MANAGEMENT OF THE

HEALTH SECURITY FUND AT THE LOCAL LEVEL

การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่



GLOSSARY

กองทุน

ทุนหมุนเวียนที่จัดตั้งขึ้นโดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือหรือสนับสนุนการจัดบริการสาธารณะตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งขึ้น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพของหน่วยบริการ สถานบริการ องค์กรและชุมชน

ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

บุคคลที่ยังไม่ผ่านการประเมินเป็นคนพิการ แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด จากภาวะสุขภาพอนามัย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหรือช่วยเหลือให้มีสมรรถภาพด้านสุขภาพ เพื่อให้ข้อจำกัดดังกล่าวลดลงหรือหมดไป

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข ดังนี้ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน และบุคคลอื่นที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

การประเมินเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ โดยแบบประเมินฯ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้ผลการประเมินเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ถือเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการ ณ ครัวเรือน หรือที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือที่หน่วยบริการ หรือที่สถานบริการ ที่ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบ

TABLE OF CONTENTS

02 อภิธานศัพท์

08 **ที่มาและแนวคิดสำคัญ**

09 การปกครองส่วนท้องถิ่นของไทย

11 ภารกิจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

12 การบูรณาการการทำงานของท้องถิ่น
และงานด้านสาธารณสุข

14 **ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**

20 กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.)

30 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นระดับจังหวัด

36 กองทุนดูแลระยะยาวผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
(Long Term Care: LTC) หรือกองทุน LTC

42 **ระบบอภิบาลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ**
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

46 **ผลสำเร็จ**

47 การบูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ

48 ความครอบคลุมของกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

53 การบริหารจัดการงบประมาณ

55 การประเมินจากหน่วยงานภายนอก

56 **ความท้าทาย**

58 **ข้อเสนอแนะ**

60 **สรุป**

62 เอกสารอ้างอิง

1

ที่มาและแนวคิดสำคัญ

1.1

การปกครองส่วนท้องถิ่นของไทย

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นองค์กรภาครัฐที่จัดตั้งขึ้นตามหลักการกระจายอำนาจการปกครอง โดยรัฐมอบอำนาจการปกครองบางส่วนให้ อปท. ในการจัดทำบริการสาธารณะ เพื่อตอบสนองความต้องการหรือแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในท้องถิ่นของตน โดยมีบุคลากร งบประมาณ และอำนาจอิสระในการบริหารจัดการทั้งในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ การวางระบบสาธารณูปโภค และการจัดทำบริการและสวัสดิการสังคม ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐบาล อปท. จึงเป็นหน่วยการปกครองของรัฐที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของประชาชนในท้องถิ่นได้ทันท่วงทีและตรงตามความต้องการ โดยการปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ[1]

1 การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบทั่วไป มี 3 ประเภท คือ

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีโครงสร้างการบริหาร คือ สภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดและนายก อบจ. และมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้กำกับดูแล
2. เทศบาล มีโครงสร้างการบริหาร คือ สภาเทศบาลและนายกเทศมนตรี โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้กำกับดูแล (แบ่งเป็นเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล)
3. องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีโครงสร้างการบริหาร คือ สภาองค์การบริหารส่วนตำบลและนายก อบต. และมีนายอำเภอเป็นผู้กำกับดูแล

2 การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ มี 2 ประเภท คือ

1. กรุงเทพมหานคร (กทม.) มีโครงสร้างการบริหาร คือ สภากรุงเทพมหานคร (ส.ก.) และผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
2. เมืองพัทยา มีโครงสร้างการบริหาร คือ สภาเมืองพัทยาและนายกเมืองพัทยา

ปัจจุบัน ประเทศไทยมี อปท. จำนวนทั้งสิ้น 7,850 แห่ง โดยจำแนกตามประเภทและจำนวนตามตาราง 1

ตาราง 1 ประเภทและจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวน
องค์การบริหารส่วนจังหวัด	76 แห่ง
เทศบาล	2,469 แห่ง
• เทศบาลนคร	30 แห่ง
• เทศบาลเมือง	192 แห่ง
• เทศบาลตำบล	2,247 แห่ง
องค์การบริหารส่วนตำบล	5,303 แห่ง
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ	2 แห่ง
• กรุงเทพมหานคร	1 แห่ง
• เมืองพัทยา	1 แห่ง
รวมทั้งสิ้น	**7,850 แห่ง**

ที่มา: กองกฎหมายและระเบียบท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ปี 2563

1.2

ภารกิจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภารกิจหลักของ อปท. มีขอบเขตตามกฎหมายแม่บทที่ตราขึ้นสำหรับ อปท. ได้แก่ พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 พระราชบัญญัติระเบียบราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ. 2542 ซึ่งให้อำนาจและเปิดโอกาสให้ อปท. ดำเนินกิจกรรมหรือให้บริการสาธารณะต่างๆ อย่างกว้างขวาง และตามความพร้อมและศักยภาพ[2] โดยภารกิจหลักของ อปท. ครอบคลุมตั้งแต่การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม การส่งเสริมสุขภาพและการสาธารณสุข และการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เป็นต้น

นอกจากนี้ เมื่อมีการกระจายอำนาจให้ อปท. ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ทำให้เกิดการจัดระบบภารกิจหน้าที่ระหว่าง อปท. เพื่อลดความซ้ำซ้อนและสับสนในการจัดทำภารกิจ โดยจัดระบบภารกิจหน้าที่ตามขนาดของ อปท. กล่าวคือ อบจ. จะมีภารกิจหน้าที่มุ่งเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ขนาดใหญ่ ครอบคลุมหลากหลายชุมชน รวมถึงต้องอาศัยทรัพยากรในการจัดทำสูง ในขณะที่ อบต. และเทศบาล จะมีภารกิจมุ่งเน้นกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะภายในชุมชนของตนเองเป็นสำคัญ[2]

จากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ทำให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อทำหน้าที่กำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับ อปท. และระหว่าง อปท. ด้วยกันเอง รวมถึงการจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐกับ อปท. และระหว่าง อปท. ด้วยกันเอง

1.3

การบูรณาการการทำงานของท้องถิ่นและงานด้านสาธารณสุข

ที่ผ่านมา การดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น เป็นภารกิจหลักของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ เมื่อมีการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจฯ ข้างต้น ทำให้ อปท. มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองได้โดยตรง และเป็นองค์กรที่สำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ สามารถบริหารจัดการด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน โดยภารกิจด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตในส่วนของการสาธารณสุขที่ อปท. ได้รับการถ่ายโอนจากราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค คือ ภารกิจด้านการสาธารณสุข ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล รวมทั้งแผนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น แผนภารกิจด้านสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ แผนภารกิจด้านสวัสดิการสังคม แผนภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภค แผนภารกิจด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และแผนภารกิจด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ เป็นต้น[3]

แผนการกระจายอำนาจฯ สู่ท้องถิ่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านงานสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรมชัดเจน คือ การถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ให้แก่ อปท. โดยสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ที่ตั้งอยู่เขตพื้นที่ อปท. ใด ต้องถ่ายโอนให้ อปท. นั้น ซึ่งหมายถึง อบต. เทศบาล เมืองพัทยา อบจ. และกรุงเทพมหานคร โดยในระยะแรก การถ่ายโอนจะดำเนินการใน อปท. ที่มีความพร้อม หาก อปท. ใดยังไม่พร้อมรับการถ่ายโอนก็ให้ถ่ายโอนกับ อบจ. เป็นหน่วยงานดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ในเบื้องต้น ภารกิจการถ่ายโอนนี้ไม่ประสบความสำเร็จตามแผนการกระจายอำนาจฯ โดยพบว่ามีการถ่ายโอนสถานีอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี) เพียง 27 แห่งในปี 2551 จำนวน 19 แห่ง ในปี 2555 จำนวน 4 แห่ง ในปี 2557 จำนวน 1 แห่ง ในปี 2559 จำนวน 6 แห่ง ในปี 2562 และจำนวน 8 แห่ง ในปี 2563 รวมเป็น 65 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 0.66) จากจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 9,787 แห่งทั่วประเทศ[4]

เพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและขับเคลื่อนให้การถ่ายโอนสถานีอนามัยดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้มีประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ อบจ. ตั้งแต่วันที่ 19 ตุลาคม 2564 และมีการแต่งตั้งคณะทำงานการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ อบจ. เพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินการถ่ายโอน ปัจจุบันจึงมีสถานีอนามัยที่ถ่ายโอนเพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวน 81 แห่ง ในปี 2565 และจำนวน 3,263 แห่ง ในปี 2566[5] รวมทั้งสิ้น 3,405 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 34.8) อย่างไรก็ดี เอกสารฉบับนี้มุ่งเน้นเรื่องการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นสำคัญ รายละเอียดของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปแล้วนั้น สามารถเกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ได้ตามเจตนารมณ์ของกฎหมายหรือไม่อย่างไร จึงอยู่นอกขอบเขตของเอกสาร

2

ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไทยทุกคนเป็นโครงการที่เริ่มต้นเมื่อปีงบประมาณ 2544 และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นกฎหมายที่จัดตั้งให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่มิใช่ส่วนราชการและเป็นนิติบุคคล เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยบริการ (สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน) จัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ไม่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิประกันสังคมตามกฎหมาย[6] พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้รับการตราเป็นกฎหมายและมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันถัดจากวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 เป็นต้นไป โดยมีเหตุผลในการประกาศใช้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ซึ่งกำหนดไว้ว่า

> **“คนไทยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาส มีสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์โดยไม่คิดมูลค่าที่จัดโดยรัฐอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น และภาคเอกชน ซึ่งเป็นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนไทยทุกคน”**

และมาตรา 82 ที่กำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทุกคน

จากการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ผ่านไปได้ 4 ปี ในปี 2549 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตระหนักถึงความสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงได้พิจารณามาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่บัญญัติว่า

> **“เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน”**

ประกอบกับมาตรา 18 (8) ที่บัญญัติให้ **“สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47”** ซึ่งเป็นบทกฎหมายที่รองรับกับมาตรา 47 จึงเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะกำหนดหลักเกณฑ์ในการส่งเสริมให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย

1. เงินกองทุน ที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. คณะกรรมการ ที่มีภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ร่วมด้วย
3. หน่วยบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน[6]

นอกจากนี้ มาตรา 18 (9) บัญญัติให้ **“สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47”** ดังนั้น การดำเนินการเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นี้ จึงต้องเปิดโอกาสให้องค์กรชุมชน หรือองค์กรเอกชน และภาคเอกชน ที่จัดตั้งขึ้นโดยไม่แสวงหากำไร ได้มีส่วนร่วมในการบริหารเงินกองทุนฯ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ด้วย ทั้งนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องออกประกาศที่เป็นกฎหมายจึงอาศัยอำนาจตามมาตรา 18(4) ที่ให้อำนาจในการ **“กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน”** ประกอบด้วย เพื่อวางหลักเกณฑ์ในการจัดการและสนับสนุน ส่งเสริมการจัดบริการของหน่วยบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรชุมชน และองค์กรเอกชนด้วย และออกประกาศกำหนดกรอบแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี 2549[6]

จากมาตรา 47 และ 18(8) ที่ระบุชัดเจนเรื่องการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของ อปท. ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จึงได้กำหนดการสมทบเงินร่วมกัน (matching fund) ระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับงบประมาณของ อปท. ที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมกองทุนฯ ซึ่ง อปท. เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนในพื้นที่ของตนเอง และมีงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน การสมทบเงินร่วมกันจึงทำให้เกิดการบูรณาการในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ[7]

แนวคิดในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ยังเป็นการเติมเต็มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการบริการปฐมภูมิเชิงรุกในระดับชุมชน ซึ่งเดิมที ระบบบริการสาธารณสุขโดยหน่วยบริการทั่วประเทศจะมีลักษณะเป็นการตั้งรับอยู่ที่หน่วยบริการ ทำให้ประชาชนในพื้นที่บางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ ดังนั้น การมีกองทุนในระดับพื้นที่ที่มี อปท. ดูแล และมีตัวแทนประชาชนร่วมดำเนินการด้วย ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่เปราะบางและมีความเสี่ยง สามารถได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น[6]

ปัจจุบัน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประกอบด้วย 3 กองทุน คือ

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
2. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นระดับจังหวัด
3. กองทุนดูแลระยะยาวผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC) โดยแต่ละกองทุนเกิดขึ้นในช่วงเวลาแตกต่างกัน มีหน่วยงานที่รับผิดชอบและกลุ่มเป้าหมายชัดเจน (ตาราง 2) ดังจะอธิบายในส่วนต่อไป

ตารางที่ 2: กองทุน 3 ประเภท ในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กองทุน	หน่วยงานรับผิดชอบ	ปีที่เริ่มจัดตั้งกองทุน	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (%)
กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.)	เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล/กรุงเทพมหานคร/เมืองพัทยา	2549	ประชาชนทั่วไป (ทุกสิทธิ)	7,753 (99.7%)
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	องค์การบริหารส่วนจังหวัด	2554	ผู้พิการ/ผู้จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู (สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)	70 (89.6%)
กองทุนดูแลระยะยาวผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) หรือ กองทุน LTC	เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล/กรุงเทพมหานคร/เมืองพัทยา	2559	ผู้ (สูงอายุ) ที่มีภาวะพึ่งพิง (ทุกสิทธิ)	7,214 (93.0%)

ที่มา : รายงานผลการดำเนินกลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566)

2.1

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.)

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) เดิมทีเรียกว่า “กองทุนสุขภาพตำบล” เป็นกองทุนแรกที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้เป็นกลไกสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่นๆ รวมถึงกลุ่มหรือองค์กรประชาชนในการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข โดยกำหนดให้ อบต. และเทศบาลได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยเริ่มจัดตั้งครั้งแรกตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2549 โดยมี อบต. และเทศบาลนำร่องจัดตั้ง กปท. รวม 888 แห่ง[8]

พัฒนาการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

การบริหารงาน กปท. มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานด้วยกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับหน่วยบริการ ภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย พร้อมกับสร้างพื้นที่ต้นแบบขึ้นในระดับท้องถิ่นตั้งแต่เริ่มต้น โดยในปี 2550 ได้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ อปท. ในเรื่องการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ระหว่าง 7 ฝ่าย ได้แก่ 1) สปสช. 2) กระทรวงสาธารณสุข 3) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 4) กระทรวงมหาดไทย 5) สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย 6) สมาคมสันนิบาติเทศบาลแห่งประเทศไทย และ 7) สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย[9] ทุกหน่วยงานล้วนมีบทบาทสำคัญในการทำให้ อปท. สามารถจัดตั้ง ดำเนินงาน บริหารจัดการ และกำกับดูแล กปท. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านความครอบคลุม

ในช่วงเริ่มต้น (พ.ศ. 2549 - 2550) เป็นการจัดตั้ง กปท. ใน อบต. และเทศบาลนำร่องที่ยินดีเข้าร่วมและปฏิบัติตามข้อกำหนดของกองทุนฯ จำนวน 888 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อกระบวนทัศน์ในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีชุมชนเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับจากหลายภาคส่วนทั้งในและนอกภาคสาธารณสุขว่า กปท. เป็นกลไกที่มีศักยภาพในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน[10] ตามแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่ประกอบด้วย 3 ก (กรรมการ กองทุน และกำลังคน) จากนั้นจึงขยายให้ครอบคลุม อบต. และเทศบาลที่มีความพร้อม (ในช่วง พ.ศ. 2551 - 2552) และอบต. และเทศบาลที่ผ่านการประเมิน ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป

ด้านการบริหารจัดการ

พัฒนาการสำคัญด้านการบริหารจัดการ กปท. คือ รูปแบบการบริหารกองทุนฯ ที่ในช่วงแรกอยู่ในการดูแลของคณะกรรมการกองทุน ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ รวมถึงรับผิดชอบการรับเงิน จ่ายเงิน เก็บรักษาเงินและจัดการทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนฯ ซึ่งบางท้องถิ่นอาจขอให้เจ้าหน้าที่ของ อปท. ช่วยทำให้ หรือบางแห่งจ้างเหมาบุคคลภายนอกมาทำ ซึ่งอาจขาดประสบการณ์ ขาดความเข้าใจในระบบงานราชการ ทำให้ระบบบัญชีของกองทุนฯ ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ในปี 2552 พบข้อจำกัดจากการบริหารกองทุนฯ โดยคณะกรรมการกองทุน ซึ่งเป็นข้อจำกัดด้านการติดตามเงินกองทุน จากกรณีการทุจริตหรือกรณีที่ไม่มีการดำเนินการตามโครงการที่ได้อนุมัติไป ซึ่งไม่สามารถดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหาได้ เนื่องจากคณะกรรมการกองทุน ไม่ได้เป็นนิติบุคคล ทางสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) จึงแนะนำให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปรับปรุงประกาศฯ โดยกำหนดให้กองทุนฯ อยู่ภายใต้การดำเนินงานและบริหารจัดการของ อปท. รวมถึงหน้าที่การเก็บรักษาเงินและจ่ายเงิน ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามการพิจารณาอนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมของคณะกรรมการกองทุนเช่นเดิม ทำให้ อปท. มีหน้าที่รับผิดชอบต่อกองทุนฯ โดยตรงมากขึ้น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ออกประกาศเรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อบต. หรือเทศบาล ดำเนินงานและบริหารจัดการ กปท. ฉบับใหม่ พ.ศ. 2557 โดยเนื้อหาในประกาศฉบับใหม่ได้ผ่านกระบวนการกลั่นกรองและการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สปสช. ส่วนกลาง สปสช. เขต กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย สตง. ตัวแทนสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยและสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย รวมไปถึงภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมกันพิจารณาหลักเกณฑ์แนวทางเพื่อให้การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ เป็นไปตามเจตนารมณ์ของการก่อตั้ง โดยตามประกาศฯ ฉบับใหม่ พ.ศ. 2557 ได้กำหนดให้ อปท. เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุน และต้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ[6]

จากนั้น ในปี 2559 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศเพิ่มเติมให้ อปท. ที่มีความพร้อม ความเหมาะสม และแสดงความจำนงเข้าร่วม ได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการสาธารณสุขเพื่อจัดบริการดูและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” เพื่อทำหน้าที่พิจารณา จัดหา กำหนดอัตราการชดเชยค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด

นอกจากนี้ จากการรับฟังความคิดเห็นทั่วไป ด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ ในปี 2560 มีข้อเสนอให้ สปสช. ทบทวนหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ เพื่อไม่ให้ประชาชนเสียประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในพื้นที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงพิจารณาเห็นสมควรให้ปรับปรุงและประกาศหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการ กปท. ฉบับใหม่ พ.ศ. 2561 โดยผ่านกระบวนการกลั่นกรองและการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้แทน อปท. ผู้แทนภาคประชาชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สตง. สปสช. ส่วนกลาง และ สปสช. เขต ที่ได้ร่วมกันพิจารณาหลักเกณฑ์แนวทางเพื่อให้การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพสอดรับกับวิธีการปฏิบัติงานของ อปท. ภายใต้การกำกับของกระทรวงมหาดไทย[9]

ตามประกาศคณะกรรมการหลักฯ พ.ศ. 2561 ปัจจุบัน อปท. มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานและบริหารจัดการ กปท. โดยสังเขป ดังนี้[11]

1. จัดทำและบริหารแผนการกองทุนฯ ประจำปี
2. สนับสนุนหรือประสานให้หน่วยบริการ หน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่มประชาชน จัดบริการหรือกิจกรรม หรือกระบวนการ เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง
3. สนับสนุนค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม
4. ทำนิติกรรมและบริหารสัญญาหรือข้อตกลง
5. จัดทำบัญชีและรายงานทางการเงิน
6. ติดตาม ประเมิน และรายงานผลการดำเนินงานกองทุนฯ
7. เป็นเลขานุการคณะกรรมการกองทุนและการพัฒนาศักยภาพกองทุนฯ

ตามประกาศคณะกรรมการหลักฯ พ.ศ. 2561 ปัจจุบัน คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ประกอบด้วย[11]

1. พิจารณาอนุมัติแผนการเงินประจำปีของกองทุนฯ
2. พิจารณาอนุมัติโครงการ หรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ
3. ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนฯ ทั้งนี้ ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศฯ
4. สนับสนุนให้บุคคลในท้องถิ่นสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
5. ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและโครงการ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย แก่หน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน และ อปท.
6. พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนฯ

ด้านการสมทบเงินสนับสนุน

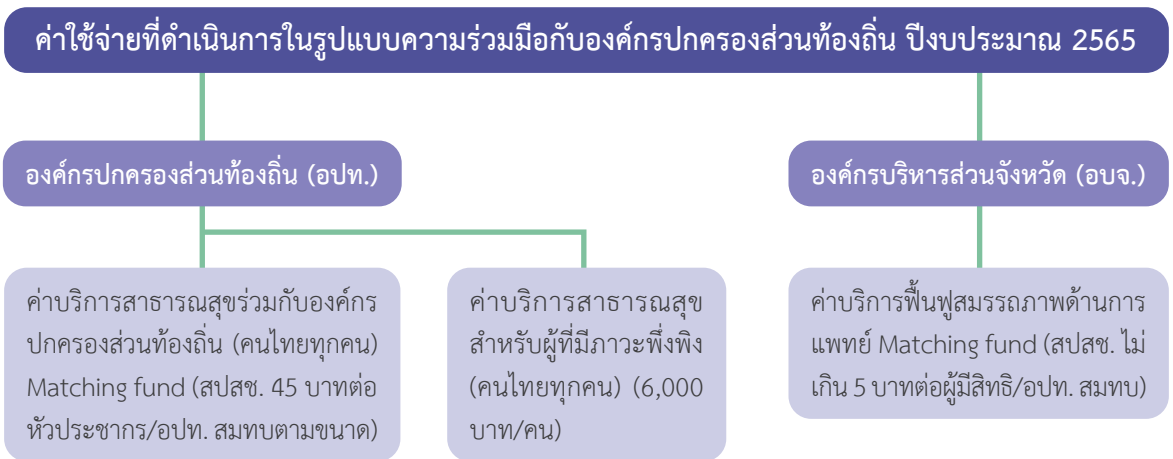
งบประมาณของ กปท. เป็นการสมทบเงินจาก 2 ส่วน (matching fund) คือ สปสช. และ อปท. (ภาพที่ 1) ในช่วงแรก งบประมาณในส่วนที่ สปสช. นำมาร่วมดำเนินการมาจากงบประมาณภายใต้งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการจัดสรรสำหรับบริการย่อย 4 รายการ[ก] คือ[12]

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

หมวดที่ 4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน คือ งบประมาณที่ถูกจัดสรรให้มาเป็นเงินสมทบสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับ อบต. และเทศบาล สำหรับคนไทยทุกคน โดยในช่วงเริ่มต้น กปท. มีจำนวนเงินสมทบจาก สปสช. จำนวน 37.50 บาท/คน และเพิ่มเป็น 45 บาท/คน (ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา) อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2565 ได้มีการแยกงบประมาณออกมาต่างหากเป็นหมวดรายการค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับ อปท. สำหรับคนไทยทุกคน โดยเป็นมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และข้อเสนอจากผลการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมถึงข้อเสนอจากหน่วยงานต่างๆ ในประเด็นการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การแยกงบประมาณดังกล่าวเป็นการเพิ่มโอกาสให้ อปท. ได้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น[8]

[ก] สามารถอ่านเอกสารเผยแพร่ฉบับเต็มเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Health Promotion & Disease Prevention)”

ภาพที่ 1: การสมทบเงิน (matching fund) สนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565

สัดส่วนการสมทบในช่วงแรกมาจาก อปท. ร้อยละ 20, 30 และ 50 สำหรับ อบต. ขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ หรือเทศบาล ตามลำดับ ต่อมาได้เพิ่มเป็นร้อยละ 30, 40, 50 และ 60 สำหรับพื้นที่ อบต. ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ หรือเทศบาลตำบล และเทศบาลเมืองหรือเทศบาลนคร ตามลำดับ ในปี 2557 [6] จนกระทั่งปี 2561 จนถึงปัจจุบัน อปท. จะสมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 30, 40 และ 50 กรณีรายได้ของ อปท. (ไม่รวมเงินอุดหนุน) ต่ำกว่า 6 ล้านบาท, ตั้งแต่ 6 ถึง 20 ล้านบาท และสูงกว่า 20 ล้านบาท ตามลำดับ[11] ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับ อปท. โดยในพื้นที่ สปสช. เขต 1 - 12 เป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการ กปท. สำหรับ สปสช. เขต 13 (กรุงเทพมหานคร) เป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ ค่าบริการดังกล่าว หากมีเงินเหลือหรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใดให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[8]

ด้านขอบเขตการสนับสนุนจากกองทุนฯ

ในตอนแรก แผนงาน/โครงการที่จะได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฯ จะต้องรองรับกิจกรรม 4 ประเภท คือ 1) สนับสนุนการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2) สนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 3) สร้างเสริมสุขภาพของชุมชน และ 4) บริหารจัดการกองทุนฯ และพัฒนาศักยภาพ จากนั้น มีการเพิ่มเติมขึ้นมา 1 ประเภท คือ กรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ จนในปัจจุบันกองทุนมีขอบเขตการสนับสนุน 6 ประเภท ประกอบด้วย[11]

1. การจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข
2. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข
    1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน
    2) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน
4. การบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ ให้มีประสิทธิภาพของ อปท.
5. การช่วยเหลือกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่
6. การขับเคลื่อนมติสำคัญตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิประโยชน์ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และการชะลอภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานและความดัน)

โดยจะมุ่งเน้นให้บริการไปยังประเด็นทางสังคม-สาธารณสุข 2 ประเด็น คือ 1) สุขภาพของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเน้นเรื่องสุขภาพช่องปาก และการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต 2) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นการป้องกัน และติดตามสุขภาพของผู้มีความเสี่ยงและเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

ด้านมาตรการหนุนเสริมการทำงาน

ในช่วงเริ่มต้นของการก่อตั้ง กปท. มีการเพิ่มขึ้นของกองทุนอย่างช้าๆ เช่นเดียวกับความครอบคลุมกลุ่มประชากรและเงินสมทบ ต่อมาทาง สปสช. จึงได้เพิ่มกลไกและโครงสร้างการทำงานที่เอื้อต่อการขยายกองทุนฯ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาระบบรายงานของกองทุนที่มีโปรแกรมบริหารจัดการในระบบออนไลน์ (http://tobt.nhso.go.th/) การสนับสนุนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนหรือแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ การปรับเพิ่มกรรมการบริหารกองทุนฯ การปรับเพิ่มงบประมาณต่อหัวประชากร รวมไปถึงสัดส่วนเงินสมทบของ อปท. และการขยายกิจกรรมที่เน้นการคัดกรองโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมไปถึงกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ[10]

นอกจากนี้ สปสช. ตระหนักถึงความสำคัญของการติดตามและประเมินผลกองทุนฯ จึงพัฒนาระบบการรายงานผลการดำเนินงานและด้านการเงินของแต่ละกองทุนผ่านเว็บไซต์ของ สปสช. โดยให้กองทุนเป็นผู้บันทึกข้อมูลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถติดตามการดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกกองทุน รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลโดยหน่วยงานภายนอก ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอร่วมกับ อปท. นอกจากนี้ จากการทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานของกองทุนฯ ที่ผ่านมา พร้อมกับข้อมูลจากหน่วยงานตรวจสอบภายนอกและจากการรับฟังความคิดเห็นทั่วไป พบว่ายังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพกองทุนฯ และคณะกรรมการกองทุน สปสช. จึงได้กำหนดกิจกรรมและวิธีดำเนินการที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพกองทุนฯ ได้แก่[11]

1. การอบรมสร้างความรู้ความเข้าใจ
2. การกำกับติดตามและประเมินผล
3. การพัฒนากองทุนฯ ให้เป็นศูนย์เรียนรู้ในระดับพื้นที่ (Node)
4. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนฯ (โดยเฉพาะกรรมการใหม่)

คณะกรรมการกองทุนจะได้รับการอบรมสร้างความรู้ความเข้าใจ การประชุมสัมมนา และการศึกษาแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างพื้นที่ที่มีกองทุนต้นแบบในเรื่องต่างๆ ได้แก่

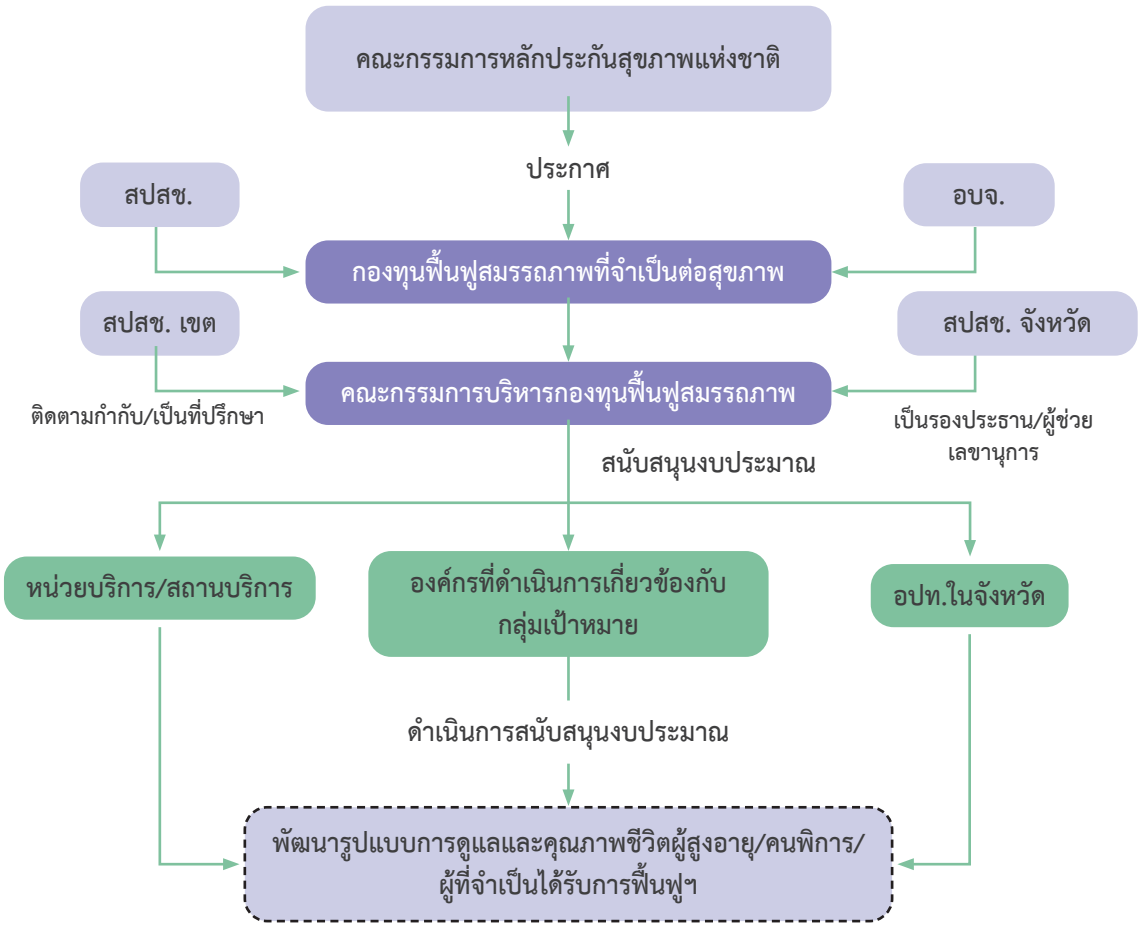
1. การสร้างกระบวนการ การมีส่วนร่วมในการทำงาน การสร้างจิตสำนึก
2. การทำงานเป็นทีม การสร้างผู้นำ
3. การสร้างเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ
4. การป้องกันโรคติดต่อและไม่ติดต่อ
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
6. ระบบการบริหารจัดการที่ดี มีธรรมาภิบาล ยึดระบบคุณธรรม
7. การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แผนสุขภาพชุมชน
8. การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
9. การเขียนโครงการ การกำกับติดตามและประเมินผลโครงการ
10. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมข้อมูลของกองทุนฯ

2.2

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นระดับจังหวัด

จากการดำเนินการ กปท. (โดย อบต. และเทศบาล) ที่มุ่งเป้าเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไปในพื้นที่ ทั้งนี้ ในกรณีที่มีคนพิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้เจ็บป่วยเรื้อรังระยะยาวอยู่ในชุมชน การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งที่จำเป็นและต้องมีกลุ่มวิชาชีพ ที่มีความรู้หรือทักษะที่เหมาะสม อุปกรณ์เครื่องมือที่สามารถให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกถึงที่บ้านหรือในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และความร่วมมือในด้านต่างๆ กับองค์กรภาคี สปสช. จึงได้ขยายการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู (ผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลัน) เกิดการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในระดับจังหวัด โดยมี อบจ. เป็นกลไกหลักในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเฉพาะ กปท. ซึ่งมีหน้าที่บริหารกองทุนในระดับเทศบาล/ตำบล และมีภารกิจเกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและส่งเสริมให้เกิดการดำเนินกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ได้อย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ กรอบแนวทางการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ สามารถสรุปได้ตามภาพที่ 2

ภาพที่ 2: แนวทางการบริหารจัดการกองทุน
ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นระดับจังหวัด



ที่มา: คู่มือการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2555

กองทุนฟื้นฟูฯ ได้เริ่มจัดตั้งเป็นกองทุนขึ้นใน พ.ศ. 2552 เพื่อเป็น “กลไก” ร่วมของ สปสช. และ อบจ. โดยมี อบจ. เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการตั้งงบประมาณของ อปท. เพื่อสมทบกองทุน พ.ศ. 2561 โดย สปสช. และ อบจ. ร่วมสมทบ งบประมาณเข้ากองทุน ตามหลักเกณฑ์สำคัญ 2 ประการ คือ[13]

1. ร่วมกับ อบจ. ที่มีความพร้อมจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนหนึ่ง สมทบกับเงินงบประมาณของ อบจ. อีกส่วนหนึ่ง
2. กำหนดให้มี “คณะกรรมการ” ที่มีองค์ประกอบของ ผู้แทนจาก อบจ. อบต. เทศบาล ผู้แทนจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้แทนจากหน่วยบริการ ผู้แทนจากผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และผู้แทนจากกลุ่ม/องค์กร/ชมรมภาคประชาชน ผู้พิการ/ผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันเป็นคณะกรรมการที่มีอำนาจบริหารจัดการกองทุนฯ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับการแก้ปัญหาให้กับกลุ่มคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทั้งนี้ ในการดำเนินงานของคณะกรรมการฟื้นฟูฯ จำเป็นต้องมีการตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการในรายละเอียด โดยปกติ คณะกรรมการฟื้นฟูฯ จะบริหารจัดการภาพรวมหรือวางแผนเชิงกลยุทธ์เป็นหลัก และให้คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานพิจารณาแผนงานโครงการต่างๆ และนำส่งข้อสรุปให้คณะกรรมการฟื้นฟูฯ พิจารณาต่อไป[13]

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด มีวัตถุประสงค์ คือ[10]

1. ให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในเขตพื้นที่จังหวัด ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็น
2. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการทุกระดับในจังหวัด
3. จัดบริการและอุปกรณ์ให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในท้องถิ่นได้มากขึ้น
4. สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชนและในครอบครัว
5. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการ และองค์กรผู้สูงอายุ และองค์กรอื่นๆ
6. สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ ไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนฟื้นฟูฯ ในรอบปีงบประมาณ

กองทุนฟื้นฟูฯ เริ่มดำเนินการนำร่อง (ปี 2552) ในจังหวัดอำนาจเจริญ อุบลราชธานี และหนองบัวลำภู ภายใต้ชื่อกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ต่อมา สปสช. ได้ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจัดทำประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2554 ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด เพื่อขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั่วประเทศโดยรับสมัคร อบจ. ที่มีความประสงค์เข้าร่วมบริหารจัดการกองทุนและมีความพร้อมในการสมทบงบประมาณ

การดำเนินงานที่ผ่านมาสามารถสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น แต่มีปัญหาติดขัดในการใช้จ่ายงบประมาณในระยะเริ่มต้น เพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนฟื้นฟูฯ มีประสิทธิภาพมากขึ้น สปสช. จึงร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายปรับปรุงประกาศว่าด้วยการตั้งงบประมาณของ อปท. เพื่อสมทบกองทุน ปี 2561 และ ประกาศ สปสช. เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูฯ ปี 2562 เพื่อให้เกิดความสะดวกในการบริหารจัดการให้เป็นไปตามระเบียบ โดยคาดหวังว่าจะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ และการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในจังหวัดอย่างครบวงจร มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีกองทุนฟื้นฟูฯ เป็นกลไกที่สำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานการประสาน หน่วยงาน องค์กรและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและส่งเสริมให้เกิดการดำเนินกิจกรรม การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการตามความจำเป็นแก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี[14]

ระเบียบการบริหารจัดการใหม่สามารถจ่ายงบประมาณเป็นค่าใช้จ่าย ที่คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูฯ อนุมัติ มีดังนี้[14]

1. ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะการจัดบริการ การจัดหา รวมถึงการซ่อมดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
2. ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม สำหรับการจัดให้มีและยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้มีสิทธิ์ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกในชุมชน และการจัดสภาพแวดล้อม
3. ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเงินงบประมาณของ อบจ. ที่สมทบร่วมกันในปีงบประมาณนั้น

จากประกาศนี้ทำให้การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฟื้นฟูฯ เกิดประสิทธิผลมากขึ้น ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายทั้งคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการฟื้นฟูฯ ที่จำเป็นทั้งในหน่วยบริการและชุมชนได้มากขึ้น เป็นการดูแลคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน นับเป็นอีกก้าวหนึ่งของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบัน สปสช. สนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวนไม่เกิน 5 บาท/ผู้มีสิทธิ ในรูปแบบความร่วมมือระหว่าง สปสช. กับ อปท. (ภาพที่ 1)

ปัจจุบันมีการขยายการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูฯ จาก 3 แห่งในปี 2552 เป็น 70 แห่งในปี 2566 ทำให้ผู้พิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามความจำเป็นได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม รวมถึงได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่หน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชน ส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[8] ในการดำเนินงานที่ผ่านมา กองทุนฟื้นฟูฯ จะต้องมีการรายงานผลการดำเนินงานและทำการประเมินตนเองเพื่อจัดระดับการดำเนินงาน ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนที่สำคัญ 4 ส่วน ได้แก่

1. ปัจจัยนำเข้าเพื่อการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. กระบวนการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพกองทุนจังหวัด
3. ผลผลิตจากการดำเนินงาน
4. การได้รับประโยชน์ของผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

นอกจากการประเมินตนเองของกองทุนฟื้นฟูฯ ยังมีการประเมินจากภายนอกเพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งในส่วนของกลไกการสนับสนุนการดำเนินงาน กระบวนการบริหารจัดการของกองทุน ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน รวมไปถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในการดำเนินงานด้วย และเพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งระบบที่สามารถนำมาเสนอแนะประกอบการพัฒนาให้ดีขึ้นได้นั้น จึงต้องทำการประเมินผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ในระดับดำเนินการ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ รวมทั้งจังหวัดที่ยังไม่เข้าร่วมกองทุนเพื่อหาแนวทางให้มีจังหวัดมาร่วมกองทุนเพิ่มขึ้น

2.3

กองทุนดูแลระยะยาวผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) หรือ กองทุน LTC[ข]

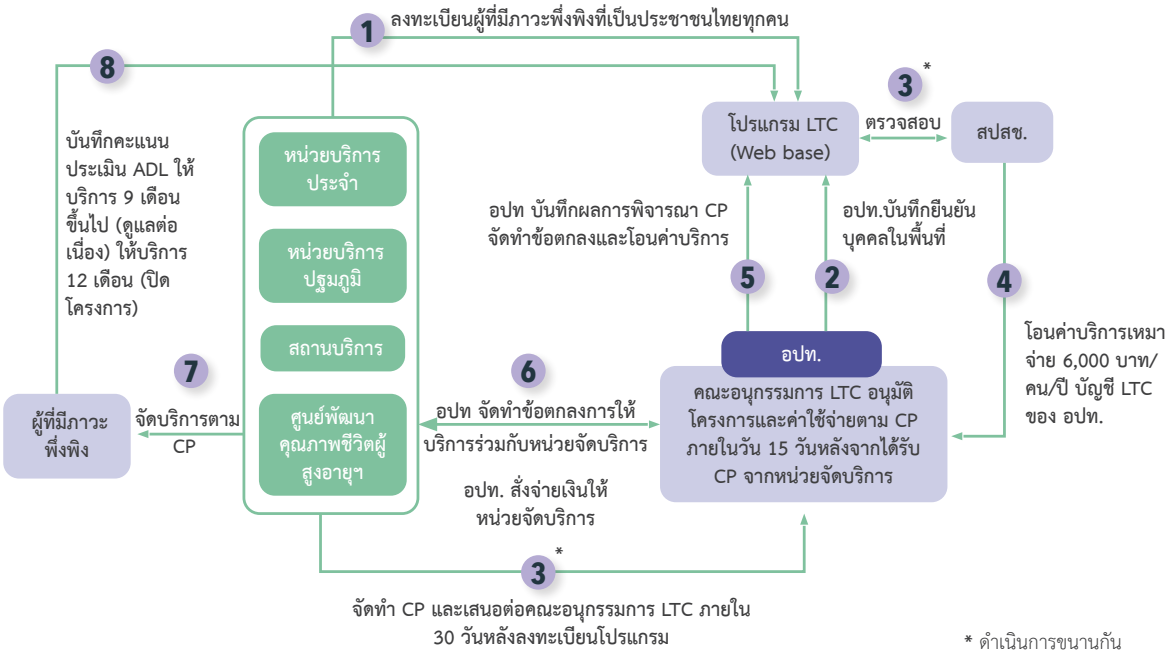
จากสถานการณ์ทางประชากรที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่เพิ่มเข้ามาใน กปท. ตั้งแต่ปี 2559 เพื่อส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน-ติดเตียงที่อยู่ในชุมชน สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีมติสนับสนุนให้เกิดการดูแลในชุมชน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561 และผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์ ประกาศ และระเบียบต่างๆ ของ กปท. ให้สนับสนุนการดำเนินงานของ อปท. (อบต. และเทศบาล) ที่มีความพร้อม ในการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการในพื้นที่ และการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าดำเนินงานบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

[ข] สามารถอ่านเอกสารเผยแพร่ฉบับเต็มเรื่อง “การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Long-term care for dependent elderly in the National Health Security System)”

จากนั้น ในปี 2562 ได้มีการขยายสิทธิการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ครอบคลุมบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้ป่วยที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียง) ทุกกลุ่มอายุ ทุกสิทธิ (ได้แก่ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กล่าวคือ ประชาชนคนไทย ไม่จำกัดอายุ ไม่จำกัดสิทธิ ที่ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ได้คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน สามารถได้รับบริการจากกองทุน LTC[15]

กองทุน LTC ต่อยอดการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลประชาชนในพื้นที่ สปสช. และ อปท. ที่มีการดำเนินงาน กปท. และมีความพร้อมในการจัดการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดย อบต./เทศบาล สามารถลงทะเบียนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นคนไทยที่อยู่ในพื้นที่ของตนเองในโปรแกรม LTC เพื่อให้ทาง สปสช. ตรวจสอบ และให้คณะอนุกรรมการ LTC อนุมัติ เพื่อจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอลต่อไป โดย อบต./เทศบาล จะได้รับเงินเพิ่มในส่วนค่าบริการ 6,000 บาท/คน จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่ต้องสมทบเงิน (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 3: ขั้นตอนการเข้ารับบริการสาธารณสุข
สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565

กองทุน LTC เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นตามความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และ สปสช. เพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผ่านการบริการของ “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน” และ “เครือข่ายหน่วยบริการ” ประจำพื้นที่ โดย สปสช. ได้รับงบประมาณสนับสนุนในเบื้องต้น 600 ล้านบาท เพื่อบริการดูแลกิจกรรมและกิจการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นการบริการที่บริหารจัดการโดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ศูนย์บริหารจัดการให้บริการอย่างต่อเนื่องเป็นการให้บริการที่บ้านและในพื้นที่ชุมชน วงเงินอีก 100 ล้านบาท จัดสรรไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จำนวน 1,000 แห่ง แห่งละ 100,000 บาท เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกร่วมกับ อปท. และทำหน้าที่ “รับส่งต่อ” ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องให้บริการในหน่วยบริการ[16]

กองทุน LTC เน้นให้บริการดูแลกิจกรรมและกิจการในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ ประกอบด้วย 1) บริการสาธารณสุข เช่น บริการการตรวจคัดกรอง บริการดูแลที่บ้าน บริการกายภาพบำบัด บริการพยาบาล พร้อมอุปกรณ์เครื่องช่วย และ 2) บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ ขั้นตอนและบริการของกองทุน LTC ประกอบด้วย 1) การประเมินก่อนให้บริการและวางแผน Care Plan 2) การให้บริการระยะยาวโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) โดยมีกิจกรรมตาม Care Plan 3) การให้บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยผู้ช่วยผู้ดูแล (Caregiver) หรือเครือข่ายอาสา 4) การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ 5) การประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแล

ในช่วงครึ่งปีหลังของปี 2565 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติให้สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่แก่บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตาม Care Plan และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยให้หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. เป็นหน่วยงานจัดทำโครงการ โดยใช้งบประมาณจากค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ กปท. หรือ กองทุนฟื้นฟูฯ

นอกจากนี้ มีการบูรณาการความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาติเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย โดยมีการกำหนดบทบาทและภาระหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานชัดเจน ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข

1. ส่งเสริมและจัดให้หน่วยงานและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือ อปท. ให้สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความพร้อม ความเหมาะสม และตามภารกิจที่ตกลงกัน
2. เตรียมความพร้อมของระบบบริการเพื่อรองรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รวมทั้งประสานและสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อปท. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสาสาธารณสุข เพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
3. จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. ดำเนินการประเมินผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และจัดทำ Care plan เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจาก กปท. ต่อไป
4. จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และรับค่าบริการตามอัตราการชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับ อปท. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

สปสช.

1. ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้ อปท. เป็นผู้จัดตั้งระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ และสามารถบริหารจัดการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์
2. จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการและ กปท. เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ ตามภารกิจที่ตกลงกันตามกรอบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย
3. ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ อปท. อันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปได้ด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

สมาคมสันนิบาติเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้ อปท. สามารถดำเนินการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่

3

ระบบอภิบาลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กลไกอภิบาลหลักในการดำเนินงานบริหารกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ คือ คณะกรรมการบริหารกองทุนทั้ง 3 ประเภท ซึ่ง สปสช. ได้กำหนดโครงสร้างของคณะกรรมการกองทุนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการ ทำให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกันในการพิจารณาโครงการ กิจกรรม งบประมาณ และหลักเกณฑ์ในการให้บริการ เพื่อให้เกิดการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

นอกจากนี้ ยังมีคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน ที่ได้รับการแต่งตั้งเพื่อทำหน้าที่เฉพาะ โดยสำหรับการบริหาร กปท. คณะกรรมการกองทุนสามารถแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อพิจารณารายละเอียดของโครงการ/กิจกรรมก่อนการอนุมัติ นอกจากนี้ สปสช. มีนโยบายติดตามการใช้งบประมาณของ กปท. โดยมีกลไกการกำกับติดตามด้วยคณะอนุกรรมการ ดังนี้[8]

1 คณะอนุกรรมการตรวจสอบ จะรายงานผลต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบ คือ

1. เพื่อให้มั่นใจว่าการจัดสรรงบประมาณเป็นไปตามประกาศ หลักเกณฑ์ และระเบียบที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อให้มั่นใจว่าผลการดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ / เป้าหมาย / ตัวชี้วัดที่กำหนด อย่างมีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ถูกต้องตามระเบียบ ข้อบังคับ คู่มือแนวทางที่กำหนด
3. เพื่อสอบทานระบบการควบคุมภายในว่าเหมาะสมเพียงพอที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์
4. เพื่อทราบถึงปัญหาอุปสรรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
5. เพื่อให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นเพื่อแก้ไข/ปรับปรุงการปฏิบัติงาน

2

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จะรายงานผลต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประสิทธิภาพ กปท. ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีทุกภาคส่วน ให้มีหน้าที่ส่งเสริมและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในมิติต่างๆ เช่น โครงสร้าง การจัดบริการ และพัฒนาคุณภาพของการดำเนินงานของ กปท. เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอต่อการพัฒนาการดำเนินงาน และการติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของ กปท.

สำหรับกองทุนฟื้นฟูฯ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่สามารถแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูฯ เพื่อประเมินความครอบคลุมและคุณภาพบริการ และมีคณะอนุกรรมการตรวจสอบ ตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เช่นเดียวกับ กปท. ในขณะที่กองทุน LTC มีคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพิจารณา Care Plan ค่าใช้จ่ายตาม Care Plan และคุณสมบัติของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

นอกจากนั้น สปสช. จัดให้มีกลไกอภิบาลในระดับเขต โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มอบหมายให้ สปสช. เขต กำกับและติดตามการดำเนินงานของ กปท. เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและกำกับติดตามการเบิกจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ผ่านกิจกรรมดังนี้ [8]

1. การวิเคราะห์ข้อมูล กปท. ที่มีรายงานเงินคงเหลือมียอดสูงกว่ารายงานเงินคงเหลือจาก ธ.ก.ส. เพื่อลงพื้นที่ตรวจสอบหาข้อเท็จจริงร่วมกับท้องถิ่นและกลไกในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องเฝ้าระวังในกรณีที่มีสัญญาณการดำเนินการที่ไม่สุจริต
2. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน กปท. ให้มีความรู้ในเรื่องระบบบริการสุขภาพชุมชน เรื่องระเบียบ/ประกาศที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ประกอบการทำงานสร้างความเข้าใจในการดูและตรวจสอบรายงานทางบัญชีในระดับพื้นฐาน รวมถึงการพัฒนาความสามารถในการกำกับและติดตามการดำเนินงานของกองทุน
3. ผู้บริหารระดับเขตต้องสื่อสารชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน กปท. ให้เห็นความสำคัญในการกำกับติดตาม ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อสำนักงาน บุคลากรของสำนักงานในการที่ไม่ปฏิบัติตามประกาศฯ/แนวทางการดำเนินงานที่กำหนด
4. การเผยแพร่ผลการดำเนินงานของกองทุนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ อปท. รวมทั้งอาจให้บางหน่วยงาน เช่น ท้องถิ่นจังหวัด ช่วยกำกับติดตามด้วย

นอกเหนือจากการมีกลไกอภิบาลระบบในการบริหารกองทุนทั้ง 3 ประเภทในระดับนโยบายส่วนกลางและระดับพื้นที่เขต ได้มีการตั้งกลไกอภิบาลระบบร่วมกันระหว่าง สปสช. และกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้ทั้งสองหน่วยงานมีบทบาทในการร่วมวางหลักเกณฑ์การดำเนินงาน โดยเฉพาะเรื่องการสมทบเงินเข้า กปท. และกองทุนฟื้นฟูฯ และการพัฒนาช่องทางการสื่อสาร เพื่อลดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน

4

ผลสำเร็จ

4.1

การบูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ

ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย กปท. กองทุนฟื้นฟูฯ และกองทุน LTC ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังเป็นรูปธรรมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) สปสช. 2) กระทรวงสาธารณสุข 3) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 4) กระทรวงมหาดไทย 5) สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย 6) สมาคมสันนิบาติเทศบาลแห่งประเทศไทย และ 7) สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย รวมไปถึงการบูรณาการร่วมกับกลไกต่างๆ ในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต กรุงเทพฯ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ตามประเด็นสุขภาพ และตามกลุ่ม

4.2

ความครอบคลุมของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

1

เป้าหมาย

กปท. เริ่มดำเนินการเมื่อปี 2549 มี อบต./เทศบาลเข้าร่วมเป็น อปท. นำร่อง 888 แห่ง จากนั้น อบต./เทศบาลเข้าใจในกระบวนการและยินดีเข้าร่วมมากขึ้น จนปัจจุบันในการบริหารงบประมาณปี 2566 มี อบต./เทศบาล ที่มีความพร้อมเข้าร่วมดำเนินงาน กปท. รวมทั้งสิ้น 7,753 แห่ง จากทั้งหมด 7,774 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.7 (ภาพที่ 4) และสัดส่วนการสมทบเงินจาก อบต./เทศบาล เพิ่มขึ้นเช่นกัน (ภาพที่ 5) นอกจากนี้ ประชาชนได้รับประโยชน์จาก กปท. ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562 - 2566) จำแนกโครงการตามกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอด 2) เด็กเล็ก/เด็กก่อนวัยเรียน 3) เด็กวัยเรียน/เยาวชน 4) วัยทำงาน 5) ผู้สูงอายุ 6) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7) คนพิการ/ทุพพลภาพ 8) ประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง (ภาพที่ 6)

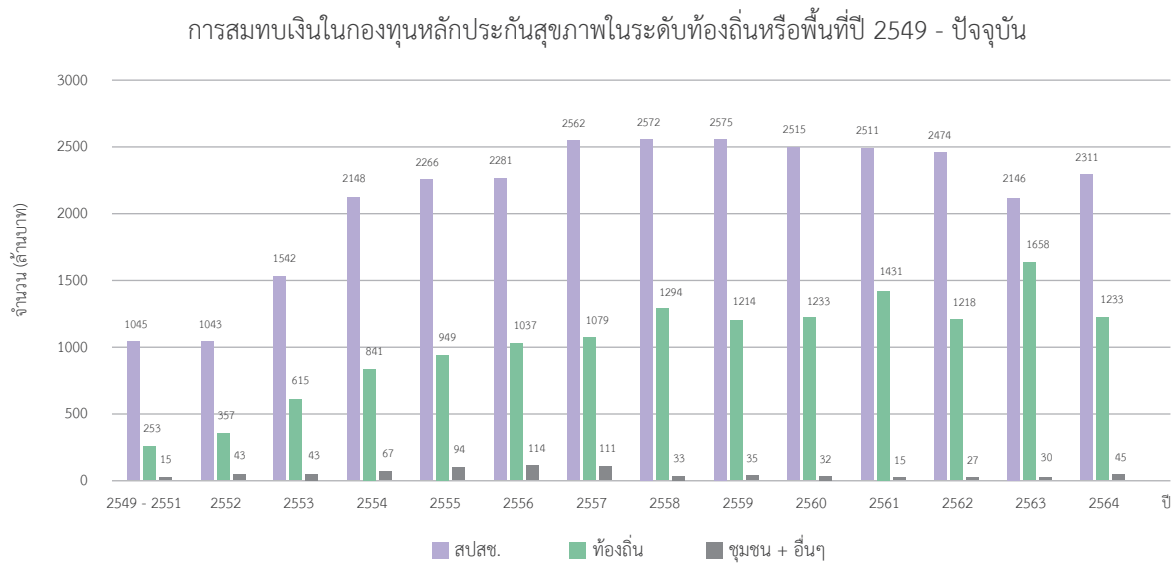
และจำแนกตามประเภทกิจกรรมที่ กปท. สนับสนุน ดังนี้ 1) การจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข 2) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3) การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข (ศูนย์ฯ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) 4) การบริหารหรือพัฒนา กปท. ให้มีประสิทธิภาพ 5) การช่วยเหลือกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ และ 6) การขับเคลื่อนมติสำคัญของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ได้แก่ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และการชะลอภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานและความดัน) (ภาพที่ 7)

ภาพที่ 4: จำนวนกองทุนภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (พ.ศ. 2549 - 2566)



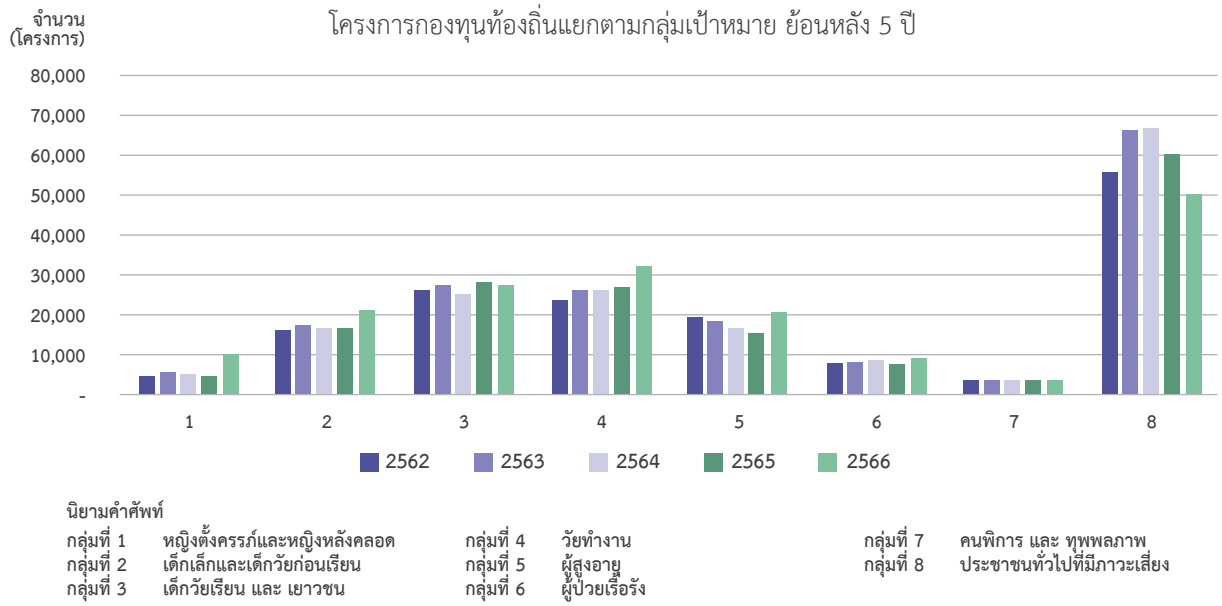
ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2552 - 2565

ภาพที่ 5: จำนวนเงินสมทบเพื่อดำเนินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จากงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเงินสมทบจากชุมชนและอื่นๆ (พ.ศ. 2549 - 2564)



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2552 - 2565

ภาพที่ 6: จำนวนโครงการภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำแนกตามประชากรกลุ่มเป้าหมาย (พ.ศ. 2562 - 2566)

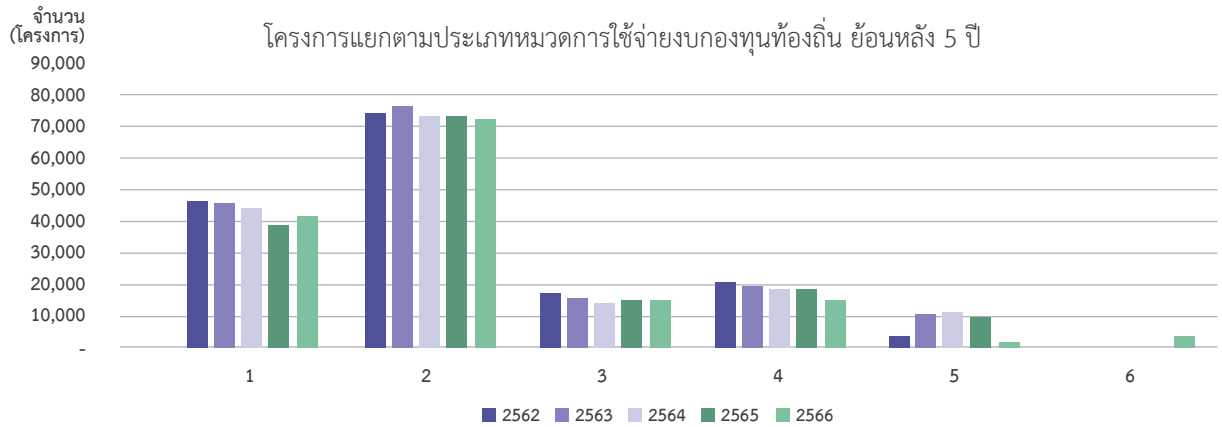


นิยามคำศัพท์

กลุ่มที่ 1	หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด	กลุ่มที่ 4	วัยทำงาน	กลุ่มที่ 7	คนพิการ และ ทุพพลภาพ
กลุ่มที่ 2	เด็กเล็กและเด็กวัยก่อนเรียน	กลุ่มที่ 5	ผู้สูงอายุ	กลุ่มที่ 8	ประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
กลุ่มที่ 3	เด็กวัยเรียน และ เยาวชน	กลุ่มที่ 6	ผู้ป่วยเรื้อรัง		

ที่มา: รายงานผลการดำเนินกลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566)

ภาพที่ 7: จำนวนโครงการภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำแนกตามประเภทกิจกรรม (พ.ศ. 2562 - 2566)



ประเภท 1	สนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข	ประเภท 4	สนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ
ประเภท 2	สนับสนุนองค์กรหรือกลุ่มประชาชน/หน่วยงานอื่น	ประเภท 5	สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ
ประเภท 3	สนับสนุนศูนย์ฯ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ	ประเภท 6	สนับสนุนตามมติบอร์ด (ผ้าอ้อม/ชะลอไต)

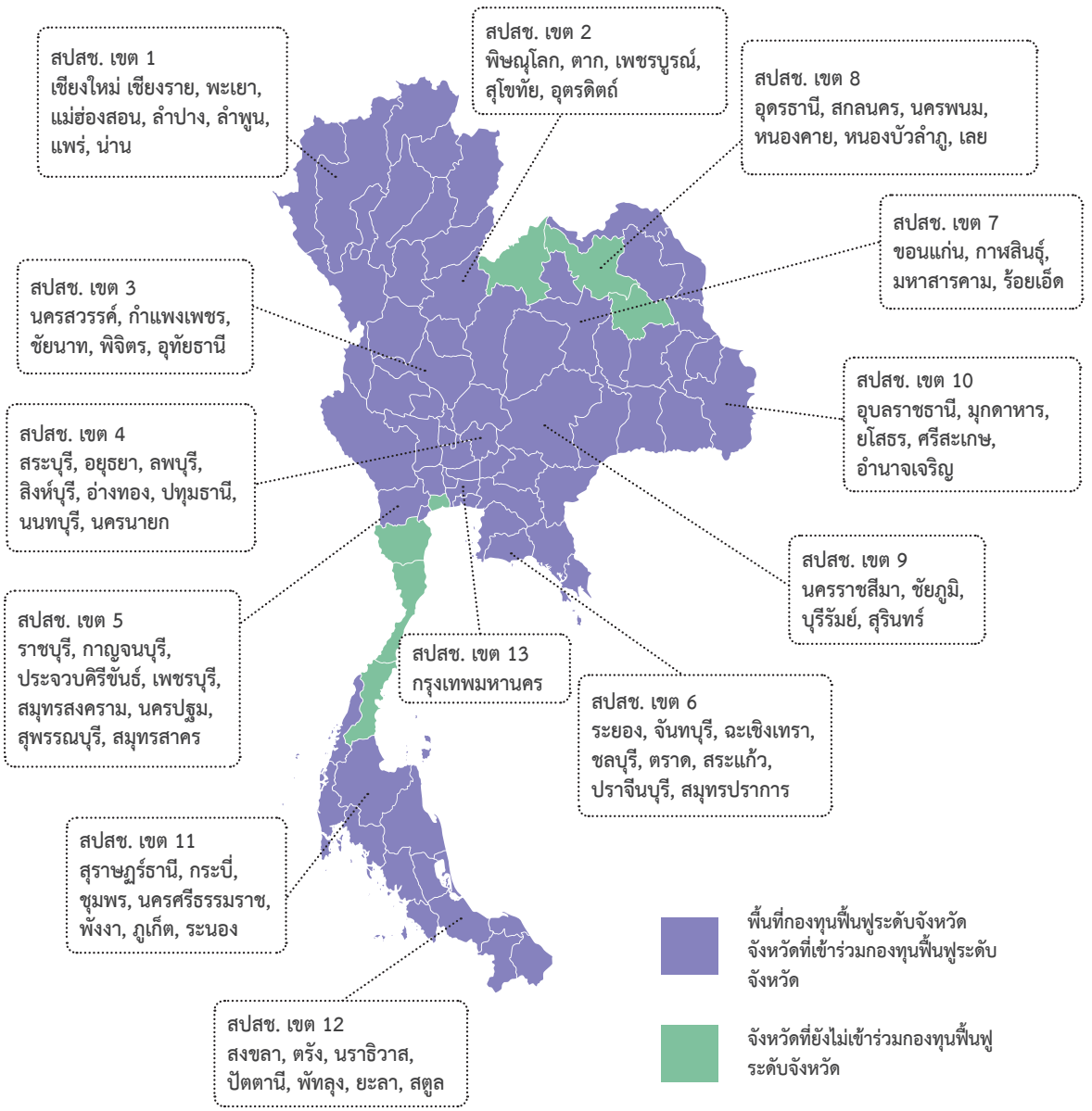
ที่มา: รายงานผลการดำเนินกลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566)

2

สำหรับความครอบคลุมของกองทุนฟื้นฟูฯ จากเดิมที่มี อบจ. นำร่องเพียง 3 แห่งเข้าร่วมกองทุนฟื้นฟูฯ ปัจจุบัน ในการบริหารงบประมาณปี 2566 มี อบจ. เข้าร่วมกองทุนฟื้นฟูฯ ครอบคลุม 70 จังหวัด จาก 76 จังหวัดทั่วประเทศ (คิดเป็นร้อยละ 89.6) ทำให้สามารถสนับสนุนการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้กับคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู (ผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลัน) ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ภาพที่ 8: จำนวนองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในปี 2567

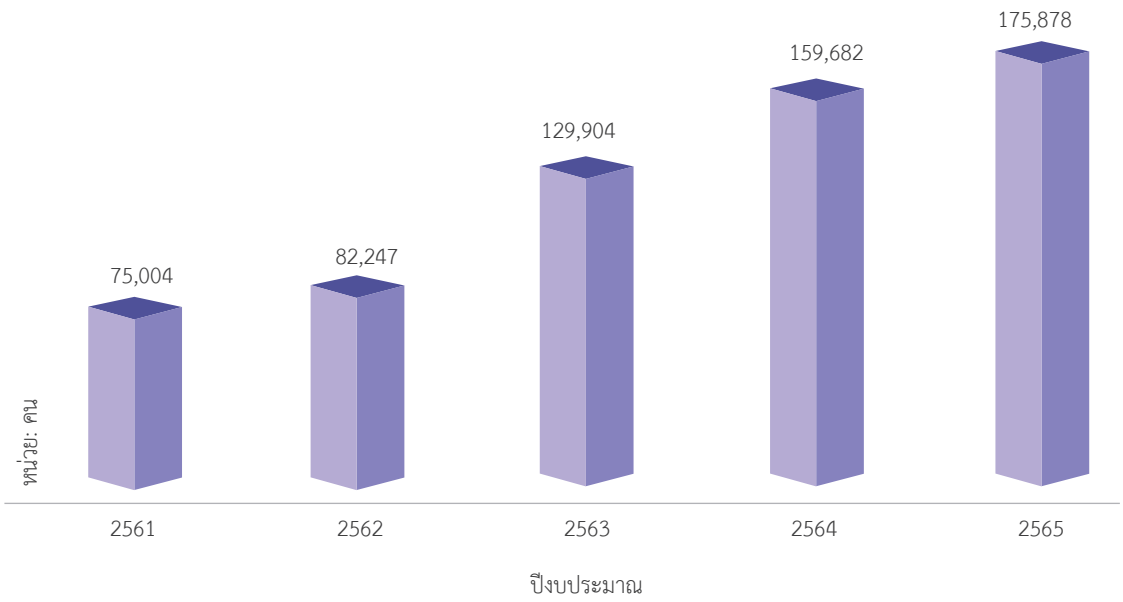
จำนวนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด มีองค์การบริหารส่วนจังหวัดเข้าร่วมดำเนินงานกองทุนฯ ปี 2567 จำนวนทั้งสิ้น 70 แห่ง



ที่มา: รายงานผลการดำเนินกลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566)

3 สำหรับกองทุน LTC ที่เป็นบริการเพิ่มเติมจาก กปท. ที่ตั้งแต่ปี 2562 ได้ขยายสิทธิการได้รับบริการให้ครอบคลุมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ทำให้ในปี 2566 มี อบต./เทศบาล ที่มีความพร้อมเข้าร่วมดำเนินงาน จำนวน 7,214 แห่ง จากทั้งหมด 7,774 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 93.0) และในปี 2565 มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan จำนวน 175,878 คน จากเป้าหมาย 165,018 คน (ภาพที่ 9)

ภาพที่ 9: จำนวนประชากรผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรักษาในชุมชน



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565

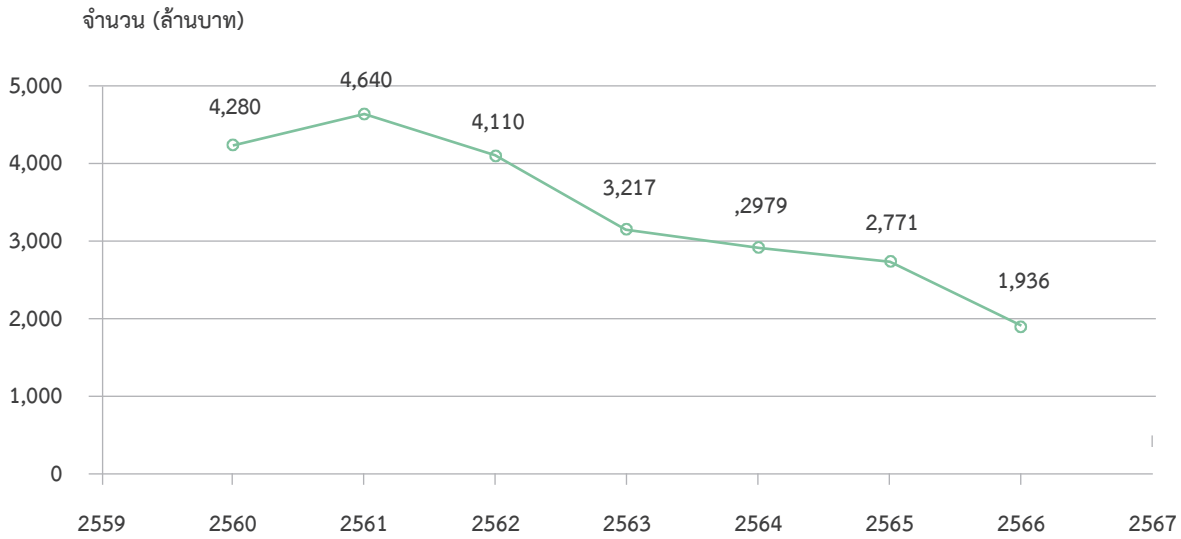
4.3

การบริหารจัดการงบประมาณ

ตั้งแต่มีการปรับปรุงประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการ กปท. พ.ศ. 2561 ทำให้แนวโน้มเงินสะสมคงเหลือของ กปท. ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากมาตรการเพิ่มเติม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 เป็นต้นมา ได้แก่ 1) มาตรการลดเงินขาเข้า มีการแก้ไขประกาศไม่สมทบเงินกรณี กปท. มีเงินเหลือมากกว่า 2 เท่าของรายรับกองทุนฯ และ 2) มาตรการเพิ่มการใช้เงินกองทุนฯ ซึ่งมีเป้าหมายให้กองทุนฯ สนับสนุนการดำเนินงานที่ชัดเจน 4 เรื่อง ประกอบด้วย โครงการลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้แนวโน้มเงินสะสมคงเหลือลดลงอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 10)

นอกจากนี้ สปสช. ได้ปรับหลักเกณฑ์การสนับสนุน อปท. ในการบริหารจัดการ กปท. (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 ให้อำนาจประธานกรรมการกองทุนฯ อนุมัติโครงการหรือกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขกรณีเกิดการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อได้ตามความจำเป็นไม่เกิน 100,000 บาทต่อโครงการ ส่งผลให้มี อปท. ทั่วประเทศร่วมจัดทำโครงการต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดโควิด-19 ให้แก่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาอันสั้น อาทิ ทำหน้ากากผ้าเพื่อป้องกัน สอนทำเจลล้างมือ และรณรงค์ให้ความรู้ป้องกันโรคให้กับประชาชน เป็นต้น โดยเป็นหนึ่งในกลไกที่มีศักยภาพช่วยสนับสนุนการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดโควิด-19 ของประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีการจัดทำโครงการเพื่อควบคุมป้องกันและดูแลประชาชนจากโควิด-19 มากกว่า 83,900 โครงการ รวมงบประมาณ 3,800.74 ล้านบาท[8]

ภาพที่ 10: จำนวนเงินคงเหลือ (ล้านบาท) ของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ระหว่าง พ.ศ. 2560 - 2566



ที่มา: รายงานผลการดำเนินกลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566)

4.4

การประเมินจากหน่วยงานภายนอก

สปสช. ร่วมกับสถาบันวิชาการ ได้แก่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยขอนแก่น ดำเนินโครงการประเมินผลการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย กปท. กองทุนฟื้นฟูฯ และกองทุน LTC พบว่า กองทุนเป็นกลไกการดำเนินงานเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ที่มีประโยชน์ โดยมี อปท. ทำหน้าที่เป็นกลไกประสานและดำเนินงาน การทำความเข้าใจต่อทิศทางแนวปฏิบัติตามขั้นตอนและกฎเกณฑ์ต่างๆ ร่วมกัน เป็นเรื่องที่จำเป็น เพื่อลดข้อกังวลต่อการท้วงติงจาก สตง.[14, 16, 17]

นอกจากนี้ กองทุนทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นเกิดความตื่นตัวและสนใจงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้น โดยเฉพาะท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมให้ความสนใจในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น ซึ่งผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานของกองทุน และที่ผ่านมา ผู้แทนที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมาจาก อปท. จะมีส่วนร่วมสูงกว่าภาคชุมชน มีการร่วมมือกันระหว่าง อบต. กับสถานีอนามัย/โรงพยาบาลชุมชน (ทั้งนี้ ระดับการมีส่วนร่วมจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการและประเภทของกองทุน) นอกจากนี้ เนื่องจากมิติด้านสุขภาพของท้องถิ่นและชุมชนกว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้เกิดกิจกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพที่มีความหลากหลาย และสอดคล้องกับบริบทของปัญหาสุขภาพในปัจจุบันที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปมากขึ้น[14, 16, 17]

5
ความท้าทาย

1

ข้อได้เปรียบของ อปท. คือการเป็นหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน สามารถเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว จึงทำให้ อปท. เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาด้านต่างๆ ในระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมา อปท. เป็นกลุ่มเป้าหมายและอาจถูกทับถม (bombard) ไปด้วย แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม มากมายจากภาคส่วนต่างๆ จนอาจเกิดภาวะงานล้นมือ (overload) และความทับซ้อนของกิจกรรมจากหน่วยงานต่างๆ

2

กองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย กปท. กองทุนฟื้นฟูฯ และกองทุน LTC มีข้อกำหนดและเงื่อนไขในการสนับสนุนค่อนข้างมาก จึงทำให้การดำเนินงานล่าช้าและขาดอิสระ นอกจากนี้ โครงการภายใต้กองทุนเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นโครงการขนาดเล็ก จึงสมควรปรับให้กฎระเบียบในการบริหารจัดการกองทุนมีความคล่องตัวมากขึ้น

3

การทำความเข้าใจเรื่องความถูกต้องในการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นความกังวลจากการถูกตรวจสอบโดย สตง. เรื่องการจัดสรรงบอุดหนุนให้แก่ส่วนราชการที่มีงบประมาณของตนเอง ซึ่งเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและไม่สอดคล้องกับบริบทการบริหารกองทุน ทำให้เกิดความกังวลของชุมชนและท้องถิ่นในการใช้งบประมาณ

4

การพัฒนากิจกรรม ยังมีช่องโหว่ที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะเรื่องการจัดกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมให้กับชุมชนและท้องถิ่น เนื่องจากการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ยังเป็นกิจกรรมที่ไม่มีการอ้างอิงข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการในพื้นที่ กิจกรรมที่ผ่านมาส่วนใหญ่จึงมีลักษณะเป็นการแจกจ่ายวัสดุสิ่งของ (และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น) โดยเฉพาะการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ที่มีจำนวนไม่มาก และกิจกรรมส่วนใหญ่ยังมีลักษณะเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว มากกว่าการจัดบริการอย่างเป็นระบบ

5

นโยบายของจังหวัดและส่วนกลางยังคงมีอิทธิพลต่อวิธีการคิดของชุมชนและท้องถิ่น ซึ่งยังขาดทักษะในการประยุกต์เพื่อพัฒนาแผนในการแก้ปัญหาได้อย่างเต็มที่ ทำให้กิจกรรมส่วนใหญ่ยังไม่เป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการจัดอบรม ศึกษาดูงาน และติดตามผลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ก็ยังขาดกลไกหลักในการจัดการเพื่อให้เกิดกระบวนการถอดบทเรียนและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกองทุนต่างพื้นที่ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการเรียนรู้และพัฒนา

6

ข้อเสนอแนะ

1. การขยายบทบาทของ อปท. ให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ทั้งหมด ยกระดับเป็น “ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” (P&P community) ผ่านกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสามารถพัฒนาตามองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพ 6 ประการ (6 Building Blocks of Health System) ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ 1) ระบบบริการ (Service delivery system) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information system) 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & technologies) 5) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Health financing) และ 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาล (Leadership/Governance) ซึ่งผลลัพธ์สำคัญ คือ การเข้าถึงบริการ ความครอบคลุมของบริการ และคุณภาพบริการ ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของประชาชนได้จริง (Responsiveness)

2. การพัฒนากลไกการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อต่ออายุของกองทุน เพื่อนำไปสู่การขยายผลในวงกว้าง สามารถขับเคลื่อนงานของกองทุนให้มีความก้าวหน้าออกไป ซึ่งจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการเรื่องข้อมูล และความรู้ โดย สปสช. มีเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ พร้อมระดมความคิดเห็น จึงเป็นการสมควรที่จะสร้างพื้นที่ให้ อปท. นำเสนอผลการดำเนินงาน รวมไปถึงการถอดบทเรียนประสบการณ์การทำงานกองทุน และนวัตกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และต่อยอดการดำเนินงานได้

3 นอกเหนือจากการบูรณาการความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (เช่น สปสช. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย) การบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่มีพันธกิจในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นก็มีความสำคัญ ตัวอย่างหน่วยงานดังกล่าว ได้แก่

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานที่สร้างกลไกนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และประเมินความก้าวหน้าของการสร้างเสริมสุขภาพทั้งระบบ
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพภาคประชาชน
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิเคราะห์และประเมินประสิทธิผลงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจ

ปัจจุบัน หน่วยงานที่มีพันธกิจในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นเหล่านี้ดำเนินการในส่วนที่หน่วยงานของตนเกี่ยวข้องตามความถนัดและความสนใจ ยังขาดการประสาน แลกเปลี่ยน และประเมินผลร่วมกัน ซึ่งสิ่งที่ได้เกิดขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คือ ทุนทางปัญญาในพื้นที่ต่างๆ หากแต่ว่าขาดการต่อยอดทุนทางปัญญาในระดับประเทศ จึงจำเป็นต้องบูรณาการความร่วมมือร่วมกับหน่วยงานเหล่านี้ด้วย เพื่อทำให้เกิดเอกภาพ และมีเจ้าภาพดูแลรับผิดชอบโครงสร้างของระบบต่างๆ ที่ชัดเจน เช่น ระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการพัฒนากำลังคนทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน และระบบการติดตามและประเมินผล เป็นต้น

4 การจัดการระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้เป็นปัจจุบันสำหรับใช้ในการดำเนินงานตามแผนได้ตรงกับพื้นที่

5 การจัดทำโครงการจากระดับชุมชนให้มากขึ้นโดยเฉพาะในเขตเมือง

6 เน้นการพัฒนาศักยภาพภาคประชาชนให้เข้มแข็งในการจัดทำโครงการ

7

สรุป

อปท. เป็นองค์กรภาครัฐที่จัดตั้งตามหลักการกระจายอำนาจ และใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ภารกิจหลักของ อปท. ครอบคลุมตั้งแต่การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การศึกษา รวมไปถึงการจัดระบบบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ขณะเดียวกัน สปสช. ตระหนักถึงความสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนในระดับท้องถิ่น จึงได้ใช้อำนาจหน้าที่ตามมาตรา 47 ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขึ้นในปี 2549 เพื่อเป็นกลไกในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และบริการปฐมภูมิเชิงรุกในระดับชุมชน โดยให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของ อปท. เกิดมีกองทุน 1) กปท. เน้นการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไป 2) กองทุนฟื้นฟูฯ แก้ปัญหาสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่ต้องได้รับการฟื้นฟู และ 3) กองทุน LTC ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง

กลไกสำคัญของการบริหารจัดการกองทุน คือ การสมทบเงินร่วมกันระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับงบประมาณของ อปท. ทำให้เกิดการบูรณาการในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ ปัจจุบัน มี อบต./เทศบาล เข้าร่วมดำเนินงาน กปท. ร้อยละ 99.7 อบจ. เข้าร่วมกองทุนฟื้นฟูฯ ร้อยละ 89.6 และ อบต./เทศบาล เข้าร่วมกองทุน LTC ร้อยละ 93.0

อย่างไรก็ตาม การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ยังต้องมีการพัฒนา โดยเฉพาะเรื่องการเพิ่มศักยภาพในการจัดทำ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ให้กับชุมชนและท้องถิ่น เพื่อในอนาคต อปท. สามารถบริหารจัดการกองทุนให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ได้ทั้งหมด และขยายความร่วมมือให้ครอบคลุมหน่วยงานที่มีพันธกิจในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น เกิดเอกภาพในการทำงานเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนได้ตรงตามความต้องการอย่างแท้จริงและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. โชคสุข กรกิตติชัย. (2561). องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. สืบค้น 6 เมษายน 2567 จาก www.parliament.go.th (article_20181207140505)

2. วสันต์ เหลืองประภัสร์. (2547). สารานุกรมการปกครองท้องถิ่นไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

4. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2564). แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.

5. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สรุปเส้นทางการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่ อบจ. เว็บไซต์ https://www.hfocus.org/content/2023/12/29374. เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

7. พจนีย์ มโนดำรงธรรม. (2557). การศึกษาผลดีของโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อประชาชน ศึกษาเฉพาะกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

9. ประพจน์ บุญมี. (2555). ครบเครื่อง “เรื่องหารือ” 1 กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น. สระบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4.

10. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2554). รายงานฉบับสมบูรณ์การศึกษาผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ. 2561). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

12. นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์. (2564). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โครงการจัดกระบวนสร้างองค์ความรู้และถอดบทเรียนพร้อมทั้งจัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่งานระบบหลักประกันสุขภาพฯ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

14. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (ม.ป.ป.). การประเมินผลสัมฤทธิ์การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

15. มงคล ธงชัยธนาวุฒิ. (2563). การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการจัดกระบวนสร้างองค์ความรู้และถอดบทเรียนพร้อมทั้งจัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่งานระบบหลักประกันสุขภาพฯ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

16. สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินผลลัพธ์และยกระดับการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น “กองทุน” ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

17. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กรณีศึกษาการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบ การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาการเด็ก และการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

ดัชนี

กรุงเทพมหานคร 9, 10, 13, 19, 26
กองทุนดูแลระยะยาว 18, 19, 36
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ 2, 18, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 51
กองทุนสุขภาพตำบล 20
กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น 18, 19, 20, 21, 49, 50, 54
การกระจายอำนาจ 9, 11, 12, 13, 61
การปกครองส่วนท้องถิ่น 9, 10, 22
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 50, 55, 58, 61
การสมทบเงิน 17, 25, 26, 45, 48, 61
เทศบาล 9, 10, 11, 13, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 30, 32, 36, 37, 38, 39, 41, 47, 48, 52, 61
แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 4, 40
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3, 4, 23, 36, 37, 38, 44
มาตรา 47 16, 17, 61
เมืองพัทยา 9, 10, 11, 13, 19
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ 13, 14, 16, 19, 20, 43, 47, 55, 56, 58, 59, 61
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2, 9, 10, 11, 16, 49
องค์การบริหารส่วนจังหวัด 9, 10, 11, 19, 21, 47, 51
องค์การบริหารส่วนตำบล 9, 10, 11, 19, 21, 22, 38, 39, 41, 47
อภิบาล 42, 43, 45, 58

การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

โครงการสังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานสำคัญของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับภาษาอังกฤษ / ภาษาไทย

ผู้แต่ง นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์

ปีที่พิมพ์ 2567

พิมพ์ครั้งที่ 1 e-book

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์.
การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่.-- กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567.
67 หน้า.

1. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ. I. ชื่อเรื่อง.

368.42
ISBN 978-616-490-125-4

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
Website: www.nhso.go.th

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี
นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา
นายวีระชัย ก้อนมณี
นายดุสิต ศรีโคตร
นายอาทิตย์ วสุรัตน์

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วินัย สวัสดิวร
เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัชรนฤมล

ผู้แต่ง

ดร. นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
นางสาวแคทลียา คงสุภาพศิริ
นางประทีป นัยนา
นางสาวปาณฉัตร ทิพย์สุข