กรณีที่อยู่อาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีทะเบียนบ้าน) หากเป็นการย้ายที่อยู่ภายในจังหวัดเดียวกัน เจ้าหน้าที่สามารถตรวจสอบจากฐานข้อมูลและออกบัตรใหม่ได้ทันที กรณีที่เป็นการย้ายข้ามจังหวัด ให้ส่งข้อมูลให้ส่วนกลางเพื่อตรวจสอบก่อนออกบัตรใหม่ให้ในระหว่างการตรวจสอบสิทธิ (ระยะไม่เกิน 1 เดือน) ประชาชนไม่สามารถใช้สิทธิที่สถานพยาบาลที่ใหม่ได้ กรณีสถานพยาบาลตรวจพบว่า การขอเปลี่ยนสถานพยาบาลไม่ถูกต้องตามเงื่อนไข สถานพยาบาลมีสิทธิปฏิเสธการขอเปลี่ยนสถานพยาบาลได้

5.4. ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถขอเปลี่ยนการขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ภายในจังหวัดเดียวกันหรือระหว่างจังหวัด) ได้ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง (นับตามปีงบประมาณ เดือนตุลาคม – เดือนกันยายน)

5.5. การขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิในระยะเปลี่ยนผ่านให้คณะกรรมการระดับจังหวัดพิจารณากำหนดพื้นที่ และจำนวนประชากรที่แต่ละสถานพยาบาลปฐมภูมิจะรับผิดชอบได้ โดยคำนึงถึงขีดความสามารถของสถานพยาบาลและความสะดวกที่ประชาชนจะสามารถมาใช้บริการเป็นสำคัญ กรณีที่เป็นพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัดให้ผู้ตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานจังหวัดที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หาข้อสรุปเรื่องพื้นที่และจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ระหว่างพื้นที่รอยต่อ ทั้งนี้ให้จังหวัดส่งข้อมูลดังกล่าวให้ส่วนกลางทราบ เพื่อจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบจริงต่อไป ส่วนปัญหาการให้บริการระหว่างพื้นที่รอยต่อ ให้จังหวัดที่เกี่ยวข้อง ตกลงในการจัดการให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ดูแล ประสานและกำกับ

5.6. กลุ่มนักเรียน นิสิตนักศึกษา ทหารเกณฑ์ คนงานข้ามถิ่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ ฯลฯ ที่มาอาศัยประจำโดยไม่ย้ายชื่อเข้ามาอยู่ในทะเบียนบ้านให้ดำเนินการตามข้อ 2 และ 3 โดยอนุโลม กรณีที่เข้ามาพื้นที่ครั้งคราวไม่ได้พักอาศัยประจำ เช่น นักเรียน นิสิต นักศึกษา หรือพนักงาน ที่เดินทางไปเข้า-เย็นกลับ ให้สามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้ทั้งตาม ภูมิลำเนา สถานศึกษา หรือสถานประกอบการ ตามความสะดวก

5.7. การดำเนินงานอนามัยโรงเรียน ให้สถานพยาบาลที่รับผิดชอบ สถานศึกษา เป็นผู้ดูแลเด็กนักเรียนทั้งหมดที่อยู่ในโรงเรียนนั้น แม้ว่าในโรงเรียนดังกล่าวจะมีนักเรียนที่มาจากต่างพื้นที่ (และขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลอื่น) โดยถือว่า การเคลื่อนย้ายของนักเรียนดังกล่าวเกิดขึ้นในทุกๆพื้นที่ และคิดตัวเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

5.8. ผู้มีสิทธิตามโครงการบัตรประกันสุขภาพเดิมที่หมดอายุ ให้จังหวัดมอบบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ให้กับประชาชนกลุ่มดังกล่าว โดยระบุสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักและรอง ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด ได้กำหนด

5.9. การตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว ให้แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนตามพื้นที่รับผิดชอบของสถานพยาบาลที่สถานประกอบการนั้นๆตั้งอยู่ และเป็นสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีสถานพยาบาลเอกชนยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ ไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวได้ แต่สามารถเข้าร่วมได้ในรอบที่กำหนดถัดไป หรือหากต้องการเข้าร่วมทันที สามารถเข้าร่วมในฐานะ subcontractor ของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาอยู่แล้ว ในขณะนี้

1.2. ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. หน่วยบริการที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดได้เป็น 3 กลุ่มคือ

1.1. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (contracting unit for primary care : CUP) หมายถึงหน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการทางการแพทย์ที่ใช้ความเชี่ยวชาญ เฉพาะ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้ จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ขึ้นเป็นหน่วยงานที่ประชาชนมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเลือกขึ้นทะเบียนเพื่อหน่วยบริการประจำตัว / ครอบครัว หน่วยคู่สัญญานี้อาจจัดบริการเพียงหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

1.2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (contracting unit for secondary care : CUS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนต่างๆที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

1.3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (contracting unit for tertiary care : CUT) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะสาขา ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันดูแลรักษาโรคเฉพาะสาขาต่างๆ (หน่วยบริการแต่ละแห่งอาจเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้หากสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ของบริการในแต่ละระดับนั้น)

2. มาตรฐานของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ต้องจัดการและรับผิดชอบให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit : PCU) ที่ให้บริการภายใต้หน่วยบริการหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานและมีการจัดระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้องตามมาตรฐาน ดังนี้

2.1. จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมประชากร

2.1.1 จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่รับผิดชอบดูแลประชากรให้ครอบคลุม พื้นที่ทั้งหมด ทั้งนี้หน่วยบริการแต่ละแห่งจะรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ (หนึ่งหน่วยคู่สัญญา อาจจัดให้มีหลายหน่วยบริการปฐมภูมิได้) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดเล็กอาจรับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 10,000 คนได้

2.1.2 ในพื้นที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานอนามัยดูแลจะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย

- กรณีที่มีประชาชนขึ้นทะเบียนน้อยกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในบริเวณที่ตั้งของโรงพยาบาลได้ แต่ต้องจัดระบบให้คล่องตัว

- ในกรณีที่ประชากรมากกว่า 10,000 คนสามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ส่วนที่เหลือต้องจัดหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน

- หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยมีทีมประจำให้บริการ และบริการได้สะดวก รวดเร็ว

- หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง จะต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

3. จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ได้มาตรฐาน หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ มีบทบาทในการจัดการและสนับสนุน ให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิแต่ละแห่ง ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

ขีดความสามารถของระบบบริการ

1. มีการเปิดบริการให้การรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการที่ผสมผสานร่วมกับการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น และการให้ความรู้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการในหน่วยบริการทุกวันและต้องเปิดบริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สามารถส่งต่อเครือข่ายและดูแลฉุกเฉิน ได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
2. มีการบริการการรักษา การป้องกัน การรักษาฟื้นฟู ด้านทันตกรรม โดยจัดให้มีบริการในหน่วยงานบริการเองอย่างน้อย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีระบบส่งต่อเครือข่ายให้ประชาชนไปรับบริการได้
3. มีบริการให้ความรู้กับประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ
4. มีบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรค เช่น การวางแผนครอบครัว มีระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง ต้องจัดให้มีบริการ อย่างน้อย 1-2 วัน ต่อสัปดาห์
5. มีการดูแลสุขภาพเด็ก อย่างน้อย 1-8 วัน ต่อเดือน
6. มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การบริบาล ดูแลสุขภาพให้แก่ครอบครัว และผู้มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น
7. มีบริการเชิงรุกในชุมชน วางแผนดำเนินการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ประชาชน บริการเชิงรุกในชุมชน อย่างน้อย 10 – 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
8. มีบริการด้านฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น
9. มีบริการด้านชั้นสูตรพื้นฐานที่ควรทำได้เอง และมีระบบส่งต่อไปหน่วยงานอื่นได้รวดเร็ว
10. มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับคุณภาพ และมาตรฐานยา

ด้านบุคลากร

บุคลากรที่ทำหน้าที่เฉพาะบริการปฐมภูมิ หรือกรณีที่บุคลากรทำหลายหน้าที่ ให้แบ่งส่วนที่ต้องให้บริการในระดับทุติยภูมิและที่สูงกว่าออกไปก่อน แล้วพิจารณาเป็น man-day เฉพาะส่วนที่ให้บริการปฐมภูมิ จากนั้นคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่างๆต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบดังนี้

1. มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำคือมีคุณวุฒิในระดับประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 และในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4
2. อย่างน้อย 3 ใน 4 ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องทำงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆ
3. มีแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิร่วมรับผิดชอบเป็นทีมสุขภาพในอัตราส่วน 1:10,000 ในพื้นที่ทุรกันดาร และ/หรือ ไม่สามารถหาแพทย์มาให้บริการได้ให้จัดพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คนต่อแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1:30,000 (แพทย์มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับทีมบุคลากรอื่นๆ เป็นผู้กำกับคุณภาพการบริการให้คำปรึกษาในการบริการ ส่วนบทบาทให้บริการโดยตรงขึ้นกับจำนวนแพทย์ที่มี และควรปรับให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการที่มีในพื้นที่)
4. มีทันตแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในอัตราส่วน 1:20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ ให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนทันตภิบาล 2 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คนแต่ทั้งนี้ต้องมี ทันต์แพทย์ ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1:40,000 คน
5. มีเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและให้บริการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1:15,000 ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมเภสัชกรเบื้องต้นปฏิบัติงานแทนในอัตราส่วน เจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คนแต่ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรดูแลไม่น้อยกว่า 1:30,000 คน

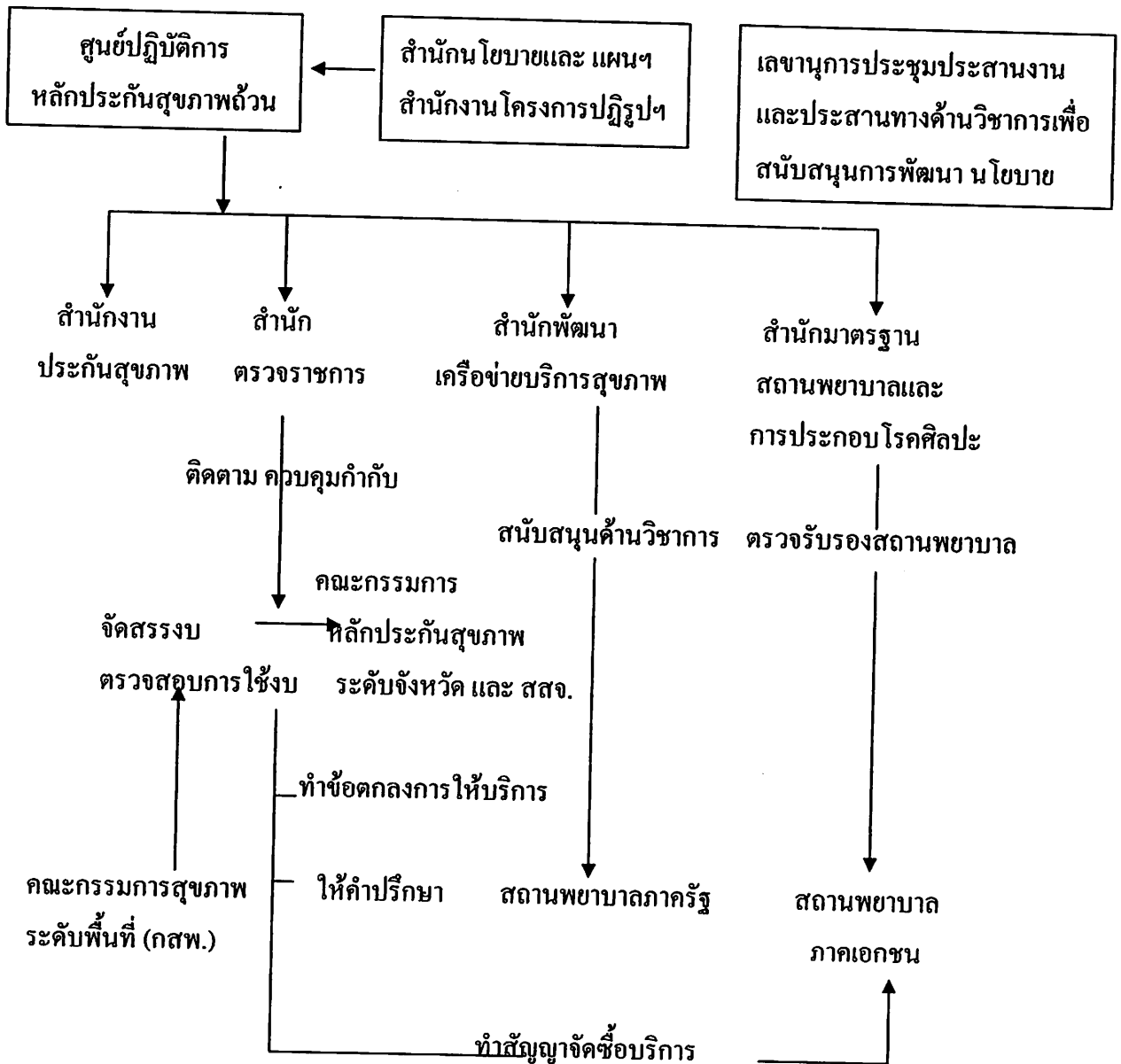
ด้านการจัด

หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วย จะต้องมึระบบจัดการที่เหมาะสม คือ

1. มีระบบรับผิดชอบต่อประชาชน โดยต้องทราบว่าประชากรรับผิดชอบเป็นใคร

2. มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดระบบข้อมูล
3. จัดระบบให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ มีระบบข้อมูลผู้รับบริการ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
4. มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ
5. มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

แผนผังบทบาทของหน่วยงานต่างๆ ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



แนวทางการจัดการบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล ในระยะปีแรก

	หน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล 1 หน่วย	หน่วยบริการปฐมภูมิ นอกโรงพยาบาล 1 หน่วย
ดูแลประชากร ขึ้นทะเบียน	ไม่เกิน 30,000 คนต่อหน่วย	ไม่เกิน 10,000 คน ต่อหน่วยบริการ
การเข้าถึง	เดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ภายใน 30 นาที	เดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที
ขีดความสามารถ	บริการครบทุกด้าน ทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค และการฟื้นฟู สภาพ รวมทั้งบริการทันตกรรม และเชื่อมต่อกับบริการในชุมชน	ขั้นต่ำต้องมีบริการด้านการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานกัน ส่วนบริการทันตกรรม บริการด้านยา และ การฟื้นฟูสภาพอาจจัดอยู่ในหน่วยเดียวกัน
บริการด้านยา	มีการจ่ายยาที่สะดวก รวดเร็ว	มีการจ่ายยา ที่สะดวก รวดเร็ว ภายใน หน่วยบริการ หรือจัดเป็นเครือข่ายร่วมกับ ร้านยาที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน แต่ ต้องสะดวกสำหรับผู้ใช้บริการ
บุคลากร	แพทย์ 3 คน	แพทย์ 1 คน
	พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 – 6 คน	พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 – 2 คน
	พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อย่างน้อย 6 – 9 คน	พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อย่างน้อย 4 - 6
	อาจมีเจ้าหน้าที่สนับสนุนอื่น ๆ เช่น การเงิน จพง.เภสัช เวชระเบียน ใน กรณีที่มีจะทำให้สามารถลดจำนวน พยาบาลลงได้	อาจมีเจ้าหน้าที่สนับสนุนอื่น ๆ เช่น การเงิน จพง.เภสัช เวชระเบียน ในกรณีที่ จะทำให้สามารถลดจำนวนพยาบาล ลงได้
	ทันตแพทย์ 1 คน ในกรณีที่ทันต แพทย์ไม่เพียงพออาจใช้ทันตภิบาล ทำงานแทน แต่อยู่ภายใต้การดูแลของ ทันตแพทย์ในทีมบุคลากรเหล่านี้ อย่าง น้อย 3 ใน 4 ดูแลประชาชนที่ขึ้น ทะเบียนเป็นการประจำ รับผิดชอบ ต่อเนื่อง รู้ว่าประชาชนที่ขึ้นทะเบียน	ทันตแพทย์ หรือ ทันตภิบาล 1 คนหรือ จัดให้มีบริการทันตกรรมในเครือข่ายที่ ให้บริการได้เป็นประจำอย่างน้อยทุกวัน ราชการ ทีมบุคลากรเหล่านี้ อย่างน้อย 3 ใน 4 ดูแลประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นการ ประจำ รับผิดชอบต่อเนื่อง รู้ว่าประชาชน ที่ขึ้นทะเบียนเป็นใครอยู่ที่ไหน และมี

แนวทางการจัดการบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล ในระยะปีแรก (ต่อ)

	หน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล 1 หน่วย	หน่วยบริการปฐมภูมิ นอกโรงพยาบาล 1 หน่วย
บุคลากร (ต่อ)	เป็นใครอยู่ที่ไหน และมีระบบติดต่อ ที่ทำให้รู้จักกัน	ระบบติดต่อ ที่ทำให้รู้จักกัน
	มีห้อง พื้นที่ที่ชัดเจนในการให้บริการ แยกจากหน่วยอื่น พื้นที่	มีห้อง พื้นที่ให้บริการที่ชัดเจนในชุมชน พื้นที่สะอาด ปลอดภัย สะดวก
อาคารสถานที่	สะอาด สะดวก สบาย มีการไหลเวียน การใช้บริการสะดวก	สบาย การไหลเวียนการใช้บริการสะดวก
อุปกรณ์เครื่องมือ	มีอุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์พร้อม ให้การรักษา และดูแลด้านต่าง ๆ ได้ ตามเกณฑ์	มีอุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ พร้อมให้ การรักษา และดูแลด้านต่าง ๆ ได้ตาม เกณฑ์
การจัดการ	มีระบบข้อมูลที่สามารถใช้ดูความ ต่อเนื่องของการบริการ และติดตาม ผู้ใช้บริการ ได้มีระบบนัดหมายที่ทำ ให้พบแพทย์/เจ้าหน้าที่คนเดิมได้ ต่อเนื่อง	มีระบบข้อมูลที่สามารถใช้ดูความต่อเนื่อง ของการบริการ และติดตามผู้ใช้บริการได้ มีระบบนัดหมายที่ทำให้พบแพทย์/ เจ้าหน้าที่คนเดิมได้ต่อเนื่อง
	มีการลงข้อมูลการดูแลที่ชัดเจน เพื่อ ใช้ประกอบการกำกับ และพัฒนา คุณภาพบริการได้	มีการลงข้อมูลการดูแลที่ชัดเจน เพื่อใช้ ประกอบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพ บริการได้
	มีระบบกำกับ พัฒนาคุณภาพอย่าง สม่ำเสมอ	มีระบบกำกับ พัฒนาคุณภาพ อย่าง สม่ำเสมอ
ระบบการส่งต่อ และเชื่อมต่อกับ บริการอื่น	มีการจัดระบบการส่งต่อผู้ใช้บริการ ไปรับบริการด้านอื่น ๆ ในกรณี จำเป็น และมีการส่งข้อมูลกลับให้ทีม ผู้รับ ผิดชอบดูแลต่อเนื่อง	มีการตกลงกับโรงพยาบาลที่จะรับการส่ง ต่อเพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องรวมทั้งการรับ ผู้ป่วยดูแลต่อในกรณีที่ รพ.ส่งกลับ

1.3 . องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับการสร้างสุขภาพ⁽⁴⁾ จากหนังสือมุมมองและประสบการณ์สร้างสุขภาพยุค 30 บาท องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรหนึ่งที่สามารถ มีบทบาทได้มากในการสร้างสุขภาพ และบทบาทดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการกระจายอำนาจตาม พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. 2542 ทำให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจ และทรัพยากรมากขึ้นในการบริหารจัดการสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านม้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่แสดงบทบาทเท่าที่ควรเนื่องจากมีข้อจำกัดความหลายประการ ได้แก่

1. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ มักจะขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ ทำให้ไม่ทราบว่าจะเริ่มดำเนินการทำงานสร้างสุขภาพในชุมชนอย่างไร ระยะเวลาที่มีแนวโน้มที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)สมัครรับเลือกตั้งเป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น ทำให้พื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพของบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เริ่มมีมากขึ้น

2. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่เห็นว่ากิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่มีผลต่อคะแนนเสียง และการเลือกตั้งในครั้งต่อไป และเชื่อว่าประชาชนมีความต้องการขั้นพื้นฐานมากกว่า

3. โครงสร้างบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. ที่มีระดับรายได้ต่ำๆ จะไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านสุขภาพเฉพาะ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการที่จะรับผิดชอบดังกล่าว รวมทั้งทำให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รู้สึกว่างานด้านสุขภาพไม่ใช่งานรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถูกกำกับด้วยสภาพของท้องถิ่น หากสภาพเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย กับการทำงานด้านสุขภาพ ข่อมกระทบต่อการตัดสินใจของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการทำงานด้านสุขภาพด้วย

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1. จากการศึกษาผลกระทบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ผลการวิเคราะห์สถานะทางการเงินของ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี⁽⁵⁾ ปีงบประมาณ 2545 เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานการเงิน (รง.5) ของฝ่ายการเงินโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี และวิเคราะห์บทสัมภาษณ์คณะผู้บริหาร โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่า รายรับในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงบประมาณได้ปฏิรูประบบงบประมาณใหม่

เนื่องจากรัฐบาลได้กำหนดนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage :UC) ให้กับประชาชนที่ไม่มีหลักประกันใดๆ โดยเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามหมวดรายจ่าย มาเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากร (capitation) ในพื้นที่รับผิดชอบ ในอัตรา 1,052 บาท ต่อหัวต่อปี คือเป็นการจัดสรรงบประมาณแบบเป็นก้อนรวม (inclusive capitation) ที่รวมเงินเดือน / ค่าจ้างบุคลากรด้วย และมีรายรับค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high cost care) และกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งส่วนกลางกันเงินไว้เป็นกองทุนกลาง เท่ากับ 32 บาท และ 25 บาท ต่อหัวต่อปี ตามลำดับ จากการแสดงรายรับของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ตั้งแต่ก่อนมีโครงการ และดำเนินตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปแล้วเป็นเวลา 6 เดือน จากประมาณการรายรับทั้งปีงบประมาณ 2545 อ้างจากการประมาณการของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรีเปรียบเทียบกับรายรับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 เป็นต้นมาพบว่ารายรับจากส่วนของงบประมาณลดลง โดยได้รับในส่วนของหมวดเงินเดือนค่าจ้างประจำเท่านั้น ซึ่งคิดจากจำนวนหัวประชากรในขณะนั้นคูณกับจำนวนเงินเหมาจ่ายรายหัว แต่ในหมวดข้อยื่นอื่นๆ เช่น ค่าตอบแทนใช้สอยวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค ฯลฯ ไม่ได้มีการจัดสรร ซึ่งเมื่อรวมที่มาแห่งรายได้แล้วทั้งหมด พบว่ารายได้จากการประมาณการปี 2545 มีอัตราที่ลดลง ร้อยละ 31.97 จากปีงบประมาณ 2544 จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ผู้บริหารทั้ง 7 คน เห็นด้วยกับนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนผู้ด้อยโอกาสทางสังคม เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียมกัน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการที่ดีไม่คัดค้าน แต่การบริหารจัดการตามโครงการนี้ เป็นการบริหารแบบมุ่งเน้นสัมฤทธิ์ของงานให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด และเกิดผลประโยชน์สูงสุดอย่างคุ้มค่า เป็นการบริหารงบประมาณแบบใหม่ ให้อิสระในการบริหารจัดการตามแนวทางการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ด้วยเหตุผลที่ว่าหน่วยงานในท้องถิ่นใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุด อย่างไรก็ตามผู้บริหารมีความเห็นสอดคล้องกันว่า เรื่องการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายตามรายหัวประชากร ในอัตรา 1,202 บาทต่อคน นั้นยังไม่เหมาะสมกับทุกจังหวัดเพราะมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง สภาพปัญหาแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน โรคบางโรคในโครงการมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ถึงแม้จะคิดเฉลี่ยแล้วก็ไม่เพียงพอ ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ควรนำมาพิจารณาในการคิดวิธีการกระจายเงินให้สถานพยาบาลแต่ละแห่ง จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี การบริการยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เพราะงบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินการต้องบริหารด้วยเงินบำรุงสะสม ทำให้เงินบำรุงสะสมลดลงทุกเดือน

2.2. สภาพปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽⁶⁾ ระยะที่ 1 และ 2 จากหนังสือระบบประกันสุขภาพ โครงการตำราหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาวิทาลัยมหาสารคาม 2544 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นใหม่ในสังคมไทย ได้ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง เป็นนโยบายที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบการทำงาน โครงสร้าง งบประมาณ บุคลากร การจัดระบบบริการ กฎหมาย และระเบียบทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน การเริ่มต้นเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคไปพร้อมกัน ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาอุปสรรคด้านบริหารจัดการ ดังนี้

1. ระยะเวลาเตรียมการในช่วงเริ่มต้นของโครงการกระชั้นชิดเกินไป
2. ฐานข้อมูลประชากรไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ถูกต้อง สิทธิซ้ำซ้อน ไม่มีฐานข้อมูลข้าราชการ
3. โปรแกรมการขึ้นทะเบียนไม่สมบูรณ์
4. การแจกจ่ายบัตรทำได้ ไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะเขตเมือง
5. สิ่งสนับสนุน (บัตร) ไม่เพียงพอล่าช้า คุณภาพกระดาษไม่ดี
6. คอมพิวเตอร์ที่ใช้พิมพ์บัตรชำรุดบ่อย ไม่เพียงพอ
7. ส่วนกลางเรียกประชุมบ่อยครั้ง ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาทำงาน
8. ระเบียบเงินบำรุง ไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน
9. การประชาสัมพันธ์ไม่ครอบคลุม

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงานระบาดวิทยาทั้งระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยา (Field Research) ของจังหวัดสระบุรี

◆ ประชากรศึกษา ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน หัวหน้าฝ่ายนโยบายและยุทธศาสตร์ หัวหน้าฝ่ายควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ (เดิม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าสถานีนอมน้ำดิบ หัวหน้างานระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไป / ชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และสถานีนอมน้ำ

◆ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ดำเนินการศึกษาวิจัย ทำเป็นขั้นตอนคือ กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจ (แบบสัมภาษณ์) กระจายอยู่ใน 6 จังหวัด ในสาธารณสุขเขต.2 ดำเนินการคัดเลือกดังนี้

- 1) สุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวอย่าง 1 จังหวัด โดยการจับฉลาก
- 2) ใน 1 จังหวัด จะคัดเลือกอำเภอ 3 ขนาด คือ
 - 2.1 อำเภอเมือง
 - 2.2 อำเภอขนาดกลาง คือ อำเภอที่มีจำนวน ตำบล 7 – 12 ตำบล โดยการจับฉลาก 1 อำเภอ
 - 2.1 อำเภอขนาดเล็ก คือ อำเภอที่มีจำนวน ตำบล 1 – 6 ตำบล โดยการจับฉลาก 1 อำเภอ
- 3) คัดเลือกอำเภอ พื้นที่ระดับตำบลมีเกณฑ์เลือกดังนี้
 - 3.1 ตำบลในเขตอำเภอเมือง เลือกตำบลที่รับผิดชอบ 10 – 15 หมู่บ้าน 1 ตำบล โดยการจับฉลาก
 - 3.2 ตำบลในเขตอำเภอขนาดกลางเลือกตำบลที่รับผิดชอบ 5 – 10 หมู่บ้าน 1 ตำบล โดยการจับฉลาก
 - 3.3 ตำบลในเขตอำเภอขนาดเล็ก เลือกตำบลที่รับผิดชอบ 1 – 5 หมู่บ้าน 1 ตำบล โดยการจับฉลาก

หมายเหตุ อำเภอขนาดกลางและขนาดเล็ก ให้เลือกทั้งโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ ส่วนอำเภอเมือง ให้เลือกทั้งโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และระดับตำบลให้เลือกสถานีอนามัย

จำนวนจังหวัด	พื้นที่		กลุ่มเป้าหมาย (คน)		
	อำเภอ	ตำบล	ระดับจังหวัด	อำเภอ	ตำบล
1 จังหวัด	3	3	7	10	6

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สำนักระบาดวิทยา ได้สร้างขึ้นเพื่อเป็นแบบรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 7 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับ นายแพทย์สาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน และสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์สำหรับหัวหน้าสถานีอนามัย

แบ่งแบบบันทึกข้อมูล ชุดที่ 1-2-3 เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาการดำเนินงาน ประวัติการอบรม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ เรื่องนโยบายหลักประกันสุขภาพ และการเปลี่ยนนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย ความเข้าใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพ และการเปลี่ยนนโยบายหลักประกันสุขภาพ ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบในปี 2546

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานระบาดวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในปี 2546 ประกอบด้วย นโยบายการดำเนินงานระบาดวิทยา ปี 2546 โครงสร้างองค์กร บุคลากรที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยา ปี 2546 งบประมาณที่สนับสนุน ปี 2546 การได้รับการสนับสนุนเทคโนโลยี การดำเนินงานทางระบาดวิทยา ปี 2546 ทั้งคุณภาพและข้อบกพร่อง จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาที่เหมาะสม ผลกระทบเมื่อลดจำนวนผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยา

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เพื่อพิจารณางานระบาดวิทยาในพื้นที่ของผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย จุดแข็ง จุดอ่อน ของโครงสร้างและระบบของงานระบาดวิทยา ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบาดวิทยาภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพ เช่น อัตรากำลัง ระบบขั้นตอนการดำเนินงาน

คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยา การใช้เทคโนโลยีโปรแกรม งบประมาณ ความเชื่อมโยงของเครือข่าย การวัดผล การดำเนินงาน

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้รับผิดชอบงานระดับวิทยา ระดับจังหวัด/อำเภอ

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้รับผิดชอบงานระดับวิทยา โรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้รับผิดชอบงานระดับวิทยา โรงพยาบาลชุมชน

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้รับผิดชอบงานระดับวิทยา สถานีอนามัย

แบ่งแบบบันทึกข้อมูล ชุดที่ 4-5-6-7 เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมหลักสูตรระดับวิทยา

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานระดับวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในปี 2546 ประกอบด้วย การรายงานโรค การตรวจสอบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแจ้งข่าวการระบาด การสอบสวนและควบคุมโรค การนิเทศและประเมินผล ระบบไหลเวียนของข้อมูล การเฝ้าระวังโรคทางระดับวิทยา ปริมาณของข้อมูลในปี 2546 การตรวจสอบรายงาน การ feed back ข้อมูลแต่ละขั้นตอน คู่มือและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการดำเนินงานระดับวิทยา การได้รับการนิเทศและการประเมินจากสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ นโยบายของผู้บริหารในการดำเนินงานระดับวิทยา จำนวนบุคลากรและวุฒิการศึกษาในการปฏิบัติงานระดับวิทยา การใช้งบประมาณในการดำเนินงานระดับวิทยา ปี 2546 การได้รับการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ในการดำเนินงานระดับวิทยา ความเห็นด้านคุณภาพและข้อบกพร่องในงานระดับวิทยา อัตรากำลัง ถ้าเพิ่ม ลด จะมีผลต่องานระดับวิทยาอย่างไร

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อพัฒนางานระดับวิทยาในพื้นที่โดยผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย จุดอ่อน จุดแข็ง ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคทางระดับวิทยา ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานระดับวิทยา เช่น กรอบอัตรากำลัง ระบบขั้นตอนการดำเนินงาน คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงาน การใช้เทคโนโลยี/โปรแกรม งบประมาณ ความเชื่อมโยงของเครือข่าย และการวัดผลงานการดำเนินงาน

การประเมินคุณภาพแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือจัดทำโดยสำนักระบาดวิทยา โดยมีคณะทำงานเพื่อสร้างเครื่องมือ(แบบสัมภาษณ์) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจากสำนักระบาดวิทยา 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเนื้อหาในแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งนำเครื่องมือไปทดลองและปรับปรุงเครื่องมือ

วิธีการเก็บข้อมูล เริ่มเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2547 ดำเนินการ 3 ขั้นตอน

1. ขั้นการเตรียมการ ทำหนังสือราชการจาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ขอความร่วมมือจากผู้บริหารในหน่วยงานนั้น ๆ พร้อมทั้งติดต่อประสานงาน
2. ขั้นดำเนินการดำเนินการสัมภาษณ์(Indept Interview) กลุ่มเป้าหมายตาม วัน เวลา ที่กำหนด
3. ขั้นตรวจสอบข้อมูล และจำแนกข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์และแปลผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistis) โดยแจกแจงความถี่ นำเสนอเป็นคำร้อยละ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพ หลังการดำเนินการ 2 ปี ต่องานระบาดวิทยา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทางระบาดวิทยา ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทางระบาดวิทยา โดยเก็บแบบสัมภาษณ์ได้ทั้งหมด 23 แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แจกแจงความถี่เสนอเป็นค่าร้อยละ โดยเสนอข้อมูลที่ได้วิเคราะห์เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลความคิดเห็น แนวทางการดำเนินงานและผลการดำเนินงานระบาดวิทยา ในปี 2546 ของผู้บริหาร

ส่วนที่ 2. ข้อมูลความคิดเห็น แนวทางการดำเนินงาน และผลการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา ในปี 2546 ของผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยา

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.3 เพศหญิง ร้อยละ 54.5 จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้บริหารใกล้เคียงกับผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา อายุสูงสุด 58 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี วุฒิการศึกษาของผู้บริหารจระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 30 ปริญญาตรี ร้อยละ 47 และปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 23 ผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาจระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.6 และปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 36.4 ผู้บริหารเคยผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหาร ร้อยละ 75 ผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาเคยผ่านการอบรมด้านระบาดวิทยา ร้อยละ 100 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรศึกษา

ลักษณะทั่วไป	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยา	
	จำนวน (N=12)	ร้อยละ	จำนวน (N=11)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	58.3	6	54.5
หญิง	5	41.7	5	45.5
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 30	1	8.3	1	9.1
31 - 40	1	8.3	4	36.4
41 - 50	7	58.3	6	54.5
51 - 60	3	25.0	-	-
อายุสูงสุด 58 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี				
วุฒิการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	25.0	-	-
ปริญญาตรี	6	50.0	7	63.6
สูงกว่าปริญญาตรี	3	25.0	4	36.4
เคยผ่านการอบรม				
ผู้บริหารระดับต้น	3	25.0	-	-
ผู้บริหารระดับกลาง	3	25.0	-	-
ผู้บริหารระดับสูง	3	25.0	-	-
อบรมด้านระดับวิทยา	-	-	11	100.0
ไม่เคยผ่านการอบรม	3	25.0	-	-

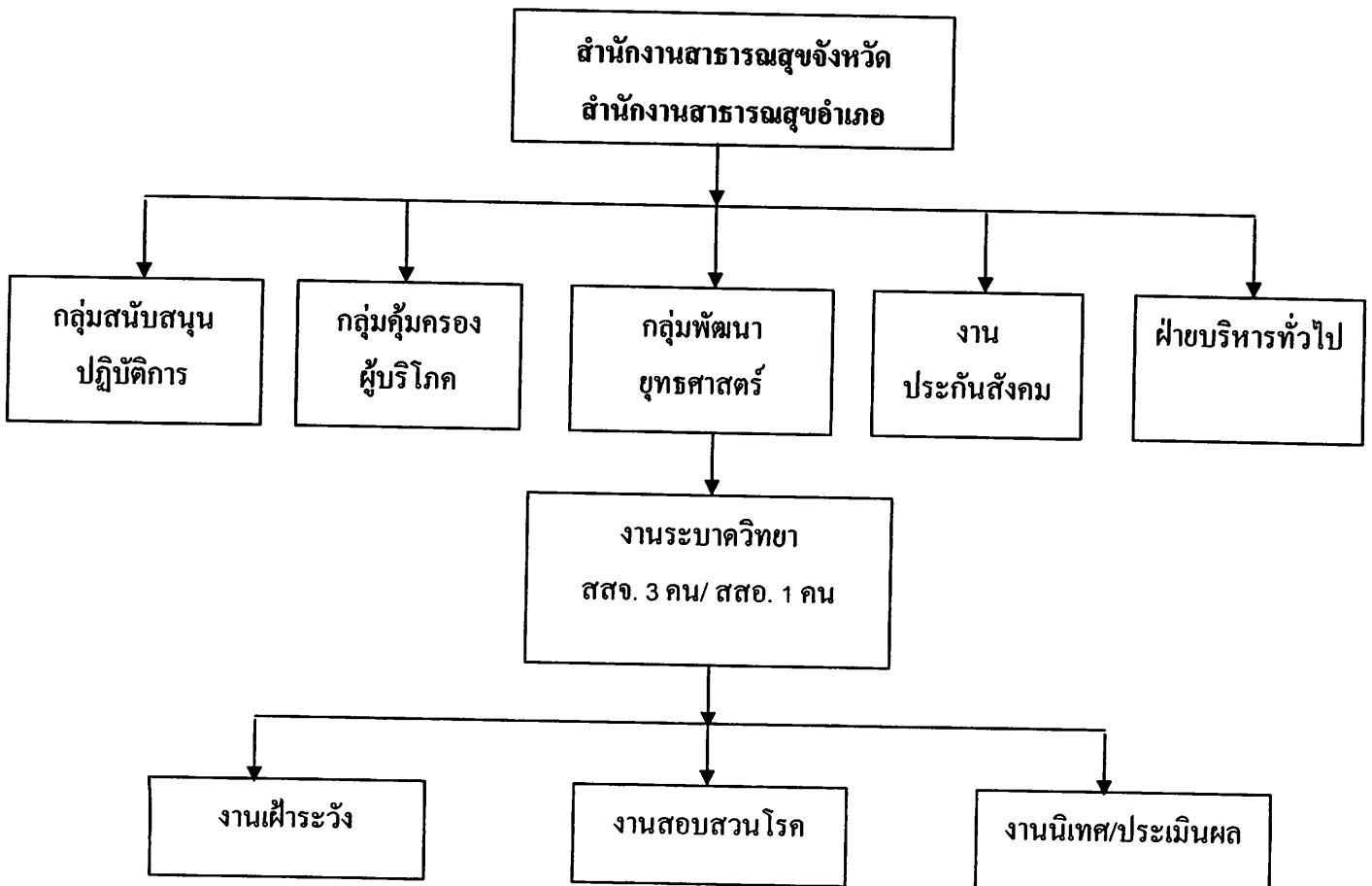
1. ผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและงานระบาดวิทยา

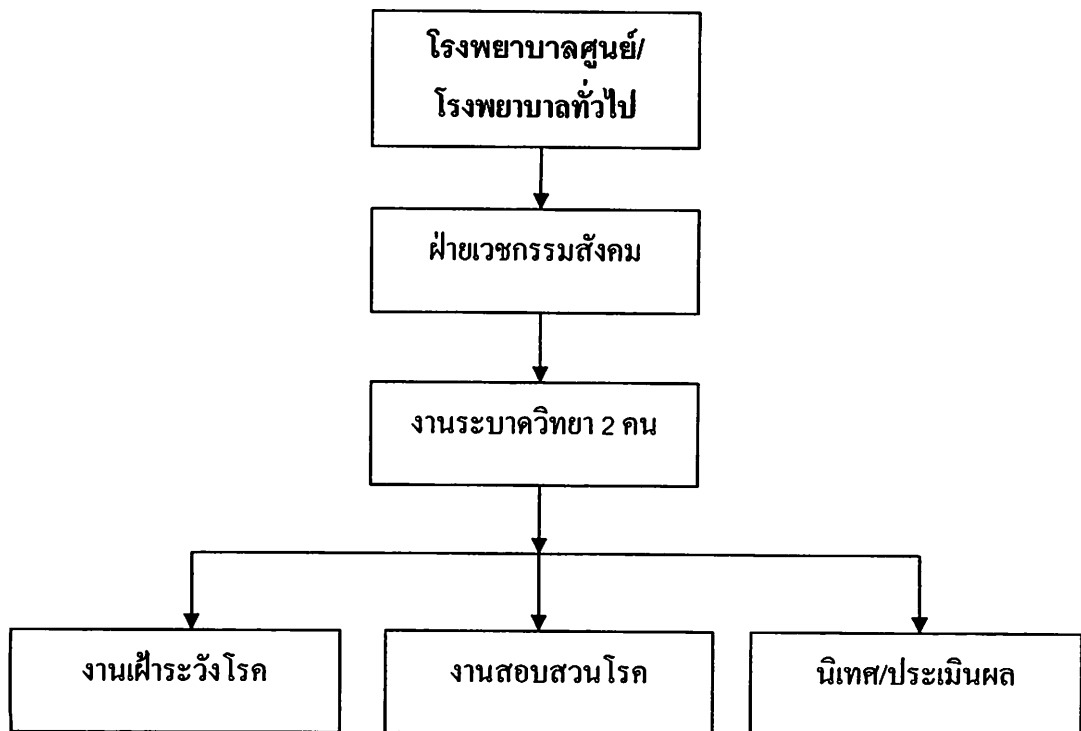
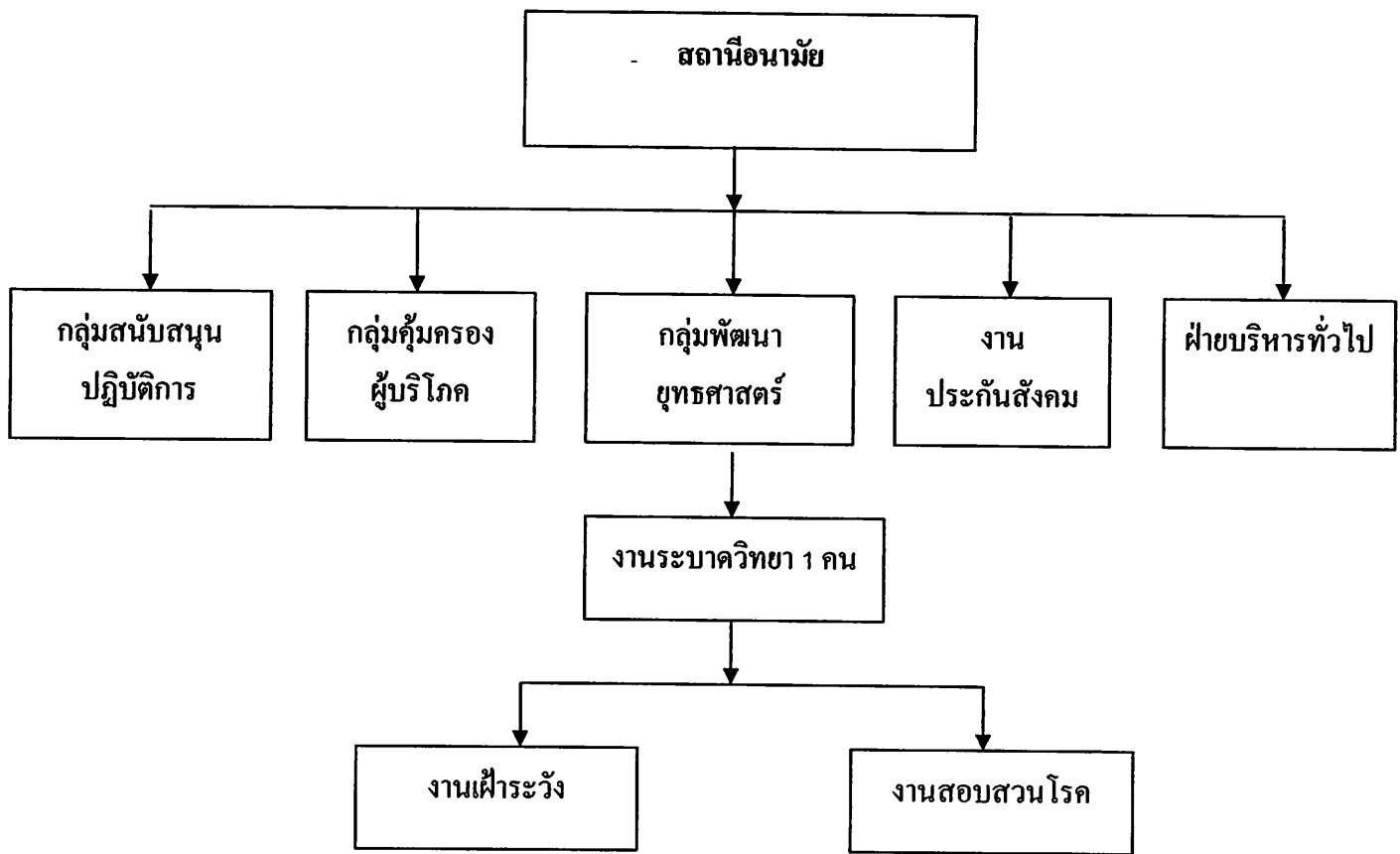
1.1. ผู้บริหารมีความเข้าใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 100 พร้อมทั้งมีการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ในปี 2546 โดยเน้น 4 กิจกรรมหลัก คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 91.7

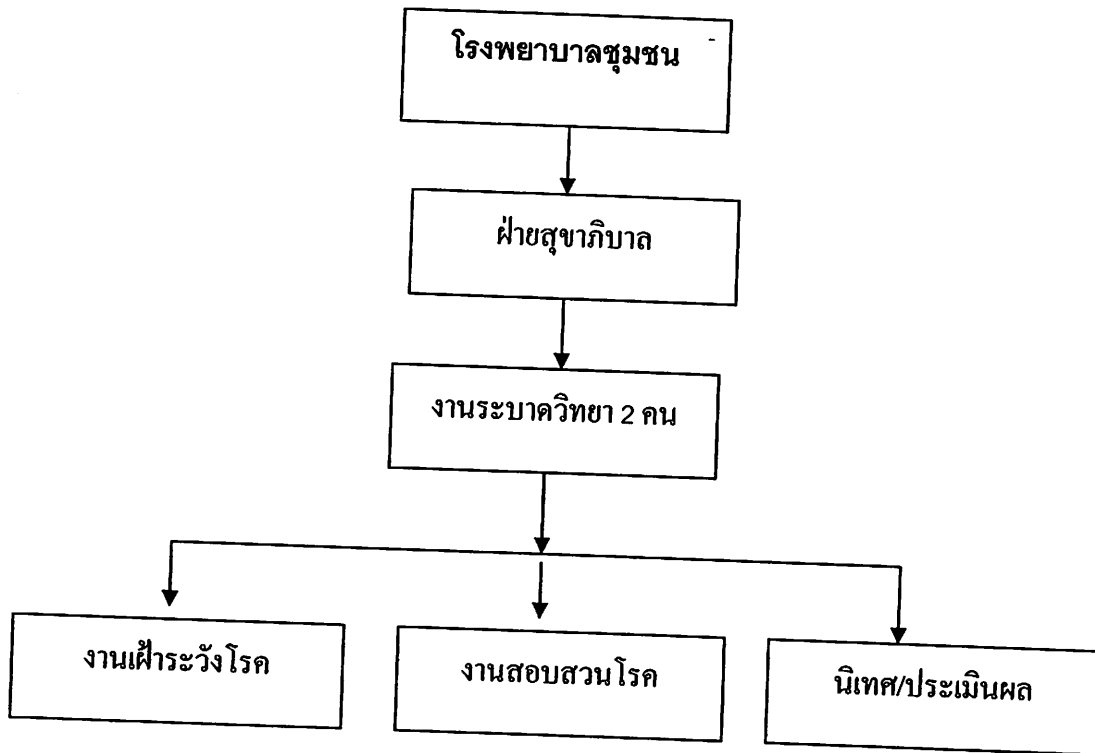
1.2. นโยบายของผู้บริหารในการดำเนินงานด้านระบาดวิทยาในปี 2546 โดยเน้น มีระบบเฝ้าระวังสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา ให้มีความครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา มีทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วทันต่อสถานการณ์ พร้อมทั้งกำหนดรับผิดชอบในการปฏิบัติงานชัดเจน ร้อยละ 100 และเน้นการแจ้งข่าวการระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 58.3 ให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ที่เป็นปัญหา ชุมชน โรงเรียน ร้อยละ 33.3

โครงสร้างองค์กร การแบ่งงานภายใน ของงานระบาดวิทยา (Organization structure)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี







บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาในปี 2546 ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา จำนวน 3 คน โรงพยาบาลศูนย์มีผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา จำนวน 2 คน โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัยจำนวนหน่วยงานละ 1 คน

1.3. การได้รับการสนับสนุน เทคโนโลยี สารสนเทศ และงบประมาณในการดำเนินงานทางระบาดวิทยาในปี 2546 จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ ด้านงบประมาณ ดำเนินงานทางระบาดวิทยา ได้รับงบประมาณรวมทั้งงบประมาณด้านป้องกันควบคุมโรค (ร้อยละ100) พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนคู่มือการดำเนินงานระบาด นิยามโรคติดเชื้อ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 66.7) และโปรแกรมบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา(Epidem) (ร้อยละ50)

1.4. ความคิดเห็นของผู้บริหารต่อการดำเนินงานระบาดวิทยา (การเฝ้าระวังโรค การสอบสวนโรค การพัฒนาบุคลากร) ปี 2546 เห็นว่าการดำเนินงานทางระบาดวิทยา ซึ่งมีจุดแข็ง คือ ระบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวนโรคทางระบาดวิทยา ทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว พร้อมทั้งมีผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานชัดเจน (ร้อยละ 100) ส่วนข้อบกพร่องในการดำเนินงานระบาดวิทยา คือการที่มีปริมาณงานมากขึ้นต้องปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรค งานสร้างเสริมสุขภาพ งานรักษาพยาบาล และงานเฝ้าระวังโรคเอดส์ แต่บุคลากรเท่าเดิม ซึ่งเกิดจาก

ผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง (ร้อยละ 66.7) ไม่มีงบประมาณเฉพาะทำให้มีอุปสรรคในการใช้งบประมาณ (ร้อยละ 66.7) บุคลากรขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 50) และโปรแกรมบันทึกข้อมูล (Epidem) มีปัญหาบ่อย (ร้อยละ 25)

1.5. ข้อเสนอแนะในการพัฒนา การดำเนินงานระบาควิทยา ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพของผู้บริหาร ผู้บริหารมีข้อเสนอแนะว่าคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานระบาควิทยา ควรมีความรู้ด้านระบาควิทยาและคอมพิวเตอร์ พร้อมทั้งมีการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 100) และควรมีระบบความเชื่อมโยงของเครือข่ายทั้งจังหวัด (Intranet) (ร้อยละ 75) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของข้อเสนอแนะในการพัฒนา การดำเนินงานระบาควิทยา ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ของผู้บริหาร

ข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
1.คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานระบาควิทยา ควรมีความรู้ด้านระบาควิทยา และคอมพิวเตอร์ หรือพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง	100.0
2.ควรมีระบบความเชื่อมโยงของเครือข่ายทั้งจังหวัด (Intranet)	75.0
3.กรอบอัตรากำลัง ควรเพิ่มบุคลากรด้านระบาควิทยา	66.7
4.ควรได้รับการนิเทศงานระบาควิทยาและประเมินผลการดำเนินงาน จำนวน 2 ครั้ง/ปี	66.7
5.ควรมีงบประมาณจัดสรรเฉพาะในงานระบาควิทยา	66.7
6.ควรพัฒนารูปแบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลทางระบาควิทยาให้ใช้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด	50.0

2. ผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

2.1. แนวทางการดำเนินงานระบาดวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปี 2546 ของผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา การรายงานโรค การตรวจสอบข้อมูล และการแจ้งข่าวการระบาดของโรค แต่ละหน่วยงานมีระบบรายงานโรคตามมาตรฐานที่กำหนด ดังนี้

2.1.1. ระดับสถานีอนามัยจะได้รับรายงานการเกิดโรค จากแผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยงานนั้นๆ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วเขียนบัตร รง. 506 ส่งศูนย์ข้อมูลอำเภอโดยส่งภายใน 3 วันหลังจากเขียนรายงาน โดยนำไปส่งเองหรือฝากนำส่ง แล้วรายงานการเกิดโรคให้งานป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงานนั้นๆ ทราบ

2.1.2. การรับแจ้งข่าวการระบาด และการเกิดโรค จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ จะมีผู้รับผิดชอบรับรายงานตลอด 24 ชั่วโมง โดยทางโทรศัพท์ และวิทยุสื่อสารของสถานีอนามัยตำบล

2.1.3. ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นศูนย์ข้อมูลอำเภอจะได้รับรายงานโรค สัปดาห์ละ 2 ครั้งจากโรงพยาบาล และสถานีอนามัย โดยบัตร รง.506 หรือแผ่นบันทึกข้อมูล หรือทาง Internet ซึ่งแล้วแต่ความพร้อมของหน่วยงานนั้นๆ โดยจะตรวจสอบข้อมูลก่อนบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรมทุกครั้ง ถ้ามีผิดพลาดจะส่งกลับให้แก้ไข พร้อมทั้งส่งข้อมูลให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยแผ่นบันทึกข้อมูล หรือ Internet สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนการรับแจ้งข่าวการระบาด และการเกิดโรค จะมีผู้รับผิดชอบรับรายงานตลอด 24 ชั่วโมง โดยทางโทรศัพท์และวิทยุสื่อสารของสาธารณสุขอำเภอและแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบทันที และเผยแพร่ข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในที่ประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ทุกเดือน

2.1.4 ระดับโรงพยาบาลชุมชนจะได้รับรายงานโรค จากห้องชันสูตรโรค แผนกผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอก จะตรวจสอบข้อมูลก่อนบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม หรือเขียนบัตร รง. 506 ทุกครั้ง พร้อมทั้งส่งข้อมูลให้ศูนย์ข้อมูลอำเภอ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งแจ้งให้ป้องกันควบคุมโรคทราบสถานการณ์โรค ส่วนการแจ้งข่าวและรับแจ้งข่าวการเกิดโรคนั้นจะมีผู้รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง และเผยแพร่ข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในที่ประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ทุกเดือน

2.1.5. ระดับโรงพยาบาลทั่วไป จะได้รับรายงานโรค จากห้องชันสูตรโรค แผนกผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอก จะตรวจสอบข้อมูลก่อนบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม หรือเขียนบัตร รง. 506 ทุกครั้ง พร้อมทั้งส่งข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยทางแผ่นบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งให้ป้องกันควบคุมโรคทราบสถานการณ์โรค ส่วนการแจ้งข่าวและรับแจ้งข่าวการเกิดโรคนั้น จะมีผู้รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง

2.1.6. ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะได้รับข้อมูลการรายงานโรค ศูนย์ข้อมูลอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลนอกสังกัด โรงพยาบาลเอกชน และสำนักงานสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี จะมีผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลทุกครั้งถ้าผิดพลาดส่งแก้ไข แล้วบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม Epidem พร้อมส่งข้อมูลให้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี และสำนักโรคระบาดวิทยา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเผยแพร่สถานการณ์การเฝ้าระวังโรคในที่ประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกเดือน (ผังแผนผังระบบการไหลเวียนของข้อมูล)

2.2. การรายงานโรคเร่งด่วนและโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข จะรายงานเมื่อพบว่าผู้ป่วยหรือรายงานภายใน 24 ชั่วโมงหลังพบผู้ป่วย โดยทางโทรศัพท์และวิทยุสื่อสารสาธารณสุข ร้อยละ 100 ส่วนระบบการรายงาน รพศ./ รพท./รพช.จะรายงานกับ สสอ./ สสจ. โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะรายงานให้สถานีอนามัยตำบลในพื้นที่นั้นๆทราบเพื่อดำเนินการสอบสวนโรคและป้องกันควบคุมโรคได้ทันเวลาโดยแต่ละขั้นตอนจะมีผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน โดยเฉพาะ

2.3. การดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ในกรณีที่เป็นโรคเร่งด่วนและโรคที่เป็นปัญหาหรือกรณีเกิดการระบาดของโรคเป็นกลุ่ม จะทำการสอบสวนโรคพร้อมควบคุมโรคทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับข่าว ร้อยละ 100 ซึ่งขั้นตอนการสอบสวนป้องกันควบคุมโรคของแต่ละหน่วยงานจะเหมือนกัน คือเมื่อได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรค จะให้สถานีอนามัยในพื้นที่ดำเนินการสอบสวนโรคก่อน ถ้ามีปัญหาที่มีการระบาดรุนแรง หรือเป็นโรคที่รุนแรงจะร้องขอ ทีมสอบสวนโรคของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักโรคระบาดวิทยา ตามลำดับ

2.4. การวิเคราะห์ข้อมูล แต่ละหน่วยงานจะมีการวิเคราะห์ข้อมูล รายสัปดาห์ (DHF) รายเดือน รายปี ร้อยละ 100 พร้อมทั้งเผยแพร่ข้อมูลสถานการณ์โรค ในที่ประชุมประจำเดือนของแต่ละหน่วยงานทุกเดือน ซึ่งเป็นการ Feed back ข้อมูลให้ทุกหน่วยงานทราบ

2.5. การได้รับการนิเทศ ผู้ปฏิบัติงานได้รับการนิเทศงานระบาดวิทยา จำนวน 2 ครั้ง / ปี ร้อยละ 72.7 และ จำนวน 1 ครั้ง / ปี ร้อยละ 27.3 ส่วนการประเมินผลทางระบาดวิทยา จำนวน 1 ครั้ง / ปี ร้อยละ 25 ปริมาณข้อมูลรายงานโรคจากการเฝ้าระวังโรค (รง.506) ในปี 2544-2546 ของจังหวัดสระบุรีที่ได้รับรายงาน ปี พ.ศ. 2544 จำนวน 30,145 ราย พ.ศ. 2545 จำนวน 25,481 ราย และปี พ.ศ. 2546 จำนวน 17,489 ราย ซึ่งพบว่าปี 2546 มีรายงานน้อยกว่าปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 3 ร้อยละของข้อเสนอแนะในการพัฒนา การดำเนินงานระดับวิทยา ภายใต้ นโยบาย
หลักประกันสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยา

ข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
1.คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยา ควรมีความรู้ด้านระดับ วิทยา และคอมพิวเตอร์ หรือพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง	63.6
2 ควรมีระบบความเชื่อมโยงของเครือข่ายทั้งจังหวัด (Intranet)	63.6
3.กรอบอัตรากำลัง ควรเพิ่มบุคลากรด้านระดับวิทยา	72.7
4.ควรได้รับการนิเทศงานระดับวิทยาและประเมินผลการดำเนินงาน จำนวน 2 ครั้ง/ปี	72.7
5 ควรมีงบประมาณจัดสรรเฉพาะในงานระดับวิทยา	90.9
6.ควรพัฒนารูปแบบ โปรแกรมบันทึกข้อมูลทางระดับวิทยาให้ใช้เป็น รูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด	45.5

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลังดำเนินงาน 2 ปีต่อการดำเนินงานระดับวิทยา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระดับวิทยา ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พร้อมทั้งนำผลการศึกษาเสนอเชิงนโยบายเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ใ้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงานระดับวิทยา ทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา ของจังหวัดสระบุรีทุกระดับ เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นที่สำนักกระบวนวิชาสร้างขึ้นทั้งหมด 7 ชุด โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจากสำนักกระบวนวิชา 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ เก็บข้อมูลเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2547 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยแจกแจงความถี่นำเสนอเป็นคำร้อยละ

ผลการศึกษา

ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา จำนวนใกล้เคียงกัน เพศชาย ร้อยละ 56.5 เพศหญิง ร้อยละ 43.5 ผู้บริหารเคยผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหาร ร้อยละ 75 ผู้ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา เคยผ่านการอบรมด้านระดับวิทยา ร้อยละ 100

ความคิดเห็นของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา โดยผู้บริหารมีความเข้าใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 100 แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ในปี 2546 เน้น 4 กิจกรรมหลัก คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 91.7 นโยบาย ด้านระดับวิทยาในปี 2546 มีระบบเฝ้าระวังสอบสวนโรคทางระดับวิทยา และมีผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานชัดเจน ร้อยละ 100 บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยาในปี 2546 ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้รับผิดชอบจำนวน 3 คน โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 2 คน โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย หน่วยงานละ 1 คน

ได้รับงบประมาณสนับสนุนร่วมกับงบประมาณด้านป้องกันควบคุมโรค (ร้อยละ 100) ได้รับการสนับสนุนคู่มือเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค นิยามโรคติดเชื้อ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 86.7) และโปรแกรมบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังทางระดับวิทยา (Epidem) (ร้อยละ 45.5) ซึ่งสอดคล้องกับการให้สัมภาษณ์ของผู้ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา

จุดแข็งของงานระบาดวิทยา คือ มีระบบการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา มีทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว และมีผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานชัดเจน (ร้อยละ100) ข้อบกพร่องของงานระบาดวิทยา คือการที่มีปริมาณงานมากขึ้นต้องปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค งานสร้างเสริมสุขภาพ งานรักษาพยาบาล และงานเฝ้าระวังโรคเอดส์ บุคลากรเท่าเดิม ซึ่งเกิดจากผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง (ร้อยละ 66.7) ไม่มีงบประมาณเฉพาะทำให้มีอุปสรรคในการใช้งบประมาณ ร้อยละ 66.7 บุคลากรขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 50) และโปรแกรมบันทึกข้อมูล (Epidem) มีปัญหาบ่อย (ร้อยละ 25) ซึ่งสอดคล้องกับการให้สัมภาษณ์ของผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานระบาดวิทยา คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานควรมีความรู้ด้านระบาดวิทยาและคอมพิวเตอร์ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 ควรมีระบบความเชื่อมโยงของเครือข่ายทั้งจังหวัด (Intranet) ร้อยละ 75 ผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา ควรมีงบประมาณจัดสรรเฉพาะสำหรับงานระบาดวิทยา ร้อยละ 90

โดยสรุป พบว่า ผู้บริหารมีความเข้าใจและนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาบริหารตามนโยบายได้ถูกต้อง ปัญหาที่เป็นผลกระทบคือการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของงานระบาดวิทยา ทำให้ปริมาณงานเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยาของจังหวัด รับผิดชอบงานเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ และรายงานเฝ้าระวังโรคเอดส์ (506/1) เพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยา ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัยหลายๆแห่ง ต้องรับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ และงานป้องกันควบคุมโรคอีกด้วย ในขณะที่บุคลากรมีจำนวนเท่าเดิม ซึ่งจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันได้รับการจัดสรรน้อยกว่าจำนวนบุคลากรที่กำหนดไว้ในแนวทางการจัดบุคลากรดำเนินการบริการปฐมภูมิ ใน และ นอกโรงพยาบาล ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้การบริหารจัดการงบประมาณทางด้านการดำเนินงานระบาดวิทยาไม่ได้จัดสรรงบประมาณเฉพาะ โดยงบประมาณจะรวมอยู่ในโครงการป้องกันควบคุมโรค ส่งผลให้ขาดงบประมาณพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จึงมีความต้องการได้รับการจัดสรรงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา ระบบการบันทึกข้อมูลแต่ละแห่งใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลต่างกัน บางแห่งยังขาดความพร้อมทำให้เกิดปัญหาในการพัฒนาเครือข่ายข้อมูลข่าวสาร Intranet ในระดับจังหวัด จากผลกระทบดังกล่าว ทำให้ปริมาณข้อมูลรายงานโรคจากการเฝ้าระวังโรค (รง.506) ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี 2544-2546 ของจังหวัด สระบุรีที่ได้รับรายงาน ปี พ.ศ. 2544 จำนวน 30,145 ราย พ.ศ. 2545 จำนวน 25,481 ราย และปี พ.ศ. 2546 จำนวน 17,489 ราย

อภิปราย

จากผลการศึกษานุเคราะห์ที่ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา และสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ยังไม่เป็นไปตามโครงสร้างของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำหนดไว้ ทำให้บุคลากรต้องปฏิบัติงานหลายด้าน พร้อมทั้งมีปริมาณงานมากขึ้น รายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาลดลงทุกๆปี บุคลากรขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การประชุมอบรมเพื่อพัฒนาวิชาการงานระบาดวิทยา และอื่นๆ ถ้าใช้งบประมาณจากต้นสังกัดจะมีโอกาสน้อย นอกจากใช้งบประมาณจากผู้จัดประชุม โปรแกรมบันทึกข้อมูล และคอมพิวเตอร์ยังไม่ทันสมัยในการวิเคราะห์ แปลผลข้อมูล และการส่งข้อมูลรายงานเฝ้าระวังโรค ในแต่ละเครือข่ายหรือสถานบริการยังไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการจัดสรรงบประมาณ ในการบริหารจัดการในกิจกรรมและวัสดุอุปกรณ์ทางด้านระบาดวิทยา โดยงบประมาณจะจัดสรรให้ร่วมกับงานป้องกันควบคุมโรค และงานส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีปัญหาในการบริหารจัดการงบประมาณ เพราะว่า งานเฝ้าระวังสอบสวนโรคบางอย่าง ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด เช่นการเกิดการระบาดของโรค เช่น โรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า และโรคอื่นๆ พร้อมทั้งการพัฒนานุเคราะห์ตามสถานการณ์ของโรคให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งงานระบาดวิทยาไม่ได้จัดสรรงบประมาณส่วนนี้ไว้ งบประมาณจะถูกนำไปใช้ ในงานป้องกันควบคุมโรค และงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาผลกระทบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ผลการวิเคราะห์สถานะทางการเงินของ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี⁽³⁾ ปีงบประมาณ 2545 เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานการเงิน (รง.5) ของฝ่ายการเงิน โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี และวิเคราะห์บทสัมภาษณ์คณะผู้บริหารโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่า รายรับในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จากประมาณการรายรับทั้งปีงบประมาณ 2545 ของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี เปรียบกับรายรับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 เป็นต้นมา พบว่ารายรับจากส่วนงบประมาณลดลง โดยได้รับในส่วนของหมวดเงินเดือนค่าจ้างประจำเท่านั้น ซึ่งคิดจากจำนวนหัวประชากรในขณะนั้นคูณกับจำนวนเงินเหมาจ่ายรายหัว แต่ในหมวดย่อยอื่นๆ เช่น ค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ ค่าสาธารณูปโภค ฯลฯ ไม่ได้ได้รับการจัดสรร ซึ่งเมื่อรวมที่มาแห่งรายได้แล้วทั้งหมด พบว่า รายได้จากปี 2545 ลดลงร้อยละ 31.97 จากปี 2544 และ การศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽⁴⁾ ระยะที่ 1 และ 2 จากหนังสือระบบประกันสุขภาพ โครงการตำราหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาวิทาลัยมหาสารคาม ปี 2544 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นใหม่ในสังคมไทย ได้ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง เป็นนโยบายที่ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนทั้งระบบการทำงาน โครงสร้าง งบประมาณ บุคลากร การจัดระบบ

บริการ กฎหมาย และระเบียบ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน การเริ่มต้นเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคไปพร้อมกัน ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาอุปสรรคด้านบริหารจัดการ คือ ระยะเวลาเตรียมการในช่วงเริ่มต้นของโครงการกระชั้นชิดเกินไป ฐานข้อมูลประชากรไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ถูกต้อง สิทธิซ้ำซ้อน ไม่มีฐานข้อมูล ข้าราชการ การการแจกจ่ายบัตรทำได้ ไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะเขตเมือง คอมพิวเตอร์ที่ใช้พิมพ์บัตรชำรุดบ่อย ไม่เพียงพอระเบียบเงินบำรุง ไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน ส่วนการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมีการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขบางแห่ง ขึ้นกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาจทำให้มีปัญหาการรายงาน โรคระบบเฝ้าระวังสอบสวนโรค จากการประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยา พบว่า สถานบริการสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังน้อยมาก คิดว่าผู้บริหารยังให้ความสำคัญต่องานระบาดวิทยาน้อย สอดคล้องกับ จากหนังสือมุมมองและประสบการณ์สร้างสุขภาพยุค 30 บาท องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับการสร้างสุขภาพ⁽²⁾ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรหนึ่งที่สามารถมีบทบาทได้มากในการสร้างสุขภาพ และบทบาทดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการกระจายอำนาจตาม พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ทำให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและทรัพยากรมากขึ้นในการบริหารจัดการสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่แสดงบทบาทเท่าที่ควร เนื่องจากมีข้อจำกัดความหลายประการ ได้แก่ ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ มักจะขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ ทำให้ไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นการทำงานสร้างสุขภาพในชุมชนอย่างไร ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่เห็นว่าการกิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่มีผลต่อคะแนนเสียง และการเลือกตั้งในครั้งต่อไป และเชื่อว่าประชาชนมีความต้องการขั้นพื้นฐานมากกว่า โครงสร้างบริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีระดับรายได้ต่ำๆ จะไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านสุขภาพเฉพาะ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการที่จะรับผิดชอบดังกล่าว ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ถูกกำกับด้วยสภาของท้องถิ่น หากสภาเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย กับการทำงานด้านสุขภาพ ย่อมกระทบต่อการตัดสินใจของผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการทำงานด้านสุขภาพด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการสำรวจครั้งนี้ทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคของงานระบาดวิทยา ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้งานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยามีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการป้องกันควบคุมโรค มีเครือข่ายในการเฝ้าระวังเป็นจำนวนมากหลายระดับ ต้องใช้ความรู้ความสามารถ พร้อมทั้งต้องพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องในการ รวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ แผลผล และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ทันกับสถานการณ์ของโรคและภัยสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง เช่น โรคอุบัติใหม่ อุตุน้ำ ที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพของประชาชน และเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมากในปัจจุบัน ข้อมูลในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา สามารถนำมาวางแผนงานโครงการ ในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาได้ทันต่อสถานการณ์ จากผลการสำรวจมีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนางานระบาดวิทยา ดังนี้

1. ควรมีการเพิ่มบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านระบาดวิทยาและคอมพิวเตอร์ และมีการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาอย่างต่อเนื่อง ให้ทันกับสถานการณ์ของโรคและภัยที่เปลี่ยนแปลง
2. ควรจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานด้านระบาดวิทยาเป็นการเฉพาะ เพื่อสะดวกในการบริหารจัดการงบประมาณ เช่น วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยีที่ทันสมัย พัฒนาศูนย์ให้มีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมด้านระบาดวิทยา สำหรับเก็บบันทึกข้อมูลงานเฝ้าระวัง สอบสวนโรคทางระบาดวิทยา การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อทดแทนบุคลากรที่ขาดแคลน และมีการปรับเปลี่ยนบ่อย
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ควรมีสำรวจเรื่องนี้ให้กว้างขวางขึ้น โดยกำหนดแผนการดำเนินงานขยายขอบเขต การสำรวจปัญหาอุปสรรคของงานระบาดวิทยา ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี เพื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจในแต่ละจังหวัดแล้วสรุปเป็นภาพรวมของเขตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สรุปรายงานการประชุมพัฒนาเครือข่ายระดับ
วิทยาทั่วประเทศ ปี 2545 . สำนักโรคระบาดวิทยา . เอกสารอัดสำเนา .
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี . สรุปรายงานการประเมินมาตรฐาน
ทางระบาดวิทยาจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ ปี 2546 . เอกสารอัดสำเนา .
3. สำนักงานบริการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข .
แนวทางการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนถ่าย . พิมพ์ครั้งที่
ที่ 1 . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์ , 2545 .
4. พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข , กาญจนา เกียรติชนพันธ์ . มุมมองและประสบการณ์ด้านสุขภาพ
ยุค 30 บาท.พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
,2546 .
5. ชัยพัฒน์ ทรัพย์เที่ยง , ชูวดี วรรณวานิชชัย , มณฑา ทิพย์ชัยัญญา , ประภาพรรณ
ภูจิณญญาณ์ และ บัณฑิต ดีเหมาะ การศึกษาผลกระทบโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า กรณีศึกษา โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. ภาคนิพนธ์คณะ
รัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ , 2545
6. วรพจน์ พรหมสัตยพรต , สงครามชัย ลีทองดี , และปริญญา ระลึก ระบบประกันสุขภาพ .
พิมพ์ครั้งที่ 3 . ขอนแก่น : หจก โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา , 2544 .

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์การสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติงานหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดสระบุรี ปี 2546

ชุดที่ 4. แบบสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาจังหวัดและอำเภอ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....สกุล..... อายุ.....เพศ.....
ระดับการศึกษา.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ประวัติการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยา.....
.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานระบาดวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในปี 2546

1.การรายงานโรค

.....
.....
.....
.....

2.การตรวจสอบข้อมูล

.....
.....
.....

3.การวิเคราะห์ข้อมูล.....

.....
.....

4.การแจ้งข่าวการระบาด

.....
.....

5. การสอบสวนและควบคุมโรค

.....
.....

6.การนิเทศและประเมินผล

.....
.....

7.ระบบไหลเวียนของข้อมูล

.....
.....

8.การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา

.....

.....

9.ปริมาณของข้อมูลในปี 2546

.....

.....

10.การตรวจสอบรายงาน

.....

.....

11.การ feed back ข้อมูลแต่ละขั้นตอน

.....

.....

12.คู่มือและ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา

.....

.....

13.การได้รับการนิเทศและประเมินผลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ

.....

.....

14.นโยบายของผู้บริหารในการดำเนินงานระบาดวิทยา

.....

.....

15.จำนวนบุคลากรและวุฒิการศึกษาในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา

.....

.....

16.การใช้งบประมาณในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาปี 2546

.....

.....

17.การได้รับการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ในการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา

.....

.....

18.ความเห็นด้านคุณภาพและข้อบกพร่องในงานระบาดวิทยา

.....

.....

19.อัตรากำลังที่มีผลต่องานระบาดวิทยา

-อัตรากำลังลดลง.....

.....

.....

-อัตรากำลังเพิ่มขึ้น.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อพิจารณางานระบาดวิทยาในพื้นที่ของผู้ให้สัมภาษณ์

1. จุดแข็งของ โครงสร้างงานระบาดวิทยา.....

2. จุดอ่อนของ โครงสร้างงานระบาดวิทยา.....

3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานระบาดวิทยาภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพ

- อัตรากำลัง.....

- ระบบขั้นตอนการดำเนินงาน.....

- คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาที่เหมาะสม.....

- การใช้เทคโนโลยีโปรแกรม.....

- งบประมาณ.....

- ความเชื่อมโยงของเครือข่าย.....

- การวัดผลการดำเนินงาน.....

แบบสัมภาษณ์การสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติงานหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดสระบุรี ปี 2546

ชุดที่ 5. แบบสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....เพศ.....
ระดับการศึกษา.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ประวัติการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยา.....
.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานระบาดวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในปี 2546

1.การรายงานโรค

.....
.....
.....

2.การตรวจสอบข้อมูล

.....
.....
.....

3.การวิเคราะห์ข้อมูล.....

.....
.....

4.การแจ้งข่าวการระบาด

.....
.....

5. การสอบสวนและควบคุมโรค

.....
.....

6.การนิเทศและประเมินผล

.....
.....

7.ระบบไหลเวียนของข้อมูล

.....
.....

8.การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา

9.ปริมาณของข้อมูลในปี 2546

10.การตรวจสอบรายงาน

11.การ feed back ข้อมูลแต่ละขั้นตอน

12.คู่มือและ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา

13.การ ได้รับการนิเทศและประเมินผลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ

14.นโยบายของผู้บริหาร ในการดำเนินงานระบาดวิทยา

15.จำนวนบุคลากรและวุฒิการศึกษาในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา

16.การใช้งบประมาณในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา ปี 2546

17.การ ได้รับการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ในการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา

18.ความเห็นด้านคุณภาพและข้อบกพร่องในงานระบาดวิทยา

19.อัตรากำลังที่มีผลต่องานระบาดวิทยา

-อัตรากำลังลดลง

-อัตรากำลังเพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อพิจารณางานระบาดวิทยาในพื้นที่ของผู้ให้สัมภาษณ์

1. จุดแข็งของ โครงสร้างงานระบาดวิทยา.....

2. จุดอ่อนของ โครงสร้างงานระบาดวิทยา.....

3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานระบาดวิทยาภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพ

- อัตรากำลัง.....

- ระบบขั้นตอนการดำเนินงาน.....

- คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาที่เหมาะสม.....

- การใช้เทคโนโลยี

โปรแกรม.....

- งบประมาณ.....

- ความเชื่อมโยงของเครือข่าย.....

- การวัดผลการดำเนินงาน.....

แบบสัมภาษณ์การสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติงานหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดสระบุรี ปี 2546

ชุดที่ 6. แบบสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....เพศ.....
ระดับการศึกษา.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ประวัติการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยา.....
.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานระบาดวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในปี 2546

1.การรายงานโรค

.....
.....
.....
.....

2.การตรวจสอบข้อมูล

.....
.....
.....

3.การวิเคราะห์ข้อมูล.....

.....
.....

4.การแจ้งข่าวการระบาด

.....
.....

5. การสอบสวนและควบคุมโรค

.....
.....

6.การนิเทศและประเมินผล

.....
.....

7.ระบบไหลเวียนของข้อมูล

8.การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา

9.ปริมาณของข้อมูลในปี 2546

10.การตรวจสอบรายงาน

11.การ feed back ข้อมูลแต่ละขั้นตอน

12.คู่มือและ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา

13.การ ได้รับการนิเทศและประเมินผลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ

14.นโยบายของผู้บริหารในการดำเนินงานระบาดวิทยา

15.จำนวนบุคลากรและวุฒิการศึกษาในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา

16.การใช้งบประมาณในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา ปี 2546

17.การได้รับการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ในการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา

18.ความเห็นด้านคุณภาพและข้อบกพร่องในงานระบาดวิทยา

19.อัตรากำลังที่มีผลต่องานระบาดวิทยา

-อัตรากำลังลดลง.....

-อัตรากำลังเพิ่มขึ้น.....

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อพิจารณางานระดับวิทยาในพื้นที่ของผู้ให้สัมภาษณ์

1.จุดแข็งของ โครงสร้างงานระดับวิทยา.....

2.จุดอ่อนของ โครงสร้างงานระดับวิทยา.....

3.ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานระดับวิทยาภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพ

-อัตรากำลัง.....

-ระบบขั้นตอนการดำเนินงาน.....

-คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยาที่เหมาะสม.....

-การใช้เทคโนโลยีโปรแกรม.....

-งบประมาณ.....

-ความเชื่อมโยงของเครือข่าย.....

-การวัดผลการดำเนินงาน.....

แบบสัมภาษณ์การสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติงานหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดสระบุรี ปี 2546

ชุดที่ 7. แบบสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาสถานีอนามัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....เพศ.....
ระดับการศึกษา.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ประวัติการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยา.....
.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานระบาดวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในปี 2546

1.การรายงานโรค

.....
.....
.....
.....

2.การตรวจสอบข้อมูล

.....
.....
.....

3.การวิเคราะห์ข้อมูล.....

.....
.....

4.การแจ้งข่าวการระบาด

.....
.....

5. การสอบสวนและควบคุมโรค

.....
.....

6.การนิเทศและประเมินผล

.....
.....

7.ระบบไหลเวียนของข้อมูล

.....
.....

8.การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา

.....
.....

9.ปริมาณของข้อมูลในปี 2546

.....
.....

10.การตรวจสอบรายงาน

.....
.....

11.การ feed back ข้อมูลแต่ละขั้นตอน

.....
.....

12.คู่มือและ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา

.....
.....

13.การได้รับการนิเทศและประเมินผลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ

.....
.....

14.นโยบายของผู้บริหาร ในการดำเนินงานระบาดวิทยา

.....
.....

15.จำนวนบุคลากรและวุฒิการศึกษาในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา

.....
.....

16.การใช้งบประมาณในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาปี 2546

.....
.....

17.การได้รับการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ในการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา

.....
.....

18.ความเห็นด้านคุณภาพและข้อบกพร่องในงานระบาดวิทยา

.....
.....

19.อัตรากำลังที่มีผลต่องานระบาดวิทยา

-อัตรากำลังลดลง.....

.....
.....

-อัตรากำลังเพิ่มขึ้น.....

.....
.....

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อพิจารณางานระดับวิทยานิพนธ์ในพื้นที่ของผู้ให้สัมภาษณ์

1. จุดแข็งของ โครงสร้างงานระดับวิทยา.....

.....

2. จุดอ่อนของ โครงสร้างงานระดับวิทยา.....

.....

3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานระดับวิทยานิพนธ์ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพ

- อัตรากำลัง.....

.....

- ระบบขั้นตอนการดำเนินงาน.....

.....

- คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยาที่เหมาะสม.....

.....

- การใช้เทคโนโลยีโปรแกรม.....

.....

-งบประมาณ.....

.....

- ความเชื่อมโยงของเครือข่าย.....

.....

- การวัดผลการดำเนินงาน.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์การสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติงานหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดสระบุรี ปี 2546

ชุดที่ 1. แบบสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันและสาธารณสุขอำเภอ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....สกุล..... อายุ.....เพศ.....
ระดับการศึกษา.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ประวัติการอบรม.....
.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องนโยบายหลักประกันสุขภาพ และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่รับผิดชอบ ปี 2546

1. ท่านมีความเข้าใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพ อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. ท่านมีการแปลงนโยบายหลักประกันสุขภาพ ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่รับผิดชอบ ปี 2546 อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานระบาควิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในปี 2546

1.นโยบายการดำเนินงานระบาควิทยา ปี 2546

.....
.....
.....
.....

2. โครงสร้างองค์กร และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระบาควิทยา ปี 2546

-โครงสร้างองค์กร.....

.....
.....
.....

-บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระบาควิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-งบประมาณที่สนับสนุนด้านระบาควิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-การได้รับการสนับสนุนเทคโนโลยี ใช้ดำเนินงานด้านระบาควิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-คุณภาพของเทคโนโลยี ที่ได้รับการสนับสนุน ใช้ดำเนินงานด้านระบาควิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-จำนวนบุคลากรปฏิบัติงานด้านระบาควิทยา ที่เหมาะสม.....

.....
.....
.....

-ผลกระทบเมื่อลดจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานด้านระบาควิทยา

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เพื่อพิจารณางานระบาดวิทยาในพื้นที่ของผู้ให้สัมภาษณ์

1. จุดแข็งของ โครงสร้างงานระบาดวิทยา.....

.....
.....
.....

2. จุดอ่อนของ โครงสร้างงานระบาดวิทยา.....

.....
.....
.....

3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานระบาดวิทยาภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพ

- อัตรากำลัง.....

.....
.....

- ระบบขั้นตอนการดำเนินงาน.....

.....
.....
.....

- คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาที่เหมาะสม.....

.....
.....
.....

- การใช้เทคโนโลยีโปรแกรม.....

.....
.....
.....

- งบประมาณ.....

.....
.....
.....

- ความเชื่อมโยงของเครือข่าย.....

.....
.....
.....

- การวัดผลการดำเนินงาน.....

.....
.....
.....

**แบบสัมภาษณ์การสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติงานหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดสระบุรี ปี 2546 .**

ชุดที่ 2. แบบสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....สกุล..... อายุ.....เพศ.....
ระดับการศึกษา.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ประวัติการอบรม.....
.....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องนโยบายหลักประกันสุขภาพ และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับ
พื้นที่รับผิดชอบ ปี 2546**

1.ท่านมีความเข้าใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพ อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.ท่านมีการแปลงนโยบายหลักประกันสุขภาพ ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่รับผิดชอบ ปี 2546 อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานระดับวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในปี 2546

1.นโยบายการดำเนินงานระดับวิทยา ปี 2546

.....
.....
.....
.....

2. โครงสร้างองค์กร และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา ปี 2546

-โครงสร้างองค์กร.....

.....
.....
.....

-บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-งบประมาณที่สนับสนุนด้านระดับวิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-การได้รับการสนับสนุนเทคโนโลยี ใช้ดำเนินงานด้านระดับวิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-คุณภาพของเทคโนโลยี ที่ได้รับการสนับสนุน ใช้ดำเนินงานด้านระดับวิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-จำนวนบุคลากรปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา ที่เหมาะสม.....

.....
.....
.....

-ผลกระทบเมื่อลดจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา

.....
.....
.....

.....
.....
.....

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เพื่อพิจารณางานระดับวิชาในพื้นที่ของผู้ให้สัมภาษณ์

1. จุดแข็งของ โครงสร้างงานระดับวิชา.....
.....
.....

2. จุดอ่อนของ โครงสร้างงานระดับวิชา.....
.....
.....

3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานระดับวิชาภายใต้ นโยบายหลักประกันคุณภาพ

-อัตรากำลัง.....
.....

-ระบบขั้นตอนการดำเนินงาน.....
.....
.....

-คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานด้านระดับวิชาที่เหมาะสม.....
.....
.....

-การใช้เทคโนโลยีโปรแกรม.....
.....
.....

-งบประมาณ.....
.....
.....

-ความเชื่อมโยงของเครือข่าย.....
.....
.....

-การวัดผลการดำเนินงาน.....
.....
.....

แบบสัมภาษณ์การสำรวจความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติงานหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดสระบุรี ปี 2546

ชุดที่ 3. แบบสัมภาษณ์หัวหน้าสถานีนอมนัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....เพศ.....
ระดับการศึกษา.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ประวัติการอบรม.....
.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องนโยบายหลักประกันสุขภาพ และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับ
พื้นที่รับผิดชอบ ปี 2546

1.ท่านมีความเข้าใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพ อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.ท่านมีการแปลงนโยบายหลักประกันสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่รับผิดชอบ ปี 2546 อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานระดับวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในปี 2546

1.นโยบายการดำเนินงานระดับวิทยา ปี 2546

.....
.....
.....
.....

2.โครงสร้างองค์กร และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา ปี 2546

-โครงสร้างองค์กร.....

.....
.....
.....

-บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-งบประมาณที่สนับสนุนด้านระดับวิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-การได้รับการสนับสนุนเทคโนโลยี ใช้ดำเนินงานด้านระดับวิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-คุณภาพของเทคโนโลยี ที่ได้รับการสนับสนุนใช้ดำเนินงานด้านระดับวิทยา ปี 2546.....

.....
.....
.....

-จำนวนบุคลากรปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา ที่เหมาะสม.....

.....
.....
.....

-ผลกระทบเมื่อลดจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เพื่อพิจารณางานระดับวิชาในพื้นที่ของผู้ให้สัมภาษณ์

1. จุดแข็งของ โครงสร้างงานระดับวิชา.....

.....

.....

2. จุดอ่อนของ โครงสร้างงานระดับวิชา.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานระดับวิชาภายใต้ นโยบายหลักประกันคุณภาพ

-อัตรากำลัง.....

.....

.....

-ระบบขั้นตอนการดำเนินงาน.....

.....

.....

-คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานด้านระดับวิชาที่เหมาะสม.....

.....

.....

-การใช้เทคโนโลยีโปรแกรม.....

.....

.....

-งบประมาณ.....

.....

.....

-ความเชื่อมโยงของเครือข่าย.....

.....

.....

-การวัดผลการดำเนินงาน.....

.....

.....