การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

The Application of Community Health Assembly to Local Health Security Fund, Pattani Province

อาหามะ เจ๊ะโซะ

Ahama Jehsoh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Health System Management
Prince of Songkla University
2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

ผู้เขียน นายอาหามะ เจ๊ะโซะ

สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงค์เทพ สุธีรวุฒิ)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบง ชัยเจริญวัฒนะ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงค์เทพ สุธีรวุฒิ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา หนูนิล)

.....กรรมการ
(ดร.กุลทัต หงส์ชยางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำหรับการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงค์เทพ สุธีรวุฒิ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นายอาหามะ เจ๊ะโซะ)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....อาหามะ เจ๊ะโซะ.....

(นายอาหามะ เจ๊ะโซะ)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี
ผู้เขียน นายอาหามะ เจ๊ะโซะ
สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา 2558

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 45 คน จาก 15 ตำบล ระยะเวลาเก็บข้อมูล เริ่มตั้งแต่ เดือน มิถุนายน 2554 – มีนาคม 2556 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร บันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนขั้นตอนประกอบด้วย 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1) หารือแกนนำ เครือข่าย หน่วยงานในตำบล เพื่อจัดตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล โดยมีองค์ประกอบเป็นพหุภาคี และมีคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงาน 2) คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล ทำหน้าที่เป็นตัวประสานแกนนำต่าง ๆ เพื่อเข้าร่วมกระบวนการสมัชชา 3) ทีมวิชาการที่ทำหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะของชุมชน 4) จัดกระบวนการกำหนดภาพที่พึงประสงค์ของชุมชน 5) จัดกระบวนการคัดเลือกประเด็นจะทำให้บรรลุสุขภาวะที่พึงประสงค์ 6) จัดทีมวิชาการเชิงประเด็นเพื่อรวบรวมข้อมูลทางวิชาการและจัดทำร่างแผนสุขภาวะชุมชน โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ รวมถึงร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย 7) ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละประเด็น พิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชนและข้อเสนอในเชิงนโยบาย ตามรูปแบบที่เหมาะสม 8) ทบทวนร่างแผนสุขภาวะชุมชน ร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย ส่งกลับไปยังทุกกลุ่มในชุมชน เพื่อเป็นเอกสารนำเข้าพิจารณาในเวทีสมัชชา 9. จัดเวทีสมัชชาสุขภาพตำบล ร่วมกันหาฉันทามติ สรุปแผนสุขภาวะชุมชนและข้อเสนอในเชิงนโยบาย พร้อมร่วมผลักดันไปสู่การปฏิบัติ 10) จัดตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผล แผนและข้อเสนอในเชิงนโยบายที่ถูกนำไปปฏิบัติ 11) ขับเคลื่อนมติจากสมัชชา อาจจะนำไปสู่การปฏิบัติในระดับต่าง ๆ ให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ กองทุนสุขภาพตำบลดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน ส่งให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผลักดันระดับชาติ

ลักษณะการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมี 4 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 สามารถนำไปประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพทุกขั้นตอน 11 ขั้นตอน รูปแบบที่ 2 สามารถนำไปประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 11 ขั้นตอน ยกเว้นการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ รูปแบบที่ 3 สามารถนำไปประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 9 ขั้นตอน ยกเว้นการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพตำบล และรูปแบบที่ 4 สามารถนำไปประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 9 ขั้นตอน ยกเว้นการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพตำบล ปัญหาและอุปสรรคของการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพพบว่า

1) มีการเปลี่ยนแปลงคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล 2) การสนับสนุนและติดตามการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลในพื้นที่ขาดความต่อเนื่อง

จากผลการวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ตำบลแต่ละระดับ จะต้องจัดกระบวนการเรียนรู้ให้ตำบลที่ต้องการนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปใช้ในพื้นที่และติดตามประเมินผลการประยุกต์ใช้กระวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

Thesis Title The Application of Community Health Assembly to Local Health Security Fund, Pattani Province
Author Mr. Ahama Jehsoh
Major Program Health System Management
Academic Year 2015

ABSTRACT

This research aims to study the processes of applying the Community Health Assembly system in Local Health Security Funds of Pattani province. The participants of the study were 45 committees from 15 sub- districts of Local Health Security Funds in Pattani. The data were collected from documents relevant, minutes of meeting, group discussions, and unstructured interviews during June 2012 to March 2014. Later, the data obtained were analyzed following the procedures of content analysis. The applying processes of Community Health Assembly system consisted of 11 steps: 1) have a meeting among the leaders of the organizations within sub- districts to work in the form of multilateral to establish the committees of community health assembly, 2) the committees of community health assembly play roles in cooperating the groups and organizations within the sub- districts to join the community health assembly, 3) an academic team collects and analyzes the data about health conditions of people in the region, 4) run the processes in determining the shared goals of people heath conditions in the regions, 5) run the processes in prioritizing health issues then set the processes to achieve the goals, 6) the committees are established to collect academic data and draft a community health plan by using strategic route map plans and policies recommendations, 7) the committees or teams relevant consider the appropriateness of the draft of the community health plan and recommendations of the policies, 8) review the community health plan and recommendations of the policies then sent the documents to all communities in order to use in the local health assembly meetings, 9) organize the local health assembly in order to discuss and finalize the community health plan and recommendations of the policies and run the plans into practices, 10) establish the committees to follow- up and evaluate the processing of the policies, 11) run the processing or agreements of the assembly into practices within the relevant organizations - local Health Security Funds followed the community health plan which later send to the Nation Health Assembly.

The research found that four types of the processes applying the system of Community Health Assembly were used in Local Health Security Funds of

Pattani province. The first type was that a community could apply all 11 steps of the system. The second type was a community could apply all 11 steps of the system except the processes of using strategies in building a community health plan. The third type was to follow nine steps of the processes except organizing the local health assembly in sub- districts. The last type was to follow nine steps of the processes except the processes of using strategies in building a community health plan and organizing the local health assembly in sub- districts. The problems found during the running processes were 1) unsustainability of the committee teams working for the local community assembly, and 2) lack of continuation in following up the processes of the system.

Based on the research findings, the organizations relevant in organizing a community health assembly of the regions should manage and enable the communities to learn the processes of community health assembly so that they could apply the processes. Moreover, the organizations should follow and evaluate the applying system continually

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงค์เทพ สุธีรวุฒิ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่เป็นแรงบันดาลใจ กำลังใจและเสียสละเวลา เพื่อประสิทธิประสาทวิชาความรู้ที่เป็นประโยชน์ ให้โอกาสได้เรียนรู้และพัฒนากระบวนการคิดทั้งต่องานวิจัยและการทำงาน ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นจนแล้วเสร็จ ด้วยความห่วงใยเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ศิษย์กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบง ชัยเจริญวัฒนะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา หนูนิล และดร.กุลทัต หงส์ชยางกูร ที่ได้เสนอแนะแนวทาง ข้อคิดเห็น และเอกสารวิชาการที่เป็นประโยชน์เพื่อทำให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์มากขึ้น รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ ดร.จีรเนาว์ ทัศศรี ให้ความห่วงใยและพร้อมให้การชี้แนะช่วยเหลือทุกครั้งที่ต้องการ

ขอขอบพระคุณ คุณปิยะจิตต์ ณ นคร และคุณกัลยา เอี่ยวสกุล คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี และ ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านทั้ง 15 กองทุน ที่ให้ความร่วมมือและสมัครใจให้ข้อมูล ให้เกิดการเรียนรู้และมิตรภาพร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนวิจัยส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ และสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ ที่สนับสนุนทุนการนำเสนอวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ ทุกท่าน อำนวยความสะดวกในเรื่องการเรียนการสอนและเรื่องอื่น ๆ ทั้งในและนอกหลักสูตร ทำให้รู้สึกเสมือนเป็นพี่เป็นน้องของแหล่งเรียนรู้ ขอบคุณกัลยาณมิตร รุ่น 1 ที่เป็นพื้นที่ร่วมกันสร้างการเรียนรู้ มิตรภาพ และความทรงจำ ที่เวลาไม่สามารถพรากจากเราไปได้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่คอยให้กำลังใจด้วยความรักตลอดมา รวมถึงขอขอบคุณท่านผู้มีอุปการคุณท่านอื่น ๆ ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยให้การสนับสนุน ซึ่งผู้เขียนไม่อาจกล่าวนามได้ทั้งหมดมา ณ ที่นี้ด้วย

อาหามะ เจ๊ะโซะ

สารบัญ

หน้า
บทคัดย่อ 5
ABSTRACT 7
กิตติกรรมประกาศ 9
สารบัญ 10
รายการตาราง 12
รายการภาพประกอบ 14
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์ 2
คำถามการวิจัย 2
ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย 3
นิยามศัพท์ 3
กรอบแนวคิดการวิจัย 3
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 5
แนวคิดนโยบายสาธารณะ 5
แนวคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 8
แนวคิดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล 12
แนวคิดเกี่ยวกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 16
แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน 19
แนวคิดชุมชนเข้มแข็ง 22
กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี 24
แนวคิดการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 27

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

เครื่องมือในการวิจัย 27
การหาคุณภาพของเครื่องมือ 28
การเก็บรวบรวมข้อมูล 28
การวิเคราะห์ข้อมูล 31
การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณของนักวิจัย 31
บทที่ 4 ผลการวิจัย 33
ส่วนที่ 1 บริบทชุมชนจำแนกรายตำบล 33
ส่วนที่ 2 บริบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจำแนกรายกองทุน 37
ส่วนที่ 3 กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล 42
ส่วนที่ 4 การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ 46
ส่วนที่ 5 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล 50
ส่วนที่ 6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ... 59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 60
สรุปผลการวิจัย 60
การอภิปรายผล 63
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 66
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 69
ข้อจำกัดในการศึกษา 69
บรรณานุกรม 70
ภาคผนวก 76
ภาคผนวก ก ข้อมูลทั่วไปและการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพรายตำบล 77
ภาคผวนก ข การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย 175
ภาคผนวก ค แบบสอบถาม 178
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 191
ประวัติผู้เขียน 192

รายการตาราง

หน้า

ตาราง 1 การรวบรวมข้อมูลจำแนกรายตำบล 30
ตาราง 2 ข้อมูลบริบทชุมชนจำแนกรายตำบล 34
ตาราง 3 บริบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจำแนกรายกองทุน 38
ตาราง 4 กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล 43
ตาราง 5 การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ 47
ตาราง 6 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล 50
ตาราง 7 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนดอนทรายต่อปัญหาสุขภาวะ 79
ตาราง 8 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย ปี พ.ศ. 2553-2555 80
ตาราง 9 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย ปี พ.ศ. 2553-2555 81
ตาราง 10 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทราย ปี พ.ศ. 2553 - 2555 81
ตาราง 11 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนดอนต่อปัญหาสุขภาวะ 87
ตาราง 12 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอน ปี พ.ศ. 2553-2555 89
ตาราง 13 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอน ปี พ.ศ. 2553-2555 89
ตาราง 14 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลดอน ปี พ.ศ. 2553 - 2555 90
ตาราง 15 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนนาเกตุต่อปัญหาสุขภาวะ 96
ตาราง 16 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ ปี พ.ศ. 2553-2555 97
ตาราง 17 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ ปี พ.ศ. 2553-2555 98
ตาราง 18 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลนาเกตุ ปี พ.ศ. 2553 - 2555 98
ตาราง 19 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนยาบีต่อปัญหาสุขภาวะ 105
ตาราง 20 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบี ปี พ.ศ. 2553-2555 106
ตาราง 21 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบี ปี พ.ศ. 2553-2555 106
ตาราง 22 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลยาบี ปี พ.ศ. 2553 - 2555 107
ตาราง 23 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอย ปี พ.ศ. 2553-2555 113
ตาราง 24 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอย ปี พ.ศ. 2553-2555 114
ตาราง 25 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอย ปี พ.ศ. 2553 - 2555 114
ตาราง 26 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนรูสะมิแลต่อปัญหาสุขภาวะ 119
ตาราง 27 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล ปี พ.ศ. 2553-2555 120
ตาราง 28 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล ปี พ.ศ. 2553-2555 121
ตาราง 29 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลรูสะมิแล ปี พ.ศ. 2553 - 2555 121
ตาราง 30 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบานาต่อปัญหาสุขภาวะ 125
ตาราง 31 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบานา ปี พ.ศ. 2553-2555 127
ตาราง 32 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเกาะจันต่อปัญหาสุขภาวะ 130
ตาราง 33 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะจัน ปี พ.ศ. 2553-2555 131

รายการตาราง (ต่อ)

หน้า

ตาราง 34 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะจัน ปี พ.ศ. 2553-2555 132
ตาราง 35 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนปะเสยะวอต่อปัญหาสุขภาวะ 135
ตาราง 36 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ ปี พ.ศ. 2553-2555 136
ตาราง 37 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ ปี พ.ศ. 2553-2555 136
ตาราง 38 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทรายขาวต่อปัญหาสุขภาวะ 140
ตาราง 39 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทรายขาว ปี พ.ศ. 2553-2555 141
ตาราง 40 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทรายขาว ปี พ.ศ. 2553-2555 141
ตาราง 41 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประจันต่อปัญหาสุขภาวะ 145
ตาราง 42 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจัน ปี พ.ศ. 2553-2555 146
ตาราง 43 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจัน ปี พ.ศ. 2553-2555 147
ตาราง 44 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลประจัน ปี พ.ศ. 2553 - 2555 147
ตาราง 45 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนพิเทนต่อปัญหาสุขภาวะ 152
ตาราง 46 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน ปี พ.ศ. 2553-2555 153
ตาราง 47 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน ปี พ.ศ. 2553-2555 154
ตาราง 48 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลพิเทน ปี พ.ศ. 2553 - 2555 154
ตาราง 49 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนปูยุดต่อปัญหาสุขภาวะ 159
ตาราง 50 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปูยุด ปี พ.ศ. 2553-2555 160
ตาราง 51 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปูยุด ปี พ.ศ. 2553-2555 161
ตาราง 52 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบางปูต่อปัญหาสุขภาวะ 165
ตาราง 53 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปู ปี พ.ศ. 2553-2555 166
ตาราง 54 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปู ปี พ.ศ. 2553-2555 167
ตาราง 55 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลบางปู ปี พ.ศ. 2553 - 2555 167
ตาราง 56 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนป่าไร่ต่อปัญหาสุขภาวะ 171
ตาราง 57 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่ ปี พ.ศ. 2553-2555 172
ตาราง 58 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่ ปี พ.ศ. 2553-2555 173

รายการภาพประกอบ

หน้า

แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย..... 4

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยได้ขยายไปยังส่วนต่าง ๆ ของประเทศ สาเหตุสำคัญมาจากการเข้าถึงทรัพยากรอย่างไม่เท่าเทียมกัน เช่น การศึกษาเป็นทรัพยากรทางสังคมที่เกิดความเหลื่อมล้ำยังเห็นได้ชัดระหว่างสังคมเมืองและชนบทและเกิดการทุจริตเชิงนโยบายในรัฐบาลผู้ที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสาธารณะ (สาธินีย์ วิสุทธาธรรม 2555) ส่วนหนึ่งเกิดจากที่ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่เข้าไปเปลี่ยนความเป็นชุมชนที่ช่วยเหลือกันเป็นชุมชนที่เห็นแก่ตัวมากขึ้น แนวทางการแก้ไขจะต้องไปเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มากขึ้น (ชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ 2555) นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้ปรับทิศทางการปฏิรูปใหม่ ให้ความสำคัญกับภาคประชาชนเป็นหลัก ส่งเสริมพลังอำนาจให้ชุมชนร่วมกันจัดการตนเอง สามารถสร้างและใช้นโยบายสาธารณะเพื่อมาควบคุมชุมชนได้ ภาครัฐมีหน้าที่สนับสนุนให้ชุมชนสามารถขับเคลื่อนตนเองได้ (ประเวศ วะสี 2554; ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม 2554) ขณะเดียวกันในระบบสุขภาพ ได้ขยายกรอบคิดของสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงจากการให้ความสำคัญต่อมิติของโรคและการจัดบริการสาธารณสุข เป็นการดูแลในมิติกาย จิต สังคมและปัญญา และส่งเสริมให้มีการใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ จุดหมายสำคัญนำสู่สุขภาวะอย่างยั่งยืน (อำพล จินดาวัฒนะ 2552) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้ สมัชชาสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญของกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ เป็นการขับเคลื่อนทางปัญญาที่ประกอบด้วยภาครัฐภาคประชาชนและภาควิชาการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2553; จารึก ไชยรักษ์และวิสุทธิ บุญญะโสภิต 2553)

ทิศทางและแนวโน้มการปฏิรูปในข้างต้นประกอบกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา18 (9) มาตรา 47 ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นกองทุนที่เน้นให้ชุมชนและภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี 2554) คาดหวังว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จะสามารถเป็นจุดเริ่มต้นของเกิดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างชัดเจนมากขึ้น

จากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่ผ่านมา พบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ มีการบริหารงานในรูปแบบกรรมการตามโครงการสร้าง การบริหารจัดการขึ้นอยู่กับประธานกองทุน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนน้อยมากจากตัวแทนชุมชน การบริหารงบประมาณยังใช้กลุ่มกิจกรรมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพจัดให้ แต่เป็นการพิจารณาเพียงมิติด้านปัญหาสาธารณสุข ยังขาดมิติการมองด้านกาย จิต สังคมและปัญญา ทำให้การมีส่วนร่วม

ของกรรมการในการบริหารลดน้อยลงไป (สุริยะ วงศ์คงคาเทพและคณะ 2553; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ 2555) และพบว่า กระบวนการสมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนตอบรับและเข้าใจสามารถพัฒนาให้เกิดนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนสามารถจัดการตนเอง ทำให้ชุมชนสามารถกำหนดวิสัยทัศน์ของชุมชน เกิดชุมชนเข้มแข็งและเป็นตัวอย่างการเรียนรู้ให้ชุมชนใกล้เคียง (นฤมล เอนกวิทย์และคณะ 2552) สถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้เครื่องมือใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเข้ามาช่วยหนุนเสริมและขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของชุมชนเอง ทำให้ชุมชนสามารถจัดการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ภาคประชาสังคมจังหวัดปัตตานีร่วมจัดเวทีความคิดเห็นของภาคประชาชนในสาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและการสาธิตการเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเข้าร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นระยะ ๆ สามารถผลักดันเกิดการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งเฉพาะประเด็น “การเยียวยาพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้” นำข้อเสนอสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนากลไกสมัชชาสุขภาพในระดับจังหวัด โดยมีสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เป็นผู้สนับสนุนวิชาการ เกิดพื้นที่ตำบลนำร่องในการนำมติสมัชชาสุขภาพไปขับเคลื่อนในพื้นที่ตำบล จำนวน 4 ตำบล และ ปี พ.ศ. 2554 คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ได้จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลคัดเลือกตำบลนำร่องอำเภอละจำนวน 1 ตำบล ยกเว้นอำเภอเมืองคัดเลือกจำนวน 3 ตำบล เกณฑ์การ พิจารณาจาก ความพร้อมด้านความเข้มแข็งของชุมชนและผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ในระดับดี เป็นประเด็นหลัก (กัลยา เอี่ยวสกุลและคณะ 2554) จากการวิจัยที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่การศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมเกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะในชุมชนและสนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนให้ดียิ่งขึ้น เกิดสังคมสุขภาวะอย่างยั้งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี

คำถามการวิจัย

แนวทางการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานีเป็นอย่างไร

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกิดข้อเสนอเชิงนโยบายและกระบวนการนโยบายสาธารณะของปัญหาชุมชนต่อไป

นิยามศัพท์

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ หมายถึง การนำส่วนใดส่วนหนึ่งของขั้นตอนสมัชชาสุขภาพมาใช้เพื่อร่วมกันกำหนดข้อตกลงสุขภาวะของชุมชน

สมัชชาสุขภาพ หมายถึง การประชุมอย่างมีระบบระหว่างประชาชน หน่วยงานรัฐและฝ่ายวิชาการหรือผู้รู้ในชุมชนมาเรียนรู้ ร่วมกำหนดข้อตกลงสุขภาวะของชุมชน

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล หมายถึง กองทุนหลักประกันสุขภาพที่ได้รับการจัดตั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่จังหวัดปัตตานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และแนวคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนงบประมาณ ร่วมกับการสมทบงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในสัดส่วนที่กำหนด และใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนกองทุนสุขภาพตำบล และกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะ การจัดคณะทำงานแบบพหุภาคี ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคประชาชน ภาควิชาการร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ มี 11 ขั้นตอน ประกอบด้วย

แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในจังหวัดปัตตานี โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากเอกสารวิชาการและบทความ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังประเด็นสำคัญต่อไปนี้

1. แนวคิดนโยบายสาธารณะ
2. แนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
3. แนวคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
4. แนวคิดกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
5. แนวคิดเกี่ยวกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
6. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
7. แนวคิดชุมชนเข้มแข็ง
8. กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี
9. แนวคิดการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

แนวคิดนโยบายสาธารณะ

สภาพสังคมปัจจุบัน เป็นสังคมที่มีความซับซ้อน วิถีชีวิตของคนนับว่าไปเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะทั้งสิ้น โดยทั่วไปมักคิดว่านโยบายสาธารณะมักคิดว่ามาจากรัฐบาลเท่านั้นมักจะสรุปว่าเป็นคำประกาศของรัฐบาลที่ใช้หาเสียงในการเลือกตั้ง และจะต้องเดินตามที่ได้ประกาศไว้ มีการให้ความหมายของนโยบายสาธารณะมากมาย

ความหมายนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะหมายถึง การตัดสินใจเลือกกำหนดไว้ล่วงหน้าของรัฐบาลที่จะกระทำ/ไม่กระทำ กิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ มีการวางแผนการจัดทำโครงการ วิธีการบริหารงานหรือกระบวนการดำเนินงาน ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและความต้องการของประชาชนเพื่อประโยชน์สาธารณะของสังคม (เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ 2550; สมบัติ ธำรงธัญวงศ์ 2554) นอกจากนี้ ยังพบว่านโยบายสาธารณะไม่ได้มาจากภาครัฐเท่านั้น อาจมาจากภาคเอกชน องค์กรต่าง ๆ หรือภาคประชาสังคม เป็นที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ โดยใช้ข้อเท็จจริงของสังคมเป็นฐานความรู้และในการวิเคราะห์ ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมกระบวนการนโยบายในการขับเคลื่อนสิ่งที่ดีงามและ

เป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม (ประเวศ วะสี 2552; พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ 2554) ยังรวมถึงทิศทางหรือแนวทางของสังคมโดยรวมเชื่อว่าควรที่ดำเนินไปในทิศทางนั้น (เดชรัต สุขกำเนิดและคณะ 2545; อำพล จินดาวัฒนะ 2552) ทั้งนี้ภายใต้แนวทางแห่งศีลธรรมและสมดุลทางเศรษฐกิจในแนวทางสัมมาทิฐิ (พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ 2553)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นของนโยบายสาธารณะที่มองและให้ความสำคัญและส่งผลเชิงบวกกับสุขภาพอย่างชัดเจน (พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ 2553) เป็นการสร้างเสริมมิติสภาพสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและทางสังคมที่เอื้อให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่มุ่งสู่สุขภาวะที่ดี พร้อมที่จะรับผิดชอบผลกระทบที่อาจจะเกิดนโยบายนั้น (จารึก ไชยรักษ์และคณะ 2552) แนวความคิดเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้น เป็นการขยายความเข้าใจแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพได้ก้าวข้ามไปสู่มิติอื่น ๆ ทางสังคม ไม่ได้จำกัดเพียงในระบบสุขภาพอย่างเดียว ทั้งนี้เพื่อให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ที่จะร่วมกันให้เกิดสุขภาวะที่ดีของสังคม โดยอาศัยแลกเปลี่ยนความรู้ ความห่วงใย ซึ่งอาจจะมีความต่างของสังคม อยู่บนพื้นฐานความเท่าเทียมและความเป็นธรรมทางสังคม (เดชรัต สุขกำเนิดและคณะ 2545) ปัจจุบันกระบวนการเรียนรู้ได้ถูกพัฒนามาใช้ในกระบวนการนโยบายสาธารณะหลาย ๆ แบบ เช่น

1. ใช้ขั้นตอนการกำหนดนโยบายนโยบายสาธารณะ เนื่องจากที่ผ่านมานโยบายยังใช้อำนาจและผลประโยชน์ ความเชื่อบางประการ หรือความต้องการของคนบางกลุ่ม แต่ยังขาดหลักการกระบวนการนโยบายสาธารณะตามหลักวิชาการ ทำให้นโยบายที่ได้มาไม่สามารถรักษาสมดุลของสังคมได้

2. ใช้เป็นกระบวนการในการประเมินผลการะทบที่อาจจะเกิดกับประชาชนหรือชุมชนเอง จะเริ่มใช้กระบวนการทางปัญญามากกว่ากระบวนการทางกฎหมาย เพื่อให้เกิดทางเลือกในการตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นประชาชน ชุมชน ภาครัฐหรือเอกชน เพื่อที่จะให้เกิดการอยู่ร่วมกันภายใต้นโยบายนั้นอย่างสมดุลในทุกมิติ บางกระบวนการได้พัฒนามาเป็นข้อบังคับทางกฎหมายเพื่อใช้ประกอบการกำหนดนโยบายของภาครัฐ เช่น การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (health impact assessment:HIA) และการประเมินผลกระทบ ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental impact assessment:EIA) เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒนะ 2552)

กระบวนการนโยบายสาธารณะ

กระบวนการนโยบายสาธารณะเป็นขั้นตอนของการเกิดนโยบายสาธารณะตั้งแต่การคัดเลือกประเด็นที่มานำมาเป็นของนโยบายสาธารณะตั้งแต่เริ่มต้นถึงการเลือกที่จะให้นโยบายสาธารณะสิ้นสุดหรือการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. การก่อตัวของนโยบายสาธารณะ (public policy formation) เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อหาสาเหตุและคาดการณ์อนาคตของประเด็นปัญหา จะส่งผลต่อพื้นที่หรือ

สังคมโดยรวมอย่างไร ครอบคลุมให้มากที่สุด พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญของสภาพปัญหาให้ชัดเจน เพื่อนำเสนอผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเลือกนโยบาย ทั้งนี้ปัญหาอาจมาจากปัญหาระดับประเทศ หรือปัญหาในพื้นที่นั้น ๆ ก็ได้

2. การกำหนดทางเลือกและการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ (public policy alternative development and decision making) เป็นการจัดทำข้อเสนอหาทางเลือกในการที่จะดำเนินการนโยบายที่ได้เลือกไว้อย่างไร ที่มาข้อเสนอทางเลือกมาจากชุมชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัญหา และข้อมูลทางทฤษฎีในเชิงวิชาการต่าง ๆ เพื่อมาประกอบการตัดสินใจเลือกดำเนินการนโยบาย ทั้งนี้ข้อเสนอทางเลือกควรจะเป็นข้อเสนอที่สามารถปฏิบัติได้จริง และเหมาะสม สามารถวัดประเมินผลได้ในอนาคต

3 การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (public policy implementation) เป็นการนำนโยบายสู่การปฏิบัติภาคปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ และได้รับผลผลิตออกมาตรงตามเป้าหมายที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน ขีดสมรรถนะ ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ การสนับสนุนและแรงต่อต้านจากบุคคลตลอดจนกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียกับการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นต้น ดังนั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีการทำแผนการรองรับนโยบายที่ชัดเจน อาจต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ แนวทางปฏิบัติ มีการควบคุมกำกับตามแผนที่ได้วางไว้

4. การประเมินผลนโยบายสาธารณะ (public policy evaluation) เป็นการประเมินผลนโยบายเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่ติดตามมาจากการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ ว่าบรรลุผลตรงตามประสงค์ที่วางไว้หรือไม่อย่างไร การประเมินผลอาจมีหลายวิธี เช่น การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะตามกระบวนการหรือขั้นตอนของนโยบายสาธารณะ การประเมินตาม CIPP-Model ซึ่งจะประเมินผลการดำเนินงานทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ นอกจากนี้ ในทางสุขภาพจะใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) สำหรับการประเมินนโยบายสาธารณะ เป็นต้น

5. ความต่อเนื่อง การทดแทนและการสิ้นสุดนโยบายสาธารณะ (public policy maintenance succession & termination) เป็นการพิจารณาทบทวนเพื่อทำการคงสภาพหรือเปลี่ยนแปลง และยกเลิกสิ้นสุด ตัวนโยบาย โดยการพิจารณาดังกล่าวนี้มักจะอาศัยข้อเท็จจริงจากการประเมินผลนโยบาย หากนโยบายสาธารณะนั้นไม่ประสบความสำเร็จ จำเป็นยกเลิกนโยบายนั้นหรือต้องหานโยบายสาธารณะอื่นเพื่อทดแทนหรือ ซึ่งจะเป็นกระบวนการย้อนกลับ (มยุรี อนุมานราชธน 2547; พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ 2554)

ในการผลักดันกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พบว่าจำเป็นจะต้องใช้เวทีสาธารณะสำหรับภาครัฐ ประชาชน ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้ามามีส่วนร่วมในการเจรจาหาทางเลือกสำหรับนโยบายเพื่อผู้มีได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากนโยบายมีทางเลือกในการที่จะอยู่ร่วมกันกับนโยบายเพื่อสู่สุขภาวะดีตามบริบทสังคมนั้น ๆ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดเครื่องมือสำคัญที่ในการสร้างและพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกภาคส่วนของสังคม และเป็นกลไกสำคัญในการ

ผลักดันนโยบายสาธารณะ โดยใช้เครื่องมือชื่อว่า “สมัชชาสุขภาพ” (สุรศักดิ์ บุญเทียนและศิริธร อรไชย 2553)

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การรวมตัวเป็นประชาคมเป็นที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรงในนโยบายสาธารณะ (พฤธิพงค์ พิศาลวัชรินทร์ 2550; เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ 2553) ประชาคมเป็นเวทีของวิเคราะห์เลือกประเด็นสาธารณะของชุมชน นอกจากนี้การพูดคุยก่อนนำประเด็นสาธารณะเข้าร่วมในสภาชุมชน เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมวิพากษ์นโยบาย ใช้ช่องทางที่หลากในการประกาศนโยบายและให้ชุมชนร่วมติดตามประเมินผลในนโยบายสาธารณะ (พงษ์ภัทร์ รัตนสุวรรณ 2550) และพบว่าความสุขของประชาชนเกิดจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย นโยบายสาธารณะที่มีความเป็นเหตุเป็นผลและการตอบสนองที่รวดเร็วของนโยบายสาธารณะ (วลัยพร รัตนเศรษฐ 2553)

แนวคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพ เป็นเครื่องมือของกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ใช้การมีส่วนร่วมมาร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อลดข้อจำกัดของนโยบายที่เกิดจากรัฐหรือผู้มีอำนาจและลดการรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจเชิงนโยบายมาใช้กับประชาชน (วิพุธ พูนเจริญ 2552)

ความหมายของสมัชชาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพหมายถึงกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2552) นอกจากนี้สมัชชาสุขภาพยังมีบทบาทในการเป็นพื้นที่ในเชื่อมโยงผู้คนจากหลายภาคส่วนมาทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตรเพื่อหาทางออกร่วมกันที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ (กฤติยา อาชวนิจกุลและกุลภา วจนะสาระ 2551)

หลักการดำเนินสำคัญของสมัชชาสุขภาพ

หลักการสำคัญในการจัดสมัชชาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ สามารถร่วมกันปฏิบัติและขับเคลื่อนตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2552; จารึก ไชยรักษ์และวิสุทธิ บุญญะโสภิต 2553; สุรศักดิ์ บุญเทียนและศิริธร อรไชย 2553)

1. เน้นการมีส่วนร่วม เป็นให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมในระดับที่เหมาะสม โดยใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ได้แก่ ภาคประชาชนทำหน้าที่ในการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) ภาควิชาการที่สร้างองค์ความรู้ประกอบในการจัดสมัชชาภาคการเมืองและราชการที่ร่วมกันในการกำหนดนโยบาย

2. ยืดหยุ่น เปิดกว้างและหลากหลาย เป็นการให้ความสำคัญกับกระบวนการขั้นตอนวิธีการต่าง ๆ เปิดกว้างและยืดหยุ่นให้ทุกภาคส่วนได้เข้าถึงสมัชชาสุขภาพ ที่หลากหลายตามสภาพบริบทของแต่ละพื้นที่ หรือตามพลวัตของสังคม

3. เรียนรู้แลกเปลี่ยนอย่างบูรณาการ เป็นการให้ความสำคัญกับการใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้าง “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน” ของคนในสังคมโดยการร่วมคิดร่วมกันปฏิบัติ และร่วมเรียนรู้จากการปฏิบัติ (interactive learning through action) จนทุกฝ่ายร่วมกันเป็นเจ้าของ

4. ดำเนินการอย่างเป็นระบบ เป็นการให้ความสำคัญกับการทำงานอย่างมีขั้นตอนมีกรอบกติกาอย่างชัดเจนเกิดข้อตกลงร่วมกันอย่างเป็นระบบ สามารถยืดหยุ่นภายใต้บริบทพื้นที่

5. กำหนดประเด็นชัดเจน เป็นการให้ความสำคัญกับการเลือกประเด็นในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ควรเป็นประเด็นที่ได้มากจากการประมวลข้อมูลจากภาควิชาการและผู้รู้ในชุมชน และร่วมกันให้ความเห็นและมีความเป็นได้ในขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายได้ สามารถผลักดันไปสู่นโยบายอย่างเป็นรูปธรรมในหลายช่องทาง เป็นหน้าที่ที่ทุกฝ่ายร่วมใช้ช่องทางที่หลากหลายในการขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อให้นโยบายสู่การปฏิบัติอย่างรวดเร็วและเกิดประสิทธิภาพต่อสังคมมากขึ้นต่อไป

รูปแบบและความเชื่อมโยงของสมัชชาสุขภาพ

รูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพ สามารถนำไปใช้ได้ทุกระดับทั้งแต่ระดับหมู่บ้านถึงระดับชาติและระดับสากล พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดสมัชชาสุขภาพมี 3 รูปแบบ คือ

1. สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หมายถึง สมัชชาสุขภาพที่ใช้ขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ

2. สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หมายถึง สมัชชาสุขภาพที่ใช้ใช้ประเด็นสาธารณะเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ

3. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง สมัชชาสุขภาพที่ใช้ขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินการใช้ประเด็นสาธารณะเป็นตัวตั้งในการดำเนินการในระดับชาติ

การเชื่อมโยงสมัชชาสุขภาพโดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะรวบรวมประเด็นสาธารณะ เปิดรับประเด็นเชิงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาชาสุขภาพเฉพาะประเด็นขององค์กร หน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั่วประเทศ และ เปิดโอกาสให้ตัวแทนจากสมัชชาสุขภาพทั่วประเทศ เข้าร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเสนอความคิดเห็นและข้อเสนอเชิงนโยบายและร่วมกันผลักดันมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการนำมติข้อเสนอเชิงนโยบายการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติร่วมกันขับเคลื่อนในพื้นที่ต่อไป (จารึก ไชยรักษ์และวิสุทธิ บุญญะโสภิต 2553)

ขั้นตอนการดำเนินงานกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพสามารถจัดได้เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมของพื้นที่และประเด็นเชิงนโยบาย ขั้นตอนการดำเนินงานกระบวนการสมัชชาสุขภาพ จะแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

1. ระยะต้นน้ำ เป็นระยะของการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ต้องใช้การรวบรวมข้อมูลด้านวิชาการในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอนโยบาย ในระยะนี้มีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1.1 การจัดทีมทำงานที่เป็นพหุภาคี หมายถึง คณะทำงานที่ประกอบด้วยภาควิชาการ ภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคการเมือง ทั้งนี้องค์ประกอบของคณะทำงานจะเป็นอย่างไรขึ้นกับบริบทของพื้นที่ คณะทำงานชุดนี้ถือเป็นกลไกหรือตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายของพื้นที่ จึงควรมีคนทำงานมี 5 องค์ประกอบ มีบทบาทหน้าที่เป็นนักประสานงาน นักจัดการ คนทำงานวิชาการอย่างชัดเจนได้ นักยุทธศาสตร์ที่สามารถวางแผนการทำงานได้ นักสื่อสารสาธารณะ ที่สามารถสื่อสารข้อมูลได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว บางพื้นที่คนทำงานมีความสามารถสูงไม่จำเป็นมีให้ครบ 5 คน แต่สามารถทำงานได้ครบตามองค์ประกอบและกระบวนการ

1.2 การจัดทำข้อมูลสถานการณ์ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน เพื่อให้เห็นสถานการณ์ของปัญหา สาเหตุของปัญหาและปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมถึงการวิเคราะห์ให้เห็นทุนต่าง ๆ ของชุมชนที่สามารถนำมาใช้เป็นปัจจัยนำเข้า ในการดำเนินการเพื่อการแก้ปัญหา รูปธรรมจากคำถามข้อนี้มักจะเป็นการอธิบายสาเหตุของปัญหา และปัจจัยสู่ความสำเร็จ

1.3 การเลือกประเด็น ให้ชุมชนร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือประเด็นสำคัญที่มีผลต่อสุขภาวะของชุมชน แล้วจึงเลือกปัญหาที่สำคัญมาดำเนินการ ซึ่งอาจจะเลือกมาเพียงหนึ่งประเด็นปัญหาหรือมากกว่าหนึ่งประเด็นปัญหาก็ได้ ขึ้นกับความพร้อมและความต้องการของพื้นที่

1.4 การจัดทีมทำงานประเด็น เพื่อการวิเคราะห์สาเหตุ แนวทางการจัดการ และทำร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (ร่าง 1) ประกอบด้วยตัวแทนกลุ่ม องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเด็นนั้น ๆ ที่สำคัญต้องมีคนที่สามารถทำงานวิชาการได้เมื่อได้ประเด็นปัญหาแล้ว ในแต่ละประเด็นให้จัดหาทีมทำงานในแต่ละประเด็นนั้น คณะทำงานประเด็น ต้องทำหน้าที่ในการเก็บข้อมูล ทบทวนข้อมูล วิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย แนวทางการจัดการ และยกร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการแก้ปัญหา (ร่าง 1) เนื้อหาประกอบด้วย สถานการณ์ของปัญหาในพื้นที่ และผลกระทบต่อสุขภาวะของคนและชุมชน วิธีการจัดการตามหลักการวิชาการ การจัดการปัญหาอยู่ในปัจจุบัน และปัญหาอุปสรรคในการจัดการในพื้นที่ จุดหมายของการแก้ปัญหา และข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหาหรือการพัฒนา ซึ่งควรจะต้องระบุให้ชัดว่า ใคร หน่วยงานใด ต้องทำอะไร ทำอย่างไร และจะมีวิธีการผลักดัน ติดตาม ประเมินผลอย่างไร

1.5 การพิจารณาร่างข้อเสนอ (ร่าง 1) โดยภาคีที่เกี่ยวข้อง นำร่างข้อเสนอ (ร่าง 1) ให้ส่งร่างดังกล่าวไปให้ กลุ่ม องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องพิจารณา เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้ข้อความเห็นกลับมาที่คณะทำงานประเด็นอีกครั้ง

1.6 ทีมทำงานประเด็นนำความเห็นของร่างที่ 1 กลับมา ปรับปรุงเป็นร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (ร่าง 2) ส่งให้ภาคีที่เกี่ยวข้องพิจารณาอีกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้แต่ละกลุ่ม องค์กร หน่วยงาน เตรียมข้อความเห็น ข้อแนะนำ เพื่อให้ตัวแทนนำเข้าสู่การประชุมสมัชชาในพื้นที่

2. ระยะกลางน้ำ เป็นระยะของการพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายใช้การประชุมสมัชชาสุขภาพในการทำความตกลงในทิศทางและแนวทางการขับเคลื่อนข้อตกลงร่วมกัน ระยะนี้ต้องการความสมานฉันท์ของทุกภาคส่วน อาจจะมีขั้นตอนดังนี้

2.1 มีการกำหนดตัวแทนภาคีที่เกี่ยวข้อง (สมาชิกสมัชชาสุขภาพ) เพื่อเข้าร่วมประชุม สมาชิกของที่ประชุมควรจะมาในฐานะของตัวแทนกลุ่ม องค์กร หรือหน่วยงาน และร่วมกันความเห็น ควรเป็นความเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ผ่านการปรึกษาหารือกันแล้วของกลุ่ม องค์กร หรือหน่วยงาน ไม่ควรเป็นความเห็นส่วนบุคคล

2.2 มีการเลือกประธาน ซึ่งเป็นที่ยอมรับของชุมชนเพื่อดำเนินการประชุม

2.3 นำเสนอร่างข้อเสนอ (ร่าง 2) ในที่ประชุม

2.4 การดำเนินการประชุมให้ขึ้นกับข้อตกลงของสมาชิกเลือกวิธีการพิจารณาทีละข้อหรืออาจจะพิจารณาโดยรวม

2.5 ควรสร้างบรรยากาศการประชุมสมัชชาให้เป็นแบบสมานฉันท์

2.6 การลงมติให้เป็นการใช้ฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย ฉันทามติสมัชชาสุขภาพ เป็นเครื่องมือของกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ใช้การมีส่วนร่วมมาร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อลดข้อจำกัดของนโยบายที่เกิดจากรัฐหรือผู้มีอำนาจและลดการรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจเชิงนโยบายมาใช้กับประชาชน (วิพุธ พูนเจริญ 2552)

3. ระยะปลายน้ำ เป็นระยะของการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินผล จนเกิดการทบทวนนโยบายต่อไป มีขั้นตอนดังนี้

3.1 แต่งตั้งคณะทำงาน ผลักดัน ติดตาม การขับเคลื่อนมติแต่ละประเด็น คณะทำงานมีหน้าที่ในการวางแผน วางยุทธศาสตร์และคิดวิธีการสำคัญในการนำมติของสมัชชาไปขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

3.2 การแจ้งมติไปยังกลุ่ม องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยแจ้งผ่านหนังสือและทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนมติ เพื่อนำไปสู่การทำนโยบายของกลุ่ม องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมตินั้น ๆ

3.3 คณะทำงาน ผลักดัน ติดตาม การขับเคลื่อนมติ จะต้องมีรายงาน ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบเป็นระยะ

3.4 ควรมีการประเมินผลกระทบจากการปฏิบัติตามมติ ทั้งนี้เพื่อนำไปปรับปรุงทบทวน ข้อตกลง โดยจัดทำเป็นข้อเสนอในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในคราวถัดไป (พงค์เทพ สุธีรวุฒิ 2554)

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า รูปแบบของสมัชชาสุขภาพมีความแตกต่างกันทั้งขึ้นอยู่กับบริบทและเงื่อนไขต่าง ๆ ของพื้นที่ (ทรงพล ตุลาทะ 2552; สุรศักดิ์ บุญเทียน 2555) แต่กระบวนการสมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนตอบรับและเข้าใจสามารถพัฒนาให้เกิดนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนสามารถจัดการตนเอง ทำให้ชุมชนสามารถกำหนดวิสัยทัศน์ของ

ชุมชน เกิดชุมชนเข้มแข็งและเป็นตัวอย่างการเรียนรู้ให้ชุมชนใกล้เคียง (นฤมล เอนกวิทย์และคณะ 2552) รูปแบบการเกิดของสมัชชาสุขภาพมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อยู่กับบริบทของพื้นที่ ความสัมพันธ์ของประชาสังคมร่วมกับการมีข้อมูลวิชาการที่เข้มข้นสนับสนุนสอดคล้องกันนโยบายภาครัฐและการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุน (สุรศักดิ์ บุญเทียน 2551)และพบว่า ชุมชนที่มีความเข้มแข็งของชุมชนและการมีส่วนร่วมของของประชาชนในการกระบวนการสมัชชาสุขภาพและการสนับสนุนจากภายนอกชุมชนมีผลโดยตรงต่อการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ (อัญชิรญา จันทรปิฎก 2555)

แนวคิดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้สร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คนไทยได้มีสิทธิที่ได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและมาตรฐาน และได้แต่งตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นองค์กรในการกำกับของรัฐตามกฎหมายทำหน้าที่จัดซื้อบริการสุขภาพ ทั้งส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพแทนประชาชน ขณะเดียวกัน มาตรา 47 ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้กำหนดให้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแหงชาติร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์ สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยรับการสนับสนุนงบประมาณจากกกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี 2554) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ “กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล” ขึ้น เพื่อจัดตั้งกองทุนจัดบริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่น โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหมวดเงินอุดหนุนร่วมกับการสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลและเงินสมทบอื่น ๆ จากชุมชน

การกำหนดพื้นที่เป้าหมายของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นการกำหนดร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยและสมาคมและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

ระยะที่หนึ่ง พ.ศ. 2549-2550 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่นำร่อง

ระยะที่สอง พ.ศ. 2551-2552 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม

ระยะที่สาม พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมิน

วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

1. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น รวมทั้งสถานบริการทางเลือก โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

2. เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3. เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในพื้นที่จัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่

4. เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนหลักประกันสุขภาพในรอบปีงบประมาณนั้น และในกรณีที่จำเป็นต้องใช้เพื่อซื้อค่าครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ครุภัณฑ์นั้นต้องไม่เกิน 20,000 บาทต่อหน่วย

หลักเกณฑ์การคัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นการเข้าร่วมกองทุน

ในระยะนำร่องเริ่มต้นปี พ.ศ. 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะพิจารณาจากความต้องการและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีผลงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่และความพร้อมในการอุดหนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการเข้าร่วมกองทุน โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินและไม่ยุบเลิกกองทุน สามารถดำเนินกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นต่อเนื่องได้ สำหรับพื้นที่ใหม่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรีจะต้องเห็นชอบและส่งหนังสือแสดงความจำนงตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด มีความพร้อมในการสมทบงบประมาณเข้าร่วมกองทุนและมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนแบบมีส่วนร่วม โดยการคัดเลือกมาจากตัวแทนประชาชนและหน่วยบริการสาธารณสุขประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลทีมีหน่วยบริการปฐมภูมิ หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลหรือผู้อำนวยการกองสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทน อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนหมู่ชุมชนหมู่บ้านหรือชุมชน และตัวแทนมาจากผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ประชาชน โดยมี. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอเป็นที่ปรึกษา

บทบาทและอำนาจหน้าที่ของกรรมการกองทุน

1. จัดทำข้อมูลและแผนสุขภาพชุมชนหรือ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมาย และหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความรบผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

3.บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสตามรูปแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติการกำหนด และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานหรืองบดุลเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

4. จัดตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานตามความจำเป็น

แหล่งที่มาของกองทุน

1. เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามจำนวนหัวประชากรทั้งหมดที่ทะเบียนกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่นั้น ๆ จัดสรรตามมติคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2549-2552 จัดสรรในอัตรา 37.50 บาท/หัวประชากร และได้ปรับเพิ่มเป็น 40 บาท/หัวประชากรในปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป โดยการโอนเข้าบัญชีกองทุนเป็นรายปีภายหลังจากที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โอนงบประมาณสมทบเข้าบัญชีเป็นรายรับกองทุนแล้ว

2. เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ตามที่กฎหมายบัญญัติ อัตราการสมทบมีการเปลี่ยนแปลงบประมาณดังนี้

2.1 เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริหารสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เปลี่ยนแปลงจากไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 เป็น ร้อยละ 30 ของค่าบริหารสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.3 เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก เปลี่ยนแปลงจากไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 20 ของค่าบริหารสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนต่าง ๆ ในชุมชน

4. รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

แนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกับสุขภาพแห่งชาติระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีดังนี้

1. องค์ประกอบในการดำเนินงานกองทุนจะต้องมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่ผ่านการแต่งตั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างน้อยต้องประกอบด้วยงบประมาณอุดหนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแผนงานโครงการที่ครอบคลุม 4 ประเภทและต้องรายงานผ่านระบบโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนระบบออนไลน์

2. มีการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ประกาศระเบียบกองทุน และใช้ข้อมูลต่าง ๆ พิจารณาปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ในการจัดทำโครงการพร้อมทั้งอนุมัติงบประมาณโครงการและติดตามผลการดำเนินงานโครงการ

3. ลักษณะกิจกรรมที่จะของบประมาณสนับสนุนจากกองทุน สามารถแยกได้ 4 ประเภท

ประเภทที่ 1 จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วยกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและผู้ป่วยเรื้อรังอยู่ในเขตพื้นที่

ประเภทที่ 2 การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมการและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษายาพยาบาลระดับปฐมภูมิ ตามความต้องการของชุมชนท้องถิ่น

ประเภทที่ 3 สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยความริเริ่มของประชาชนและชุมชนท้องถิ่น ให้ประชาชนและท้องถิ่นจัดบริการสุขภาพตามความคิดริเริ่มของประชาชนและท้องถิ่นเอง ครอบคลุมกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและผู้ป่วยเรื้อรังอยู่ในเขตพื้นที่

ประเภทที่ 4 การบริหารจัดการกองทุนให้มีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ และพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นและการบริหารจัดการในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นนั้น ๆ รวมถึงการจัดซื้อครุภัณฑ์มาสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 20,000 บาท หรือค่าตอบแมนในการเข้าร่วมประชุม 200 บาท/ครั้ง ทั้งนี้วงงบประมาณประเภทที่ 4 ต้องไม่เกิน ร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนในรอบปีงบประมาณ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (รัชนี สรรเสริญและคณะ 2553; สุริยะ วงศ์คงคาเทพและคณะ 2553) บทบาทการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นขึ้นอยู่กับการชี้นำของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นหลักไม่ว่าจะเป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือฝ่ายสาธารณสุข กรรมการไม่ทราบความชัดเจนของบทบาทในกองทุน (มยุรี สุวรรณโคตรและพีระศักดิ์ ศรีฤาชา 2551;

สุริยะ วงศ์คงคาเทพและคณะ 2553) ขาดความรู้เรื่องการบริหารและวัตถุประสงค์กองทุนเข้าใจว่าเป็นเงินที่กระทรวงสาธารณสุขฝากไว้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สุรีรัตน์ พลกลาง, สงคราม ลีทองดีและอมร สุวรรณนิมิตร 2552) กองทุนหลักประกันสุขภาพบางแห่งได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพิ่มเติมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กองทุน (วณี ปิ่นประทีป 2550; ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้และคณะ 2553) การมีการดำเนินงานในกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่อย่างหลากหลาย แต่ขาดการประเมินผลติดตามอย่างชัดเจน (ชาญชัย ชัยสว่าง, ชัยยง ขามรัตน์และพรรณี บัญชรหัตกิจ 2552) นอกจากนี้ มีการมีส่วนร่วมของชุมชนในกองทุนพบว่า ชุมชนที่มีความเข้มแข็งส่งผลการบริหารจัดการกองทุนดีขึ้น (วีณาพร สำอางศรี 2551) การให้เป็นมีการสมทบงบประมาณพบมีการสมทบตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ ส่วนน้อยของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ได้รับการสมทบจากชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือที่กระทรวงสาธารณสุขร่วมกันองค์ปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้ใช้ในการบริหารจัดการในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในการที่จะช่วยชุมชนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่กำหนดเพื่อบรรลุตามที่ได้วางไว้ (อมร นนทสุต 2552) แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไม่ใช่แผนยุทธศาสตร์ แต่เป็นตัวกำหนด แก้ไข ควบคุมควบคุมที่กำหนดไว้ และยังสามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการเพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดตามที่กำหนดไว้ (อมร นนทสุต 2553; วิรุณศิริ อารยวงศ์, อดิศร วงศ์คงเดชและจิรพันธุ์ วิบูลย์วงศ์ 2553; พงค์เทพ สุธีรวุฒิ 2554) สำหรับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเส้นทางที่เลือกใช้ในการเดินทางที่เหมาะสมคุ้มค่าและเร็วที่สุดไปเพื่อสู่จุดหมายบรรลุยุทธศาสตร์ โดยจะยึดหลักการมองแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไว้ 4 ด้าน คือ (อมร นนทสุต 2552; วิรุณศิริ อารยวงศ์, อดิศร วงศ์คงเดชและจิรพันธุ์ วิบูลย์วงศ์ 2553)

1. มุมมองเชิงคุณค่าหรือระดับประชาชน หมายถึง สิ่งที่คาดการณ์จะให้เกิดหรือเพิ่มขึ้นในมูลค่าหรือคุณค่า ของประชาชนและชุมชน มีกระบวนการอย่างไรที่จะให้ทั้งสองส่วนผลักดันเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง

2 มุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือระดับภาคี หมายถึง สิ่งที่คาดการณ์จะทำให้เกิดการสนับสนุนและมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ ท้องถิ่น ชุมชนต่อระดับประชาชน

3. มุมมองการบริหารจัดการหรือระดับกระบวนการ หมายถึง สิ่งที่คาดการณ์ให้เกิดการบริหารจัดการขององค์กร ชุมชน ท้องถิ่นที่จะทำให้ภาคีเครือข่ายแสดงบทบาทได้

4. มุมมองการเรียนรู้และพัฒนาหรือระดับรากฐาน หมายถึง สิ่งที่คาดการณ์จะให้เกิดการพัฒนาการเรียนรู้ นวัตกรรม และ เกิดการพัฒนาศักยภาพ ทักษะ ของบุคลากร องค์กร และข้อมูล ในชุมชน

ขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (strategic route map) ขั้นตอน” และ “ใช้ 4 ขั้นตอน” รวมทั้งสิ้น 7 ขั้นตอน (อมร นนทสุต 2552; พงค์เทพ สุธีรวุฒิ 2554) ได้แก่

ส่วนที่ 1 การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มี 3 ขั้นตอน คือ

1. การวิเคราะห์บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) รูปแบบการวิเคราะห์ปัญหา สามารถทำได้ได้หลายรูปแบบ อาจทำได้อิสระโดยใช้แผนที่ความคิด ใช้การสนทนากลุ่มสร้างสรรค์ อาจจะเชื่อมมุมมอง พื้นฐาน กระบวนการ ภาคี และประชาชน มาประกอบ ขึ้นอยู่กับความถนัดและทักษะของผู้ดำเนินกิจกรรรม วิเคราะห์มุมมองจากอดีตสู่ปัจจุบันและวางเป้าหมายอนาคต พร้อมทั้งเปรียบเทียบแต่ช่วงเวลาและร่วมกันหาวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการพัฒนาเพื่อให้บรรลุอนาคตที่วางร่วมกันอย่างไรบ้าง

2. การกำหนดจุดหมายปลายทาง (destination statement) เป็นความคาดหวังที่ต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในวิสัยที่จัดการได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้ประชาชนและคนในองค์กรสามารถได้รับประโยชน์ และเป็นพันธะสัญญาร่วมกันระหว่างผู้บริหารและคนในองค์กร

ขั้นตอนจัดทำผังจุดหมายปลายทาง

1. รวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของแต่ละมุมมองและกำหนดความคาดหวังในอนาคต ภายใต้บริบทและศักยภาพของพื้นที่

2. นำความคาดหวังมากำหนดจุดหมายปลายทาง โดยการเขียนเป็นข้อความเชิงผลผลิต (output) ในการจัดทำผังจุดหมายปลายทางภายใต้มุมองที่ได้วิเคราะห์ไว้

. 3. กำหนดระยะเวลาจุดหมายปลายทางแต่ละมุมมองให้ชัดเจน

. 4. สรุปภาพรวมและ ลงมติขออนุติผังจุดหมายปลายทางจากผู้บริหารในพื้นที่

3. การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (strategic route map construction : SRM) “แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์” ไม่ใช่ “แผนยุทธศาสตร์” แต่เป็นแผนที่หรือภาพที่แสดงให้เห็นเส้นทางเดินไปสู่จุดหมายปลายทาง ซึ่งอาจจะมีทางเลือกหลายทาง โดยแต่ละทางต้องแสดงขั้นตอนการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ในแต่ละขั้นแต่ละระดับ แต่ละมุมมอง ซึ่งจะเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน การสร้างภาพแผนที่ยุทธศาสตร์ โดยการสร้างตารางช่วยสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์เข้าใช้ในการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มีวิธีการดังนี้

ช่องที่ 1 ตามระดับต่าง ๆ ของแผนที่ยุทธศาสตร์ โดยด้านบนสุด คือ ระดับประชาชน ระดับต่ำลงมา คือ ระดับภาคี ระดับกระบวนการ และระดับพื้นฐาน มุมมองด้านผู้มีส่วนได้เสีย

ช่องที่ 2 มุมมอง กำหนดมุมมองของแต่ละระดับว่าอยู่ในระดับไหนบ้าง เช่น ระดับประชาชน จะพิจารณา ถึงมุมมองด้านคุณค่า ระดับภาคี จะพิจารณามุมมองด้านกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ระดับกระบวนการพิจารณามุมมองกระบวนการภายในหรือการบริหารจัดการที่สำคัญ ระดับพื้นฐานพิจารณามุมมองเชิงการเรียนรู้ ทักษะ และการเจริญเติบโต

ช่องที่ 1 และช่องที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ตามมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้

ช่องที่ 3 จุดหมายปลายทาง นำจุดหมายปลายทางที่ได้วิเคราะห์หรือกำหนดไว้ และผ่านอนุมัติจากผู้บริหารหรือมติการประชุมตกลงร่วมกันมาใส่ในตาราง

ช่องที่ 4 เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ เป็นการวิเคราะห์สิ่งที่อยากให้เกิดขึ้นอย่างไรในผ่านมุมมองของแต่ละระดับ อย่างเป็นรูปธรรมเชิงผลผลิตที่ชัดเจน

ช่องที่ 5 กลยุทธ์ เป็นขั้นตอนหรือกระบวนการหลักในการทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ

นอกจากนี้จะต้องมีการตรวจสอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ได้กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ หากพบว่าไม่สอดคล้องหรือขาดหายไป จะต้องปรับปรุงให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์

ส่วนที่ 2 การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (หรือการถ่ายแผนที่ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ) มี 4 ขั้นตอนคือ

4. การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (strategic linkage model construction: SLM) จากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หลัก แต่ละองค์กรจะพัฒนาแผนที่เฉพาะส่วนของตนเรียกว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (strategic linkage model - SLM) เป็นภาพรวมของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการหรือแผนที่ทางเดินที่ผู้บริหารขององค์กร และใช้ในการพิจารณาอนุมัติทางเดินยุทธศาสตร์ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน ได้มาจากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่นำมาจากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หลัก ดำเนินงานตามกระบวนการทั้ง 4 มุมมอง เลือกใช้เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ ระยะเวลาในการปฏิบัติน้อยที่สุด สะดวกที่สุด เพื่อให้บรรลุจุดหมายปลายทางเร็วที่สุด ใช้ในการปฏิบัติงานและประเมินผลน้อยกว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หลัก (SRM) สามารถใช้ในการติดตามความก้าวหน้าผลการปฏิบัติงานได้

5.การวางเป้าประสงค์และตัวชี้วัด รวมถึงการสร้างนวัตกรรมและมาตรการทางสังคม (strategic objective definition) เป็นการกำหนดวิธีการทำงานในการสร้างแผนปฏิบัติการที่จะนำไปใช้งานจริง ที่คนในชุมชน ท้องถิ่นหรือองค์กรมาร่วมกันคิด พิจารณา พร้อมทั้งหารือร่วมกัน โดยใช้การลงตารางเป็นช่องๆตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ช่องที่ 1 เป้าประสงค์ เป็นการกำหนดว่าต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไร

ช่องที่ 2 กลยุทธ์ เป็นการกำหนดวิธีการสำคัญ ที่ให้ช่องที่ 1 ประสบผลสำเร็จ

ช่องที่ 3 กิจกรรม เป็นการกำหนดรายละเอียดในแต่วิธีการว่าต้องทำกิจกรรมอะไรบ้าง

ช่องที่ 4 มาตรการทางวิชาการ เป็นกำหนดมาตรการดำเนินการหรือการให้การสนับสนุนทางวิชาการที่เข้ากับการดำเนินการใน เป็นการกำหนดว่า ฝ่ายวิชาการทำให้กิจกรรมนั้นบรรลุผลสำเร็จ

ช่องที่ 5 มาตรการทางสังคม เป็นกำหนดมาตรการดำเนินการหรือการให้การสนับสนุนทางวิถีท้องถิ่นและ ชุมชน สังคม ที่เข้ากับการดำเนินการใน เป็นการกำหนดว่า ฝ่ายทางสังคมท้องถิ่นทำให้กิจกรรมนั้นบรรลุผลสำเร็จ

ช่องที่ 6 ตัวชี้วัดผลงาน เป็นตัวบ่งบอกถึงผลผลิต (output) ที่สำคัญของการดำเนินงาน ผลผลิตในที่นี้ หมายถึง ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

ช่องที่ 7 ตัวชี้วัดผลสำเร็จ เป็นตัวบ่งบอกถึงผลลัพธ์ซึ่งจะเน้นที่เป็นกระบวนการผลลัพธ์ (outcome) ในที่นี้ หมายถึง ผลที่ตามมา เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 2 เรื่องต่อไปนี้ 1) พฤติกรรมของคน หรือกลุ่ม หรือเครือข่าย หรือองค์กร

ที่มีผลต่อสุขภาวะของชุมชน และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างคน ชุมชน กลุ่ม เครือข่าย หน่วยงาน องค์กร ซึ่งอาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในหรือระหว่างกลุ่ม ที่มีผลต่อสุขภาวะของชุมชนก็ได้ ผลลัพธ์อาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างขั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินงาน ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นเฉพาะหลังจากการดำเนินงานที่แล้วเสร็จ

ช่องที่ 8 เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมาย เป็นการกำหนดรายละเอียดตามตัวชี้วัดว่าจะวางเป้าหมายเฉพาะซึ่งอาจจะกำหนดเป็นเชิงปริมาณ และกำหนดกลุ่มคนที่ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก

ช่องที่ 9 ระยะเวลา เป็นการลงรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมว่าจะทำเมื่อไร

ช่องที่ 10 งบประมาณ เป็นการลงรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมว่าจะต้องใช้งบประมาณเท่าไรจากแหล่งใด

ช่องที่ 11 ผู้รับผิดชอบเป็นการลงรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงานนั้น ๆ

6.การสร้างแผนปฏิบัติการ (action plan / mini - SLM) เป็นการตอบสนองเป้าประสงค์เฉพาะประเด็นที่กำหนดโดยมติการประชุมของชุมชนหรือผู้บริหาร เป็นแผนที่กิจกรรมที่มีตัวชี้วัดผลสำเร็จในการปฏิบัติงานจริงของแต่ละเป้าประสงค์ในแต่ละมุมมอง การสร้างแผนปฏิบัติการจะดำเนินการภายหลังที่ทำตารางอธิบายวิธีการทำงานครบทุกช่องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จที่ชัดเจน

7.การเปิดงานและติดตามผล (launching) หมายถึงการนำใช้ในพื้นที่ปฏิบัติการ เช่น ในองค์กรท้องถิ่นหรือตำบลที่มีกองทุนสุขภาพตำบล เป็นต้น และจะต้องมีการกำหนดแนวการการติดตามประเมินผลของแผนที่ปฏิบัติการ ร่วมกันสังเกตจุดอ่อน อุปสรรคต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแผนที่ปฏิบัติการให้สามารถตอบสนองยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ได้

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์สามารถสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน กระบวนการต้องเกิดจากความเข้าใจของชุมชน (ธงชัย สาระกูลและสุธาทิพย์ จันทรักษ์ 2554) สามารถเป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงระหว่างระดับนโยบายและชุมชนทั้งในระดับกรมและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (วรรณา กางกั้นและคณะ 2553) เกิดกระบวนการจัดการสุขภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้ (รักวงศ์ คำตาชา 2553)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมเป็นหลักการพื้นฐานที่นำไปสู่ความร่วมมือต่าง ๆ ทั้งในระดับชุนชนท้องถิ่นไปถึงระดับประเทศ หากขาดกระบวนการมีส่วนร่วมอาจส่งผลให้ความต่อเนื่องและความยั่งยืนของกิจกรรมลดน้อยลง

ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาร่วมตลอดกระบวนการตั้งแต่การค้นหาสาเหตุของปัญหา ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิต (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ 2544; Creighton 2545; นรินทร์ชัย พัฒนพงศา 2547; อรทัย ก๊กผล 2552) ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นในกิจกรรมแก้ไขปัญหา รวมถึงการร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น และร่วมกันติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง 2526; ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ 2546) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในมิติการเมืองหมายถึงการที่รัฐให้อำนาจแก่ประชาชนเพื่อมาเข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอและกำหนดนโยบายเพื่อประกอบการตัดสินใจของรัฐที่จะนำนโยบายไปใช้ร่วมกัน เพื่อประกอบการพิจารณาการใช้นโยบายนั้น ๆ (คนึงนิจ ศรีบัวเอี่ยมและคณะ 2545; ถวิลวดี บุรีกุล 2551; อรทัย ก๊กผล 2552) ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้ (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา 2547; ถวิลวดี บุรีกุล 2551; อรทัย ก๊กผล 2552)

1. ต้องมีอิสรภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องมีเสรีภาพและอิสรภาพในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมไม่เกิดจากการบังคับ จะต้องเกิดจากความเต็มใจและตั้งใจ

2. ต้องมีความเสมอภาค กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องให้สิทธิที่เท่าเทียบกัน มีความเสมอภาคของประชาชนที่เข้าร่วมในกิจกรรม

3. ต้องมีความสามารถ ในบางกิจกรรมแม้จะกำหนดว่าผู้เข้าร่วมมีเสรีภาพและเสมอภาคแต่กิจกรรมที่กำหนดไว้มีความซับซ้อนเกินความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมย่อมเกิดขึ้นไม่ได้

กระบวนการมีส่วนร่วม

ในกระบวนการมีส่วนร่วม ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา และร่วมกันดำเนินกิจกรรมแก้ปัญหา การร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมจนถึงการติดตามประเมินผล ตามที่ โคเฮนและอัพฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff 1980 อ้างใน ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ 2546) และจากประสบการณ์ในการพัฒนาชนบทในประเทศไทยของเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2526) สามารถ สรุปได้ดังนี้

1.การมีส่วนร่วมในการเริ่มต้น เป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาแหตุของปัญหา ตลอดจนการกำหนดการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน เป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรวบรวมปัญหา ออกแบบกิจกรรมและกำหนดนโยบาย

3. การมีส่วนร่วมในดำเนินการ เป็นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหรือนโยบายตามที่ได้กำหนดไว้ โดยการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ งบประมาณ แรงงาน วัสดุ ฯลฯ

4. การมีส่วนร่วมในการรับผลที่เกิดการดำเนินงาน เป็นให้ประชาชนเข้ามาร่วมรับผล ทั้งผลที่เป็นประโยชน์หรือผลเสียที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรม

5. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล เป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามผลการดำเนินงานว่าสอดคล้องจากที่ได้กำหนดไว้ เพื่อสรุปผลและปรับปรุงหรือยุติในกิจกรรมการ

ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการแสดงให้เห็นถึงอำนาจของประชาชนจากมีส่วนร่วมในการกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้แต่และแนวคิดมีส่วนที่คล้ายกันคือระดับสูงสุดและระดับต่ำสุดจะเป็นการอธิบายถึงอำนาจของประชาชน จากการทบทวนระดับการมีส่วนร่วม (International Association for Public Participation 2007; บวรศักดิ์ อุวรรณโณและถวิลวดี บุรีกุล 2549; ถวิลวดี บุรีกุล 2551; Arnstein อ้างใน อรทัย ก๊กผล 2552) พบว่า มีดังนี้

1. ระดับการให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นขั้นตอนการให้ข้อมูล แก่ประชาชนเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ประชาชนมีบทบาทอำนาจน้อยมาก

2. ระดับรับฟังความคิดเห็น เป็นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการลักษณะการับฟังข้อมูล ข้อคิดเห็นจากประชาชน เพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจ อำนาจการตัดสินใจเป็นของรัฐหรือผู้มีอำนาจผู้กำหนดนโยบาย

3. ระดับการปรึกษาหารือ เป็นการเจรจากันอย่างเป็นทางการระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้วางแผนโครงการและประชาชน เพื่อระบุประเด็นหรือข้อสงสัยต่าง ๆ การเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็น โดยใช้รูปแบบต่าง ๆ อาทิ การสนทนากลุ่ม และประชาเสวนา เป็นต้น

4. ระดับการวางแผนร่วมกัน เป็นการมีส่วนร่วมที่มีขอบเขตกว้างมากขึ้น มีการรับผิดชอบร่วมกันระหว่างประชาชนและรัฐหรือผู้มีอำนาจกำหนดนโยบาย ในเตรียมการร่วมคิดตั้งแต่การระบุปัญหา พัฒนาทางเลือกและเสนอแนวทางแก้ไข รวมทั้งการรับผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ

5. ระดับร่วมติดตามประเมินผล เป็นกิจกรรมที่มีผู้เข้าร่วมน้อย แต่มีประโยชน์ที่ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบ สามารถติดตามการดำเนินกิจกรรมนั้น ๆ ได้ รูปแบบการติดตามขึ้นอยู่กับความพร้อมและการตกลงกันระหว่างผู้เข้าร่วมการติดตามประเมินผลและผู้กำหนดนโยบาย จะมีผลต่อการพิจารณาจัดสรรประโยชน์ การยุติ หรือคงไว้ ตลอดจนปรับปรุงนโยบายหรือโครงการ

6. ระดับการควบคุมโดยประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชนเพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ เป็นต้น รัฐหรือผู้มีอำนาจผู้กำหนดนโยบายมีหน้าที่ปฏิบัติตามการตัดสินใจของประชาชน

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การรวบรวมข้อมูลและแจ้งให้ประชาชนในชุมชนทราบเป็นเริ่มต้นของกระบวนการมีส่วนร่วมและส่งผลทำให้เกิดการใช้ข้อมูลในการร่วมคิดวิเคราะห์และเกิดการตัดสินใจในการร่วมกิจกรรมชุมชน (จันทรานุช มหากาญจนะ 2550; เสถียร รุจิรวนิชและสันทัด เสริมศรี 2553; ศรีเมือง พลังฤทธิ์, อลิสา รัตนตะวันและชุมพจน์ อมาตยกุล 2554) นอกจากนี้

พบว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเช่น เครือญาติ ความสัมพันธ์ส่วนตัว สิ่งตอบแทนต่าง ๆ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในชุมชนอีกด้วย (พระมหาณรงค์ เชื้อบัวเย็น 2553)

แนวคิดชุมชนเข้มแข็ง

แนวคิดชุมชนเข้มแข็งเข้ามาใช้ในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อ 2510 เป็นนำแนวคิดของ DR. Y.C. James Yen ผู้ก่อตั้งและดำรงตำแหน่งประธานองค์การ Institute of International Rural Reconstruction เป็นการดำเนินการโดยภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนกลุ่มคนที่มีใจรักงานพัฒนาชนบท เน้นให้การสงเคราะห์หรือช่วยเหลือชุมชนในการสร้างกระบวนการเรียนรู้และแก้ปัญหาบนฐานวิถีชีวิตของชุมชนเป็นหลัก สำหรับองค์ของในประเทศไทยเริ่มจัดตั้ง มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ดร.ป่วย อึ๊งภากรณ์ เป็นประธาน เป็นองค์กรเอกชนแห่งแรกที่ทำงานพัฒนาชนบทอย่างเป็นรูปธรรม ในภาคประชาสังคม ก่อนที่ภาครัฐจะเริ่มใช้ในหน่วยงานราชการ (ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม 2554) ในขณะที่รัฐบาลก็ยังคงบทบาทหลักในการควบคุมการเมืองและประชาสังคมผ่านกลไกของรัฐสู่ประชาชนเพียงทางเดียว ดังนั้นภาคเอกชนหรือประชาสังคมจึงมีบทบาทสำคัญที่การเสริมสร้างผลักดันความเข้มแข็งของชุมชนสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น ผลักดันในการพึ่งตนเองตามแนวชุมชนเข้มแข็ง มีการต่อสู้ให้รัฐปรับเปลี่ยนโครงสร้างการกระจายอำนาจการยอมรับสิทธิชุมชนการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้น

“ชุมชนเข้มแข็ง”หรือ “ความเข้มแข็งของชุมชน” หมายถึงการรวมกันของบุคคลหรือที่กลุ่มคนที่มีความเชื่อมอุดมคติเดียวกันกระทำกิจกรรมบางกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้ร่วมกัน (ประเวศ วะสี 2540; ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม 2554) เคารพในสิทธิซึ่งกันและกันและสมานฉันท์ มีความอิสระในการบริหารจัดการ เกิดกระบวนการเรียนรู้หลากหลายในชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2544)

องค์ประกอบของชุมชนเข้มแข็ง

ความแตกต่างของประสบการณ์และสถานการณ์ของชุมชนทำให้การให้ความหมายและองค์ประกอบต่างของชุมชนเข้มแข็งมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ที่ศึกษาชุมชนนั้น ๆ อาจศึกษาโดยบุคคลภายนอกหรือบุคคลในชุมชนเอง มุมมองที่ได้อย่างมีความแตกตางกันไป มิติของการศึกษาชุมชนเข้มแข็งยังไม่ครบถ้วนทำให้เกิดคำถามเกี่ยวกับความขัดแย้งของการศึกษาและกระบวนการและเงื่อนไขของความสำเร็จยังไม่ชัดเจนไม่สามารถสรุปได้ (นภาภรณ์ หะวานนท์, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุลและปานจักษ์ เหล่ารัตนวรพงษ์ ม.ป.ป) จากการทบทวนความเข้มแข็งของชุมชนพบว่าชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วย (นภาภรณ์ หะวานนท์, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุลและปานจักษ์ เหล่ารัตนวรพงษ์, ม.ป.ป.; ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ 2544; วรวิทย์ อวิรุทธ์วรกุลและวีรพงค์ มาลัยทอง 2550)

1. การมีวิสัยทัศน์และอุดมการณ์ร่วมของชุมชน เป็นความสามารถของชุมชนที่จะคาดการณ์และกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมของชุมชน พร้อมที่ร่วมจัดการปัญหาเพื่อที่บรรลุเป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน เป็นการดูศักยภาพการระดมทุนของคนในชุมชนเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในชุมชน ทำให้เห็นความร่วมมือของคนในชุมชน

3. ชุมชนเกื้อกูลกัน เป็นชุมชนมีความรัก ความสามัคคีกัน มีความมั่นคงและปลอดภัย การจัดสวัสดิการในชุมชนมีการแบ่งปันผลประโยชน์ร่วมกันอย่างต่อเนื่องและร่วมกันแก้ไขปัญหาและพัฒนาสิ่งที่เป็นสาธารณะประโยชน์ของชุมชน

4. การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นความสามารถรวมตัวกันเป็นกลุ่ม เครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นจากการจัดตั้งจากภาครัฐหรือเอกชน หรือการรวมตัวขึ้นมา เพื่อร่วมกันคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ไขปัญหาชุมชน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง เพื่อร่วมพัฒนาชุมชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีการรักษาเอกลักษณ์วัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่นให้คงอยู่ต่อไป

5. การจัดการและบริหารองค์กรชุมชน เป็นการจัดการองค์กรที่ทำให้เกิดความร่วมมือในกิจกรรมชุมชน มีการบริหารจัดการทรัพยากรที่ดี สามารถระดมทรัพยากรจากชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชนมากขึ้น

6. มีอิสระในสิทธิและอำนาจการต่อรองการเมือง เป็นอำนาจสาธารณะและสิทธิขั้นพื้นฐานของชุมชน

ขณะเดียวกันสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ได้ทำการพัฒนาตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชน โดยให้ความสำคัญกับมิติด้านทุนของชุมชนเป็นหลักมาประกอบในการพิจารณาชุมชนเข้มแข็ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สำนักพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนและการกระจายรายได้ 2550)

1. ปัจจัยด้านทุนการเงิน/ทุนที่สร้างขึ้น เป็นการให้ความสำคัญศักยภาพทางการเงินในชุมชนทั้งการบริหารจัดการและการเข้าถึงในแหล่งทุนของคนในชุมชน รวมถึงการประกอบอาชีพและผลผลิตและการบริโภคในชุมชน

2. ปัจจัยด้านทุนมนุษย์ เป็นการให้ความสำคัญกับชุมชนด้านสถานะสุขภาพ ความภาคภูมิต่อตนเองและชุมชน การใช้หลักศาสนาในการดำเนินชีวิต รวมถึงการศึกษาและการเรียนรู้ ที่เกิดขึ้นในชุมชน

3. ปัจจัยด้านทุนทางสังคม เป็นการให้ความสำคัญความเท่าเทียมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ศักยภาพของกลุ่มและองค์กรในชุมชน ความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมถึงการรักษาภูมิปัญญา ประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่น

4. ปัจจัยด้านทุนธรรมชาติ เป็นการให้ความสำคัญทรัพย์ธรรมชาติ ทั้งในด้านความสมบูรณ์ สภาพปัญหาและการใช้ประโยชน์ของชุมชน

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ชุมชนเข้มเข็งเกิดจากการที่ชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและสามารถจัดการตนเอง (วรรณธรรม กาญจนสุวรรณ 2553) ร่วมกับการใช้ทุนต่าง ๆ ชุมชน (อำไพ สว่างศรี 2552) นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรที่มีบทบาทในการสนับสนุนการขับเคลื่อนชุมชนและสร้างกระบวนการเรียนรู้ส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข้งมากขึ้น (ปาริชา มารี เคน 2551) สำหรับตัวชี้วัดของชุมชนเข้มแข็งพบว่า 1) เศรษฐกิจชุมชน เป็นการดูความสามารถของชุมชนในการผลิตการบริโภคและการบริหารจัดการมีกลุ่มออมทรัพย์และสวัสดิการชุมชน 2) ด้านสังคมและองค์กรชุมชน ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ไกล มีการ

จัดการชุมชน มีความรักความสามัคคีเกิดความสัมพันธ์ทั้งในและนอกชุมชน มีกิจกรรมกลุ่มในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 3) วัฒนธรรมและการเรียนรู้ มีการเรียนรู้และถ่ายทอดวัฒนธรรมประเพณีชุมชน 4) การจัดการสิ่งแวดล้อม มีการร่วมใช้และร่วมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมชุมชน (พัชราวดี ตรีชัย 2552; พัชรี ศรีสังข์ 2552; นิวัฒน์ ศรีบุญนาค 2552; วรรณธรรม กาญจนสุวรรณ 2553) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของความเข้มแข็งในชุมชน 1) ผู้นำชุมชน มีความตั้งใจและมีจุดยืนในการพัฒนาตนเองและชุมชนอย่างชัดเจน มีความคิดที่สร้างสรรค์ สามารถในการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมร่วมกันหนุนเสริมการทำงานในพื้นที่ได้ (ประเวศ วะสี 2552; พัชรี ศรีสังข์ 2552) 2) ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนทั้งในระดับเครือญาติ (ประคอง สุคนธจิตต์ 2552) หรือความสัมพันธ์ในการช่วยเหลือและเอื้ออาทรในทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง (วรุณี เชาวน์สุขุมและคณะ 2553;) 3) ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันทั้งในกระบวนการทำงาน (วินัย วงศ์อาสา 2556)

กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี

ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ภาคประชาสังคมจังหวัดปัตตานี สามารถขับเคลื่อนโครงการสาธารณะเข้มแข็ง มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นเวทีรับฟังข้อคิดเห็นต่าง ๆ และสาธิตเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นสาระที่บรรจุในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและส่งต่อไปเวทีรับฟังความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพในพื้นที่ 12 อำเภอในจังหวัดปัตตานี ได้รับการสนับสนุนให้จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นในพื้นที่ และร่วมจัดสมัชชาสุขภาพ 4 ภาค จากวิกฤตสถานการณ์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดปัตตานีร่วมกับจังหวัดยะลาและจังหวัดนราธิวาสร่วมกันจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น “สานเสวนาเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ชายแดนใต้” ผลจากกิจกรรมทำให้เกิดความร่วมมือของประชาชนหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพและภาคเอกชน ในกระบวนการเยียวยาในพื้นที่สามจังหวัด สามารถนำรูปแบบและกระบวนการสู่ จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส จังหวัดสตูลและ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา เกิดการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งเฉพาะประเด็น “การเยียวยาพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้” นำข้อเสนอสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนงบประมาณให้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี เพื่อพัฒนากลไกคณะทำงานสมัชชาสุขภาพในระดับจังหวัด มีการจัดเวทีในระดับจังหวัดและการนำมติสมัชชาสุขภาพมาขับเคลื่อนในระดับตำบล 4 ตำบลประกอบด้วย ตำบลยาบี ตำบลนาเกตุ ตำบลดอน และตำบลดอนทราย และปี พ.ศ. 2554 คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ได้จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลคัดเลือกตำบล นำร่องอำเภอละจำนวน 1 ตำบล ยกเว้นอำเภอเมืองคัดเลือกจำนวน 3 ตำบล รวม 15 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลนาเกตุ ตำบลดอน ตำบลยาบี ตำบลดอนทราย ตำบลปล่องหอย ตำบลพิเทน ตำบลทรายขาว ตำบลประจัน ตำบลเกาะจัน ตำบลบางปู ตำบลปะเสยะวอ ตำบลป่าไร่ ตำบลรูสะมิแล ตำบลปูยุดและตำบลบานา หลักเกณฑ์การพิจารณาเลือกตำบลจาก ความเข้มแข็งของชุมชนและผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในระดับดี (กัลยา เอี่ยวสกุลและคณะ 2554)

แนวคิดการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เปิดโอกาสของกระบวนการนโยบายสาธารณะใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ชุมชนและทุกภาคส่วนของสังคมสามารถใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นช่องทางในการเสนอนโยบายและสามารถผลักดันนโยบายสาธารณะในระดับชุมชนถึงระดับชาติได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2553) ประกอบกับ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นกองทุนที่ส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกันสนับสนุนงบประมาณตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (9) และมาตรา 47 และใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี 2554) จุดมุ่งหมายสำคัญของพระราชบัญญัติทั้ง 2 ฉบับข้างต้นที่ต้องการให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองและสามารถกำหนดนโยบายสาธารณะของชุมชนและผลักดันในระดับต่าง ๆ โดยใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเป็นพื้นที่ในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

สำหรับการนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลที่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการทำแผน สามารถทำได้ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ (พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ 2554)

1. หารือทำความเข้าใจกันในแกนนำของกลุ่ม เครือข่าย หน่วยงานในตำบล เมื่อเห็นถึงความสำคัญแล้ว จึงจัดตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล โดยควรให้มีองค์ประกอบเป็นพหุภาคี และมีคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงาน

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล ทำหน้าที่เป็นตัวประสานกลุ่มคน เครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ในตำบล เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

3. คณะทำงานฯ ควรมีทีมวิชาการที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ บทบาทและงานของกลุ่ม เครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ และทุนทางสังคมในพื้นที่

4. คณะทำงานฯ จัดกระบวนการในการกำหนดจุดหมายร่วม ที่เป็นภาพสุขภาวะของพื้นที่ที่พึงประสงค์ของคนในชุมชน

5. คณะทำงานฯจัดทำกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ และเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญ ที่จะทำให้พื้นที่บรรลุสุขภาวะที่พึงประสงค์

6. หลังจากเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญได้แล้ว ให้จัดหาคณะทำงานแต่ละประเด็นเพื่อทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการและจัดทำร่างแผนสุขภาวะชุมชน โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งระบุชัดเจนถึง จุดหมายเป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม รวมถึงข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการที่จะทำให้แผนสุขภาวะชุมชนถูกนำไปปฏิบัติได้

7. จัดกระบวนการ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละประเด็น พิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชนและร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ อาจเป็นการจัดเวทีย่อย ทำกลุ่มสนทนา หรือส่งเป็นเอกสาร

8. คณะทำงานแต่ละประเด็น ทบทวนร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และส่งกลับไปยังกลุ่ม ภาคี เครือข่ายสุขภาพทุกกลุ่ม เพื่อเป็นเอกสารนำเข้าพิจารณาในสมัชชาพื้นที่

9. จัดสมัชชาสุขภาพในตำบลให้ตัวแทนภาคีทุกภาคส่วน ร่วมกันหาฉันทามติ สรุปเป็นแผนสุขภาวะชุมชน และเป็นข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และร่วมผลักดันไปสู่การปฏิบัติ

10. จัดตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผล ทำหน้าที่ผลักดัน ติดตามให้ แผนข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ถูกนำไปปฏิบัติ

11. ในการขับเคลื่อนมติหรือข้อตกลงจากสมัชชา อาจจะนำไปสู่การ ให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงาน กองทุนสุขภาพตำบลดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน ไปปฏิบัติ ส่งข้อเสนอไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปพิจารณาปฏิบัติ ส่งให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการต่อในบางข้อเสนอที่ต้องการการผลักดันจากภายนอกและผลักดันระดับชาติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในจังหวัดปัตตานี โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลคุณภาพ สำหรับเนื้อหาในวิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามลำดับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในจังหวัดปัตตานี จำนวนทั้งหมด 113 กองทุน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ซึ่งได้คัดเลือกแบบเจาะเจาะ (purposive sampling) จำนวน 15 กองทุน เกณฑ์คัดเข้าเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี จำนวน 15 กองทุน
2. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล
3. แกนนำหลักในการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล ที่สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการดำเนินการวิจัย จำนวน 45 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เรื่องการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ประกอบด้วย เป็นแนวคำถามแบบมีโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยอายุเพศศาสนาระดับการศึกษาอาชีพ บทบาทกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับและสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ประกอบด้วย จำนวนหมู่บ้าน ครัวเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ และที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ การนับถือศาสนา อาชีพหลักของชุมชน ปัญหาสุขภาวะในชุมชน กลุ่มเครือข่ายที่สามารถจัดการปัญหาสุขภาวะ การมีส่วนร่วมของชุมชน กองทุนที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปกองทุนสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ชื่อกองทุนหลักประกันสุขภาพ ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณรายรับรายจ่ายของกองทนหลักประกันสุขภาพ งบประมาณที่สนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล บาทคณะกรรมการในกองทุนหลักประกันสุขภาพและในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการนำไปใช้

ตอนที่ 4 การพัฒนาศักยภาพและการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ประกอบด้วยการเข้าใจความหมายของคำ“ ระบบสุขภาพ” “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” “นโยบายสาธารณะ” “แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์”และ“สมัชชาสุขภาพ” และสถานการณ์การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขถ้วนหน้ารวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ โดยผ่านตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาข้อคำถาม โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ

นอกจากนี้เครื่องมือวิจัยมีช่องว่างให้กลุ่มตัวอย่าง เพิ่มเติมข้อมูลที่ต้องการเพิ่ม ซึ่งมีมากกว่าที่นำเสนอในเครื่องมือวิจัย

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรง จำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเหตุผล (logical content validity) และนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้เหมาะสมก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาส่งคณะกรรมการจริยธรรม สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เพื่อพิจารณาประเมินงานด้านจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขอหนังสือแนะนำตัวขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในพื้นที่ต่าง ๆ และผู้เกี่ยวข้องในจังหวัดปัตตานี

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาเห็บชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับการอนุมัติจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เพื่อเข้าร่วมสังเกตการณ์ในการกิจกรรมพัฒนาศักยภาพคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตามแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี และขอรายชื่อ แกนนำของกองทุนหลักประกันสุขภาพของตำบลในพื้นที่ต่าง ๆ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์จากการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยการรวบรวมข้อมูลดังนี้

ระยะที่ 1 เดือนมิถุนายน – ธันวาคม 2554 เป็นการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบล โดยให้ตัวแทนคณะทำงานสมัชชาสุขภาพแต่ละตำบล ผู้วิจัยได้เข้าร่วมการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non participant observation) การประชุม 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 3-4 มิถุนายน 2554 ประชุมเชิงปฏิบัติการ กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อการจัดการสุขภาวะ ปี พ.ศ. 2554 ครั้งที่ 2 วันที่ 25-26 กรกฎาคม 2554 และ ครั้งที่ 3 วันที่ 28-30 ธันวาคม 2554 ประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ บทบาทผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากกิจกรรม สังเกตบรรยากาศต่าง ๆ จากการประชุม

ระยะที่ 2 เดือนมกราคม-ธันวาคม 2555 เป็นการสร้างกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในแต่ละตำบลตามกลไกที่คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีได้มอบหมายไว้ ผู้วิจัยได้ติดตามผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีสังเกตการจัดสมัชชาสุขภาพของตำบลดอน 1 ครั้ง

ระยะที่ 3 เดือน มกราคม – มีนาคม 2556 เป็นการติดตามการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในแต่ละตำบล ผู้วิจัยได้ติดต่อตามรายชื่อที่ได้รับจากผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี และเดินทางรวบรวมรวบรวมข้อมูลในตำบลต่าง ๆ และการส่งแบบสัมภาษณ์ทางอีเมล ร่วมกับสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์ เนื่องจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางแห่ง ไม่สะดวกให้ผู้วิจัยลงในพื้นที่จากข้อจำกัดของสถานการ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และรวบรวมข้อมูลตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ สามารถจำแนกได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 การรวบรวมข้อมูลจำแนกรายตำบล

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	อำเภอ	ผู้ให้ข้อมูล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล	วิธีการรวบรวมข้อมูล	วิธีการรวบรวมข้อมูล เพิ่มเติม
ดอนทราย	ไม้แก่น	-ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล	1 คน	- อีเมล	โทรศัพท์
นาเกตุ	โคกโพธิ์	-ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล - คณะกรรมการกองทุน	6 คน	-สัมภาษณ์รายกลุ่มในพื้นที่	โทรศัพท์
ทรายขาว	โคกโพธิ์	- นายก อบต. - ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล	2 คน	-สัมภาษณ์รายกลุ่มในพื้นที่	โทรศัพท์
ดอน	ปะนาเระ	-ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล	1 คน	-สัมภาษณ์รายกลุ่มในพื้นที่	โทรศัพท์
ยาบี	หนองจิก	-นายก อบต. -ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - คณะกรรมการกองทุน	10 คน	-สัมภาษณ์รายกลุ่มในพื้นที่	โทรศัพท์
พิเทน	ทุ่งยางแดง	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. -เจ้าหน้าที่ อบต. -คณะกรรมการกองทุน	3 คน	-สัมภาษณ์รายกลุ่มในพื้นที่	โทรศัพท์
ปล่องหอย	กะพ้อ	-นายก อบต. -คณะกรรมการกองทุน	6 คน	-สัมภาษณ์รายกลุ่มในพื้นที่	โทรศัพท์
ประจัน	ยะรัง	-เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	1 คน	-สัมภาษณ์ในพื้นที่	โทรศัพท์
บางปู	ยะหริ่ง	-เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	1 คน	-สัมภาษณ์ในพื้นที่	โทรศัพท์
ปะเสยะวอ	สายบุรี	-เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	1 คน	-สัมภาษณ์ในพื้นที่	โทรศัพท์
รูสะมิแล	เมือง	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. -เจ้าหน้าที่ อบต. -คณะกรรมการกองทุน	9 คน	-สัมภาษณ์รายกลุ่มในพื้นที่	โทรศัพท์
บานา	เมือง	-ผอ.กองสาธารณสุข	1 คน	- อีเมล	โทรศัพท์

ตาราง 1 แสดงการรวบรวมข้อมูลจำแนกรายตำบล(ต่อ)

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	อำเภอ	ผู้ให้ข้อมูล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล	วิธีการรวบรวมข้อมูล	วิธีการรวบรวมข้อมูล เพิ่มเติม
ปูยุด	เมือง	-นายก อบต. -ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - คณะกรรมการกองทุน	3 คน	-สัมภาษณ์รายกลุ่มในพื้นที่	โทรศัพท์
รวม	15	ตำบล	45	คน	

2. รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร สิ่งบันทึกต่าง ๆ และเว็ปไซด์ที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และข้อมูลทั่วไปของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. การพัฒนาศักยภาพและการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นข้อมูลคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณของนักวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและจรรยาบรรณของนักวิจัยโดยการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัดดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตการทำวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัส EC 007/56.

2. ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับจากวิจัย

3. ชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขออนุญาตสัมภาษณ์เจาะลึกและบันทึกเสียงเพื่อให้เกิดความชัดเจนและความถูกต้องของข้อมูลมากที่สุดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลหากผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงชื่อยินยอมตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิหรืออาจเป็นการยินยอมด้วยวาจา

4. หากผู้ให้ข้อมูลต้องการออกจากการศึกษาวิจัยหรือไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถแจ้งผู้วิจัยทราบได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

5. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับชื่อผู้ให้ข้อมูลและการรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในนามสมมติผู้อ่านจะไม่สามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ เทปที่ใช้ในการบันทึกเสียงจะถูกเก็บเป็นความลับ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในจังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 45 คน ระยะเวลาเก็บข้อมูล มิถุนายน 2554 – มีนาคม 2556 รวบรวมข้อมูลจากเอกสารบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหาดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 บริบทชุมชนจำแนกรายตำบล
ส่วนที่ 2 บริบบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจำแนกรายกองทุน
ส่วนที่ 3 กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล
ส่วนที่ 4 การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ
ส่วนที่ 5 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล
ส่วนที่ 6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ส่วนที่ 1 บริบทชุมชนจำแนกรายตำบล

1. ข้อมูลทั่วไปของบริบทชุมชน ประกอบด้วย 1) จำนวนหมู่บ้านของแต่ละตำบล 2) การนับถือศาสนาของชุมชน 3) จำนวนครัวเรือน 4) จำนวนประชากร 5) อาชีพและรายได้
2. กลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งมีบทบาทในการสร้างสุขภาวะในชุมชน
3. กองทุนที่มีความเข้มแข็งมีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะชุมชน
4. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตาราง 2 ข้อมูลบริบทชุมชนจำแนกรายตำบล

บริบทชุมชน	ดอน	นาเกตุ	ดอนทราย	ยาบี	พิเทน
1.ข้อมูลทั่วไปของชุมชน					
1.1 จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด (หมู่)	6	7	4	6	7
- จำนวนหมู่บ้านไทยพุทธ (หมู่)	2	2	-	1	-
- จำนวนหมู่บ้านไทยมุสลิม (หมู่)	4	4	4	5	6
- จำนวนหมู่บ้านผสมไทยมุสลิม-ไทยพุทธ (หมู่)	-	1	1	-	1
1.2 สัดส่วนร้อยละของการนับถือศาสนาของชุมชน					
- ศาสนาอิสลาม (ร้อยละ)	44.13	65.40	95	88.12	99.10
- ศาสนาพุทธ (ร้อยละ)	55.87	34.60	5	11.88	.90
1.3 จำนวนครัวเรือน (หลังคาเรือน)	997	1,367	590	880	1,267
1.4 จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (คน)	3,581	7,090	2,989	3,678	8,146
1.5 จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ (คน)	3,000	7,450	2,989	4,022	6,794
1.6 อาชีพหลักของชุมชน	ทำนา	ทำสวน	ประมง	ทำสวน	ทำสวน
1.7.สัดส่วนร้อยละลักษณะการประกอบอาชีพ					
- ประกอบอาชีพในชุมชน (ร้อยละ)	70	80	100	60	70
-ประกอบอาชีพนอกชุมชน (ร้อยละ)	30	20	-	40	30.
1.8 รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในชุมชนต่อเดือน	3,500	8,000	4,500	6,000	5,833
2. จำนวนกลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งในชุมชน	3	2	3	2	2
3. จำนวนกองทุนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน	3	2	3	2	2
4. ค่าคะแนนเฉลี่ยและระดับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อปัญหาสุขภาวะ	3.28 (ปานกลาง)	2.65 (น้อย)	2.64 (น้อย)	3.28 (ปานกลาง)	2.96 (น้อย)
4.1 ร่วมรับรู้	4	2	3.40	4.40	4.80
4.2 ร่วมวางแผน	3.60	3.750	3.40	3.80	2.40
4.3 ร่วมกิจกรรม	3.	4	2.80	3.60	3.80
4.4 ร่วมลงทุน	2.80	1.75	1.80	1.20	1.40
4.5 ร่วมประเมินผล	3.	1.75	1.80	3.40	2.40

ตาราง 2 ข้อมูลบริบทชุมชนจำแนกรายตำบล (ต่อ)

บริบทชุมชน	ปล่องหอย	รูสะมิแล	ประจัน	ปูยุด	ทรายขาว
1.ข้อมูลทั่วไปของชุมชน					
1.1 จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด (หมู่)	10	6	9	7	6
- จำนวนหมู่บ้านไทยพุทธ (หมู่)	-	-	-	-	3
- จำนวนหมู่บ้านไทยมุสลิม (หมู่)	10	2	9	7	3
- จำนวนหมู่บ้านผสมไทยมุสลิม-ไทยพุทธ (หมู่)	-	4	-	-	-
1.2 สัดส่วนร้อยละของการนับถือศาสนาของชุมชน					
- ศาสนาอิสลาม (ร้อยละ)	100	85	100	100	57.63
- ศาสนาพุทธ (ร้อยละ)	-	15	-	-	42.37
1.3 จำนวนครัวเรือน (หลังคาเรือน)	1,310	5,202	1,522	1,411	1,274
1.4 จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (คน)	6,789	17,122	7,603	6,554	4,122
1.5 จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ (คน)	7,490	17,777	7,603	6,026	4,122
1.6 อาชีพหลักของชุมชน	ทำสวน	รับจ้าง	ทำสวน	ทำสวน	ทำสวน
1.7.สัดส่วนร้อยละลักษณะการประกอบอาชีพ					
- ประกอบอาชีพในชุมชน (ร้อยละ)	80	89	70	80	95
-ประกอบอาชีพนอกชุมชน (ร้อยละ)	20	11	30	20	5
1.8 รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในชุมชนต่อเดือน	3,828	5,800	6,000	4,500	4,500
2. จำนวนกลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งในชุมชน	3	2	5	2	2
3. จำนวนกองทุนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน	2	3	4	2	3
4. ค่าคะแนนเฉลี่ยและระดับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อปัญหาสุขภาวะ	2.92 (น้อย)	3.08 (ปานกลาง)	3.68 (ปานกลาง)	2 (น้อย)	2.25 (น้อย)
4.1 ร่วมรับรู้	4	4.40	5	3.25	3
4.2 ร่วมวางแผน	2.80	3.40	3.60	2.25	3
4.3 ร่วมกิจกรรม	3.60	3	4	1	3
4.4 ร่วมลงทุน	1	2.20	2	1.25	1
4.5 ร่วมประเมินผล	3.20	2.40	3.80	2	1.25

ตาราง 2 ข้อมูลบริบทชุมชนจำแนกรายตำบล (ต่อ)

บริบทชุมชน	ป่าไร่	บางปู	บานา	เกาะจัน	ปะเสยะวอ
1.ข้อมูลทั่วไปของชุมชน					
1.1 จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด (หมู่)	7	3	11	5	7
- จำนวนหมู่บ้านไทยพุทธ (หมู่)	2	-	-	-	-
- จำนวนหมู่บ้านไทยมุสลิม (หมู่)	2	3	7	5	3
- จำนวนหมู่บ้านผสมไทยมุสลิม-ไทยพุทธ (หมู่)	1	-	4	-	4
1.2 สัดส่วนร้อยละของการนับถือศาสนาของชุมชน					
- ศาสนาอิสลาม (ร้อยละ)	60	100	90	100	92.47
- ศาสนาพุทธ (ร้อยละ)	40	-	10	-	7.53
1.3 จำนวนครัวเรือน (หลังคาเรือน)	1,264	1,953	7,393	942	1,489
1.4 จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (คน)	6,150	9,844	20,845	4,536	8,938
1.5 จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ (คน)	5,500	9,755	20,845	4,000	8,563
1.6 อาชีพหลักของชุมชน	ทำสวน	ค้าขาย	ทำสวน	ทำสวน	ประมง
1.7.สัดส่วนร้อยละลักษณะการประกอบอาชีพ					
- ประกอบอาชีพในชุมชน (ร้อยละ)	60	82.55	80	65	85
-ประกอบอาชีพนอกชุมชน (ร้อยละ)	40	17.45	20	35	15
1.8 รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในชุมชนต่อเดือน	5,000	6,150	5,000	7,000	9,560
2. จำนวนกลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งในชุมชน	3	4	1	2	2
3. จำนวนกองทุนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน	3	2	2	2	2
4. ค่าคะแนนเฉลี่ยและระดับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อปัญหาสุขภาวะ	3.20 (ปานกลาง)	2.68 (น้อย)	2.73 (น้อย)	2.80 (น้อย)	3.36 (ปานกลาง)
4.1 ร่วมรับรู้	4	3.68	3.67	3	3.80
4.2 ร่วมวางแผน	4	2.80	3.67	2.75	3.80
4.3 ร่วมกิจกรรม	4	3.60	3	3.75	3.60
4.4 ร่วมลงทุน	1	1	1.67	1.25	2.60
4.5 ร่วมประเมินผล	3	3.20	1.67	1.25	3.36

จากตาราง 2 สามารถจำแนกรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. บริบททั่วไปของบริบทชุมชน

พบว่า ตำบลบานารับผิดชอบหมู่บ้านมากที่สุด จำนวน 11 หมู่บ้าน ตำบลบางปูรับผิดชอบหมู่บ้านน้อยที่สุด จำนวน 3 หมู่บ้าน ตำบลเกาะจัน ตำบลปล่องหอยและตำบลบางปูนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 100 ส่วนตำบลอื่น ๆ นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามในสัดส่วนที่

แตกต่างกัน จำนวนครัวเรือนและประชากรพบว่า ตำบลบานารับผิดชอบครัวเรือนและประชากรมากที่สุด ครัวเรือนจำนวน 7,393 หลังคาเรือน ประชากรจำนวน 20,845 คน ตำบลดอนทรายรับผิดชอบครัวเรือนและประชากรน้อยที่สุด ครัวเรือนจำนวน 590 หลังคาเรือน ประชากรจำนวน 2,989 คน อาชีพหลักของชุมชน พบว่า ตำบลปะเสยะวอและตำบลดอนทราย ประกอบอาชีพประมง ตำบลบางปูประกอบอาชีพค้าขาย ส่วนตำบลอื่น ๆ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเช่น ทำสวน ทำนา เป็นต้น 3) ส่วนรายได้ต่อเดือน พบว่า ตำบลดอนมีรายได้น้อยที่สุด 3,000 บาทต่อเดือน และตำบลปะเสยะวอ มีรายได้มากที่สุด 9,560 บาทต่อเดือน

2. กลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งมีบทบาทในการสร้างสุขภาวะในชุมชน

กลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน โดยรวมพบว่า ตำบล จำนวน 8 ตำบล ที่มีกลุ่มเครือข่ายที่มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาวะจำนวน 2 กลุ่ม และ ตำบลประจัน มีกลุ่มเครือข่ายมากที่สุด จำนวน 5 กลุ่ม

3. กองทุนที่มีความเข้มแข็งมีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะชุมชน

กองทุนที่มีความเข้มแข็งมีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะชุมชน พบว่า โดยรวมพบว่า ตำบล จำนวน 9 ตำบล ที่มีกองทุนที่มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาวะจำนวน 2 กองทุน และตำบลประจัน มีกองทุนมากที่สุด จำนวน 4 กองทุน

4. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการประเมินกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนเบื้องต้น พบว่า คะแนนอยู่ในระหว่าง 2.00 – 3.68 ตำบลที่มีคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับ 2.00 ขึ้นไป ไม่เกิน 3.00 ระดับกระบวนการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย จำนวน 9 ตำบล และคะแนนอยู่ในระดับ 3.00 ขึ้นไป ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 6 ตำบล

ส่วนที่ 2 บริบบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจำแนกรายกองทุน

1. ข้อมูลทั่วไปของบริบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 1) ประเภทและขนาดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ปีเริ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

2. ปีที่เริ่มประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพและคณะทำงาน

3. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

4. งบประมาณสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ตาราง 3 บริบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจำแนกรายกองทุน

บริบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	ดอน	นาเกตุ	ดอนทราย	ยาบี	พิเทน
1. ประเภทและขนาดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	อบต. ขนาดกลาง	อบต. ขนาดกลาง	อบต. ขนาดกลาง	อบต. ขนาดกลาง	อบต. ขนาดกลาง
2. ปีที่ก่อตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	2551	2549	2551	2553	2554
3. ปีเริ่มใช้กระบวนการสมัชชา	2553	2553	2553	2553	2554
4. จำนวนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	17	17	17	17	15
5. จำนวนคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล	25	24	22	30	25
6. จำนวนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล	17	17	17	17	15
7. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	ไม่ทำ	ทำ	ทำ	ไม่ทำ	ทำ
7.1 กระบวนการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์					
- ทำโดยคณะกรรมการกองทุนบางคน	-	-	-	-	-
- ทำโดยคณะกรรมการกองทุนทุกคน	-	✓	✓	-	✓
- ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำแผน	-	✓	✓	-	✓
- มีเวทีประชาคมมาสนับสนุนในการทำแผน	-	✓	✓	-	✓
7.2 การนำไปใช้					
- ร้อยละผลการดำเนินงานกองทุนตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	100	100	100	100	100
- จำนวนประเด็นนโยบายสาธารณะที่เกิดจากกองทุนตำบลและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	1	1	1	2	-
8. งบประมาณสนับสนุนกระบวนสมัชชาสุขภาพตำบล					
8.1 สมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	-	20,000 (2553-2555)	14,100 (2555)	-	-
8.2 สมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	-	67,000 (2553) 73,500 (2554) 12,000 (2555)	-	-	-
8.3 สมทบจากชุมชน (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	-		-	-	-
8.4 สมทบจากแหล่งอื่น ๆ (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	10,000 (2553)	10,000 (2553)	10,000 (2553)	10,000 (2553)	10,000 (2555)

ตาราง 3 บริบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจำแนกรายกองทุน (ต่อ)

บริบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	ปล่องหอย	รูสะมิแล	ประจัน	ปูยุด	ทรายขาว
1. ประเภทและขนาดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	อบต.ขนาดกลาง	เทศบาลขนาดเล็ก	อบต.ขนาดเล็ก	อบต.ขนาดกลาง	อบต.ขนาดกลาง
2. ปีที่ก่อตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	2554	2553	2554	2554	2554
3. ปีเริ่มใช้กระบวนการสมัชชา	2554	2554	2554	2554	2554
4. จำนวนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	17	17	19	17	14
5. จำนวนคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล	23	23	24	ยังไม่ได้แต่งตั้งใหม่	ไม่พร้อมใช้สมัชชา
6. จำนวนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล	2	17	19	-	-
7. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	ไม่ทำ	ทำ	ทำ	ทำ	ไม่ทำ
7.1 กระบวนการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์					
- ทำโดยคณะกรรมการกองทุนบางคน	-	-	-	-	-
- ทำโดยคณะกรรมการกองทุนทุกคน	-	✓	✓	✓	-
- ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำแผน	-	✓	✓	✓	-
- มีเวทีประชาคมมาสนับสนุนในการทำแผน	-	✓	✓	✓	-
7.2 การนำไปใช้					
- ร้อยละผลการดำเนินงานกองทุนตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	100	100	100	100	-
- จำนวนประเด็นนโยบายสาธารณะที่เกิดจากกองทุนตำบลและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	-	-	1	-	-
8. งบประมาณสนับสนุนกระบวนสมัชชาสุขภาพตำบล		-		-	-
8.1 สมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	-	-	-	-	-
8.2 สมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	-	-	-	-	-
8.3 สมทบจากชุมชน (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	-	-	-	-	-
8.4 สมทบจากแหล่งอื่น ๆ (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	10,000 (2555)	5,000 (2554)	10,000 (2555)	-	-

ตาราง 3 บริบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจำแนกรายกองทุน (ต่อ)

บริบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	ป่าไร่	บางปู	บานา	เกาะจัน	ปะเสยะวอ
1. ประเภทและขนาดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	อบต. ขนาดกลาง	เทศบาล ขนาดกลาง	อบต. ขนาด. ใหญ่	อบต. ขนาดเล็ก	อบต.ขนาดกลาง
2. ปีที่ก่อตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	2554	2554	2553	2554	2554
3. ปีเริ่มใช้กระบวนการสมัชชา	2554	2554	2554	2554	2554
4. จำนวนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	15	17	17	14	17
5. จำนวนคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล	ไม่พร้อมใช้สมัชชา	22	ไม่พร้อม	ยังไม่ได้แต่งตั้ง	ยังไม่ได้แต่งตั้ง
6. จำนวนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล	-	17	-	-	-
7. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	ไม่ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ	ไม่ทำ
7.1 กระบวนการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์					
- ทำโดยคณะกรรมการกองทุนบางคน	-	-		-	-
- ทำโดยคณะกรรมการกองทุนทุกคน	-	-	✓	-	-
- ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำแผน	-	-	✓	-	-
- มีเวทีประชาคมมาสนับสนุนในการทำแผน	-	-	✓	-	-
7.2 การนำไปใช้					
- ร้อยละผลการดำเนินงานกองทุนตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	-	-	100	-	-
- จำนวนประเด็นนโยบายสาธารณะที่เกิดจากกองทุนตำบลและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	-	-	-	-	-
8. งบประมาณสนับสนุนกระบวนสมัชชาสุขภาพตำบล	-	-		-	-
8.1 สมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	-	-	-	-	-
8.2 สมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	-	-	-	-	-
8.3 สมทบจากชุมชน (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	-	-	-	-	-
8.4 สมทบจากแหล่งอื่น ๆ (ปีพ.ศ. ที่สมทบ)	-	10,000 (2554)	-	-	-

จากตาราง 3 สามารถจำแนกรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของบริบทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาการประยุกใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสังกัดเทศบาลขนาดเล็ก จำนวน 1 กองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล เริ่มก่อตั้งกองทุนเมื่อปี พ.ศ. 2553 สังกัดเทศบาลขนาดกลาง จำนวน 1 กองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปู เริ่มก่อตั้งกองทุนเมื่อปี พ.ศ. 2554 สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง จำนวน 10 กองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ เริ่มก่อตั้งกองทุนเมื่อปี พ.ศ. 2549 กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนและตำบลดอนทราย เริ่มก่อตั้งกองทุนเมื่อปี พ.ศ. 2551 กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบี เริ่มก่อตั้งกองทุนเมื่อปี พ.ศ. 2553 กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน ตำบลปล่องหอย ตำบลปูยุด ตำบลทรายขาว ตำบลป่าไร่ และตำบลปะเสยะวอ เริ่มก่อตั้งกองทุนเมื่อปี พ.ศ. 2554 ตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล ขนาดเล็กจำนวน 2 กองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจันและตำบลเกาะจัน เริ่มก่อตั้งกองทุนเมื่อปี พ.ศ. 2554

2. ปีที่เริ่มประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพและคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่เริ่มประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 4 กองทุน คือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอน ตำบลดอนทราย ตำบลนาเกตุ และตำบลยาบี คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกกองทุน เข้าร่วมทำหน้าที่คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่เริ่มเข้าร่วมพัฒนาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 11 กองทุน พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบานา ตำบลทรายขาว และตำบลป่าไร่ ไม่พร้อมประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะจันและปะเสยะวอ ไม่ได้แต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน ตำบลรูสะมิแล ตำบลประจัน ตำบลบางปูและตำบลปูยุดมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมทำหน้าที่คณะทำงานสมัชชาสุขภาพยกเว้นตำบลปล่องหอยที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ร่วมเป็นกรรมการกองทุนและคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ

3. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนกองทุน จำนวน 7 กองทุน พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทรายและตำบลนาเกตุสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพและจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ได้สำเร็จ เกิด

นโยบายสาธารณะของชุมชน กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจัน ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และเริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ แต่สามารถกำหนดนโยบายสาธารณะของชุมชนได้ ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล ตำบลปูยุด ตำบลบานา ตำบลพิเทน มีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์แต่ไม่สามารถกำหนดนโยบายสาธารณะของชุมชนได้ สำหรับกระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พบว่ามีการจัดเวทีประชาคม ชุมชนและคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

3. งบประมาณสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอย ตำบลยาบี ตำบลพิเทน ตำบลประจัน ตำบลบางปู และรูสะมิแล ได้รับงบประมาณที่สนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ จำนวนเงิน 5,000 – 10,000 บาท แตกต่างกันในแต่ละตำบล ยกเว้นกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งอื่น ๆ เมื่อปี พ.ศ. 2553 กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเท่านั้น เมื่อ ปี พ.ศ. 2555 จำนวน 14,100 บาท และกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ ปี พ.ศ 2553 – 2555 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 12,000 – 75,300 บาทและกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน 20,000 บาทอย่างต่อเนื่อง และ แหล่งอื่น ๆ จำนวน ปี พ.ศ. 2553 10,000 บาทเท่านั้น

ส่วนที่ 3 กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล

กลไกการสนับสนุน เป็นการสนับสนุนของหน่วยงานทั้งด้านการสนับสนุนที่ใช้งบประมาณ การอำนวยความสะดวกที่เกี่ยวข้องกับการจัดสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ และการร่วมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผล ทั้งนี้จำแนกได้ 2 ระดับ

1. กลไกการสนับสนุนในพื้นที่ ประกอบด้วย
   - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับตำบล
   - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
   - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด
2. กลไกสนับสนุนนอกพื้นที่ ประกอบด้วย
   - หน่วยงานสถาบันการศึกษา
   - สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 4 กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มต้นถึงปัจจุบัน	ดอน	นาเกตุ	ดอนทราย	ยาบี	พิเทน
การรับรู้และการได้รับการสนับสนุนกลไกสนับสนุน					
1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก
1.1. สนับสนุนงบประมาณ	✗	✓	✗	✗	✗
1.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✓	✓	✓	✓	✓
1.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓
1.4 การให้คำปรึกษา	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	3-5 ครั้ง
1.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	3-5 ครั้ง
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก
2.1. สนับสนุนงบประมาณ	✗	✗	✗	✗	✗
2.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✗	✗	✗	✗	✗
2.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓
2.4 การให้คำปรึกษา	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	3-5 ครั้ง	3-5 ครั้ง	3-5 ครั้ง
2.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	3-5 ครั้ง	3-5 ครั้ง	3-5 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/คณะทำงานสมัชชาจังหวัด	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก
3.1. สนับสนุนงบประมาณ	✓	✓	✓	✓	✓
3.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✗	✗	✗	✗	✗
3.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓
3.4 การให้คำปรึกษา	3-5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	1-2ครั้ง
3.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง
4. สถาบันการศึกษา	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก
4.1. สนับสนุนงบประมาณ	-	-	-	-	-
4.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	-	-	-	-	-
4.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	-	-	-	-	-
4.4 การให้คำปรึกษา	-	-	-	-	-
4.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	-	-	-	-	-
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก
5.1. สนับสนุนงบประมาณ	✗	✗	✗	✗	✗
5.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✗	✗	✗	✗	✗
5.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✗
5.4 การให้คำปรึกษา	✗	✗	✗	✗	✗
5.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	✗	✗	✗	✗	✗

ตาราง 4 กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล (ต่อ)

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มต้นถึงปัจจุบัน	ปล่องหอย	รูสะมิแล	ประจัน	ปูยุด	ทรายขาว
การรับรู้และการได้รับการสนับสนุนกลไกสนับสนุน					
1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก
1.1. สนับสนุนงบประมาณ	✗	✗	✗	✗	✗
1.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✓	✗	✓	✓	✗
1.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✗
1.4 การให้คำปรึกษา	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	3-5 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง
1.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	1-2 ครั้ง	ไม่ติดตาม	1-2 ครั้ง	ไม่ติดตาม	ไม่ติดตาม
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก
2.1. สนับสนุนงบประมาณ	✓	✓	✓	✗	✗
2.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✗	✗	✗	✗	✗
2.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✗	✓	✗	✗
2.4 การให้คำปรึกษา	1-2 ครั้ง	ไม่มี	1-2 ครั้ง	ไม่มี	ไม่มี
2.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	ไม่ติดตาม	ไม่ติดตาม	ไม่ติดตาม	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/คณะทำงานสมัชชาจังหวัด	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก
3.1. สนับสนุนงบประมาณ	✓	✓	✓	✓	✓
3.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✗	✗	✗	✗	✗
3.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓
3.4 การให้คำปรึกษา	3-5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	> 5 ครั้ง	1-2ครั้ง
3.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง
4. สถาบันการศึกษา	ไม่รู้จัก	รู้จัก	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก
4.1. สนับสนุนงบประมาณ	-	✗	-	-	-
4.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	-	✗	-	-	-
4.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	-	✓	-	-	-
4.4 การให้คำปรึกษา	-	1-2 ครั้ง	-	-	-
4.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	-	✗	-	-	-
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	รู้จัก	รู้จัก	ไม่รู้จัก	รู้จัก	ไม่รู้จัก
5.1. สนับสนุนงบประมาณ	✗	✗	-	✗	-
5.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✗	✗	-	✗	-
5.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✗	-	✓	-
5.4 การให้คำปรึกษา	✗	✗	-	✗	-
5.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	✗	✗	-	✗	-

ตาราง 4 กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล (ต่อ)

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มต้นถึงปัจจุบัน	ป่าไร่	บางปู	บานา	เกาะจัน	ปะเสยะวอ
การรับรู้และการได้รับการสนับสนุนกลไกสนับสนุน					
1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก
1.1. สนับสนุนงบประมาณ	✗	✗	✗	✗	✗
1.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✓	✓	✗	✗	✗
1.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✓	✗	✓	✓
1.4 การให้คำปรึกษา	✗	1-2 ครั้ง	✗	1-2 ครั้ง	✓
1.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	✗	ไม่ติดตาม	✗	ไม่ติดตาม	ไม่ติดตาม
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก
2.1. สนับสนุนงบประมาณ	✗	✗	✗	✗	✗
2.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✗	✗	✗	✗	✗
2.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✗	✗	✗	✓
2.4 การให้คำปรึกษา	1-2 ครั้ง	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
2.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	ไม่ติดตาม	ไม่ติดตาม	ไม่ติดตาม	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/คณะทำงานสมัชชาจังหวัด	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก	รู้จัก
3.1. สนับสนุนงบประมาณ	✓	✓	✓	✓	✓
3.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✗	✗	✗	✗	✗
3.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓
3.4 การให้คำปรึกษา	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2ครั้ง
3.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง	1-2 ครั้ง
4. สถาบันการศึกษา	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก
4.1. สนับสนุนงบประมาณ	-	-	-	-	-
4.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	-	-	-	-	-
4.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	-	-	-	-	-
4.4 การให้คำปรึกษา	-	-	-	-	-
4.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	-	-	-	-	-
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	รู้จัก	ไม่รู้จัก	ไม่รู้จัก	รู้จัก	ไม่รู้จัก
5.1. สนับสนุนงบประมาณ	✗	-	-	✗	-
5.2 อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ห้องประชุม	✗	-	-	✗	-
5.3 ร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ	✓	-	-	✓	-
5.4 การให้คำปรึกษา	✗	-	-	✗	-
5.5 ติดตามประเมินผลในพื้นที่	✗	-	-	✗	-

จากตารางที่ 4 กลไกการสนับของหน่วยงานในพื้นที ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนถิ่นในระดับตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล และคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ

จังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในตำบล และเป็นที่ตั้งของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล พบว่า องค์ปกครองส่วนท้องถิ่นอำนวยความสะดวกในเรื่องต่าง ๆ เช่น สถานที่จัดการประชุม จำนวน 12 ตำบล และร่วมกระบวนการเรียนรู้การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ จำนวน 13 ตำบล ให้คำปรึกษา จำนวน 11 ตำบลและมีร่วมกันติดตามประเมินผล 7 ตำบล ยกเว้นตำบลนาเกตุที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล เป็นหน่วยที่อยู่ในระดับอำเภอ รูปแบบการสนับสนุนลักษณะพี่เลี้ยงให้ตำบล มีการให้คำปรึกษาและร่วมเรียนรู้ในตำบล จำนวน 8 ตำบล และติดตามประเมินผลในตำบล จำนวน 9 ตำบล สำหรับคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เน้นการสร้างการเรียนรู้ในระดับจังหวัด มีการกระบวนการเรียนรู้ การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลทุกตำบล ทั้งนี้จำนวนครั้งของการติดตามแตกต่างในแต่ละตำบล

หน่วยงานนอกพื้นที่ ประกอบด้วย สถานบันการศึกษา และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมีแลแห่งเดียวที่รู้จักและขอคำปรึกษาจากบุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในตำบลเดียวกัน ส่วนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พบว่า 10 ตำบลรู้จักกลไกสนับสนุนในบทบาทที่มาร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้ในระดับจังหวัดเท่านั้น

ส่วนที่ 4 การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ

กระบวนการพัฒนาความคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล โดยใช้พิจารณาจากระยะก่อน และขณะเตรียมพัฒนาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน ในประเด็นต่อไปนี้

1. ระบบสุขภาพ
2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ
3. นโยบายสาธารณะ
4. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
5. สมัชชาสุขภาพ

ตาราง 5 การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ

การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชา	ดอน	นาเกตุ	ดอนทราย	ยาบี	พิเทน
ประเด็นการพัฒนาความรู้					
1. ระบบสุขภาพ					
หน่วยงานที่จัด	สจรส.มอ	สจรส.มอ	สจรส.มอ	สจรส.มอ	-
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	-
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ
2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพ					
หน่วยงานที่จัด	สจรส.มอ	สจรส.มอ	สจรส.มอ	สจรส.มอ	-
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	-
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ
3. นโยบายสาธารณะ					
หน่วยงานที่จัด	สจรส.มอ	สจรส.มอ	สจรส.มอ	สจรส.มอ	-
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	-
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ
4. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์					
หน่วยงานที่จัด	-	อนามัยที่ 12 สสอ.ไม้แก่น		-	-
วิธีการ	-	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	-	
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ
5. สมัชชาสุขภาพ					
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ

ตาราง 5 การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ (ต่อ)

การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชา	ปล่องหอย	รูสะมิแล	ประจัน	ปูยุด	ทรายขาว
ประเด็นการพัฒนาความรู้					
1. ระบบสุขภาพ					
หน่วยงานที่จัด	-	-	-	สจรส.มอ	-
วิธีการ	-	-	-	อบรมเชิงปฏิบัติการ	-
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ
2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพ					
หน่วยงานที่จัด	-	-	-	สจรส.มอ	-
วิธีการ	-	-	-	อบรมเชิงปฏิบัติการ	-
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ
3. นโยบายสาธารณะ					
หน่วยงานที่จัด	-	สจรส.มอ	-	สจรส.มอ	-
วิธีการ	-	อบรมเชิงปฏิบัติการ	-	อบรมเชิงปฏิบัติการ	-
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ
4. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์					
หน่วยงานที่จัด	สสอ.กะพ้อ	สสอ.เมือง	สสอ.ยะรัง	สสอ.เมือง	-
วิธีการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	-
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ
5. สมัชชาสุขภาพ					
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมเชิงปฏิบัติการ

ตาราง 5 การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ (ต่อ)

การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชา	ป่าไร่	บางปู	บานา	เกาะจัน	ปะเสยะวอ
ประเด็นการพัฒนาความรู้					
1. ระบบสุขภาพ					
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ
2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพ					
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ
3. นโยบายสาธารณะ					
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ
4. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์					
หน่วยงานที่จัด	-	-	สสอ.เมือง	-	-
วิธีการ	-	-	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	-	-
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ
5. สมัชชาสุขภาพ					
หน่วยงานที่จัด	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี	สสจ.ปัตตานี
วิธีการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ	อบรมเชิง ปฏิบัติการ

จากตารางที่ 5 การพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ประเด็น ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ พบว่า ตำบลนาเกตุ ตำบลดอนทราย ตำบลยาบี ตำบลปูยุด และตำบลดอน ได้รับความรู้ความเข้าใจ จากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ ผ่านโครงการชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่เมื่อ ปี พ.ศ. 2554 ประเด็นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ตำบลนาเกตุ ได้รับการพัฒนาความรู้จากศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา ตำบลปูยุด ตำบลรูสะมิแล ตำบลบานา ตำบลประจัน ตำบลปล่องหอยและ ตำบลดอนทราย ได้รับการพัฒนาความรู้จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้นสังกัดของพื้นที่ ในกระบวนการพัฒนาความรู้เพื่อการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นบทบาทหลักของคณะทำงานสมัชชาจังหวัดปัตตานี โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดประชุม

ส่วนที่ 5 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นการลำดับขั้นตอนที่ร่วมกันจัดตั้งแต่การจัดทีม รวบรวมข้อมูล การจัดทำข้อเสนอ และหามติ พร้อมทั้งผลักดันและส่งสู่การปฏิบัติ หรือขับเคลื่อนในระดับต่าง ๆ เพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะที่ดีมีส่วนร่วมมากขึ้น ขั้นตอนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชสุขภาพ ดังตารางที่ 6

ตาราง 6 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชา	ดอน	นาเกตุ	ดอนทราย	ยาบี	พิเทน
1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล	✓	✓	✓	✓	✓
2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล ทำหน้าที่ประสานกลุ่มคน เครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ในตำบล เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓
2.1 แต่งตั้งคณะทำงานหนุนเสริม 5 องค์ประกอบ (นักยุทธศาสตร์ นักจัดการ นักประสานงาน นักสื่อสาร นักวิชาการ)	✓	✓	✓	✓	✓
2.2 คณะทำงานหลักและคณะทำงานหนุน เสริมทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย	✓	✓	✓	✓	✗
3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล ควรมีทีมวิชาการที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ บทบาทและงานของกลุ่ม เครือข่าย หน่วยงาน ทุนทางสังคมของพื้นที่	✓	✓	✓	✓	✓
4. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลจัดกระบวนการในการกำหนดจุดหมายร่วมที่เป็นภาพสุขภาวะของพื้นที่ที่พึงประสงค์ของคนในชุมชน	✓	✓	✓	✓	✓
5. คณะทำงานสมัชชาตำบล จัดทำกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ และเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญ ที่จะทำให้พื้นที่บรรลุสุขภาวะที่พึงประสงค์	✓	✓	✓	✓	✓
5.1 เลือกประเด็นสุขภาพ จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเฉพาะการจัดกระบวนการสมัชชา	-	✓	✓	-	-

ตาราง 6 แสดงขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล (ต่อ)

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชา	ดอน	นาเกตุ	ดอนทราย	ยาบี	พิเทน
5.2 เลือกประเด็นสุขภาพ จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจากเวทีอื่น ๆ ของชุมชนโดยไม่ได้จัดเฉพาะการจัดกระบวนการสมัชชา	✓	-	-	✓	✓
6. จัดหาคณะทำงานแต่ละประเด็นเพื่อทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการและจัดทำร่างแผนสุขภาวะชุมชนโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งระบุชัดเจนถึง จุดหมาย เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม รวมถึงข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการที่จะทำให้แผนสุขภาวะชุมชนถูกนำไปปฏิบัติได้	✓	✓	✓	✓	✓
6.1 แต่งตั้งคณะทำงานประเด็นวิชาการรวบรวมข้อมูลวิชาการ	✓	-	✓	-	-
6.2 ใช้คณะทำงานสมัชชาฝ่ายวิชาการรวบรวมข้อมูลวิชาการ	-	✓	-	✓	✓
6.3 จัดทำเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบายตามรูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	-	-	✓	-	ตำบลดอนทรายได้ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการจัดทำแผนสุขภาวะชุมชนตำบลดอนทราย ซึ่งได้ดำเนินการมาแล้วตั้งแต่ปี 2555 ดังนั้นในปี 2557 นี้ จึงเป็นการทบทวนแผนสุขภาวะชุมชนตำบลดอนทรายที่ได้ดำเนินการมาแล้ว
6.4 จัดทำเอกสารร่างข้อเสนอนโยบายอย่างง่าย	✓	✓	-	✓	
6.5 จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	-	✓	✓	-	
6. 6 ทำแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างง่ายโดยไม่ได้ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	✓	-	-	✓	
7.จัดกระบวนการ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละประเด็นพิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ อาจเป็นการจัดเวทีย่อย ทำกลุ่มสนทนา หรือส่งเป็นเอกสาร	✓	✓	✓	✓	
8. คณะทำงานแต่ละประเด็น ทบทวนร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และส่งกลับไปยังกลุ่ม ภาคี เครือข่ายสุขภาพ ทุกกลุ่ม เพื่อเป็นเอกสารนำเข้าพิจารณาในสมัชชาพื้นที่	✓	ตำบลนาเกตุได้ดำเนินการสมัชชาสุขภาพ ตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2557	✓	ตำบลยาบีได้ดำเนินการสมัชชาสุขภาพ ตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2557	-

ตาราง 6 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล (ต่อ)

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชา	ดอน	นาเกตุ	ดอนทราย	ยาบี	พิเทน
9. จัดสมัชชาสุขภาพในตำบลให้ตัวแทนภาคีทุกภาคส่วน ร่วมกันหาฉันทามติ สรุปเป็นแผนสุขภาวะชุมชนและเป็นข้อเสนอในเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และร่วมผลักดันไปสู่การปฏิบัติ	✓		✓		-
10. จัดตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผล ทำหน้าที่ผลักดัน ติดตามให้ แผน ข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ถูกนำไปปฏิบัติ	✓ ทุก 3 เดือน	✓ ทุกเดือน	✓ ทุก 3 เดือน	✓ ทุกเดือน	-
11.ในการขับเคลื่อนมติหรือข้อตกลงจากสมัชชาอาจจะนำไปสู่การปฏิบัติดังนี้	✓	✓	✓	✓	-
11.1 ให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงาน นำไปปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	-
11.2 ให้กองทุนสุขภาพตำบลดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน	✓	✓	✓	✓	-
11.3 ส่งข้อเสนอไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปพิจารณาปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	-
11.4 ส่งให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการต่อในบางข้อเสนอที่ต้องการการผลักดันจากภายนอก	✗	✗	✗	✗	-
11.5 นำเข้าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในบางข้อเสนอที่ต้องการการผลักดันระดับชาติ	✗	✗	✗	✗	-

ตาราง 6 แสดงขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชา	ปล่องหอย	รูสะมิแล	ประจัน	ปูยุด	ทรายขาว
1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล	✓	✓	✓	ไม่ได้ทำเสมือนอยู่ในกลุ่มงานใหญ่	ไม่พร้อมดำเนินการ
2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล ทำหน้าที่ประสานกลุ่มคน เครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ในตำบล เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	✓	✓	✓		-
2.1 แต่งตั้งคณะทำงานหนุนเสริม 5 องค์ประกอบ (นักยุทธศาสตร์ นักจัดการนักประสานงาน นักสื่อสาร นักวิชาการ)	✓	×	✓		-
2.2 คณะทำงานหลักและคณะทำงานหนุนเสริมทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย	✓	×	✓		-
3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล ควรมีทีมวิชาการที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ บทบาทและงานของกลุ่ม เครือข่าย หน่วยงาน ทุนทางสังคมของพื้นที่	✓	✓	✓	-	-
4. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลจัดกระบวนการในการกำหนดจุดหมายร่วมที่เป็นภาพสุขภาวะของพื้นที่ที่พึงประสงค์ของคนในชุมชน	✓	✓	✓	-	-
5. คณะทำงานสมัชชาตำบล จัดทำกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ และเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญ ที่จะทำให้พื้นที่บรรลุสุขภาวะที่พึงประสงค์	✓	✓	✓	-	-
5.1 เลือกประเด็นสุขภาพ จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเฉพาะการจัดกระบวนการสมัชชา	-	✓	✓	-	-
5.2 เลือกประเด็นสุขภาพ จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจากเวทีอื่น ๆ ของชุมชน โดยไม่ได้จัดเฉพาะการจัดกระบวนการสมัชชา	✓	-	-	-	-

ตาราง 6 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล (ต่อ)

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชา	ปล่องหอย	รูสะมิแล	ประจัน	ปูยุด	ทรายขาว
6. จัดหาคณะทำงานแต่ละประเด็นเพื่อทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการและจัดทำร่างแผนสุขภาวะชุมชน โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งระบุชัดเจนถึง จุดหมาย เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม รวมถึงข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการที่จะทำให้แผนสุขภาวะชุมชนถูกนำไปปฏิบัติได้	✓	✓	✓	-	-
6.1 แต่งตั้งคณะทำงานประเด็นวิชาการรวบรวมข้อมูลวิชาการ	✓	-	✓	-	-
6.2 ใช้คณะทำงานสมัชชาฝ่ายวิชาการรวบรวมข้อมูลวิชาการ	-	✓	-	-	-
6.3 จัดทำเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบายตามรูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ยังไม่ได้ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	ยังไม่ได้ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	ยังไม่ได้ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	-	-
6.4 จัดทำเอกสารร่างข้อเสนอนโยบายอย่างง่าย				-	-
6.5 จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์				-	-
6. 6 ทำแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างง่ายโดยไม่ได้ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์				-	-
7.จัดกระบวนการ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละประเด็นพิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ อาจเป็นการจัดเวทีย่อย ทำกลุ่มสนทนา หรือส่งเป็นเอกสาร				-	-
8. คณะทำงานแต่ละประเด็น ทบทวนร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และส่งกลับไปยังกลุ่ม ภาคี เครือข่ายสุขภาพ ทุกกลุ่ม เพื่อเป็นเอกสารนำเข้าพิจารณาในสมัชชาพื้นที่	-	-	-	-	-
9. จัดสมัชชาสุขภาพในตำบลให้ตัวแทนภาคีทุกภาคส่วน ร่วมกันหาฉันทามติ สรุปเป็นแผนสุขภาวะชุมชนและเป็นข้อเสนอในเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และร่วมผลักดันไปสู่การปฏิบัติ	-	-	-	-	-

ตาราง 6 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล (ต่อ)

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชา	ปล่องหอย	รูสะมิแล	ประจัน	ปูยุด	ทรายขาว
10. จัดตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผล ทำหน้าที่ผลักดัน ติดตามให้ แผน ข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ถูกนำไปปฏิบัติ	-	-	-	-	-
11.ในการขับเคลื่อนมติหรือข้อตกลงจากสมัชชาอาจจะนำไปสู่การปฏิบัติดังนี้	-	-	-	-	-
11.1 ให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงาน นำไปปฏิบัติ	-	-	-	-	-
11.2 ให้กองทุนสุขภาพตำบลดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน	-	-	-	-	-
11.3 ส่งข้อเสนอไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปพิจารณาปฏิบัติ	-	-	-	-	-
11.4 ส่งให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการต่อในบางข้อเสนอที่ต้องการการผลักดันจากภายนอก	-	-	-	-	-
11.5 นำเข้าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในบางข้อเสนอที่ต้องการการผลักดันระดับชาติ	-	-	-	-	-

ตาราง 6 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล (ต่อ)

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชา	ป่าไร่	บางปู	บานา	เกาะจัน	ปะเสยะวอ
1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล	ไม่พร้อมดำเนินการ	✓	ไม่พร้อมดำเนินการ	✓	✓
2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล ทำหน้าที่ประสานกลุ่มคน เครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ในตำบล เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	-	✗	-	✗	✗
2.1 แต่งตั้งคณะทำงานหนุนเสริม 5 องค์ประกอบ (นักยุทธศาสตร์ นักจัดการนักประสานงาน นักสื่อสาร นักวิชาการ)	-	✗	-	✗	✗
2.2 คณะทำงานหลักและคณะทำงานหนุนเสริมทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย	-	✓	-	✗	✗
3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล ควรมีทีมวิชาการที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ บทบาทและงานของกลุ่ม เครือข่าย หน่วยงาน ทุนทางสังคมของพื้นที่	-	✓	-	✓	✓
4. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลจัดกระบวนการในการกำหนดจุดหมายร่วมที่เป็นภาพสุขภาวะของพื้นที่ที่พึงประสงค์ของคนในชุมชน	-	✓	-	✗	✗
5. คณะทำงานสมัชชาตำบล จัดทำกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ และเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญ ที่จะทำให้พื้นที่บรรลุสุขภาวะที่พึงประสงค์	-	✓	-	✗	✗
5.1 เลือกประเด็นสุขภาพ จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเฉพาะการจัดกระบวนการสมัชชา	-	✓	-	-	-
5.2 เลือกประเด็นสุขภาพ จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจากเวทีอื่น ๆ ของชุมชน โดยไม่ได้จัดเฉพาะการจัดกระบวนการสมัชชา	-	-	-	✓	✓

ตาราง 6 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล (ต่อ)

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชา	ป่าไร่	บางปู	บานา	เกาะจัน	ปะเสยะวอ
6. จัดหาคณะทำงานแต่ละประเด็นเพื่อทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการและจัดทำร่างแผนสุขภาวะชุมชน โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งระบุชัดเจนถึง จุดหมาย เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม รวมถึงข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการที่จะทำให้แผนสุขภาวะชุมชนถูกนำไปปฏิบัติได้	-	ไม่ได้ทำสมัชชาต่อ	-	ไม่ได้ทำสมัชชาต่อ	ไม่ได้ทำสมัชชาต่อ
6.1 แต่งตั้งคณะทำงานประเด็นวิชาการรวบรวมข้อมูลวิชาการ	-	-	-	-	-
6.2 ใช้คณะทำงานสมัชชาฝ่ายวิชาการรวบรวมข้อมูลวิชาการ	-	-	-	-	-
6.3 จัดทำเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบายตามรูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	-	-	-	-	-
6.4 จัดทำเอกสารร่างข้อเสนอนโยบายอย่างง่าย	-	-	-	-	-
6.5 จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	-	-	-	-	-
6. 6 ทำแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างง่ายโดยไม่ได้ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	-	-	-	-	-
7.จัดกระบวนการ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละประเด็นพิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ อาจเป็นการจัดเวทีย่อย ทำกลุ่มสนทนา หรือส่งเป็นเอกสาร	-	-	-	-	-
8. คณะทำงานแต่ละประเด็น ทบทวนร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และส่งกลับไปยังกลุ่ม ภาคี เครือข่ายสุขภาพ ทุกกลุ่ม เพื่อเป็นเอกสารนำเข้าพิจารณาในสมัชชาพื้นที่	-	-	-	-	-
9. จัดสมัชชาสุขภาพในตำบลให้ตัวแทนภาคีทุกภาคส่วน ร่วมกันหาฉันทามติ สรุปเป็นแผนสุขภาวะชุมชนและเป็นข้อเสนอในเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และร่วมผลักดันไปสู่การปฏิบัติ	-	-	-	-	-

ตาราง 6 ขั้นตอนการประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพจำแนกรายตำบล (ต่อ)

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชา	ป่าไร่	บางปู	บานา	เกาะจัน	ปะเสยะวอ
10.จัดตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผล ทำหน้าที่ผลักดัน ติดตามให้ แผน ข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ถูกนำไปปฏิบัติ	-	-	-	-	-
11.ในการขับเคลื่อนมติหรือข้อตกลงจากสมัชชาอาจจะนำไปสู่การปฏิบัติดังนี้	-	-	-	-	-
11.1 ให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงาน นำไปปฏิบัติ	-	-	-	-	-
11.2 ให้กองทุนสุขภาพตำบลดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน	-	-	-	-	-
11.3 ส่งข้อเสนอไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปพิจารณาปฏิบัติ	-	-	-	-	-
11.4 ส่งให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการต่อในบางข้อเสนอที่ต้องการการผลักดันจากภายนอก	-	-	-	-	-
11.5 นำเข้าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในบางข้อเสนอที่ต้องการการผลักดันระดับชาติ	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 6 พบว่า กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 11 ขั้นตอน สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ เกิดนโยบายสาธารณะของชุมชน 4 ตำบล ตำบลดอนทรายสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งหมด 11 ขั้นตอน ตำบลดอน สามารถประยุกใช้ 11 ขั้นตอน ยกเว้นการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ตำบลยาบี สามารถประยุกต์ใช้ 9 ขั้นตอน ยกเว้น การจัดเวทีสมัชชาในชุมชนและการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ส่วนตำบลนาเกตุ สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 9 ขั้น ยกเว้นการจัดเวทีสมัชชาในชุมชน

นอกจากนี้พบว่า 11 ตำบลไม่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพให้เกิดนโยบายสาธารณะของชุมชน ประกอบด้วย ตำบลบางปู ตำบลเกาะจัน ตำบลปะเสยะวอ สามารถดำเนินการถึงขั้นตอนการเลือกประเด็นสุขภาพชุมชน ตำบลปล่องหอย ตำบลรูสะมิแล ตำบลประจัน ตำบลพิเทน สามารถดำเนินการถึงขั้นตอนการจัดเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย และตำบลป่าไร่ ตำบลบานา ตำบลทรายขาว ไม่พร้อมนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปใช้ในตำบล

ส่วนที่ 6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพทุกคนมีภูมิลำเนาในตำบล และเป็นคณะทำงานสมัชชาเดิมตั้งแต่เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทำให้ไม่เกิดปัญหาการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงคณะทำงานและจากการโยกย้ายข้าราชการ

2. มีการแต่งตั้ง 5 องค์ประกอบตามหลักการสมัชชาสุขภาพ (นักยุทธศาสตร์ นักจัดการ นักวิชาการ นักประสาน และนักสื่อสาร) ช่วยหนุนเสริมกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล

3. การกระตุ้นและการติดตามจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด มีการติดตามภายในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

4. การสนับสนุนจากพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ที่เข้าร่วมเวทีหรือกิจกรรมสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทรายทุกครั้ง

5. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพได้รับโอกาสในการเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพในระดับจังหวัดและเวทีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาปรับใช้ในพื้นที่ได้

6. การให้ความร่วมมือของประชาชนที่มีกำนัน แกนนำชุมชนที่เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ แลพพร้อมที่เรียนรู้กระบวนการใหม่ ๆ เพื่อมาปรับใช้การพัฒนาชุมชนให้ดียิ่งขึ้น

ปัญหาอุปสรรค

1. การติดตามในพื้นที่จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีไม่ต่อเนื่อง

2. การเปลี่ยนแปลงแกนนำคณะทำงานสมัชชาตำบลทำให้การขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพตำบลได้

3. ไม่เข้าใจหลักการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

4. กองทุนไม่พร้อมที่จะจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในจังหวัดปัตตานี เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 45 คน จาก 15 ตำบล ระยะเวลาเก็บข้อมูล มิถุนายน 2554 – มีนาคม 2556 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร บันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา สรุปผลการศึกษาได้ดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ขั้นตอน 11 ดังนี้

1. หารือแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล องค์ประกอบคณะทำงานเป็นพหุภาคี ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคการเมือง โดยมีคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงาน
2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล ทำหน้าที่เป็นตัวประสานกลุ่มคน เครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ในตำบล เพื่อเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพฝ่ายวิชาการ ที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่
4. คณะทำงานสมัชชาร่วมกันการกำหนดจุดหมายร่วมและภาพพึงประสงค์ของชุมชน
5. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลจัดทำกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ และเลือกประเด็นขยะในชุมชน ที่ทำบรรลุสุขภาวะที่พึงประสงค์
6. แต่งตั้งทีมวิชาการเฉพาะประเด็นในชุมชนรวบรวมข้อมูลทางวิชาการและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการจัดทำร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย
7. จัดเวทีย่อย ร่วมกับส่งเอกสารร่าง เชิญผู้เกี่ยวข้องในประเด็นสมัชชา พิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย
8. คณะทำงานวิชาการ รวบรวมร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย จะทำเอกสารเพื่อเป็นเอกสารนำเข้าพิจารณาในสมัชชาพื้นที่
9. จัดเวทีสมัชชาสุขภาพในตำบลให้ตัวแทนภาคีทุกภาคส่วน ร่วมกันหาฉันทามติสรุปเป็นแผนสุขภาวะชุมชน และเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และร่วมผลักดันไปสู่การปฏิบัติ
10. แต่งตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผล ผลักดันให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ถูกนำไปปฏิบัติ

11. การขับเคลื่อนมติหรือข้อตกลงจากสมัชชาให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปปฏิบัติ ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน และส่งต่อประเด็นให้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีเพื่อขับเคลื่อนระดับจังหวัด ต่อไป

ทั้งนี้ 4 ตำบลสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ สามารถกำหนดนโยบายสาธารณะชุมชน แต่ในรูปแบบที่แตกต่างกัน รูปแบบที่ 1 ตำบลดอนทราย สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ทุกขั้นตอน รูปแบบที่ 2 ตำบลดอน สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ทุกขั้นตอน ยกเว้นการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ รูปแบบที่ 3 ตำบลนาเกตุ สามารถประยุกต์ใช้การบวนการสมัชชาสุขภาพได้ 9 ขั้นตอน ยกเว้นการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพในชุมชน และรูปแบบที่ 4 ตำบล ยาบี สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ 9 ขั้นตอน ยกเว้นการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพในชุมชน และโดยที่ตำบลดอนไม่ได้นำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

นอกจากนี้พบว่า 11 ตำบลไม่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพให้เกิดนโยบายสาธารณะของชุมชนและไม่พร้อมนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในกองทุน

เมื่อพิจารณาขั้นตอนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 11 ขั้นตอน สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. การจัดทีมงาน เป็นการร่วมกันจัดตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล มีบทบาทประสานคน หน่วยงานและเครือข่ายต่างในตำบลเพื่อเข้าร่วมสมัชชา องค์ประกอบของทีมงานแบบพหุภาคีและมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล นอกจากนี้ การแต่งตั้งคณะทำงาน 5 องค์ประกอบตามหลักการของสมัชชาสุขภาพช่วยให้การจัดกระบวนการสมัชชสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลที่มีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลร่วมเป็นกรรมการ สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเกิดนโยบายสาธารณะในตำบลได้สำเร็จ 4 ตำบล ได้แก่ตำบลดอนทราย ตำบลนาเกตุ ตำบลดอน และตำบลยาบี ส่วนตำบลปูยุด มีการเปลี่ยนแปลงคณะทำงานสมัชชาสุขภาพที่เป็นแกนนำหลัก ทำให้ไม่สามารถจัดทีมงานใหม่ได้

2. การจัดการข้อมูล เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลวิชาการโดยคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลทีมวิชาการ ประกอบด้วยรวบรวมข้อมูลสถานะสุขภาพของตำบล บทบาทของหน่วยงานเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน และทุนทางสังคมของตำบล เพื่อจัดทำกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาประเด็นการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ สามารถจำแนกได้ 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้ 1) ที่มาของข้อมูลที่ ใช้ข้อมูลจากสถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ร่วมกับข้อมูลจากเครือข่ายต่าง ๆ 2) รูปแบบการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อใช้เป็นประเด็นสมัชชา ตำบลนาเกตุและตำบลดอนทราย ใช้วิธีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลเท่านั้น ส่วนตำบลอื่น ๆ เลือกปัญหาจากเวทีประชาคมของชุมชนที่มิใช่การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการเลือกปัญหาเพื่อใช้เป็นประเด็นสมัชชาของตำบล

3. การจัดการข้อเสนอ เป็นการนำประเด็นสมัชชาของตำบล โดยมีคณะทำงานวิชาการมารวบรวมข้อมูลทางวิชาการและจัดทำเอกสารร่างแผนสุขภาวะชุมชนโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อจะให้แผนสุขภาวะชุมชนถูกนำไปปฏิบัติ สามารถจำแนกได้ 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้ 1) คณะทำงานวิชาการเชิงประเด็น พบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพที่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพได้สำเร็จประกอบด้วย ตำบลดอนทราย และตำบลดอน มีการแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการขึ้นมาใหม่ ส่วนตำบลนาเกตุและตำบลยาบีไม่ได้แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการ แต่ใช้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลทางวิชาการ ส่วนตำบลอื่น ๆ มีการแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพฝ่ายวิชาการทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลในประเด็นสมัชชาและจัดทำเอกสารร่างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 2) การจัดทำเอกสารร่าง พบว่าตำบลดอนทราย สามารถจัดทำเอกสารร่างข้อเสนอตามรูปแบบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ส่วนตำบลยาบี ตำบลนาเกตุ ตำบลดอนทำร่างเอกสารอย่างง่ายตามความเข้าใจของตนเอง เพื่อใช้ในการจัดทำร่างแผนสุขภาวะชุมชนและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ตามประเด็นสมัชชาของตำบล ทั้งนี้เกิดจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลต้องการทำร่างเอกสารที่สามารถสื่อสารอย่างง่ายระหว่างคณะทำงานสมัชชาสุขภาพและเข้าร่วมในกระบวนการจัดทำแผน ส่วนคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลพิเทน ตำบลประจัน และตำบลปล่องหอย และตำบลรูสะมิแล ไม่เข้าใจในการจัดทำเอกสารร่าง คิดว่าจะต้องจัดทำร่างเอกสารตามรูปแบบของคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตามที่ได้รับการอบรมไว้ และได้ยุติการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล 3) แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทรายและตำบลนาเกตุมีทักษะในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จากประเด็นสมัชชาได้ ส่วนตำบลยาบีและตำบลดอน ไม่มีทักษะในการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ใช้วิธีจัดทำแผนอย่างง่าย โดยเชิญผู้มีได้ส่วนเสียกับประเด็นสมัชชาและชุมชนร่วมกันจัดร่างแผนและร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย พบว่า ตำบลบานา ตำบลปูยุด ตำบลรูสะมิแล ตำบลประจัน และตำบลพิเทน มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นรูปเล่มชัดเจนตามแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล แต่ขาดรายละเอียดการปฏิบัติการทำให้ไม่สามารถใช้ในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ได้ 4) การจัดกระบวนการพิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชนและร่างข้อเสนอเชิงนโยบายของชุมชน คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพได้สำเร็จ จัดประชุมย่อย เชิญผู้เกี่ยวข้องและผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้นำศาสนา ได้จัดทำร่างแผนสุขภาวะและร่างข้อเสนอเชิงข้อเสนอเชิงนโยบาย พร้อมกันจัดส่งร่างเอกสารให้ผู้เกี่ยวข้องที่ไม่สามารถเข้าร่วมการประชุม ให้ความเห็นเพิ่มเติม ยกเว้นตำบลยาบีและตำบลนาเกตุ เนื่องจากตำบลยาบีเห็นว่ากระบวนการที่เชิญผู้เกี่ยวข้องตัวแทนจากชุมชนและผู้นำชุมชน ร่วมจัดทำแผนและข้อเสนอนโยบายสาธารณะถือเป็นกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมแล้ว สามารถนำไปใช้เป็นแผนและนโยบายสาธารณะได้ทันที

4. การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นการจัดให้จัดเวทีให้ทุกภาคส่วนในร่วมกันให้ความเห็นในร่างแผนและข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะของชุมชน สำหรับคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทรายและตำบลดอนสามารถจัดเวทีสมัชชาเพื่อให้ทุกภาคส่วนในตำบลให้ความเห็นและหามติในร่างแผนและข้อเสนอเชิงนโยบายของชุมชน ส่วนตำบลนาเกตุใช้วิธีการจัดประชุมย่อยหรือเข้าร่วมเวทีประชุมย่อยอื่น ๆ ของชุมชนเพื่อหามติ ไม่ได้จัดเวทีสมัชชาอย่างเป็นทางการ เนื่องจากข้อจำกัดของภาระงานของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลและภาคส่วนของชุมชนที่จะเข้า

ร่วมการจัดเวที ส่วนคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลยาบี ไม่ได้จัดเวทีสมัชชาเนื่องว่าการจัดกระบวนการเชิญผู้เกี่ยวข้อง ตัวแทนชุมชน ผู้นำชุมชนร่วมกันจัดทำแผนงานและข้อเสนอเชิงนโยบายสามารถประกาศใช้เป็นนโยบายสาธารณะและนำแผนไปปฏิบัติการได้ทันที โดยไม่จัดเวทีสมัชชาซ้ำ

5. การขับเคลื่อนมติ คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 4 ตำบล ตำบลดอนทรายและตำบลดอน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผล มีการติดตาม ทุก 3 เดือน ส่วนตำบลยาบีและนาเกตุ คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลเป็นผู้ติดตาม มีการติดตามทุก 1 เดือน ทั้ง 4 ตำบลได้ส่งต่อแผนงานและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และนโยบายสาธารณะ ให้หน่วยงานราชการ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล นำไปบรรจุไว้ในแผนงานของหน่วยงานและกองทุน ส่งต่อเป็นเอกสารให้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีเพื่อขับเคลื่อนในระดับจังหวัด แต่ไม่ได้จัดส่งให้คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติโดยตรงเนื่องจากไม่มั่นใจในการจัดทำเอกสาร

สำหรับพื้นที่ที่ไม่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลเนื่องจาก

1. การกระตุ้นติดตามทั้งในทีมคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลและจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด ไม่ต่อเนื่อง

2. การเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการที่มีบทบาทสำคัญในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล เช่น การโยกย้ายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน การเสียชีวิต ฯลฯ

3. ไม่เข้าใจหลักการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

4. กองทุนไม่พร้อมที่จะจัดกระวนการสมัชชาสุขภาพตำบล

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลครั้งนี้พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่สามารถนำกระบวนสมัชชาสุขภาพกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลในรูปแบบที่แตกต่างกัน รูปแบบของกระบวนสมัชชาสุขภาพสามารถ ผสมผสานเชื่อมโยงประยุกต์ได้ ปรับตามบริบทหรือเงื่อนไขของพื้นที่หรือประเด็นการขับเคลื่อน และกระบวนการเรียนรู้ของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพและชุมชน (ทรงพล ตุลาทะ 2552; สุรศักดิ์ บุญเทียน 2555) สามารถจำแนกได้ดังนี้

1. ตำบลที่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วย ตำบลดอนและตำบลดอนทราย สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ทุกขั้นตอน ตำบลดอนไม่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ส่วนตำบลนาเกตุและตำบลยาบี สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพได้บางขั้นตอน ตำบลนาเกตุใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และไม่จัดเวทีจัดสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลยาบีไม่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และไม่จัดเวทีสมัชชาสุขภาพตำบล

ลักษณะชุมชนของ 4 ตำบล เป็นชุมชนไทยมุสลิมและชุมชนไทยพุทธ-มุสลิม การประเมินการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยและระดับปานกลางและการได้รับงบประมาณสนับสนุน

กระบวนการสมัชชาและการพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ทั้ง 4 ตำบลได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งอื่น ๆ เช่น คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด เมื่อ ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 10,000 บาท นอกจากตำบลนาเกตุได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง ส่วนตำบลดอนทราย ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2555 จำนวน 14,100 บาท ไม่มีผลต่อโดยตรงการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ จำนวนครั้งของการติดตามและกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากกลไกการสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือโรงพยาบาล คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยรวม มากกว่า 5 ขึ้นไป ในส่วนการพัฒนาความรู้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ นอกจากได้รับการพัฒนาความรู้จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดแล้ว ในประเด็น ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ ทุกตำบลได้รับการพัฒนาความรู้เพิ่มเติมจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ ผ่านโครงการชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ปี พ.ศ. 2554 ยกเว้นประเด็นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ตำบลนาเกตุและตำบลดอนทรายเท่านั้นที่ได้รับการพัฒนาความรู้เพิ่มเติม ทำให้ตำบลดอนและตำบลยาบีไม่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ส่งผลให้รูปแบบการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างชัดเจน คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลนาเกตุ ตำบลดอน ตำบลยาบี เป็นคณะทำงานเดิมที่ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงหรือโยกย้าย โดยเฉพะตำบลดอนทรายคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลทุกคน เป็นคนที่มีภูมิลำเนาในตำบล

จากสถานการณ์การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพข้างต้น ทำให้เห็นว่าการพัฒนาความรู้ของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ทั้งจากการพัฒนาความรู้ของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีและการได้รับความรู้จากแหล่งอื่น ๆ เช่น สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ผ่านโครงการชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของแต่ละอำเภอ ร่วมกับการติดตามจากกลไกสนับสนุนทั้งจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือโรงพยาบาลและคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดอาจจะช่วยหนุนเสริมการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น (อัญชิรญา จันทรปิฎก 2555) โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทจะต้องสร้างการเรียนรู้ให้เกิดการขับเคลื่อนชุมชนให้มีศักยภาพและเข้มแข็งมากขึ้น (ปาริชา มารี เคน 2551) ทำให้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลและชุมชน เกิดการเรียนรู้จากหลากหลายแหล่งข้อมูล อาจจะเกิดมีประสบการณ์และทักษะในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ สามารถผลักดันนโยบายสาธารณของชุมชนเกิดเป็นชุมชนเข้มแข็งสามารถจัดการตนเองได้ (วรรณธรรม กาญจนสุวรรณ 2553) สำหรับตำบลดอนและตำบลยาบี ไม่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เนื่องจาก คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลขาดทักษะในการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และชุมชนไม่ได้ให้ความสำคัญ (รักวงศ์ คำตาชา 2553) คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจึงใช้เวทีการประชุมย่อยในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายแทนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ นอกจากนี้ คณะทำงานมีโอกาสการแลกเปลี่ยนรู้ตามเวทีต่าง ๆ สามารถร่วมกันขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลได้อย่างดี (วินัย วงศ์อาสา 2556) คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน และตัวแทนหน่วยงานต่าง ๆ ในตำบลที่ไม่ได้มีโยกย้ายหรือเปลี่ยนแปลง คณะทำงานที่เป็นตัวแทนหน่วยงานในตำบล มีภูมิลำเนาในชุมชนให้ความร่วมมือ มีจิตอาสาพร้อมที่เรียนรู้ที่ทำให้ชุมชนเข้มแข็งมากขึ้น (พัชราวดี ตรีชัย, 2552; วินัย วงศ์อาสา, 2556)

2. ตำบลที่ไม่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพได้สำเร็จ เป็นตำบลที่เริ่มกระบวนการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแต่ไม่สามารถกำหนดและผลักกันนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติได้ ประกอบด้วย ตำบลบางปู ตำบลเกาะจัน และตำบลปะเสยะวอ สามารถดำเนินการถึงขั้นตอนการเลือกประเด็นสุขภาวะเพื่อขับเคลื่อนประเด็นสาธารณะ ส่วนตำบลประจัน ตำบลปล่องหอย ตำบลรูสะมิแล และตำบลพิเทน สามารถดำเนินงานถึงขั้นตอนการจัดทำเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย ตำบลปูยุด เป็นตำบลที่มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพ และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งเป็นแกนนำหลักของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล รอดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานใหม่ ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนต่อไปได้ และตำบลทรายขาว ตำบลป่าไร่ ไม่พร้อมนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปใช้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เนื่องจากคณะทำงานไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาความรู้จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี ครบตามกระบวนการที่กำหนดแต่ละครั้งได้ ตำบลบานา ไม่เข้าใจเรื่องระเบียบและข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพทำให้ไม่นำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปประยุกต์ในพื้นที่ได้

จากลักษณะชุมชนทั้ง 11 ตำบล บริบทชุมชนที่เป็นชุมชนมุสลิม และชุมชนไทยพุทธ- มุสลิม การประเมินการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยและระดับปานกลาง การได้รับงบประมาณสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพในตำบลบางปู ตำบลรูสะมิแล ตำบลประจัน จำนวน 5,000 – 10,000 บาท อาจไม่ส่งผลต่อการประยุกต์ใช้กระวนการสมัชชาสุขภาพ แต่พบว่า กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพนับจากวันที่เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพถึงปัจจุบันแต่ละตำบลแตกต่างกัน พบว่า ระดับองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนแต่ติดตามในพื้นที่ตำบลประเมินร่วมกัน 1 – 2 ครั้ง ตำบลประจันและตำบลปล่องหอย ส่วนตำบลอื่น ๆ ไม่มีการติดตาม ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล มีการติดตาม 1 – 2 ครั้ง ในตำบลปูยุด ตำบลทรายขาว ตำบลเกาะจันและตำบลปะเสยะวอ ส่วนตำบลอื่น ๆ ไม่มีการติดตาม และจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี มีการติดตามในพื้นที่ 1-2 ครั้งทุกตำบล ส่วนกระบวนการพัฒนาความรู้ให้ทุกตำบล เป็นบทบาทหน้าที่ของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีโดยหลัก และสำหรับตำบลประจัน ตำบลปล่องหอย ตำบลปูยุด ตำบลรูสะมิแล ตำบลบานาได้รับความรู้เพิ่มเติมในประเด็นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จากสำนักงานสาธารณอำเภอของแต่ละตำบลสังกัดอยู่

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น 11 ตำบลไม่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจนเกิดนโยบายสาธารณะของชุมชน แต่สามารถดำเนินการได้บางขั้นตอนและต้องยุติการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทั้งเนื่องจาก ตลอดระยะเวลาที่เริ่มประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือโรงพยาบาล มีการติดตามไม่ครอบคลุมในทุกตำบล การติดตามประเมินผลนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพสามารถดำเนินการต่อไปได้ (อัญชิรญา จันทรปิฎก 2555) การติดตามประเมินผลสมัชชาสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้รูปแบบการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน (พนมศักดิ์ เอมอยู่

2553) หากขาดกความต่อเนื่องอาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลต่อการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในระยะต่อไป (พระมหาณรงค์ เชื้อบัวเย็น 2553)

สำหรับปัญหาอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลไม่สามารถนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพมาใช้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล เช่นการโยกย้าย และการเสียชีวิต อาจส่งผลให้การมีส่วนร่วมของคณะทำงานในกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลลดลง (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ และคณะ, 2552)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะต่อเรื่องกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1. การจัดทีมงานของคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพ คณะทำงานจะต้องมาจากแกนนำชุมชน ตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ในตำบลและอาศัยอยู่จริงชุมชนเป็นหลักและสัดส่วนต้องมากกว่าตัวแทนที่เป็นคนนอกพื้นที่ มีจิตอาสาและสามารถทำหน้าที่คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลได้อย่างต่อเนื่อง

2. การจัดการข้อมูล จะต้องใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพและข้อมูลจากหน่วยงานเครือข่ายต่างในตำบลให้ครอบคลุมที่สุด คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลจะต้องทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลวิชาการเพื่อสะดวกในการจัดกระบวนการลำดับความสำคัญของปัญหาของตำบลโดยใช้เวทีเดียว ไม่แยกส่วนจากการทำแผนอื่น ๆ ในตำบล คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจะต้องร่วมกับชุมชนเพื่อคัดเลือกประเด็นสมัชชาหรือจัดทำแผนในรูปแบบอื่น ๆ ต่อไป

3. การจัดทำข้อเสนอ คณะทำงานสมัชชาสุขภาพฝ่ายวิชาการร่วมกับการแต่งตั้งผู้ที่มีความรู้และความสามารถในประเด็นสมัชชา จัดทำข้อมูลวิชาการในประเด็นสมัชชา อาจทำเป็นเอกสารอย่างง่ายที่ไม่เป็นตามรูปแบบของคณะกรรมกาสุขภาพแห่งชาติ และจัดเวทีเชิญผู้เกี่ยวข้องในประเด็นสมัชชา คณะทำงานสมัชชา แกนนำชุมชน ตัวแทนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวร่วมกันจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือแผนงานอย่างส่วนร่วม พร้อมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายของตำบลที่สมบูรณ์

4. การจัดสมัชชาสุขภาพเพื่อหาฉันทามติ อาจจะปรับใช้ได้หลายรูปแบบ เช่น จัดเวทีสมัชชา จัดประชุมหรือใช้เวทีประชุมอื่น เป็นต้น โดยกลุ่มผู้ที่เข้าร่วมหามติสมัชชาไม่ซ้ำซ้อนกับกลุ่มกันจัดทำแผนและข้อเสนอเชิงนโยบาย พร้อมประกาศนโยบายสาธารณะผ่านเวทีนั้น ๆ

5. การขับเคลื่อนมติ คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจะต้องมีการติดตามประเมินผลมติสมัชชาสุขภาพและนโยบายสาธารณะ เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง ส่วนการขับเคลื่อนมติ นอกส่งต่อให้หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในตำบล กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล นำไปปฏิบัติแล้ว จะต้องพัฒนาแนวทางการส่งเอกสารที่ถูกต้องเพื่อส่งต่อให้คณะกรรมการสุขภาพขับเคลื่อนหรือผลักดันมติในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะเรื่องการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

1) ควรแยกส่วนการสนับสนุนงบประมาณพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพในแต่ละระดับ ทั้งในระดับภาคระดับจังหวัดและระดับตำบล โดยใช้แผนงานหรือโครงการจากพื้นที่ เพื่อสร้างความอิสระคล่องตัว ในการเบิกจ่ายงบประมาณและสร้างประสบการณ์การบริหารจัดการให้พื้นที่โดยตรง

2) ควรสร้างและพัฒนาพี่เลี้ยงกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติโดยตรง คัดเลือกบุคคลในพื้นที่สามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่ซ้ำซ้อนกับงานประจำ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้พื้นที่ได้เต็มที่

3) ควรแต่งตั้งทีมติดตามและประเมินผลกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล ที่มิใช่ผู้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติโดยตรง วิธีติดตามที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อทราบความก้าวหน้าของแต่ละพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว

4) ควรร่วมมือกับกระทรวงอื่น ๆ ในการส่งเสริมให้ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกิจกรรมของเครือข่ายในกระทรวงนั้น ๆ เพื่อให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นที่รู้จักและสามารถใช้ได้เต็มที่

2. กระทรวงสาธารณสุข

1) ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการและบุคลากรในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุขใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน

2) ควรกระตุ้นให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนหมู่บ้านจัดการสุขภาพและงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชนให้มากขึ้น

3) ควรสนับสนุนบุคลากรและงบประมาณในการร่วมการประชุมหรืออบรมที่เกี่ยวข้องกับสมัชชาสุขภาพทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัดหรือพื้นที่ตำบล

3 คณะกรรมการ/คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด

1) ควรมอบหมายคณะกรรมการ/คณะทำงาน แบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบให้ชัดเจนเพื่อเพิ่มช่องทางให้พื้นที่ในการติดต่อและขอรับคำปรึกษาในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

2) ควรจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้คัดเลือกพื้นที่ตำบลที่มีผลการดำเนินงานกระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับดีเด่นในจังหวัดและสนับสนุนให้เป็นพื้นที่ตำบลพี่เลี้ยงให้พื้นที่ตำบลอื่น ๆ

3) ควรมีติดตามและประเมินผลกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่จริงตามที่ได้รับมอบหมายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้การสนับสนุนเพิ่มเติมในพื้นที่ทันที

4) ควรเพิ่มการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ความก้าวหน้าของกระบวนการสมัชชาสุขภาพของพื้นที่ตำบลให้คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัด องค์กรเครือข่ายต่าง ๆ หน่วยงานราชการ สถาบันการศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่เช่น นายอำเภอ ท้องถิ่นจังหวัด เพื่อทุกกลุ่มต่าง ๆ สามารถให้การสนับสนุนและช่วยเหลือกระตุ้นให้การจัดกระบวนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้

5) ควรปรับปรุงประสานงานให้ดำเนินการประสานงานให้เร็วและล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 14 วันเพื่อให้พื้นที่ตำบลสามารถเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมได้มากกว่านี้

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1) ควรปรับรูปแบบพี่เลี้ยง โดยการพัฒนาและเสริมศักยภาพพี่เลี้ยงที่อยู่ในพื้นที่ เช่นจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เป็นหลักมากกว่าพี่เลี้ยงที่มาจากกลุ่มงานหรือฝ่ายต่าง ๆ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้พี่เลี้ยงสามารถหนุนเสริมพื้นที่ตำบลได้สะดวกขึ้น

2) ควรมีการพัฒนาการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จากประเด็นสมัชชาสุขภาพและเน้นให้เกิดทักษะในกระบวนการสร้าง การใช้ การติดตามประเมินผลการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ให้เป็นรูปธรรมให้มากขึ้น

3) ควรมีการติดตามความก้าวหน้าแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลจริงอย่างต่อเนื่องเพื่อทราบและร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นของพื้นที่นั้น ๆ

5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) ควรแต่งตั้งผู้รับผิดชอบสมัชชาสุขภาพอย่างชัดเจนที่สามารถประสานงานให้เกิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานเครือข่ายต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน

2) ควรมีการสนับสนุนให้เกิดกระบวนสมัชชาสุขภาพทั้งที่ใช้งบประมาณองค์กรส่วนท้องถิ่นโดยตรงหรือไม่ใช้งบประมาณ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในทุกระยะของกระบวนการสมัชชาสุขภาพของพื้นที่

3) ควรมีการสรุปความก้าวหน้ากระบวนการสมัชชาสุขภาพของพื้นที่เป็นระยะ ๆ และรายงานให้คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัดทราบเพื่อให้คณะกรรมการสุขภาพจังหวัดสนับสนุนการช่วยเหลือต่าง ๆ ให้กับพื้นที่ได้

4) สร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานราชการเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน กลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงาน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

6. สถาบันการศึกษาและมหาวิทยาลัยในพื้นที่

1) ควรสร้างทีมวิชาการเพื่อหนุนเสริมองค์ความรู้และร่วมกันพัฒนาทักษะให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ตำบลโดยตรง เพื่อถ่ายทอดและชี้แนะแนวทางทางวิชาการให้พื้นที่

2) ควรมีการติดตามประเมินผลกระบวนการสมัชชาสุขภาพในมุมมองทางด้านวิชาการเปรียบเทียบการประเมินผลในมิติอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างเป็นระบบต่อไป

7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ควรกำหนดให้สมัชชาสุขภาพให้เป็นทางเลือกของเครื่องมือที่สำคัญอีกในการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเพื่อให้นโยบายสาธารณะของชุมชนเกิดจากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

2) ควรให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพและเสริมแรงจูงใจให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ใช้สมัชชาสุขภาพในการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเพื่อให้นโยบายสาธารณะของชุมชนเกิดจากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบที่ระหว่างกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ใช้และไม่ใช้แผนที่ทางเดินทางเดินยุทธศาสตร์

2. ศึกษาการรูปแบบขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพในกองทุนสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การลงพื้นที่ เนื่องจากมีเหตุการณ์สถานการความไม่สงบทำให้ระยะเวลาในการลงพื้นที่มีจำกัดและไม่แน่นอน มีการประเมินสถานการณ์จากพื้นที่ตำบลทุกครั้ง หรือกรณีที่พื้นที่ตำบลไม่สามารถรับรองสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ตอบแบบสัมภาษณ์แล้วส่งกลับทางอีเมลร่วมกับการสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์

2. ผู้ให้ข้อมูลบางท่านตามรายชื่อผู้ประสานงานระดับจังหวัดแจ้งและแนะนำหลังจากได้นัดหมายเก็บข้อมูลเป็นที่เรียบร้อย ปฏิเสธการให้ข้อมูล แนะนำผู้ให้ข้อมูลคนอื่นแทน

บรรณานุกรม

กฤติยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนะสาระ. 2551. บทสำรวจวาทกรรมและการเมืองเรื่องสมัชชาสุขภาพ. *วารสารสังคมศาสตร์* 20 (1): 156-167.

กัลยา เอี่ยวสกุล, นิรพงศ์ สุขเมือง, เสาวคนธ์ ภักดี, สัญญา แพทย์จะเกร็ง และปิยะจิตต์ ณ นคร. 2554. ทบทวนงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีปี พ.ศ. 2553. https://mail.google.com/mail/?hl=th&shva=1#inbox/13396bc4c2e41bfa (สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2554).

คนึงนิจ ศรีบัวเอี่ยม, ถวัลย์รัฐ วรเทพพุฒิพงษ์, พิสิฐ ศุกรียพงศ์, พัชรี สิโรรส, บุรีกุล ถวิลวดี บุรีกุล, โสภารัตน์ จารุสมบัติ, วิศิษฎ ชัชวาลทิพ ากร และคณะ. 2545. *แนวทางการเสริมสร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540: ปัญหาอุปสรรค และทางออก*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.

จันทรานุช มหากาญจนะ. 2550. แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในเขตการปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาเทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์* 5 (พิเศษ): 295–320.

จารึก ไชยรักษ์, สุรศักดิ์ บุญเทียน, สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล, นาตยา แท่นนิล, พลินี เสริมสินสิริ, กรกนก ตันกระกูล, ภรนภา เหมปาละ, ชญาดา ฟักน่วมและอาภาพรรณ สายยศ. 2552. *สมัชชาสุขภาพ: เครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

จารึก ไชยรักษ์ และวิสุทธิ บุญญะโสภิต. 2553. *จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างไร: แนวทาง (Guideline) การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. 2526. *การบริหารการพัฒนาชนชท*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

ชาญชัย ชัยสว่าง, ชัยยง ขามรัตน์ และ พรรณี บัญชรหัตกิจ. 2552. การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2 (2): 71–78.

ชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ. 2555. ปัญหาของชุมชน - กรุงเทพธุรกิจ ออนไลน์. http://www.bangkokbiznews.com (สืบค้นเมื่อ : 8 กรกฎาคม 2555)

ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, วิภารัตน์ ยมดิษฐ์, จิริยา อินทนา และ รจนารถ ชูใจ. 2553. รายงานการวิจัยผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนหลวง. http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php (สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2555).

เดชรัต สขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2545. *การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ทรงพล ตุลาทะ. 2552. ผู้กระทำการในกระบวนการนโยบายสาธารณะกรณีศึกษานโยบายกระจายอำนาจสู่ชุมชน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ถวิลวดี บุรีกุล. 2551. การมีส่วนร่วม: แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ. เอกสารประกอบการศึกษาดูงานของคณะกรรมาธิการการพัฒนาการเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน วุฒิสภา.

ธงชัย สาระกูล และ สุธาทิพย์ จันทรักษ์. 2554. การวิจัยและพัฒนาการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาสุขภาพของชุมชนและท้องถิ่น: กรณีศึกษาเฉพาะพื้นที่ต้นแบบ. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน* 6 (4): 18–27.

ธีระพงษ แก้วหาวงษ์. 2544. *กระบวนการสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น: โครงการจัดตั้งมูลนิธิเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง.

นภาภรณ์ หะวานนท์, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล และปานจักษ์ เหล่ารัตนวรพงษ์. *ความกลมกลืนระหว่างทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสร้างดัชนีความเข้มแข็งชุมชน*. โครงการปริญญาเอกพัฒนาศึกษาศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. 2547. *การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สิริลักษณ์การพิมพ์.

นฤมล เอนกวิทย์, ขนิษฐา เจริญพันธ์, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และฉวีวรรณ จันทรักษ์. 2552. การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในประเด็นว่าด้วยชุมชนปลอดเหล้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* 28 (3) : 346–357.

นิวัฒน์ ศรีบุญนาค. 2552. รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการจัดการหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนแบบพอเพียงในหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา* 1 (1): 70–83.

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ และ ถวิลวดี บุรีกุล. 2549. *ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

ประคอง สุคนธจิตต์. 2552. บ้านขุนน้ำ คีรีวง: ชุมชนพึ่งตนเอง. *วารสารร่มพฤกษ์* 27 (1): 92–125.

ประเวศ วะสี. 2552. สร้างคุณค่าความเป็นคน สร้างสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง: อนาคตของชาติและมนุษยชาติอยู่ที่คุณค่าความเป็นคนและชุมชนเข้มแข็ง. http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2315 (สืบค้นเมื่อ15 พฤศจิกายน 2554).

ประเวศ วะสี. 2554. การปฏิรูปประเทศไทย หมอประเวศ. http://www.codi.or.th/reform/index.php (สืบค้นเมื่อ 11. พฤษภาคม 2555).

ปาริชา มารี เคน. 2551. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน กรณีศึกษาเทศบาลตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม* 2 (2): 67–80.

ปาริชาติ วลัยเสถียร, พระมหาสุทิตย์ อบอุ่น, สหัทยา วิเศษ, จันทนา เบญจทรัพย์ และชลกาญจน์ ฮาซันนารี. 2546. *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข.

พงค์เทพ สุธีรวุฒิ. 2553. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (health Public policy). สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พงค์เทพ สุธีรวุฒิ. 2554. *กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ คู่มือสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล*. สงขลา: สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พงค์เทพ สุธีรวุฒิ. 2554. พลังของกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกระบวนการนโยบายสาธารณะของประเทศไทย. http://www.samatcha.org/sites/default/files/005_NHA_4.pdf (สืบค้นเมื่อ 3 ตุลาคาม 2554).

พงษ์ภัทร์ รัตนสุวรรณ. 2550. การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลขุนยวม อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พระมหาณรงค์ เชื้อบัวเย็น. 2553. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์* 8 (2): 83–113.

พฤธิพงศ์ พิศาลวัชรินทร์. 2550. กระบวนการจัดการเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน: กรณีศึกษา เครือข่ายลุ่มน้ำคลองอู่ตะเภา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พัชราวดี ตรีชัย. 2552. การวิเคราะห์ความเป็นชุมชนเข้มแข็งหมู่บ้านกลางดง ตำบลศิลาลอย อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารร่มพฤกษ์* 27 (1):126–156.

พัชรี ศรสังข์. 2552. การพัฒนาความเข้มแข็งการให้สุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข: กรณีศึกษาชุมชนนวลจิต เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ* 15 (1): 144–161.

พนมศักดิ์ เอมอยู่. 2553. *กว่าทศวรรษ: วิชชาสมัชชาสุขภาพจังหวัดพิจิตร*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม. 2554. เข้มแข็งจากภายใน ประเทศไทยยั่งยืน. *gotoknow.org*. http://www.gotoknow.org/blog/paiboon/444117 (สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2555).

มยุรี อนุมานราชธน. 2547. *นโยบายสาธารณะ:แนวความคิด กระบวนการและการวิเคราะห์*. เชียงใหม่: คะนึงนิจการพิมพ์.

มยุรี สุวรรณโคตร และพีระศักดิ์ ศรีฤาชา. 2551. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 1 (2): 33–44.

รักวงศ์ คำตาชา. 2553. การติดตามและประเมินผลการจัดการสุขภาพชุมชนตามกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ตำบลขามเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา, มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

รัชนี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ และวัฒนา บรรเทิงสุข. 2553. คุณภาพการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในชุมชน: บทเรียนรู้จากประเทศไทย. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 3 (3): 93–105.

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. 2550. *นโยบายสาธารณะ*. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. 2553. *รายงานการวิจัยเรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในนโยบายสาธารระในประเทศไทย*. มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ.

วณี ปิ่นประทีป. 2550. ตัวแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่. http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/3131 (สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2554).

วรุณี เชาวน์สุขุม, ดวงตา สราญรมย์, ละเอียด ขจรภัยและบุญเสริม นาคภิบาล. 2553. ศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการเขตจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์* 5 (3): 64–75.

วรรณธรรม กาญจนสุวรรณ. 2553. กระบวนการจัดการชุมชนเข้มแข็ง:รูปแบบ ปัจจัยและตัวชี้วัด. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์* 8 (2): 119–156.

วรรณา กางกั้น และคณะ. 2553. การบริหารจัดการยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพร่วมกัน โดยมีการสร้างแผนที่ทางเดินทางเดินยุทธศาสตร์ (SLM) กรณีศึกษา: ตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง* 25 (3): 23–28.

วรวิทย์ อวิรุทธ์วรกุล และ วีรพงค์ มาลัยทอง. 2550. การพัฒนาดัชนีชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชน. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม* 44 (1): 40–47.

วลัยพร รัตนเศรษฐ. 2553. การประเมินนโยบายสาธารณะด้วยความสุข. ดุษฎีนิพนธ์หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (รัฐประศาสนศาสตร์), มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

วิพุธ พูนเจริญ. 2552. นโยบายสาธารณะกับกระบวนการเรียนรู้. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้* 23 (2): 5–12.

วิรุณศิริ อารยวงศ์, อดิศร วงศ์คงเดช และ จิรพันธุ์ วิบูลย์วงศ์. 2553. *เส้นทางสู่ความสำเร็จการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

วีณาพร สำอางศรี. 2551. กองทุนสุขภาพตำบล. *สุขภาพภาคประชาชนภาคใต้* 22 (4): 5–7.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์, อลิสา รัตนตะวัน และชุมพจน์ อมาตยกุล. 2554. การเสริมสร้างพลังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างทีมเสริมสุขภาพที่เข้มแข็ง หมู่ที่ 3 ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 29 (4): 23–32.

สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. 2554. *นโยบายสาธารณะ:แนวความคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ*. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เสมาธรรม.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พงค์เทพ สุธีรวุฒิ, ภัทระ แสนไชยสุริยา, สงครามชัย ลีทองดี, รัชนี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, ทัศนีย์ ญาณะ และคณะ. 2555. *ผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน*.

สาธินีย์ วิสุทธาธรรม. 2555. จากทางเท้าสู่ความเหลื่อมล้ำ “นิธิ” ย้ำปมนี้ ต้องรื้อ “โครงสร้างอำนาจ”. http://www.thaireform.in.th/join-the-reform/item/7738-2012-06-18-09-13-11.html (สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2555).

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2544. *รายงานการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่สนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็ง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2552. สมัชชาสุขภาพ. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้* 23 (2): 13–14.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2553. *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. พิมพ์ครั้งที่ 2.นนทบุรี: บริษัทวิกิจำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. *กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี*. http://www.localfund.in.th (สืบค้นเมื่อ21 พฤศจิกายน 2554).

สำนักพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนและการกระจายรายได้. 2550. การจัดทำตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม* 44 (4): 12–22.

สุรศักดิ์ บุญเทียน. 2551. การพัฒนารูปแบบสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุรศักดิ์ บุญเทียน และ ศิริธร อรไชย. 2553. *การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่: หลักคิดเพื่อการประยุกต์ใช้*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, ภูษิต ประคองสาย, สุณี วงศ์คงคาเทพ และอังคณา จรรยากุลวงศ์. 2553. รายงานการวิจัยโครงการการประเมินผลเพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพกองทุนสุขภาพระดับตำบลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี. http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/3125 (สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2554).

สุรีรัตน์ พลกลาง, สงคราม ลีทองดี และอมร สุวรรณนิมิตร. 2552. การมีส่วนร่วมในการจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 32 (4): 117–128.

เสถียร รุจิรวนิช และ สันทัด เสริมศรี. 2553. องค์ประกอบการมีส่วนร่วมของประชาชนได้รับผลกระทบในโครงการส่งก๊าซธรรมชาติ. *วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์* 6 (2): 61–86.

อมร นนทสุต. 2552. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้* 23 (3): 6–7.

อมร นนทสุต. 2553. คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้* 24 (2): 11–29.

อรทัย ก๊กผล. 2552. *คู่คิด คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.

อัญชิรญา จันทรปิฎก. 2555. กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อำพล จินดาวัฒนะ. 2552. *การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม*. พิมพ์ครั้งที่ 4 . นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

อำไพ สว่างศรี. 2552. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของตลาดสามชุกร้อยปี อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาบริหารรัฐกิจ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Creighton, James L. 2545. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจของชุมชน. แปล. วันชัย วัฒนศัพท์. พิมพ์ครั้งที่ 3 . ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท.

International Association for Public Participation. 2007. IAP2 spectrum of Public Participation.http://www.iap2.org/associations/4748/files/IAP2%20Spectrum_vertical.pdf. (สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2555)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ข้อมูลทั่วไปและการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพรายตำบล

1.กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย

บริบทชุมชนตำบลดอนทราย

ตำบลดอนทราย เป็นตำบลที่แยกออกจากตำบลไทรทอง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี เดิมเคยเป็นหมู่บ้านริมฝั่งทะเล ราษฎรประกอบอาชีพประมงเป็นหลัก สภาพพื้นที่เป็นที่ลุ่มทำให้น้ำจากอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส ไหลผ่านลงสู่ทะเลจึงทำให้พื้นที่มีสภาพ ตื้นเขิน เป็นดินกร่อย เป็นป่าเสม็ด และมีการทับถมของทรายเกิดเป็นเนิน ชาวบ้านจึงเรียกพื้นที่ตรงนี้ว่า“บ้านดอนทราย”มาจนถึงปัจจุบัน เป็นที่ราบลุ่มชายฝั่ง ลักษณะเนื้อดินเป็นดินทราย และดินร่วนปนทราย มีชายฝั่งยาวประมาณ 7 กิโลเมตร ทิศเหนือติดต่อกับหมู่ที่ 4 ตำบลไม้แก่น ทิศใต้ ติดต่อกับตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ทิศตะวันออก ติดกับอ่าวไทย ทิศตะวันตก ติดต่อกับหมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 5 ตำบลไทรทอง ตั้งอยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอไม้แก่นประมาณ 5 กิโลเมตรมีเนื้อที่ทั้งหมด 16.24 ตารางกิโลเมตร หมู่บ้านทั้งหมด 4 หมู่บ้าน หมู่ที่ 1 บ้านป่าไหม้หมู่ที่ 2 บ้านรังมดแดง หมู่ที่ 3 บ้านละเวง หมู่ที่ 4 บ้านดอนทราย จำนวนหลังคาเรือน 590 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 2,980 คน ประชากรจากการสำรวจ 2,980 คน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 95 สภาพพื้นที่ตำบลดอนทราย ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบชายฝั่งทะเล โดยเฉลี่ยเป็นพื้นที่ราบค่อนข้างสูง มีสภาพดินร่วนปนทราย เกษตรกรใช้ในการปลูกยางพารา ผลไม้และไม้ยืนต้นอยู่ทางฝั่งตะวันออกเฉียงใต้ของตำบล สภาพภูมิอากาศร้อนและฤดูฝนฝนตกเกือบตลอดปี ฤดูฝนอยู่ประมาณช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมกราคม ส่วนฤดูร้อนประมาณช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายนของทุกปี ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลดอนทราย ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ ประมง การดำเนินชีวิตโดยทั่วไปที่ยังสภาพความเป็นเครือญาติ มีการไปมาหาสู่ระหว่างคนในชุมชน ทำให้เกิดการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานเลี้ยงในโอกาสต่าง ๆ

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 4 ในตำบลดอนทราย โดยเฉพาะกำนันได้รับรางวัลกำนันดีเด่นและรางวัลอื่น ๆ มากมาย สามารถเป็นประสานเชื่อมต่อระหว่างทุกภาคส่วนกับประชาชน ร่วมขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาสุขภาวะคนในชุมชน

2) ผู้นำศาสนา อิหม่าม หมู่ที่ 2 เป็นที่เคารพศรัทธา ให้ความรู้ทางด้านศาสนา ที่ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ของประชาชน และให้ความร่วมมือในกิจกรรมสาธารณะของชุมชนเป็นอย่างดี

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี

ด้วยวิถีของชุมชนนับถือศาสนาอิสลามทำให้ ประเพณีวัฒนธรรมเป็นรูปแบบอิสลาม แต่จะมีประเพณีชุมชนบางอย่างยังสืบทอดกันอยู่และบางอย่างไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากขัดกับหลักศรัทธาตามศาสนาอิสลาม

1) ประเพณีวัฒนธรรมชุมชนที่นับถือศาสนาอิสลาม ได้แก่ การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอนซึ่ง เป็นเดือนอาหรับ เทียบกับเดือนไทย ประมาณ เดือนกันยายน-ตุลาคมของทุกปี เป็นเวลา 1 เดือน เทศกาลวันตรุษอีดิ้ลฟิตรีและอีดิ้ลอัฎฮาร์ เป็นเทศกาลที่มีการเฉลิมฉลองของชาวมุสลิม ประเพณีการกวนอาซูรอ การยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาอย่างเคร่งครัด จึงนิยมส่งบุตรหลานเข้าเรียนในโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม

2) ประเพณีท้องถิ่นของชุมชนที่ศูนย์รวมของชุมชน ประเพณีการแข่งเรือยอกอง หรือที่ชาวนราธิวาสเรียกว่า "คอฆอล" ซึ่งเป็นภาษาพื้นเมืองของคนท้องถิ่นในจังหวัดนราธิวาส ซึ่งเรียกตามลักษณะของเรือ เพราะมีขนาดไม่เล็กและไม่ใหญ่ ใช้ในการประกอบอาชีพการทำประมง จนถึงในปัจจุบันก็ยังมีอยู่ การแข่งขันเรือยอกองได้เริ่มมีการแข่งขันใน พ.ศ. 2523 และได้หยุดไประยะหนึ่ง แล้วได้มีการจัดการแข่งขันขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2540 ก็ได้มีการจัดการแข่งขันเรือยอกองอย่างจริงจังขึ้น พร้อม ๆ กับการแข่งขันเรือกอและ และเรือยาว ซึ่งเรือทั้ง 2 ประเภทนี้ได้จัดให้มีการแข่งขันมานานแล้ว ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูประเพณีการแข่งขันเรือพายพื้นบ้าน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสามัคคีระหว่างผู้เข้าแข่งขันและกองเชียร์และเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

ตำบลดอนทรายมีกลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งมีบทบาทในการจัดการปัญหาสุขภาวะในชุมชน เนื่องจากสมาชิกของของกลุ่มสามารถเป็นผู้ประสานงานระหว่างประชาชนเครือข่ายต่าง ๆ ในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) กลุ่มสตรี เป็นการรวมกลุ่มของสตรีเพื่อจัดทำผลิตภัณฑ์น้ำสมุนไพรเพื่อหารายได้เสริมแก่กลุ่มและครอบครัวแต่สามารถเป็นสื่อกลางและประสานงานต่างในชุมชนได้

3) กลุ่มเด็กและเยาชน เป็นการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อดูแลรักษาความสะอาดของชายหาดบางสาย และให้ช่วยเหลืออื่น ๆ ในชุมชน

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย พบว่าบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะอยู่ในระดับสูงมาก เนื่องจากเป็นใช้งบประมาณกองทุนในการแก้ไขปัญหาสุขภาวะในหลากหลายกลุ่ม เช่นกลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน ฯลฯ

2) กองทุนฌาปนกิจศพ หรือกองทุนสวัสดิการผู้เสียชีวิตพบว่า สมาชิกชุมชนทุกคนเป็นสมาชิกกลุ่ม ให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้เสียชีวิต สำหรับบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการจัดสวัสดิการให้สมาชิกครอบคลุมสมาชิกทุกคนในชุมชน

3) กองทุนเด็กกำพร้าบ้านป่าไหม้ เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยใช้เงินบริจาคในและนอกชุมชนมาเป็นทุนในการช่วยเหลือเด็กกำพร้า พบว่าบทบาทต่อการสร้างสุขภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องจากเป็นการจัดการช่วยเหลือเด็กกำพร้าทุกคนโดยไม่จำเป็นต้องเป็นสมาชิกกองทุน

5. หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทราย

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง

3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 แห่ง

4) โรงเรียนระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 3 แห่ง

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนดอนทรายต่อปัญหาสุขภาวะ

ปัญหาโรคเรื้อรังและขยะในชุมชน เป็นปัญหาที่ชุมชนดอนทรายให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก แต่ในการขับเคลื่อนประเด็นสมัชชาสุขภาพ พบว่าชุมชนคัดเลือกปัญหาขยะในชุมชนเป็นประเด็นการขับเคลื่อน เนื่องจากปัญหาขยะในชุมชนเป็นปัญหาร่วมที่ชุมชนสามารถจัดการได้ง่าย ในส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมพบว่า ชุมชนดอนทรายมีส่วนร่วมในการรับรู้และวางแผนแก้ไขปัญหาอยู่ในระดับที่มาก จากการทำประชาคมและประชุมวางแผนแก้ไขปัญหาขยะในชุมชนพบว่ามีตัวแทนของทุกหลังคาเรือนเข้าร่วมทุกครั้ง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ระดับปานกลาง เนื่องจากบางหลังคาเรือนยังไม่ได้จัดการขยะตามได้วางแผนไว้ ในส่วนการลงทุนและประเมินผล อยู่ในระดับน้อย งบประมาณในการแก้ไขปัญหาได้รับสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากชุมชนเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา สำหรับการติดตามประเมินผล พบว่ามีการติดตามการปฏิบัติกิจกรรมและมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องผ่านเวทีการประชุมของชุมชน แต่ไม่ได้สรุปภาพรวมของการแก้ปัญหาทั้งหมดและปรับปรุงแผนการแก้ไขปัญหา ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 7 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนดอนทรายต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
โรคเรื้อรัง	4	4	3	2	2	3
ขยะในชุมชน	4	4	3	2	2	3
ยาเสพติด	3	3	3	1	1	2.20
โรคซึมเศร้า	3	3	2	2	2	2.40
ไข้เลือดออกลูกน้ำยุงลาย	3	3	3	2	2	2.60
เฉลี่ย	3.40	3.40	2.80	1.80	1.80	2.68

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลดอนทราย

การจัดทำแผนตำบลดอนทราย การจัดทำแผนในระดับหมู่บ้านและตำบลดอนทรายมีดังนี้

1. การจัดทำแผนชุมชน เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานราชการและจากชุมชนในการจัดทำประชาคมมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล เพื่อหาปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยมีคณะทำงานการจัดทำแผนชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลดอนทรายเป็นผู้รับผิดชอบ

2. การจัดทำแผนสุขภาพ เป็นการจัดทำประชาคมในประเด็นสุขภาพในแต่ละหมู่บ้าน ใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพของแต่ละหมู่บ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข มีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

3. การจัดทำแผนองค์การบริหารส่วนตำบล มีการจัดทำประชาคมโดยใช้ข้อมูลจากแผนชุมชน แผนสุขภาพของแต่ละหมู่บ้าน และแผนงานจากหน่วยงานราชการในตำบล รวมทั้งการใช้นโยบายสำคัญต่าง ๆ จากรัฐบาลมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนสามปีขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนทราย และมีการทบทวนปรับปรุงแผนทุกปี

รวบรวมปัญหาและความต้องการที่ได้จากการแผนชุมชน แผนสุขภาพตำบล แผนงานจากหน่วยงานราชการในตำบล เช่นโรงเรียน และแผนงานขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนทราย มาเป็นข้อมูลพื้นฐานรวบรวมจัดทำแผนระดับของตำบล โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลดอนทรายเป็นผู้รวบรวมแผน นำแผนระดับตำบล มอบให้หน่วยงาน เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน นำไปปฏิบัติใช้ในหน่วยงาน

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลดอนทราย เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2551 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2553 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตาราง 8 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	113,040.00	117,880.00	119,480.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	33,912.00 (30.00)	40,200.00 (34.10)	35,000.00 (29.29)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	00.00	500.00
- ดอกเบี้ย	617.84	1,194.39	1467.11
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	0.00	0.00
รวม	147,569.84	159,274.39	156,447.11

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย ปี พ.ศ. 2553 -2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 147,569.84 , 159,274.39, 156,447.11 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลดอนทรายต่องบประมาณร้อยละ -30 ,34.14 , 29.29 เมื่อเทียบกับเกณฑ์กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 สำหรับปี พ.ศ. 2555 ได้รับการสมทบน้อยลงเนื่องจากมีการจัดทำแผนสมทบงบประมาณก่อนการโอนค่าบริการจริงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่พบการสนับสนุนงบประมาณจากชุมชนและแหล่งอื่น ๆ

ตาราง 9 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
- การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	-	0.00	43,700.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	26,690.00	1,600.00	50,360.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	11,770.00	57,968.00	182,545.00
- การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	9,320.00	-	21,500.00
รวม	47,780.00	59,568.00	298,105.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2553 – 2555 พบว่า ปี พ.ศ. 2553-2554 งบประมาณรายจ่ายที่ใช้ไม่ครบ 4 กิจกรรมและพบว่ารายจ่ายโดยรวม ปี พ.ศ. 2553 – 2555 47,780.00 , 59,568.00 , 298,105.00 บาท เนื่องจากเป็นการรายงานค่าใช้จ่ายที่ค้างจ่ายจากปีที่ผ่านมาร่วมกับการใช้จ่ายในงบประมาณของแต่ละปี

ตาราง 10 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทราย ปี พ.ศ. 2553 - 2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- เงินสมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	-	-	14,100.00
- เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	-	-
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	10,000.00	-	-
รวม	10,000.00	-	14,100.00

จากตารางการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย พบว่างบประมาณที่ร่วมกันสนับสนุนการกระบวนการสมัชชา

สุขภาพในพื้นที่ตำบลดอนทราย มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2555 14,100.00 บาท ไม่พบงบประประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทรายจำนวน 17 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ผู้แทนกลุ่มอื่น ๆ 2 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีบทบาทหน้าที่หลักในบริหารจัดการและอำนวยการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของชุมชน ส่วนคณะกรรมการที่มาจากตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนจากชุมชนนำเสนอข้อมูลและร่วมกันกำหนดแนวทางกิจกรรมแก้ไขปัญหาและจัดบริการสุขภาพในชุมชนให้เข้าถึงกลุ่มบริการสุขภาพและติดตามประเมินผลผ่านการบริการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล หน่วยบริการสาธารณสุขและภาคประชาชนให้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลโดยที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่ประธานสมัชชาสุขภาพ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพประจำองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าทีในคณะทำงานภาควิชาการ ทำหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลและร่วมกันในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและนำเสนอแก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ผู้แทนชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคณะทำงานภาคประชาชน ส่วนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นคณะทำงานภาคการเมือง/ราชการทำหน้าที่ในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและมาตรการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน บทบาทหน้าที่สำคัญในคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลคือ.วางแผนและเชื่อมประสานกระบวนการสมัชชาสุขภาพกับเครือข่ายต่าง ๆ ในระดับตำบลเพื่อเกื้อกูลการทำงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวบรวมข้อเสนอนโยบายสาธารณะและจัดสมัชชาสุขภาพพร้อมกำกับติดตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพในตำบล

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลดอนทรายพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2553 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นประสานงานหลักทำหน้าที่จัดกระบวนการให้ความรู้และให้คำแนะนำปรึกษาในระดับจังหวัด และมีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ ในระยะหลังถึงปัจจุบัน มีการเชิญประชุมให้ความรู้ในระดับจังหวัดมีการกระตุ้นติดตามทางโทรศัพท์มากกว่าติดตามในพื้นที่ ทำให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพดอนทรายต้องพัฒนาด้วยตัวเอง องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทรายทำหน้าที่สนับสนุนอำนวยการและการจัดการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลไม้แก่นให้

คำปรึกษา ไม่มีสถาบันการศึกษาและหน่วยงานอื่น ๆ มาให้การสนับสนุน สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมาร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ทุกครั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดติดตามในพื้นที่และสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลดอนทรายพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทราย ทั้งหมด 22 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่ประธาน ผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษา นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพประจำองค์การบริหารส่วนตำบลดอนทราย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่ภาควิชาการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน โต๊ะอีหม่าม หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูโรงเรียนประถมศึกษาและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าทีภาคการเมือง/ราชการ นอกจากนี้ มีการมอบหมายหน้าที่ให้นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทรายและนักวิชาการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม้แก่นทำหน้าที่นักวิชาการ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทรายทำหน้าที่นักยุทธศาสตร์ ผู้ใหญ่บ้านทำหน้าที่นักประสานงาน แกนนำชุมชนทำหน้าที่สื่อสารสาธารณะ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนทรายทำหน้าที่นักจัดการและนักพัฒนาชุมชนประจำองค์การบริหารส่วนตำบลดอนทรายทำหน้าที่นักบูรณาการ เพื่อสนับสนุนกระบวนการคัดเลือกคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทราย สำหรับการกระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ใช้กระบวนการพัฒนาตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชิญตัวแทนจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน นักวิชาการสาธารณสุขหรือตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ ในส่วนเรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์พื้นที่ตำบลดอนทรายได้รับการพัฒนาพัฒนาเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลไม้แก่น จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทรายสามารถอธิบายความหมายและการนำไปใช้เรื่องระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพได้ถูกต้อง

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล องค์ประกอบคณะทำงานเป็นพหุภาคี ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคการเมือง

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นตัวประสานกลุ่มคน เครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ในตำบล เพื่อเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพฝ่ายวิชาการ ที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่

4. คณะทำงานสมัชชาร่วมกันการกำหนดจุดหมายร่วมและภาพพึงประสงค์ของชุมชน

5. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลจัดทำกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ และเลือกประเด็นขยะในชุมชน ที่ทำบรรลุสุขภาวะที่พึงประสงค์

6. แต่งตั้งทีมวิชาการเฉพาะประเด็นขยะในชุมชนรวบรวมข้อมูลทางวิชาการและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการจัดทำร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

7. จัดเวทีย่อย ร่วมกับส่งเอกสารร่าง เชิญผู้เกี่ยวข้องในประเด็นสมัชชา พิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

8. คณะทำงานวิชาการ รวบรวมร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย จะทำเอกสารเพื่อเป็นเอกสารนำเข้าพิจารณาในเวทีสมัชชาสุขภาพตำบล

9. จัดเวทีสมัชชาสุขภาพตำบลให้ตัวแทนภาคีทุกภาคส่วน ร่วมกันหาฉันทามติ สรุปเป็นแผนสุขภาวะชุมชน และเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และร่วมผลักดันไปสู่การปฏิบัติ

10. แต่งตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผล ผลักดันให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ถูกนำไปปฏิบัติ

11 การขับเคลื่อนมติหรือข้อตกลงจากสมัชชาให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน และส่งต่อประเด็นให้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีเพื่อขับเคลื่อนระดับจังหวัดต่อไป

จุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทราย

1. การจัดทีมคณะทำงาน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ มีการใช้ทุนคน เครือข่าย และหน่วยงานราชการในพื้นที่ นอกจาก มีการคัดเลือกคณะกรรมการตามคุณสมบัติ นักประสาน นักจัดการ นักวิชาการ นักยุทธศาสตร์ นักสื่อสาร และนักบูรณาการ เพื่อสนับสนุนการทำงานกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

2. การจัดการข้อมูล ใช้ข้อมูลจากสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมคณะทำงานระดับตำบลที่มีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สถานีตำรวจ ผู้นำชุมชน รวบรวมข้อมูลสุขภาวะ 4 มิติ จัดประชุมประชาคม และวิเคราะห์ข้อมูลใช้หลักการปัจจัยกำหนดสุขภาพ

3. มีการแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นขยะเพื่อจัดทำร่างแผนสุขภาวะและจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนประเด็นการจัดการขยะ

4. การจัดกระบวนการพิจารณาข้อเสนอใช้การประชุมย่อย การส่งเอกสารให้ความเห็นและการจัดสมัชชาสุขภาพในพื้นที่เพื่อพิจารณาและมอบหมายให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียถือปฏิบัติ

5. มีการติดตามประเมินผลการใช้นโยบายสาธารณะที่ได้ประกาศไว้ในชุมชน เป็นการติดตามการปฏิบัติกิจกรรม และติดตามในการประชุม ขาดการทบทวนและปรับปรุงนโยบายสาธารณะ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพทุกคนมีภูมิลำเนาในตำบลดอนทราย และเป็นคณะทำงานสมัชชาเดิมตั้งแต่เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทำให้ไม่เกิดปัญหาการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงคณะทำงานและจากการโยกย้ายข้าราชการ ประกอบกับผู้นำชุมชนที่มีความต้องการเรียนรู้วิธีการทำงานใหม่ ๆ เพื่อพัฒนาชุมชนของตนเอง

2. การกระตุ้นติดตามจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ มีการติดตามภายในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลและได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมัชชาสุขภาพตำบลดอนทรายสามารถขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพและได้รับรางวัลจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

4. การสนับสนุนจากพี่เลี้ยงระดับอำเภอ เช่นโรงพยาบาลไม้แก่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม้แก่น ที่เข้าร่วมเวทีหรือกิจกรรมสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทรายทุกครั้ง

5. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพได้รับโอกาสในการเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพในระดับจังหวัดและเวทีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนกับพื้นที่อื่น ๆ แล้วนำมาปรับใช้ในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทบทวนความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ

2. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอน

บริบทชุมชนตำบลดอน

ตำบลดอน ไม่มีหลักฐานปรากฏนาชัดว่าจัดตั้งขึ้นเมื่อใด แต่สันนิษฐานจากศิลปกรรมสมัยกรุงศรีอยุธยาในอุโบสถวัดดอนตะวันออกที่คาดการณ์อายุประมาณ 400 ปี คำว่า “ดอน” หมายถึงที่สูงเนินหรือโคก จากเรื่องราวในชุมชนกล่าวว่าตำบลดอนตั้งอยู่บนที่แหลมเป็นแผ่นดินใหญ่ที่ยื่นออกไปสู่ ทุ่งนาซึ่งเป็นที่ลุ่ม ในฤดูมรสุมน้ำจะท่วมบริเวณทุ่งนา ราษฎรในตำบลใกล้เคียง ได้เดินทางผ่านมาถึงบริเวณนี้ต่างก็ดีใจ เพราะน้ำท่วมไม่ถึงและก็กล่าวกันเป็นเสียงเดียวกันว่า “ถึงที่ดอนหรือบ้านดอน” และด้วยเหตุนี้เองบุคคลทั่วไปจึงเรียกที่บริเวณนี้ว่าบ้านดอนจนถึงทุกปัจจุบัน ลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบสูงเป็นแหลมมีรูปร่างยาวรี เวิ้งว้างมากคล้ายมังกร ใช้เป็นที่อยู่อาศัยของคนในชุมชน ส่วนที่ลุ่มจะเป็นพื้นที่โดยรอบของตำบลใช้เป็นพื้นที่สำหรับทำนา และประกอบไปด้วยแหลมต่าง ๆ ดังนี้ ด้านทิศใต้มี 4 แหลม คือ แหลมคอหัก แหลมบ่อกะเชือด แหลมหัวโกะ แหลม

หัวมะม่วง แหลมหัวกระจายและแหลมหัวด้ง ส่วนทางทิศเหนือและทิศตะวันตกไม่ปรากฏว่ามีแหลมใด ปัจจุบันในทางทิศใต้มีคลองชลประทานตัดผ่านเป็นคลองสายใหญ่ นอกจากนี้ในคลองยังมีคลองชลประทานขนาดเล็กอีกหลายสาย การปลูกสร้างบ้านเรือนของราษฎรจะกระจายอยู่ทั่วพื้นที่ มีเนื้อที่โดยมีเนื้อที่ประมาณ 6,897 ไร่ หรือ 11.18 ตารางกิโลเมตร ระยะห่างจากอำเภอปะนาเระ 10 กิโลเมตร ห่างจากตัวจังหวัดปัตตานี ประมาณ 30 กิโลเมตร หมู่บ้านทั้งหมดมี 6 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านราวอ หมู่ที่ 2 บ้านคลอง นับถือศาสนาอิสลาม หมู่ที่ 3 บ้านหัวนอน หมู่ที่ 4 บ้านดอนตะวันออก หมู่ที่ 5 บ้านยางงาม หมู่ที่ 6 บ้านป่าสัก นับถือศาสนาพุทธ จำนวนหลังคาเรือน997 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 3,581 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 3,000 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 44.13 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 55.87 ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลดอน ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ ทำการเกษตรกรรม (ทำนา) บางส่วนรับจ้างทั่วไป ทำสวนมะพร้าว ทำกระเบื้องดินเผา ทำอิฐมอญ ทำน้ำตาลโตนด ค้าขาย

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนันเป็นผู้ทีมีความเสียสละ ให้ความร่วมมือในกิจกรรมของชุมชนเป็นเป็นอย่างดี เป็นกำนัน 3 สมัย และได้เป็นกำนันดีเด่น ปี พ.ศ. 2553 สามารถประสานงานระหว่างทุกภาคส่วนในชุมชน นอกจากนี้ ยังดำรงตำแหน่งประธานสภาวัฒนธรรมตำบลดอนและอำเภอปะนาเระ เป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนศิลปะกลองยาวของชุมชน

2) ผู้เกษียณราชการของชุมชน ได้แก่ อดีตผู้อำนวยการโรงเรียนในพื้นที่ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองประทานสภาวัฒนธรรมของตำบล และผู้ที่ถ่ายทอดดนตรีไทยให้เยาวชนในชุมชนร่วมกันอนุรักษ์ไว้

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

1) มโนราห์ เป็นการละเล่นที่ชุมชนให้ความสำคัญ โดยจัดให้มีการแสดงในงานสำคัญของชุมชน และเป็นตัวแทนของอำเภอในการเข้าร่วมแสดงในงานสำคัญของจังหวัดปัตตานี นอกจากนี้ มีการถ่ายทอดให้เยาวชนชนในชุมชนร่วมกันอนุรักษ์ไว้คู่ชุมชน

2) กีฬาดอนเกมส์ เป็นกิจกรรมกีฬาที่ชุมชนมุสลิมและชุมชนไทยพุทธมีกิจกรรมร่วมกันได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้มีการประกวดขบวนพาเหรดโดยให้แต่ละชุมชนนำเสนอจุดเด่นของชุมชนตนเอง ทำให้แต่ละชุมชนจะต้องร่วมค้นหาและนำเสนอเกิดความร่วมมือกันภายในชุมชนนั้น ๆ

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ชมรมผู้สูงอายุ เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนที่ร่วมกันจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ สมาชิกของกลุ่มผู้สูงอายุมีบทบาทในการร่วมกันเป็นแกนนำสร้างสุขภาพในชุมชน จากข้อมูลพบว่ากลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งในการสร้างสุขภาวะในชุมชน

3) กลุ่มเยาวชน เป็นกลุ่มที่ทำกิจกรรมช่วยเหลือเพื่อน ๆ เยาวชนและกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน และได้รับรางวัลเยาวชนดีเด่นในระดับอำเภอ

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กองทุนสัจจะวันละ 1 บาท เป็นการออมเงินภายในแต่ละหมู่บ้าน แล้วมาร่วมกันจัดสวัสดิการต่าง ๆ ให้สมาชิกของกลุ่ม ไม่ได้ขยายสวัสดิการหรือช่วยในการกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน

2) กลุ่มอาชีพต่าง ๆ เช่นกลุ่ม กลุ่มปลูกและจำหน่ายข้าว กลุ่มอาชีพผลิตหมวกจากผลิตภัณฑ์จากขยะ กลุ่มสานกระจูดและ กลุ่มผลิตไม้กวาด เป็นต้น เป็นกลุ่มที่สามารถสร้างรายได้ให้กลุ่มสมาชิกและชุมชน

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลดอน

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอน

3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 แห่ง

4) โรงเรียนระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 3 แห่ง และโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 1 แห่ง

ตาราง 11 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนดอนต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง	4	3	3	2	2	2.80
ขยะในชุมชน	5	5	4	4	5	4.60
โรคติดต่อไข้เลือกออก	3	3	2	2	2	2.40
ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	5	4	4	4	4	4.20
ยาเสพติด	3	3	2	2	2	2.40
เฉลี่ย	4	3.60	3	2.80	3	3.28

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ พบว่า ชุมชนตำบลดอนร่วมกันรับรู้สถานการณ์ของปัญหาและร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาอยู่ในระดับมาก มีการประชุมประชาคมในชุมชนเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน ในขณะการร่วมทำกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาและลงทุนงบประมาณและติดตามประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง

เนื่องจากกิจกรรมงบประมาณและการติดตามประเมินผล ยังเป็นบทบาทหลักของหน่วยงานราชการ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน เท่านั้น

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลดอน

1. การจัดทำแผนตำบลดอน การจัดทำแผนในระดับหมู่บ้าน มีดังนี้

1) การจัดทำแผนชุมชน เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานราชการและจากชุมชนในการจัดทำประชาคม มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล เพื่อหาปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยมีคณะทำงานการจัดทำแผนชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุเป็นผู้รับผิดชอบ

2) การจัดทำแผนสุขภาพ เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน ใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพของแต่ละหมู่บ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข มีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

3) การจัดทำแผนองค์การบริหารส่วนตำบล มีการจัดทำประชาคมโดยใช้ข้อมูลจากแผนชุมชน แผนสุขภาพของแต่ละหมู่บ้าน และแผนงานจากหน่วยงานราชการในตำบล รวมทั้งการใช้นโยบายสำคัญต่าง ๆ จากรัฐบาลมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนสามปีขององค์การบริหารส่วนตำบลดอน และมีการทบทวนปรับปรุงแผนทุกปี

2. รวบรวมปัญหาและความต้องการที่ได้จากการแผนชุมชน แผนสุขภาพตำบล แผนงานจากหน่วยงานราชการในตำบล เช่นโรงเรียน และแผนงานขององค์การบริหารส่วนตำบลดอน มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบล โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนโรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาและตัวแทนจากทุกหมู่บ้านร่วมกันจัดทำแผนชุมชน

3. นำแผนของตำบลมาใช้องค์การบริหารส่วนตำบล มอบให้หน่วยงาน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน นำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอน

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอน สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลดอน เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2549 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2553 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตาราง 12 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอน ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	120,960.00	134,640.00	143,520.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(ร้อยละการสมทบ)	100,000.00 (82.67)	100,000.00 (74.27)	100,000.00 (69.67)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- ดอกเบี้ย	1,015.31	1,904.01	3,350.00
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	7,655.00	400.00	0.00
รวม	229,630.31	236,944.01	250,162.14

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอน ปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 229,630.31, 236,944.01, 250,162.14 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลดอนต่องบประมาณ ร้อยละ 82.67 ,74.527 , 69.67 มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้พบว่าได้รับสนับสนุนงบประมาณจากชุมชนและแหล่งอื่น ๆ แสดงถึงชุมชนตำบลดอนให้ความสำคัญต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและสถานการณ์สุขภาวะของชุมชน

ตาราง 13 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอน ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	91,600.00	-	-
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	41,000.00	-	286,600.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	143,500.00	-	40,000.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	-	-	-
รวม	276,100.00	-	326,600.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2553 – 2555 พบว่างบประมาณรายจ่ายที่ใช้ 3 ประเภทกิจกรรมยกเว้นกิจกรรรมการบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ เนื่องจากเป็นมติคณะกรรมการต้องการสนับสนุนงบประมาณให้เต็มที่ รายจ่ายโดยรวม ปี พ.ศ. 2553 – 2555 276,100.00,0, 326,600.00 บาท

ตาราง 14 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลดอน ปี พ.ศ. 2553 - 2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- เงินสมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	-	-	-
- เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	-	-
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	10,000.00	-	-
รวม	10,000.00	-	-

จากตารางการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอน พบว่างบประมาณที่ร่วมกันสนับสนุนการกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลดอน มาจากเงินสมทบอื่น ๆ 10,000 บาท ได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดเมื่อปี พ.ศ. 2553

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนจำนวน 17 คน ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ผู้แทนกลุ่มอื่น ๆ 3 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้ข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของชุมชน ส่วนและตัวแทนจากชุมชนร่วมกันกำหนดแนวทางกิจกรรมแก้ไขปัญหาและจัดบริการสุขภาพในชุมชน และติดตามประเมินผลโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลโดยที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่ประธานสมัชชาสุขภาพ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าทีในคณะทำงานภาควิชาการ ทำหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลและร่วมกันในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและนำเสนอนโยบายสาธารณะคณะกรรมการแก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลผู้แทนชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคณะทำงานภาคประชาชน ส่วนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นคณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ ทำหน้าที่ในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและมาตรการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลดอน พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2553 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นประสานงานหลักทำหน้าที่จัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณ 10,000 บาท และมีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ ในระยะหลังถึงปัจจุบันไม่ได้รับการติดตามในพื้นที่ มีการเชิญประชุมให้ความรู้ในระดับจังหวัดมากกว่าพื้นที่ ทำให้การพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลดอนเป็นบทบาทของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลดอนเป็นหลักโดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปะนาเระและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปะนาเระร่วมกันสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงกระบวนการในพื้นที่และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สิ่งที่ต้องการเพิ่มให้มีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการติดตามในพื้นที่และสนับสนุนงบประมาณในการตัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลดอนพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลดอน ทั้งหมด 25 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข ทำหน้าที่คณะทำงานภาควิชาการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ทำหน้าที่คณะทำงานภาคประชาชน เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลดอน ผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปะนาเระ ทำหน้าที่คณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลดอน นอกจากนี้ สมัชชาสุขภาพตำบลดอน ได้มอบหมายปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอน ทำหน้าที่นักยุทธศาสตร์ อาสาสมัครสาธารณสุขและกรรมการหมู่บ้านทำหน้าที่นักสื่อสารและประสาน นักวิชาการสาธารณสุข ครูในโรงเรียนประถมศึกษา ทำหน้าที่นักวิชาการ สำหรับการกระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ใช้กระบวนการพัฒนาตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก โดยเชิญตัวแทนจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน นักวิชาการสาธารณสุขหรือตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลดอนสามารถอธิบายความหมายและการนำไปใช้เรื่องระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพได้ถูกต้อง

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1. หารือแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล องค์ประกอบคณะทำงานเป็นพหุภาคี ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคการเมือง โดยมีคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงาน

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล ทำหน้าที่เป็นตัวประสานกลุ่มคน เครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆในตำบล เพื่อเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่

4. คณะทำงานสมัชชาร่วมกันการกำหนดจุดหมายร่วมและภาพพึงประสงค์ของชุมชน

5. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลใช้ประเด็นปัญหาเยาวชนและตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากการวิเคราะห์สถานการณ์เวทีประชาคมอื่นที่มิใช่การวิเคราะห์เพื่อจัดทำสมัชชาสุขภาพโดยตรงเพื่อทำบรรลุสุขภาวะที่พึงประสงค์

6. แต่งตั้งทีมวิชาการเฉพาะประเด็นเยาวชนและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพื่อรวบรวมข้อมูลทางวิชาการ และจัดทำร่างแผนสุขภาวะชุมชน ร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่ไม่ได้ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

7. จัดเวทีย่อยร่วมกับส่งเอกสารร่างเชิญผู้เกี่ยวข้องในประเด็นสมัชชา พิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

8. คณะทำงานวิชาการ รวบรวมร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย จะทำเอกสารเพื่อเป็นเอกสารนำเข้าพิจารณาในสมัชชาพื้นที่

9. จัดเวทีสมัชชาสุขภาพตำบลให้ตัวแทนภาคีทุกภาคส่วน ร่วมกันหาฉันทามติ สรุปเป็นแผนสุขภาวะชุมชน และข้อเสนอเชิงนโยบาย และร่วมผลักดันไปสู่การปฏิบัติ

10. แต่งตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผล ผลักดันให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ถูกนำไปปฏิบัติ

11. การขับเคลื่อนมติหรือข้อตกลงจากสมัชชาให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปปฏิบัติ ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน และส่งต่อประเด็นให้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีเพื่อขับเคลื่อนระดับจังหวัด

จุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลดอน

1. การจัดทีมงานของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลดอน ทุนทางสังคมใช้ทุนคนเป็นทุนหลัก และหน่วยงานราชการมาร่วมใช้ในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ และมอบหมายหน้าที่ นักจัดการ นักยุทธศาสตร์ นักสื่อสาร นักประสานงาน วิชาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลดอน

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพเป็นคณะทำงานเดิมที่เริ่มกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ โดยไม่ได้มีการโยกย้ายออกนอกพื้นที่

3.การใช้ประเด็นจากประชาคมของชุมชนใช้เป็นประเด็นสมัชชาสุขภาพ โดยที่ไม่ได้จัดเวทีประชาคมและคัดเลือกประเด็นสมัชชาซ้ำ

4. มีการแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการจัดทำร่างข้อเสนอนโยบายการโดยใช้ตามความเข้าใจของพื้นที่เอง ไม่เป็นไปตามรูปแบบเอกสารร่างของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเอกและส่งเอกสารให้จัดกระบวนการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงก่อนที่จัดสมัชชาสุขภาพในพื้นที่

5. มีการติดตามประเมินผลผ่านการประชุมประจำเดือนจากกิจกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ปัญหาอุปสรรค

1. การติดตามในพื้นที่จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีไม่ต่อเนื่อง

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลดอนขาดทักษะในกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ทำไม่สามารถจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่มและบางครอบครัวที่มีปัญหาเยาชนและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาทำให้ไม่สามารถประเมินติดตามจากปัญหาที่แท้จริง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ คณะทำงานภาคประชาชนที่มีกำนัน แกนนำชุมชนเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยมีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนหนุนเสริม มีการกระตุ้นติดตามคณะทำงานสมัชชาเป็นระยะ ๆ เพื่อเกิดการกระบวนการเรียนรู้ในคณะทำงานสมัชชาได้มากขึ้น

2. การสนับสนุนจากพี่เลี้ยงระดับอำเภอ เช่นโรงพยาบาลปะนาเระ ที่เข้าร่วมเวทีหรือกิจกรรมสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1.คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทบทวนความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ

3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดควรมีการติดตามในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ

บริบทชุมชนตำบลนาเกตุ

ตำบลนาเกตุ เป็นตำบลที่แยกออกจากตำบลมะกรูด อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เมื่อ ปี พ.ศ. 2529 จากการบอกเล่าของพื้นที่พื้นที่บริเวณตำบลนาเกตุมีการเจอเศียรพระพุทธรูปที่มี

คนเอามาทิ้งไว้ ทำให้ชาวบ้านเรียกพื้นที่แห่งนี้ว่า “บ้านหน้าเกตุ” ต่อมามีคำร่ำลือว่าพื้นที่แห่งนี้มีขุมทรัพย์อยู่ ทำให้เริ่มมีคนอพยพเข้ามาอยู่เป็นจำนวนมาก เพื่อขุดหาขุมทรัพย์ เมื่อขุดดินไปเรื่อย ๆ พื้นที่ส่วนใหญ่จึงกลายเป็นพื้นที่นากว้าง จนชาวบ้านเปลี่ยนชื่อจาก บ้านหน้าเกตุ เป็น “บ้านนาเกตุ” โดยเรียนต่อกันมาจนถึงปัจจุบัน ลักษณะสภาพพื้นที่เป็นลูกคลื่นลอนลาด ทิศตะวันออกของตำบลลาดเอียง ทิศตะวันตกมีสภาพเป็นที่ราบลุ่ม และที่ราบเชิงเขาบางส่วน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสวนยางและนาข้าว ประชากรมีอาชีพทำสวนยาง ทำนา รับจ้างและปลูกพืชชนิดอื่นบ้างเล็กน้อย สภาพภูมิอากาศมี 2 ฤดู คือฤดูร้อนกับฤดูฝน โดยเฉพาะในช่วงเดือนสิงหาคม เริ่มมีฝนตกมากติดต่อกันไปถึงเดือนพฤศจิกายนและเดือนธันวาคม การคมนาคมมีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 42,409 และทางหลวงชนบทหมายเลข 2010 เป็นเส้นทางคมนาคมสายหลัก ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของอำเภอโคกโพธิ์ มีเนื้อที่ 30 ตารางกิโลเมตร ระยะห่างจากอำเภอโคกโพธิ์ 7 กิโลเมตร ห่างจากตัวจังหวัดปัตตานีประมาณ 25 กิโลเมตร ทิศเหนือ ติดต่อ ตำบลบ่อทอง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ทิศตะวันออกติดต่อ ตำบลคอลอตันหยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ทิศใต้ ติดต่อ ตำบลควนโนรี ตำบลนาประดู่ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ทิศตะวันตก ติดต่อ ตำบลมะกรูด อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี หมู่บ้านทั้งหมด 7 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านนาเกตุ หมู่ที่ 2 บ้านชะเมา หมู่ที่ 3 บ้านควนลาแม หมู่ที่ 4 บ้านคลองช้าง หมู่ที่ 5 บ้านบาโงฆาดิง หมู่ที่ 6 บ้านหัวควน หมู่ที่ 7 บ้านคลองช้างออก จำนวนบ้านทั้งหมด 1,367 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 7,090 คน ประชากรจากการสำรวจ 7,450 คน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 65.48 วิถีชีวิตของคนทั้งสองศาสนาพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน คือมีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับศาสนาที่ตัวเองนับถือ แตกต่างกันในส่วนของแนวปฏิบัติของแต่ละศาสนา ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลนาเกตุ ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ ทำการเกษตรกรรม (สวนยางพารา) บางส่วนรับจ้าง ค้าขายและทำงานในประเทศมาเลเซีย การดำเนินชีวิตโดยทั่วไปที่ยังสภาพความเป็นเครือญาติ มีการไปมาหาสู่ระหว่างคนในชุมชน ทำให้เกิดการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการรวมกลุ่มเพื่อเหลือกันในกิจกรรมต่าง ๆ เช่นงานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานเลี้ยงในโอกาสต่าง ๆ

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำศาสนา โต๊ะอีหม่าม หมู่ที่ 4 เป็นที่เคารพศรัทธาของชุมชน มีความเสียสละ ให้ความร่วมมือและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ที่ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ของประชาชน

2) ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน เป็นอดีตประธานสภาองค์การบริการส่วนตำบลที่สามารถเชื่อมประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลอย่างต่อเนื่อง และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ที่มีตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ดูแลความทุกข์สุขของประชาชน เป็นประสานเชื่อมต่อระหว่างทุกภาคส่วนกับประชาชน ร่วมขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาสุขภาวะคนในชุมชน

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

ด้วยวิถีของพื้นที่มีศาสนาของคนในชุมชนนับถือทั้งศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามทำให้ ประเพณีวัฒนธรรมของชุมชนมุสลิม เช่น ประเพณี อาชูรออ์ เป็นการทำขนมร่วมกันกับเพื่อนบ้าน

หลักการทำก็คือนำวัตถุดิบที่มีอยู่ในแต่ละบ้านแล้วมาช่วยกันกวนเป็นเนื้อเดียวกัน มีการปรุงรสตามต้องการ จนกระทั่งว่า ได้ที่แล้วจึงตักใส่ถาดรอให้ขนมเย็นเอาไปแบ่งกันกับเพื่อนบ้านและไปจัดเลี้ยง ประเพณีเมาลิด เป็นการรำลึกถึงศาสนา ชีวประวัติของท่านนบี มีการจัดเลี้ยงตามบ้านที่ต้องการทำเมาลิด มีการอ่านชีวประวัติศาสดาโดยผู้นำศาสนา การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอน เป็นการอดอาหารเครื่องดื่ม มีเพศสัมพันธ์ อดกลั้นทำความชั่วทุกชนิด ตั้งแต่รุ่งสางจนตะวันลับขอบฟ้าในเดือนรอมฎอน (เดือนที่ 9 ตามปฏิทินทางจันทรคติของอิสลาม) ระยะเวลา 1 เดือน เป็นฝึกร่างกาย ให้รู้จักอดกลั้น ให้รู้จักสภาพอันแท้จริงของผู้ที่อัตคัดขัดสน ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจกัน เป็นการขัดเกลาจิตใจให้บริสุทธิ์มีคุณธรรม วันตรุษอีดิลฟิฎรี เป็นวันแรกของการออกจากเทศกาลถือศีลอด เป็นวันแห่งรางวัลและการตอบแทนสำหรับผู้ที่ผ่านการทดสอบประจำปีในเดือนรอมมาฎอน นอกจากนี้ชุมชนมุสลิมที่จะต้องจ่ายซากาตตามหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม จ่ายซากาตก่อนที่จะเริ่มพิธีละหมาด ซึ่งในชุมชนนาเกตุจ่ายซากาตผู้ที่มีสิทธิรับ และมีการบริจาคทานแก่บรรดาผู้ที่ยากไร้ ควบคู่ไปกับการละหมาดและ วันตรุษอีดิลอัฎฮา คือ วันที่ 10 ของ(เดือนที่ 12 ตามปฏิทินทางจันทรคติของอิสลาม) เทศกาลวันอีดิลอัฎฮาจึงมีทั้งหมด 5 วัน มีการเชือดสัตว์เพื่อทำพิธีกรุบาน แล้วนำเนื้อที่ได้มาแจกและจัดแก่ผู้ยากไร้ในชุมชน วันตรุษทั้ง 2 ช่วงเวลานี้ เป็นวันที่มุสลิมในชุมชนที่ออกไปจากชุมชนชั่วคราว เช่น ไปทำงาน หรือเรียนต่างพื้นที่ก็จะกลับมาร่วมกิจกรรมวันตรุษในชุมชน

สำหรับประเพณีวัฒนธรรมของชุมชนที่นับถือศาสนาพุทธ ชักพระ เป็นประเพณีทำบุญในวันออกพรรษา ตามความเชื่อเมื่อครั้งที่พระพุทธเจ้าเสด็จกลับสวรรค์มายังโลกมนุษย์ พุทธศาสนิกชนไปรับเสด็จ แล้วอัญเชิญพระพุทธเจ้าประทับบนบุษบกแล้วแห่ และแสดงถึงความสามัคคีในการทำบุญของคนในชุมชน โดยตกลงนัดหมายลากพระไปยังจุดศูนย์สมาชิกในชุมชนร่วมกันตกแต่งพาหนะที่จะใช้ในการชักพระ ซึ่งในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์มีประเพณีชักพระทุกปี ทำให้คนในชุมชนเกิดความสามัคคีที่จะเข้าจัดขบวนชักพระเพื่อเข้าร่วมประเพณีชักพระ ประเพณี การชิงเปรต เป็นประเพณีถือปฏิบัติกันมาถึงปัจจุบัน จัดขึ้นเพื่อทำบุญอุทิศแก่บรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว แม้จะไปทำมาหากินในท้องถิ่นอื่น เมื่อถึงเดือน ๑๐ ก็มักจะกลับมาร่วมพิธีกับญาติทางบ้าน นับเป็นการช่วยเสริมการผูกพันระหว่างครอบครัวและญาติพี่น้อง ทั้งยังเป็นการระลึกถึงคุณงามความดีของบรรพบุรุษของตนเอง

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

ตำบลนาเกตุมีกลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งมีบทบาทในการจัดการปัญหาสุขภาวะในชุมชน เนื่องจากสมาชิกของของกลุ่มสามารถเป็นผู้ประสานงานระหว่างประชาชน เครือข่ายต่าง ๆ ในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ชมรมผู้สูงอายุ เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนที่ร่วมกันจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ สมาชิกของกลุ่มผู้สูงอายุมีบทบาทในการร่วมกันเป็นแกนนำสร้างสุขภาพในชุมชน จากข้อมูลพบว่ากลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งในการสร้างสุขภาวะในชุมชน

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กองทุนชมรมสมุนไพร พบว่าเป็นการรวมเงินทุนของชมรมสมุนไพร พบว่าบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากเป็นการออมทรัพย์และจัดสวัสดิการภายในสมาชิกชมรมสมุนไพรเท่านั้น ไม่ได้ขยายสวัสดิการหรือช่วยในการกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน

2) กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ พบว่า เป็นการออมเงินภายในกลุ่มสมาชิกและจัดสวัสดิการ บทบาทต่อการสร้างสุขภาวะอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการจัดสวัสดิการในสมาชิกกลุ่มแล้ว ได้งบประมาณส่วนหนึ่งจากกองทุนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมสาธารณประโยชน์ เช่นช่วยเหลือผู้ยากไร้ เด็กกำพร้า ครอบคลุมกลุ่มอื่น ๆ ที่มิใช่สมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ

5. หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุ

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเกตุ

3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 แห่ง

4) โรงเรียนระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 แห่งและสังกัดสำนักงานการศึกษาเอกชน จำนวน 1 แห่ง

5) โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม จำนวน 1 แห่ง สถาบันปอเนาะสอนอัลกรุอาน จำนวน 1 แห่ง

6) ศูนย์เรียนรู้สมุนไพรไทยในชุมชนตำบลนาเกตุ

ตาราง 15 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนนาเกตุต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
ปัญหาสาธารณสุข (โรคเรื้อรัง,ไข้เลือดออก)	4	4	4	2	1	3
ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก	4	3	3	2	1	2.60
สถานการณ์ 3 จังวัดชายแดนภาคใต้	5	5	5	2	2	3.80
พฤติกรรมบริโภคไม่ถูกต้องส่งผลต่อสุขภาพ	3	3	4	1	3	2.80
เฉลี่ย	2.00	3.75	4.00	1.75	1.75	2.80

จากกระบวนการมีส่วนร่วมของสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะของพื้นที่ตำบลนาเกตุ พบว่า การรับรู้ในสถานการณ์ปัญหา การวางแผนและร่วมกิจกรรมแก้ไขปัญหาของชุมชนอยู่ในระดับดี เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุเป็นสื่อกลางในการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ และจากชุมชน นำมาจัดเวทีประชาคมร่วมกับการทำแผนแบบมีส่วนร่วม ส่วนการลงทุนและการประเมินผลอยู่ระดับน้อย เนื่องจากว่างบประมาณในการแก้ไขปัญหามาองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ไม่งบงบประมาณที่มาจากภาคประชาชน ส่วนการประเมินผล หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบในสถานการณ์ปัญหานั้น ๆ และเป็นตัวชี้วัดขององค์กรเท่านั้น ชุมชนยังไม่เข้าร่วมในการติดตามประเมินผล

กระบวนการจัดทำแผนของชุมชนตำบลนาเกตุ

1. การจัดทำแผนชุมชน เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานราชการและจากชุมชนในการจัดทำประชาคมมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล เพื่อหาปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยมีคณะทำงานการจัดทำแผนชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุเป็นผู้รับผิดชอบ

2. การจัดทำแผนสุขภาพ เป็นการจัดทำประชาคมในประเด็นสุขภาพในแต่ละหมู่บ้าน ใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพของแต่ละหมู่บ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง และอาสาสมัครสาธารณสุข มีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

3. การจัดทำแผนองค์การบริหารส่วนตำบล มีการจัดทำประชาคมโดยใช้ข้อมูลจากแผนชุมชน แผนสุขภาพของแต่ละหมู่บ้าน และแผนงานจากหน่วยงานราชการในตำบล รวมทั้งการใช้นโยบายสำคัญต่าง ๆ จากรัฐบาลมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนสามปีขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุ และมีการทบทวนปรับปรุงแผนทุกปี

รวบรวมปัญหาและความต้องการที่ได้จากการแผนชุมชน แผนสุขภาพตำบล แผนงานจากหน่วยงานราชการในตำบล เช่นโรงเรียน และแผนงานขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุ มาเป็นข้อมูลพื้นฐานรวบรวมจัดทำแผนระดับของตำบล โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุเป็นผู้รวบรวมแผน นำแผนระดับตำบล มอบให้หน่วยงาน เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน นำไปปฏิบัติใช้ในหน่วยงาน

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุ เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2549 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2553 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตาราง 16 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	285,960.00	296,040.00	311,840.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	268,100.00 (93.75)	309,520.00 (104.55)	350,000.00 (112.23)
- เงินสมทบจากชุมชน	7,150.00	24,300.00	15,400.00
- ดอกเบี้ย	994.64	896.66	1169.19
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	13,135.00	6,800.00	-
รวม	575,339.64	637,556.66	678,409.19

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ ปี พ.ศ. 2553 -2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 575,339.64, 637,556.66, 678,409.19 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุต่องบประมาณ ร้อยละ 93.75 ,104.55 , 112.23 มีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเทียบกับเกณฑ์กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้พบว่าได้รับสนับสนุนงบประมาณจากชุมชนและแหล่งอื่น ๆ แสดงถึงตำบลนาเกตุการให้ความสำคัญต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและสถานการณ์สุขภาวะของชุมชน

ตาราง 17 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	238,285.00	167,000.00	77,000.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	49,000.00	92,150.00	149,600.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	646,483.00	350,000.00	341,250.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	47,050.00	58,800.00	61,350.00
รวม	980,818.00	669,950.00	629,200.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2553 – 2555 พบว่างบประมาณรายจ่ายที่ใช้ครบ 4 ประเภทกิจกรรมและพบว่ารายจ่ายโดยรวม ปี พ.ศ. 2553 – 2555 980,818.00 , 669,950.00 , 629,200.00 บาท เนื่องจากเป็นการรายงานค่าใช้จ่ายที่ค้างจ่ายจากปีที่ผ่านมาร่วมกับการใช้จ่ายในงบประมาณของแต่ละปี

ตาราง 18 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลนาเกตุ ปี พ.ศ. 2553 - 2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- เงินสมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	20,000.00	20,000.00	20,000.00
- เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	67,000.00	73,500.0	12,000.00
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	10,000.00	-	-
รวม	97,000.00	93,500.00	32,000.00

จากตารางการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุ พบว่างบประมาณที่ร่วมกันสนับสนุนการกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลนาเกตุ มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปีละ 20,000 บาท องค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุ ปี พ.ศ. 2553 67,000 บาท ปี พ.ศ. 2554 73,500.00 บาท และปี พ.ศ. 2555 12,000 บาท นอกจากนี้พบว่าได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดเมื่อปี พ.ศ. 2553 จำนวน 10,000 บาท

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเกตุจำนวน 17 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ผู้แทนกลุ่มอื่น ๆ 2 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของชุมชน ส่วนคณะกรรมการที่มาจากตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนจากชุมชนร่วมกันกำหนดแนวทางกิจกรรมแก้ไขปัญหาและจัดบริการสุขภาพในชุมชน และติดตามประเมินผลโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลโดยที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่ประธานสมัชชาสุขภาพ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าทีในคณะทำงานภาควิชาการ ทำหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลและร่วมกันในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและนำเสนอนโยบายสาธารณะคณะกรรมการแก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลผู้แทนชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคณะทำงานภาคประชาชน ส่วนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นคณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ ทำหน้าที่ในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและมาตรการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลนาเกตุ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2553 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นประสานงานหลักทำหน้าที่จัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณ 10,000 บาท และมีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ ในระยะหลังถึงปัจจุบันไม่ได้รับการติดตามในพื้นที่ มีการเชิญประชุมให้ความรู้ในระดับจังหวัดมากกว่าพื้นที่ ทำให้การพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลนาเกตุเป็นบทบาทของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลนาเกตุเป็นหลักโดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุร่วมกันสนับสนุนทั้งในเรื่องการจัดการและงบประมาณอย่างเต็ม ไม่มีหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น โรงพยาบาลและสำนักงานงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ สถาบันการศึกษาอื่นร่วมกันสนับสนุน สิ่งที่ต้องการเพิ่มให้มีการติดตามในพื้นที่และสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลนาเกตุพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลนาเกตุ ทั้งหมด 24 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่คณะทำงานภาควิชาการ ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน โต๊ะอีหม่าม ทำหน้าที่คณะทำงานภาคประชาชน หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูโรงเรียนประถมศึกษาและเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุ ทำหน้าที่คณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลนาเกตุ นอกจากนี้ สมัชชาสุขภาพตำบลนาเกตุ ได้มอบหมายปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่นักยุทธศาสตร์ อาสาสมัครสาธารณสุขนักสื่อสาร รองประธานสภาทำหน้าที่นักประสานและนักจัดการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและครูในโรงเรียนประถมศึกษา ทำหน้าที่นักวิชาการ สำหรับการกระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ใช้กระบวนการพัฒนาตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก เชิญตัวแทนจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน นักวิชาการสาธารณสุขหรือตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลนาเกตุสามารถอธิบายความหมายและการนำไปใช้เรื่องระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพได้ถูกต้อง

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1. หารือแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล องค์ประกอบคณะทำงานเป็นพหุภาคี ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคการเมือง โดยมีคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล ทำหน้าที่เป็นตัวประสานกลุ่มคน เครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ในตำบล สื่อสารผ่านคณะกรรมการที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนชุมชน ส่วนการหน่วยงานราชการเช่นโรงเรียน หน่วยงานทหาร เป็นต้นจะใช้วิธีการหนังสือราชการขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเกตุเพื่อเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพฝ่ายวิชาการ ที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลใช้ข้อมูลจากสถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลสถิติเหตุการณ์สถานการณ์ความไม่สงบของหน่วยงานทหารในพื้นที่ ข้อมูลจากโรงเรียน ส่วนทุนทางสังคมใช้ทุนคนเป็นทุนหลักเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. คณะทำงานสมัชชาร่วมกันการกำหนดจุดหมายร่วมและภาพพึงประสงค์ของชุมชน

5. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลจัดทำประชาคมเพื่อพิจารณาเลือกประเด็นอนามัยแม่และเด็ก เป็นประเด็นสมัชชา เป็นประเด็นชุมชนจาก 10 ประเด็นร่วมทั้งหมดของชุมชน

6. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจากฝ่ายวิชาการ รวบรวมข้อมูลทางวิชาการในประเด็นสมัชชา เชิญตัวแทนชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในประเด็น ร่วมกันจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เลือกประเด็นอนามัยแม่และเด็กเป็นประเด็นแรกใน ร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

7 จัดเวทีย่อย เชิญผู้เกี่ยวข้องในประเด็นสมัชชา พิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชนและร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย หาฉันทามติ สรุปเป็นแผนสุขภาวะชุมชน และเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและประกาศนโยบาย ผลักดันไปสู่การปฏิบัติ

8. ใช้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพติดตามและประเมินผล ผลักดันให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ถูกนำไปปฏิบัติ

9. ขับเคลื่อนมติหรือข้อตกลงจากสมัชชาให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน และส่งต่อประเด็นให้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีเพื่อขับเคลื่อนระดับจังหวัดต่อไป

จุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลนาเกตุ

1. การจัดทีมงานของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลนาเกตุ มีผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชนและผู้นำศาสนาที่ร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ มีจิตอาสา ตั้งใจที่จะพัฒนาตำบลของตนเองให้ดีขึ้น มอบหมายหน้าที่ให้คณะ นักจัดการ นักยุทธศาสตร์ นักสื่อสาร นักประสานงานวิชาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล

2. มีการจัดทำแผนสุขภาวะและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมปัญหาสุขภาวะทั้งหมดแล้วเลือกประเด็นสุขภาวะที่ต้องการมาเข้ากระบวนการสมัชชาสุขภาพ

3. การจัดประชุมย่อยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงมาร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะและแผนงานกิจกรรมโดยไม่จัดเวทีสมัชชาสุขภาพในพื้นที่เนื่องจากไม่เข้าใจในการจัดเอกสารร่างข้อเสนอตามรูปแบบสมัชชาสุขภาพ

4. มีการติดตามประเมินผลผ่านการประชุมประจำเดือน จากกิจกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในตำบลนาเกตุ และเป็นคณะทำงานสมัชชาเดิมตั้งแต่เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ และเป็นคณะทำงานสมัชชาเดิมตั้งแต่เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทำให้ไม่เกิดปัญหาการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงคณะทำงานและจากการโยกย้ายข้าราชการ

2. การกระตุ้นติดตามจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ มีการติดตามภายในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลและจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีอย่างต่อเนื่อง ทำ

ให้สมัชชาสุขภาพตำบลนาเกตุ สามารถขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพและการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ประเด็นอนามัยแม่และเด็กได้รับรางวัลระดับประเทศเมื่อ ปี พ.ศ. 2554

3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพได้รับโอกาสในการเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพในระดับจังหวัดและเวทีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนกับพื้นที่อื่น ๆ แล้วนำมาปรับใช้ในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะ

1.คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทบทวนความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ

4. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบี

บริบทชุมชนตำบลยาบี

ตำบลยาบี ที่มาของประวัติตำบลยาบี 2 เรื่องราว จากการบอกเล่าของคนเฒ่าคนแก่ในพื้นที่ คำว่ายาบี เพี้ยนมาจากคำว่า “ยามิง “ ซึ่งกำนันคนแรกของตำบลยาบีชื่อ กำนันยามิง เป็นบรรพบุรุษคนแรกของตระกูล เจะปอ เป็นกำนันที่ชอบช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อน เมื่อคุณงามความดีถูกเล่าลือจากการบอกเล่าต่อๆกัน ของผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือจากกำนันยามิง ทำให้ผู้ที่เดือดร้อนซึ่งมาจากที่ต่าง ๆ กันต้องการไปบ้านยามิง แต่พูดเพี้ยนกันว่า “บ้านยาบี” อีกเรื่องราว คำว่า "ยามี" แปลงมาเป็น "ยาบี" เนื่องจากสภาพเดิมในหมู่บ้านของตำบลนี้ มีพันธุ์ไม้ และยาสมุนไพรที่สามารถนำมาทำเป็นยารักษาโรคได้ และมีจำนวนมาก ซึ่งต่อมาคำว่า "ยามี" จึงได้เปลี่ยนมาเป็น "ยาบี" ตามภาษาของคนในท้องถิ่น ซึ่งเป็นคนมุสลิม พูดคำว่า "ยามี" เป็น "ยาบี" และเรียกมาจนถึงปัจจุบัน

ลักษณะสภาพพื้นที่เป็นมีสภาพเป็นพื้นที่ลุ่ม มีแม่น้ำไหลผ่าน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสวนยางและนาข้าว มีพื้นที่ 24.19 ตารางกิโลเมตร อยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัดปัตตานี ระยะทางห่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 33 กิโลเมตร ห่างจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก 25 กิโลเมตร ทิศเหนือ ติดต่อกับตำบลลิปะสะโง ทิศใต้ ติดต่อกับ ตำบลคลองใหม่ อำเภอยะรัง ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ตำบลยะรัง อำเภอยะรัง ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ตำบลลิปะสะโง ตำบลคอลอตันหยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี หมู่บ้านทั้งหมด 6 หมู่บ้าน 880 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 3,678 คน ประชากรจากการสำรวจ 4,022 คน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 88.12 ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านยาบีใต้ หมู่ที่ 2 บ้านคลองช้าง หมู่ที่ 3 บ้านยาบีเหนือ หมู่ที่ 4 บ้านใหม่ หมู่ที่ 5 บ้านโคกวัด หมู่ที่ 6 บ้านหนองปู วิถีชีวิตชุมชนพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน คือมีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับศาสนาที่ตัวเองนับถือ แตกต่างกันในส่วนของแนวปฏิบัติของแต่ละศาสนา ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลยาบี ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ ทำการเกษตรกรรม (ทำสวน ทำนา) รับจ้างค้าขาย และทำงานในประเทศมาเลเซีย การดำเนินชีวิตโดยทั่วไปที่ยังสภาพความเป็นเครือญาติ มีการไปมาหาสู่ระหว่างคนในชุมชน ทำให้เกิด

การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการรวมกลุ่มเพื่อเหลือกันในกิจกรรมต่าง ๆ เช่นงานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานเลี้ยงในโอกาสต่าง ๆ

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน เป็นบุคคลที่ชุมชนให้การยอมรับและเคารพเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากบรรพบุรุษเป็นผู้นำชุมชนทั้งกำนันและผู้ใหญ่บ้านที่ชุมชนให้การยอมรับมาโดยตลอด กำนันและทีมผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้นำที่มีความเสียสละตั้งใจทำงานให้เกิดผลที่ประจักษ์ต่อชุมชน จนได้ ปี พ.ศ. 2556 กำนันและผู้ใหญ่บ้าน ม. 5 ได้รับรางวัลดีเด่น ประจำอำเภอหนองจิก

2). โต๊ะอีหม่าม หมู่ที่ 1 เป็นที่เคารพศรัทธาของชุมชน มีความเสียสละ ให้ความร่วมมือหน่วยงานราชการและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและเป็นที่ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ของชุมชน

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

ด้วยวิถีของพื้นที่มีศาสนาของคนในชุมชนนับถือทั้งศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามทำให้ ประเพณีวัฒนธรรมของชุมชนมุสลิม เช่น ประเพณี อาชูรออ์ เป็นการทำขนมร่วมกันกับเพื่อนบ้าน หลักการทำก็คือนำวัตถุดิบที่มีอยู่ในแต่ละบ้านแล้วมาช่วยกันกวนเป็นเนื้อเดียวกัน มีการปรุงรสตามต้องการ จนกระทั่งว่า ได้ที่แล้วจึงตักใส่ถาดรอให้ขนมเย็นเอาไปแบ่งกันกับเพื่อนบ้านและไปจัดเลี้ยง ประเพณีเมาลิด เป็นการรำลึกถึงศาสนา ชีวประวัติของท่านนบี มีการจัดเลี้ยงตามบ้านที่ต้องการทำเมาลิด มีการอ่านชีวประวัติศาสดาโดยผู้นำศาสนา การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอน เป็นการอดอาหารเครื่องดื่ม มีเพศสัมพันธ์ อดกลั้นทำความชั่วทุกชนิด ตั้งแต่รุ่งสางจนตะวันลับขอบฟ้าในเดือนรอมฎอน (เดือนที่ 9 ตามปฏิทินทางจันทรคติของอิสลาม) ระยะเวลา 1 เดือน เป็นฝึกร่างกาย ให้รู้จักอดกลั้น ให้รู้จักสภาพอันแท้จริงของผู้ที่อัตคัดขัดสน ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจกัน เป็นการขัดเกลาจิตใจให้บริสุทธิ์มีคุณธรรม วันตรุษอีดิลฟิฎรี เป็นวันแรกของการออกจากเทศกาลถือศีลอด เป็นวันแห่งรางวัลและการตอบแทนสำหรับผู้ที่ผ่านการทดสอบประจำปีในเดือนรอมมาฎอน นอกจากนี้ชุมชนมุสลิมที่จะต้องจ่ายซากาตตามหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม จ่ายซากาตก่อนที่จะเริ่มพิธีละหมาด ซึ่งในชุมชนยาบีจ่ายซากาตผู้ที่มีสิทธิรับ และมีการบริจาคทานแก่บรรดาผู้ที่ยากไร้ ควบคู่ไปกับการละหมาดและ วันตรุษอีดิลอัฎฮา คือ วันที่ 10 ของ(เดือนที่ 12 ตามปฏิทินทางจันทรคติของอิสลาม) เทศกาลวันอีดิลอัฎฮาจึงมีทั้งหมด 5 วัน มีการเชือดสัตว์เพื่อทำพิธีกรุบาน แล้วนำเนื้อที่ได้มาแจกและจัดแก่ผู้ยากไร้ในชุมชน วันตรุษทั้ง 2 ช่วงเวลานี้ เป็นวันที่มุสลิมในชุมชนที่ออกไปจากชุมชนชั่วคราว เช่น ไปทำงาน หรืออเรียนต่างพื้นที่ก็จะกลับมาร่วมกิจกรรมวันตรุษในชุมชน

สำหรับประเพณีวัฒนธรรมของชุมชนที่นับถือศาสนาพุทธ ชักพระ เป็นประเพณีทำบุญในวันออกพรรษา สดงถึงความสามัคคีในการทำบุญของคนในชุมชน โดยตกลงนัดหมายลากพระไปยังจุดศูนย์สมาชิกในชุมชนร่วมกันตกแต่งพาหนะที่จะใช้ในการชักพระ ทำให้คนในชุมชนเกิดความสามัคคีที่จะเข้าจัดขบวนชักพระเพื่อเข้าร่วมประเพณีชักพระ ประเพณี การชิงเปรต เป็นประเพณีถือปฏิบัติกันมาถึงปัจจุบัน จัดขึ้นเพื่อทำบุญอุทิศแก่บรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว แม้จะไปทำมา

หากินในท้องถิ่นอื่น เมื่อถึงเดือน ๑๐ ก็มักจะกลับมาร่วมพิธีกับญาติทางบ้าน นับเป็นการช่วยเสริมการผูกพันระหว่างครอบครัวและญาติพี่น้อง ทั้งยังเป็นการระลึกถึงคุณงามความดีของบรรพบุรุษของตนเอง นอกจากนี้ยังมีรำมโนราห์ เป็นการศิลปวัฒนธรรมที่มีการถ่ายทอดโดยปราชญ์ชาวบ้านทีมีความสามารถและถ่ายทอดให้เยาวชนและกลุ่มคนที่สนใจในชุมชนจนถึงปัจจุบัน

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

ตำบลยาบีมีกลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งมีบทบาทในการจัดการปัญหาสุขภาวะในชุมชน 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ชมรมผู้สูงอายุ เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนที่ร่วมกันจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ สมาชิกของกลุ่มผู้สูงอายุมีบทบาทในการร่วมกันเป็นแกนนำสร้างสุขภาพในชุมชน จากข้อมูลพบว่ากลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งในการสร้างสุขภาวะในชุมชน

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นกองทุนที่รวบรวมรวมเงินโดยจะมีการจัดเก็บครอบครัวละ 20 บาทต่อผู้เสียชีวิต 1 ราย เพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่สมาชิกที่เสียชีวิต และพบว่าบทบาทสต่อการสร้างสุขภาวะอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากเป็นการออมทรัพย์และจัดสวัสดิการภายในสมาชิกชมรมสมุนไพรเท่านั้น ไม่ได้ขยายสวัสดิการหรือช่วยในการกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน

2) กองทุนสัจจะวันละ 1 บาท เป็นการออมเงินวันละ 1 บาทและวนำเงินไปรวบรวมเป็นกองทุน เพื่อสมาชิกได้กู้ยืมเพื่อใช้ในในการประกอบอาชีพและมีจัดสวัสดิการอื่น ๆ เพิ่มเติมเช่น ชดเชยให้สมาชิกองทุนกรณีที่คลอดบุตร หรือนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการจัดสวัสดิการในสมาชิกกลุ่มแล้ว ได้งบประมาณส่วนหนึ่งจากกองทุนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมสาธารณประโยชน์ เช่นช่วยเหลือผู้ยากไร้ เด็กกำพร้า ครอบคลุมกลุ่มอื่น ๆ ที่มิใช่สมาชิก

5. หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลยาบี

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลยาบี

3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 แห่ง

4) โรงเรียนระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 2 แห่ง และระดับมัธยมศึกษา จำนวน 1 แห่ง

5) ศูนย์เรียนรู้และพื้นฟูศักยภาพผู้พิการตำบลยาบี

ตาราง 19 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนยาบีต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
น้ำท่วม	5	5	5	2	4	4.20
ยาเสพติด	3	2	1	1	2	1.80
โรคเรื้อรัง	5	4	4	1	4	3.60
การดูแลสูงอายุ พิการ	5	4	4	1	3	3.40
ขยะในชุมชน	4	4	4	1	4	3.40
เฉลี่ย	4.40	3.80	3.60	1.20	3.40	3.28

จากกระบวนการมีส่วนร่วมของสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะของพื้นที่ตำบลยาบี โดยรวมพบว่า การรับรู้ในสถานการณ์ปัญหาอยู่ในระดับมาก การวางแผน ร่วมกิจกรรม และการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลตำบลยาบีเป็นสื่อกลางในการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ และจากชุมชน นำมาจัดเวทีประชาคมร่วมกับการทำแผนแบบมีส่วนร่วม และใช้เวทีประชุมในการติดตามประเมินผล

ส่วนการร่วมลงทุน เนื่องจากว่างบประมาณในการแก้ไขปัญหามาองค์การบริหารส่วนตำบลยาบีและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเป็นหลักเท่านั้น ไม่งบงบประมาณที่มาจากภาคประชาชน

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลยาบี

1. การจัดทำแผนตำบลยาบี การจัดทำแผนในระดับหมู่บ้าน มีดังนี้

1) การจัดทำแผนชุมชน เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานราชการและจากชุมชนในการจัดทำประชาคม มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล เพื่อหาปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยมีคณะทำงานการจัดทำแผนชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลยาบีเป็นผู้รับผิดชอบ

2) การจัดทำแผนสุขภาพ เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน ใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพของแต่ละหมู่บ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข มีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

3) การจัดทำแผนองค์การบริหารส่วนตำบล มีการจัดทำประชาคมโดยใช้ข้อมูลจากแผนชุมชน แผนสุขภาพของแต่ละหมู่บ้าน และแผนงานจากหน่วยงานราชการในตำบล รวมทั้งการใช้นโยบายสำคัญต่าง ๆ จากรัฐบาลมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนสามปีขององค์การบริหารส่วนตำบลยาบี และมีการทบทวนปรับปรุงแผนทุกปี

2. รวบรวมปัญหาและความต้องการที่ได้จากการแผนชุมชน แผนสุขภาพตำบล แผนงานจากหน่วยงานราชการในตำบล

3. นำแผนของตำบลมาใช้องค์การบริหารส่วนตำบล มอบให้หน่วยงาน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน นำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบี

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบี สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลยาบี เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2553 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2553 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตาราง 20 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบี ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	146,360.00	154,360.00	151,360.00
- เงินอุดหนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	45,000.00 (30.75)	55,000.00 (35.63)	290,000.00 (191.60)
- เงินสมทบจากชุมชน	0.00	0.00	0.00
- ดอกเบี้ย	540.82	829.67	1,913.30
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	100.00	-	-
รวม	192,000.82	210,189.67	443,273.30

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบี ปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 192,000.82, 210,189.67, 443,273.30 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลยาบีต่องบประมาณร้อยละ 30.75 ,35 63, 92.49 มีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเทียบกับเกณฑ์กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้พบว่าไม่ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากชุมชนและแหล่งอื่น ๆ แสดงถึงตำบลยาบีการให้ความสำคัญต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและสถานการณ์สุขภาวะของชุมชน

ตาราง 21 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบี ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	-	52,600.00	128,526.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	-	-	92,000.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	113,500.00	80,200.00	117,000.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	6,000.00	6,000.00	15,600.00
รวม	119,500.00	138,800.00	353,126.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2553 – 2555 พบว่า ปี พ.ศ. 2553 – 2555 มีการใช้งบประมาณไม่คอบคลุมทั้ง 4 ประเภทกิจกรรม ส่วนปี พ.ศ. 2555 ใช้งบประมาณครบทั้ง 4 ประเภทกิจกรรม โดยงบประมาณ โดยรวม 119,500.00 , 138,800.00 , 353,126.00 บาท มีการใช้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นนค่าใช้จ่ายที่ค้างจ่ายจากปีที่ผ่านมาร่วมกับการใช้จ่ายในงบประมาณของแต่ละปี

ตาราง 22 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลยาบี ปี พ.ศ. 2553 - 2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- เงินสมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	-	-	-
- เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	-	-
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	10,000.00	-	-

จากตารางการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบี พบว่างบประมาณที่ร่วมกันสนับสนุนการกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลยาบี ได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดเมื่อปี พ.ศ. 2553 จำนวน 10,000.00 บาท

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยาบีจำนวน 17 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ผู้แทนกลุ่มอื่น ๆ 2 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของชุมชน ส่วนคณะกรรมการที่มาจากตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนจากชุมชนร่วมกันกำหนดแนวทางกิจกรรมแก้ไขปัญหาและจัดบริการสุขภาพในชุมชน และติดตามประเมินผลโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลโดยที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่ประธานสมัชชาสุขภาพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าทีในคณะทำงานภาควิชาการ ทำหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลและร่วมกันในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและนำเสนอนโยบายสาธารณะคณะกรรมการแก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลผู้แทนชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคณะทำงานภาคประชาชน ส่วนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วน

ตำบลและตัวแทนผู้นำชุมชนเป็นคณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ ทำหน้าที่ในการกำหนดเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาและมาตรการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลยาบี พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2553 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นประสานงานหลักทำหน้าที่จัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณ 10,000 บาท และมีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ ในระยะหลังถึงปัจจุบันไม่ได้รับการติดตามในพื้นที่ มีการเชิญประชุมให้ความรู้ในระดับจังหวัดมากกว่าพื้นที่ ทำให้การพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลยาบีเป็นบทบาทของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลยาบีเป็นหลักโดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลยาบีร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบีสนับสนุนทั้งในเรื่องการจัดการและงบประมาณอย่างเต็ม ไม่มีหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น โรงพยาบาลและสำนักงานงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก สถาบันการศึกษาอื่นร่วมกันสนับสนุน สิ่งที่ต้องการเพิ่มให้มีการติดตามในพื้นที่และสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลยาบีพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลยาบี ทั้งหมด 30 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่คณะทำงานภาควิชาการ ปราชญ์ชาวบ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน โต๊ะอีหม่าม ทำหน้าที่คณะทำงานภาคประชาชน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมขน ครูโรงเรียนประถมศึกษาและเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลยาบี ทำหน้าที่คณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลยาบี นอกจากนี้ สมัชชาสุขภาพตำบลยาบี ได้มอบหมายนักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี ทำหน้าที่นักยุทธศาสตร์และนักวิชาการ อาสาสมัครสาธารณสุขนักสื่อสาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่นักประสาน กำนันทำหน้าที่นักจัดการ สำหรับคณะคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลยาบี เป็นคณะทำงานเดิมตั้งแต่ที่เริ่มแต่งตั้งจนถึงปัจจุบันไม่มีการเปลี่ยนแปลงคณะทำงาน สำหรับการกระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ใช้กระบวนการพัฒนาตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก เชิญตัวแทนจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน นักวิชาการสาธารณสุขหรือตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า คณะทำงานสมัชชา

สุขภาพตำบลยาบีสามารถอธิบายความหมายและการนำไปใช้เรื่องระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพได้ถูกต้อง

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพทำหน้าที่การประสานงานกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ สื่อสารผ่านคณะกรรมการที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนชุมชน ส่วนการหน่วยงานราชการเช่น โรงเรียน เป็นต้นจะใช้วิธีการหนังสือราชการขององค์การบริหารส่วนตำบลยาบี

3. คณะทำงานใช้ข้อมูลจากสถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลสถิติเหตุการณ์สถานการณ์ความไม่สงบของหน่วยงานทหารในพื้นที่ ข้อมูลจากโรงเรียน และองค์การบริการส่วนตำบล ส่วนทุนทางสังคมใช้ทุนบุคคลเป็นหลักเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. คณะทำงานสมัชชาร่วมกันการกำหนดจุดหมายร่วมและภาพพึงประสงค์ของชุมชน

5.จัดเวทีประชาคมของชุมชนที่ร่วมกันร่วมกันนำเสนอข้อมูล วิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเฉพาะเลือกประเด็นผู้สูงอายุ เป็นประเด็นการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ

6. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพฝ่ายวิชาการจัดประชุมกลุ่มย่อย เพื่อร่วมจัดทำแผนสุขภาวะ โดยมีผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนจากโรงเรียนในชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้นำการจัดทำแผนสุขภาวะ และร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ กิจกรรมและผู้รับผิดชอบที่ ไม่ได้จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เนื่องจากไม่มีทักษะในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

7. จัดกระบวนการทำกลุ่มสนทนา เชิญผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมการจัดทำแผนสุขภาวะของผู้สูงอายุ ให้พิจารณาให้ความเห็นแผนสุขภาวะผู้สูงอายุเพิ่มเติม และร่วมปรกาศใช้นโยบายสาธารณะผู้สูงอายุ

8. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลทุกคนร่วมกันทำหน้าที่ติดตามและประเมินผล ไม่มีการแต่งตั้งคณะทำงานติดตามประเมินผลอย่างชัดเจน แต่ประเมินผลผ่านการประชุมประจำเดือนจากกิจกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผลักดันให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ถูกนำไปปฏิบัติ

9. การขับเคลื่อนมติหรือข้อตกลงจากสมัชชาให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน และส่งต่อประเด็นให้คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานีเพื่อขับเคลื่อนระดับจังหวัดต่อไป

จุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลยาบี

1. การจัดทีมงานของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลยาบี คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ เป็นคณะทำงานเดิม โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง มีผู้นำชุมชน เช่นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และนายก

องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันขับทุนทางสังคมใช้ทุนบุคคล และหน่วยงานราชการมาร่วมใช้ในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ

2. การจัดกระบวนการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงมาร่วมกันกำหนดนแผนงานงาน กิจกรรม ผู้รับผดชอบและโยบายสาธารณะโดยไม่ได้จัดสมัชชาสุขภาพในพื้นที่เนื่องจากผู้มีส่วนได้เสียร่วมกันรับรู้และยอมรับในแผนงานสุขภวะและนโยบายสาธารณะที่ได้ร่วมกันจัดทำขึ้น

3. มีการติดตามประเมินผลผ่านการประชุมประจำเดือน จากกิจกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 2. ไม่ทำแผนสุขภาวะและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมปัญหาสุขภาวะทั้งหมดแล้วเลือกประเด็นสุขภาวะที่ต้องการมาเข้ากระบวนการสมัชชาสุขภาพ

4. ไม่ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เนื่องจากชุมชนไม่มีความทักษะในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเต็มรูปแบบได้ความสำเร็จ

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดควรสนับสนุนงบประมาณและจัดให้มีการติดตามคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

5. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอย

บริบทตำบลปล่องหอย

ตำบลปล่องหอย “ปล่องหอย” เป็นที่เพี้ยนมาจากคำว่า “ปลองอ” ภาษายาวี ซึ่งเป็นเรียกชื่อตามผู้ที่บุกเบิกหมู่บ้านตามคำเรียกของ คนไทยพุทธคนนี้ซึ่งมีชื่อว่า นายเหนี่ยว ได้เรียกเป็นภาษาไทยว่า ปล่องหอย และได้เป็นชื่อของตำบลเป็นต้นมา ลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบ มีแม่น้ำสายบุรีไหลผ่าน สลับกับเนินเขาสูง ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ทิศใต้ ติดกับ ตำบลกะรุบี อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี ทิศตะวันออก ติดกับ ตำบลกะดุนง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลปากู อำเภอทุ่งยางแดง และอำเภอรามัน จังหวัดยะลา มีเนื้อที่ โดยมีเนื้อที่ประมาณ 42 ตารางกิโลเมตร ระยะห่างจากอำเภอกะพ้อ 6 กิโลเมตร ห่างจากตัวจังหวัดปัตตานี ประมาณ 58 กิโลเมตร หมู่บ้านทั้งหมดมี 10 หมู่บ้าน 1,310 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 6,789 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 7,512 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 100 ประกอบด้วยหมู่ที่ 01 บ้านมะกอ หมู่ที่ 02 บ้านมาแนดาแล หมู่ที่ 03 บ้านบาโงสาเมาะ หมู่ที่ 04 บ้านมอแซง หมู่ที่ 05 บ้านคอกวัว หมู่ที่ 06 บ้านโลทู หมู่ที่ 07 บ้านมือลอ หมู่ที่ 08 บ้านมะแนลาแล หมู่ที่ 09 บ้านวังพลา หมู่ที่ 10 บ้านตะโล๊ะบาโร๊ะ ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลปล่องหอย ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ กรีดยาง อาชีพเสริม ค้าขาย รับจ้าง อุตสาหกรรมในครัวเรือน

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 6 เป็นผู้ใหญ่บ้านที่มีความเสียสละสามารถเป็นผู้ประสานงานกับแกนนำชุมชนหมู่บ้าน ให้ความร่วมมือในกิจกรรมของชุมชนเป็นอย่างดี

2) อีหม่าม หมู่ที่ 8 ที่มีความสามารถ เป็นอีหม่าม มากกว่า 10 ปี และเป็นครูผู้สอนศาสนาในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามมากกว่า 20 ปี มีความเชี่ยวชาญภาษามลายูกลางและภาษาอาหรับ

3) ปราชญ์ชาวบ้านด้านการทำยาสมุนไพร เป็นผู้ที่มีความรู้ถ่ายทอดการทำยาสมุนไพรให้แก่เยาวชนและผู้สนใจทั่วไป เป็นบุคคลที่ชุมชนให้ยอมรับในชุมชน

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

ประเพณีวัฒนธรรมของชุมชนมุสลิม เช่น ประเพณี อาชูรออ์ เป็นการทำขนมร่วมกันกับเพื่อนบ้าน หลักการทำก็คือนำวัตถุดิบที่มีอยู่ในแต่ละบ้านแล้วมาช่วยกันกวนเป็นเนื้อเดียวกัน มีการปรุงรสตามต้องการ จนกระทั่งว่า ได้ที่แล้วจึงตักใส่ถาดรอให้ขนมเย็นเอาไปแบ่งกันกับเพื่อนบ้านและไปจัดเลี้ยง ประเพณีเมาลิด เป็นการรำลึกถึงศาสนา ชีวประวัติของท่านนบี มีการจัดเลี้ยงตามบ้านที่ต้องการทำเมาลิด มีการอ่านชีวประวัติศาสดาโดยผู้นำศาสนา การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอน เป็นการอดอาหารเครื่องดื่ม มีเพศสัมพันธ์ อดกลั้นทำความชั่วทุกชนิด ตั้งแต่รุ่งสางจนตะวันลับขอบฟ้าในเดือนรอมฎอน (เดือนที่ 9 ตามปฏิทินทางจันทรคติของอิสลาม) ระยะเวลา 1 เดือน เป็นฝึกร่างกาย ให้รู้จักอดกลั้น ให้รู้จักสภาพอันแท้จริงของผู้ที่อัตคัดขัดสน ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจกัน เป็นการขัดเกลาจิตใจให้บริสุทธิ์มีคุณธรรม วันตรุษอีดิลฟิฏรี เป็นวันแรกของการออกจากเทศกาลถือศีลอด เป็นวันแห่งรางวัลและการตอบแทนสำหรับผู้ที่ผ่านการทดสอบประจำปีในเดือนรอมมาฎอน นอกจากนี้ชุมชนมุสลิมที่จะต้องจ่ายซากาตตามหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม จ่าย ซากาตก่อนที่จะเริ่มพิธีละหมาด จ่ายซากาตผู้ที่มีสิทธิรับ และมีการบริจาคทานแก่บรรดาผู้ที่ยากไร้ ควบคู่ไปกับการละหมาดและ วันตรุษอีดิลอัฎฮา คือ วันที่ 10 ของ(เดือนที่ 12 ตามปฏิทินทางจันทรคติของอิสลาม) เทศกาลวันอีดิลอัฎฮาจึงมีทั้งหมด 5 วัน มีการเชือดสัตว์เพื่อทำพิธีกรุบาน แล้วนำเนื้อที่ได้มาแจกและจัดแก่ผู้ยากไร้ในชุมชน วันตรุษทั้ง 2 ช่วงเวลานี้ เป็นวันที่มุสลิมในชุมชนที่ออกไปจากชุมชน

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

กลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งมีบทบาทในการจัดการปัญหาสุขภาวะในชุมชน ดังนี้

1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ 4 ดีเด่นระดับเขต ปี พ.ศ. 2554 2555

2) ชมรมตาดีกา เป็นการรวมกลุ่มโรงเรียนตาดีกาหรือศูนย์การศึกษาอิสลามประจำมัสยิดของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาจริยธรรมในเด็กเล็ก ครูผู้สอนมาจากคนในชุมชนเป็นหลัก

3) เครือข่ายเยาวชน เป็นกลุ่มที่ทำกิจกรรมช่วยเหลือเพื่อนๆเยาวชนและกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน และได้รับรางวัลเยาวชนดีเด่นในระดับอำเภอ

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) สหกรณ์ออมทรัพย์ชุมชน เป็นการออมเงินภายในแต่ละหมู่บ้าน แล้วมาร่วมกันจัดสวัสดิการต่าง ๆ ให้สมาชิกของกลุ่ม ไม่ได้ขยายสวัสดิการหรือช่วยในการกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน

2) กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เช่นกลุ่ม กลุ่มปลูกและจำหน่ายข้าว กลุ่มอาชีพผลิตหมวกจากผลิตภัณฑ์จากขยะ กลุ่มสานกระจูดและ กลุ่มผลิตไม้กวาด เป็นต้น เป็นกลุ่มที่สามารถสร้างรายได้ให้กลุ่มสมาชิกและชุมชน

3) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลปล่องหอย

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปล่องหอย 2 แห่ง

3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 แห่ง

4) โรงเรียนระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 โรง

ตารางที่ 15 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนปล่องหอยต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
ยาเสพติด	5	1	3	1	3	2.60
ทักษะชีวิตของเยาวชน	4	3	5	1	4	3.40
นักเรียนออกกลางคัน	2	1	1	1	1	1.40
ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น	4	4	5	1	4	3.60
โรคเรื้อรัง	5	5	4	1	4	3.80
เฉลี่ย	4.00	2.80	3.60	1.00	3.20	2.92

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ พบว่า ชุมชนตำบลปล่องหอยร่วมกันรับรู้สถานการณ์ของปัญหาเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและร่วมติดตามประเมินผลกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ส่วนการวางแผนงานและลงทุน อยู่ในระดับน้อย

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลปล่องหอย

1. การจัดทำแผนตำบลปล่องหอย การจัดทำแผนในระดับหมู่บ้านและตำบลปล่องหอย การจัดทำแผนชุมชน แผนสุขภาพตำบล และแผนองค์การบริหารส่วนตำบลปล่องหอย ใช้การทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้านครั้งเดียวทำพร้อมกันทั้ง 3 แผน โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานราชการ สถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและจากชุมชนใน

การจัดทำประชาคมมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล เพื่อหาปัญหาและความต้องการของชุมชน

2. รวบรวมปัญหาและความต้องการที่ได้จากการประชาคม มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและมอบหมายให้ พัฒนากรและปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบตำบลจัดทำแผนชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลปล่องหอยรับผิดชอบจัดทำแผนองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนโรงพยาบาลรับผิดชอบแผนสุขภาพตำบล

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอย

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอย สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลปล่องหอย เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2554 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตาราง 23 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอย ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	-	266,480.00	271,640.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	-	54,000.00 (20.26)	80,292.00 (29.55)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- ดอกเบี้ย	-	860.26	2,142.35
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	100.00	0.00
รวม	-	321,440.26	354,074.35

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอย ปี พ.ศ. 2554 -2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 321,440.26, 354,074.35, บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลปล่องหอยต่องบประมาณ ร้อยละ 20.26 ,29.55 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 24 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอย ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	-	-	-
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	-	90,000.00	-
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	-	50,000.00	365,900.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	-	-	-
รวม	-	140,000.00	365,900.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2554 – 2555 พบว่างบประมาณรายจ่ายที่ใช้ 1 ประเภทกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น รายจ่ายโดยรวม ปี พ.ศ. 2554 – 2555 140,000.00, 365,900.00 บาท

ตาราง 25 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอย ปี พ.ศ. 2553 - 2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- เงินสมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	-	-	-
- เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	-	-
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	-	10,000.00
รวม	-	-	10,000.00

จากตารางการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอย พบว่างบประมาณที่ร่วมกันสนับสนุนการกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลปล่องหอย มาจากเงินสมทบอื่น ๆ ได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดเมื่อปี พ.ศ. 2555 เป็นเงิน 10,000.00 บาท

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปล่องหอยจำนวน 17 คน ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้ข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของชุมชน ส่วนและตัวแทนจากชุมชน

ร่วมกันกำหนดแนวทางกิจกรรมแก้ไขปัญหาและจัดบริการสุขภาพในชุมชน และติดตามประเมินผลโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลเฉพาะนายกองค์การบริหารส่วนตำบลและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้นที่มาจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ส่วนคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพ มีการแต่งตั้งเพิ่มเติมโดยไม่ซ้ำกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยให้เหตุผลว่าต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนมากขึ้น

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลปล่องหอยพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นประสานงานหลักทำหน้าที่จัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณปี2554 - 2555 เป็นเงิน 5,000.00 ,10,000.00 บาท และในช่วงระยะแรกที่เริ่มดำเนินการสมัชชาสุขภาพ มีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ 2 ครั้ง ในระยะหลังถึงปัจจุบัน ไม่ได้รับการติดตามในพื้นที่ มีการเชิญประชุมให้ความรู้ในระดับจังหวัดมากกว่าติดตามในพื้นที่ ทำให้การพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลปล่องหอย เป็นบทบาทของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอยเป็นหลักโดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกะพ้อและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกะพ้อ ร่วมกันสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงกระบวนการในพื้นที่ทุกครั้งที่จัดกิจกรรมและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สิ่งที่ต้องการเพิ่มให้มีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการติดตามในพื้นที่และสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลปล่องหอยพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอย ทั้งหมด 23 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลปล่องหอย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกะพ้อ ผู้อำนวยการโรงเรียน ทำหน้าที่คณะทำงานภาควิชาการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข อีหม่าม ผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน ทำหน้าที่คณะทำงานภาคประชาชน เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลปล่องหอย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ราชการโรงพยาบาลกะพ้อ ทำหน้าที่คณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลปล่องหอยและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลปล่องหอยเท่านั้นมากจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล นอกจากนี้ สมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอย ได้มอบหมายผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่นักยุทธศาสตร์ อาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่นักสื่อสาร นักวิชาการสาธารณสุข ทำหน้าที่นักวิชาการ เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผนประจำองค์การบริหารส่วน

ตำบลปล่องหอย ทำหน้าที่ ประสาน สำหรับการกระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ใช้กระบวนการพัฒนาตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก โดยเชิญตัวแทนจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน นักวิชาการสาธารณสุขหรือตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอยไม่ได้เข้าร่วมประชุมเนื่องจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดประสานไม่ได้ประสานงาน

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ระยะต้นน้ำ

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประกอบด้วยปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลและนายองค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้นที่เข้าร่วมคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบล มีการประสานงานกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ สื่อสารผ่านคณะกรรมการที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ส่วนการหน่วยงานราชการ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประสานงานเป็นทางการจะใช้วิธีการหนังสือราชการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. นำประเด็นจากเวทีประชาคมของชุมชนโดยไม่ได้จัดทำประชาคม โดยใช้ประเด็นทักษะชีวิตของเยาวชนมาใช้เป็นประเด็นการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ

3.แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการเพื่อจัดทำร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนผู้ปกครอง ตัวแทนเยาวชน ครูโรงเรียนตาดีกา ครูโรงเรียนประถมศึกษา อีหม่าม ร่วมกันจัดทำเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่ไม่ได้จัดเอกสาร เนื่องจาก คณะทำงานวิชาการไม่มั่นใจในการจัดทำเอกสารร่างข้อเสนอนโยบาย เข้าใจว่าจะต้องทำเอกสารร่างข้อเสนอตามรูปแบบของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงไม่ได้ทำ และไม่ได้ดำเนินการตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพต่อ

ระยะกลางน้ำ

ไม่ได้จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ปลายน้ำ

ไม่ได้จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

จุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอย

1. การจัดทีมงานของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอย แต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเฉพาะนายกองค์การบริการส่วนตำบลและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้นที่เป็นคณะกรรมการร่วมกัน ส่วนคณะกรรมการอื่น ๆ แต่งตั้งไม่ซ้ำกันเพื่อกระจายการมีส่วนร่วมในการทำงานของชุมชน ทุนทางสังคมใช้ทุนบุคคล และ หน่วยงาน

ราชการ มาร่วมใช้ในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ และมอบหมายหน้าที่ นักจัดการ นักยุทธศาสตร์ นักสื่อสาร นักประสานงาน วิชาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอย

2. การใช้ประเด็นจากประชาคมของชุมชนใช้เป็นประเด็นสมัชชาสุขภาพ โดยที่ไม่ได้จัดเวทีประชาคมและคัดเลือกประเด็นสมัชชาซ้ำ

ปัญหาอุปสรรค

1. การติดตามในพื้นที่จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีไม่ต่อเนื่อง

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอยขาดความไม่มั่นใจและขาดทักษะจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่

3. การโยกย้ายของคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอยบางคน ทั้งเป็นคณะทำงานในพื้นที่ และพี่เลี้ยงสนับสนุนระดับอำเภอ ซึ่งเป็นแกนนำหลักที่ได้รับการพัฒนาจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดโดยตรงทำให้พื้นที

4.ภาระงานประจำและงานเร่งด่วนของคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลปล่องหอยทำให้ไม่สามารถจัดกรรมตามที่กำหนดได้

ข้อเสนอแนะ

1.คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทบทวนความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดควรมีการติดตามในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

4. ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ดี

6. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล

บริบทชุมชนตำบลรูสะมิแล

ตำบลรูสะมิแล “รูสะมิแล” มากจากภาษายาวี “รู” แปลว่าต้นสน ส่วน“สะมิแล” แปลว่า “เก้า” มีต้นสนเก้าต้นอยู่ริมทะเล มีตำนานที่เล่าสืบต่อกันมา สมัยกรุงศรีอยุธยา ลิ่มโกเหนียวเป็นหญิงสาวที่มาตามหาพี่ชายชื่อ ลิ่มโต๊ะเคียม พร้อมนำเรือสำเภาจากเมืองจีน 9 ลำ เมื่อมาถึงปัตตานีนางก็ได้นำเรือทั้ง 9 ลำ ซึ่งมีผู้สันนิษฐานว่าบริเวณที่จอดเรือขึ้นฝั่งก็คือ บริเวณชายหาดหน้าหมู่บ้านรูสะมิแลปัจจุบัน จากนั้นก็ได้ขึ้นฝั่งและเดินทางไปหาลิ่มโต๊ะเคียม ที่กรือเซะ (เป็นชื่อหมู่บ้านแห่งหนึ่ง) ทิ้งเรือไว้ทั้ง 9 ลำที่ชายหาดรูสะมิแล เมื่อนางได้พบกับพี่ชายและได้ขอร้อง ให้พี่ชายกลับไปยังเมืองจีน พี่ชายไม่ยอมกลับ ด้วยความเสียใจและน้อยใจ ทำให้นางตัดสินใจผูกคอตายใต้ต้นมะม่วงหินพานต์ ซึ่งปัจจุบันยังมีซากเหลืออยู่ ทางด้านเรือ 9 ลำ ต่อมาเรือก็ผุพังลงและจมลงในที่สุดเหลือ

แต่เสากระโดงเรือ ทั้ง 9 ลำ ที่ทำด้วยไม้สนยังปรากฏให้เห็นอยู่ และค่อยๆผุพังในเวลาต่อมา ซึ่งคนในสมัยหลังเรียกชื่อหมู่บ้านตาม สนเก้าต้นว่า รูสะมิแล ตราบจนทุกวันนี้ จากคำบอกเล่าของคนชราในหมู่บ้าน ในสมัยนั้นเต็มไปด้วยป่า มีสัตว์ร้าย เช่น เสือ ช้าง อาศัยอยู่ไม่เฉพาะหมู่บ้านรูสะมิแลเท่านั้น แม้แต่บริเวณใกล้เคียง รวมทั้งบริเวณที่เป็นมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ก็มีสภาพไม่ต่างกับหมู่บ้านรูสะมิแลมากนัก ต่อมาก็มีชาวประมงมาจับปลาแถวหมู่บ้านรูสะมิแล และมีความคิดว่าน่าจะสร้างสถานที่พักอาศัยสำหรับพักเมื่อยามกลับบ้านเกิดไม่ทันจึงเกิดมีการสร้างบ้านขึ้นมา ทิศเหนือ ติดกับ อ่าวไทย ทิศใต้ ติดกับ ต.ปะกาฮะรัง อ.เมือง จ.ปัตตานี ทิศตะวันออก ติดกับ เขตเทศบาลเมืองปัตตานี ทิศตะวันตก ติดกับ ต.ดอนรัก อ.หนองจิก จ.ปัตตานี ตำบลรูสะมิแล อำเภอเมืองปัตตานี จังหวัดปัตตานี ตั้งอยู่ทิศตะวันตกของที่ว่าการอำเภอเมืองปัตตานี ระยะทางห่างจากอำเภอเมืองปัตตานี 2 กิโลเมตร

หมู่บ้านทั้งหมดมี 6 หมู่บ้าน 5,202 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 17,122 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 17,777 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 85 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 14 และนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1 ประกอบด้วยหมู่ที่ 01 บ้านรูสะมิแล หมู่ที่ 02 บ้านบางปลาหมอ หมู่ที่ 03 บ้านดอนรัก หมู่ที่ 04 บ้านงามแม่ หมู่ที่ 05 บ้านโคกสำโรง และหมู่ที่ 06 บ้านสวนสมเด็จ รายได้เฉลี่ย 5,800 บาท/เดือน ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลรูสะมิแล ร้อยละ 89 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ รับจ้าง

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 2 เป็นผู้ใหญ่บ้านที่มีความเสียสละให้ความร่วมมือกับกิจกรรมชุมชน นอกจากนี้ทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชนด้วย

2) อีหม่าม หมู่ที่2 เป็นอีหม่ามให้ความสำคัญกับงานด้านสาธารณสุขและเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนทุกครั้งที่ชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) ประธานสภาวัฒนธรรมตำบลรูสะมิแล เป็นผู้ประสานงานด้านวัฒนธรรมและสามารถเชื่อมต่อกับเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนได้อย่างดี

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

ดิเกฮูลู เป็นการละเล่นของชุมชนให้ความสำคัญ มีการถ่ายทอดให้เยาวชนและผู้สนใจ โดยมีผู้รู้ในศิลปดิเกฮุลูของชุมชน เป็นผู้ถ่ายทอด มีการถ่ายทอดมากกว่า 10 ปี ดิเกฮูลูสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารเรื่องราวต่าง ๆ ผ่านการแต่งบทเพลงดิเกฮูลูที่ใช้ขับร้องและจัดแสดงในงานต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชน

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ชมรมตาดีกา เป็นการรวมกลุ่มโรงเรียนตาดีกาหรือศูนย์การศึกษาอิสลามประจำมัสยิดของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาจริยธรรมในเด็กเล็ก ครูผู้สอนมาจากคนในชุมชนเป็นหลัก

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กองทุนบัยตุลมาลตำบล เป็นกองทุนชุมชนร่วมกันบริจาคเงินตามความสมัครใจเพื่อให้ความช่วยเหลือสมาชิกชุมชนที่ยากไร้ ยากจน ฯลฯ โดยมีคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้พิจารณาคัดเลือก

2) กองทุนกลุ่มสตรี เป็นรวมเงินออมของกลุ่มสตรีที่เป็นสมาชิกกลุ่ม

3) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) เทศบาลตำบลรูสะมิแล

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรูสะมิแล

3) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 4 แห่ง

4) โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 3 แห่ง

5) มหาวิทยาลัย/วิทยาลัย 3 แห่ง

ตาราง 26 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนรูสะมิแลต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
ปัญหาแหล่งน้ำและสิ่งแวดล้อม	5	4	3	3	2	4.40
โรคเรื้อรัง	5	4	4	2	3	3.40
ยาเสพติด	4	3	3	2	2	3
เหตุน่ารำคาญจากโรงงาน	3	3	2	2	2	2.20
โรคไข้เลือดออก	5	3	3	2	3	2.40
เฉลี่ย	4.40	3.40	3.00	2.20	2.40	3.08

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ พบว่า ชุมชนตำบลรูสะมิแลร่วมกันรับรู้สถานการณ์ของปัญหาอยู่ในระดับมาก ร่วมวางแผนและเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนอยู่ระดับปานกลาง และร่วมลงทุนและติดตามประเมินผลกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลรูสะมิแล

1. การจัดทำแผนตำบลรูสะมิแล การจัดทำแผนในระดับหมู่บ้าน มีดังนี้

1) การจัดทำแผนสุขภาพ เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน ใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพของแต่ละหมู่บ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อมูลจากเทศบาล มีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่บ้าน

และรวบรวมเป็นภาพรวมของตำบล เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับเทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

2) การจัดทำแผนชุมชน เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานราชการและจากชุมชนในการจัดทำประชาคม มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล เพื่อหาปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยมีคณะทำงานการจัดทำแผนชุมชนและเทศบาลตำบลรูสะมิแล เป็นผู้รับผิดชอบ

2. ส่งแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และแผนชุมชนของตำบลให้เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน นำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

บทบาทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล สังกัดในเทศบาลตำบลรูสะมิแล เป็นเทศบาลตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2553 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตาราง 27 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	681,080.00	641,360.00	703,360.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(ร้อยละการสมทบ)	204,324.00 (30.00)	192,408.00 (30.00)	351,680.00 (50.00)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- ดอกเบี้ย	1,533.60	3,059.78	43,09.45
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	43,700.00	341,515.00
รวม	886,937.60	880,527.78	1,400,864.45

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล ปี พ.ศ. 2553 -2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 886,937.60 , 880,527.78, 1,400,864.45 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากเทศบาลตำบลรูสะมิแลต่องบประมาณ ร้อยละ 30. ,30 ,50.55 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เกณฑ์กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 28 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	291,850.00	112,182.00	478,600.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	34,004.00	224,750.00	190,270.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	94,632.00	332,982.00	377,600.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	88,500.00	-	-
รวม	508,986.00	669,914.00	1,046,470.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2553 – 2555 รายจ่ายโดยรวม 508,986.00, 669,914.00 , 1,046,470.00 บาท พบว่ามีการจ่ายครบ 4 ประเภทกิจกรรม เฉพาะ ปี พ.ศ. 2553

ตาราง 29 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลรูสะมิแล ปี พ.ศ. 2553 - 2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- เงินสมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	-	-	-
- เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	-	-
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	5,000.00	-
รวม	-	5,000.00	-

จากตารางการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแล พบว่างบประมาณที่ร่วมกันสนับสนุนการกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลรูสะมิแล มาจากเงินสมทบอื่น ๆ ได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดเมื่อปี พ.ศ. 2554 เป็นเงิน 5,000.00 บาท

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรูสะมิแลจำนวน 17 คน ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการพบว่า นายกเทศมตรีทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่พี่

เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนทำหน้าที่ในการรวบรวมโครงการเพื่อนำเสนอที่ประชุมโดยมีคณะกรรมการจากกลุ่มอื่น ๆ ร่วมพิจารณาและอนุมัติโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า มติที่ประชุมกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลให้คณะกรรมการกองทุนเข้าร่วมกันเป็นมีคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลและมีการแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจากกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้อำนวยการโรงเรียน เพิ่มเติม และไม่ได้ทำกระบวนการสมัชชาสุขภาพในตำบล ขาดความต่อเนื่อง

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลรูสะมิแลพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักจัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณ ปี พ.ศ. 2554 - 2555 มีการสนับสนุนงบประมาณ จำนวนเงินสนับสนุนที่ชัดเจนได้ และระยะแรกที่เริ่มดำเนินการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบล คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ 1 ครั้ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองให้คำปรึกษาและติดตามในพื้นที่เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการในตำบล ในระยะหลังถึงปัจจุบันไม่ได้รับการติดตามในพื้นที่จากทีมติดตาม มีการเชิญประชุมจัดเวทีความรู้ในระดับจังหวัดมากกว่าติดตามในพื้นที่ นอกจากนี้พบว่า ผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพของเทศบาลตำบลรูสะมิแลมีเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ไม่สามารถพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพให้เกิดในพื้นที่ตำบลรูสะมิแลให้ต่อเนื่องได้ สิ่งที่ต้องการเพิ่มให้มีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการติดตามในพื้นที่และสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

บทบาทคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลรูสะมิแลพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลรูสะมิแล เป็นคณะทำงานที่ทั้งหมด 23 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพ ปลัดเทศบาลตำบลรูสะมิแล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน ทำหน้าที่คณะทำงานภาควิชาการ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ทำหน้าที่คณะทำงานภาคประชาชน ผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพประจำเทศบาลตำบลรูสะมิแล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่คณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ ไม่ได้มอบหมายหน้าที่ นักยุทธศาสตร์ นักสื่อสาร นักวิชาการ นักประสาน และนัดจัดการ สำหรับการกระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ใช้กระบวนการพัฒนาตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก โดยเชิญตัวแทนจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน นักวิชาการสาธารณสุขหรือตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5

มิถุนายน 2555 โดยพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลรูสะมิแลไม่สามารถอธิบายความหมายของระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ และสมัชชาสุขภาพ ได้ แต่สามารถอธิบายแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ได้ เนื่องจากคณะทำงานอยู่ระหว่างการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบล

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ระยะต้นน้ำ

1. ตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนเข้าร่วมคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบล

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพทำหน้าที่การประสานงานกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ สื่อสารผ่านคณะกรรมการที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนชุมชน ส่วนการหน่วยงานราชการเช่น โรงเรียน

3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลใช้ข้อมูลจากสถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลจากโรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะกลางน้ำ

ไม่ได้ดำเนินการ

ปลายน้ำ

ไม่ได้ดำเนินการ

ปัญหาอุปสรรค

1. การติดตามในพื้นที่จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีไม่ต่อเนื่อง

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลรูสะมิแลไม่มั่นใจและขาดทักษะจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่

3. เทศบาลตำบลรูสะมิแลมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพ ทำให้การประสานงานขาดความต่อเนื่อง

4.ภาระงานประจำและงานเร่งด่วนของคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลรูสะมิแลทำให้ไม่สามรถจัดกรรมตามที่กำหนดได้

ข้อเสนอแนะ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทบทวนความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดควรมีการติดตามในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

4. ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ดี

7. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบานา

บริบทชุมชนตำบลบานา

ตำบลบานา “คำว่า"บานา" เป็นภาษาเปอร์เซีย (ปัจจุบันอิหร่าน) ซึ่งมีความหมายว่า เมืองท่าเรือ ตามบันทึกทางประวัติศาสตร์ในหนังสือตารีคฟาฎอนี ได้บันทึกว่า บันดัร (บานา) เป็นเมืองท่าของอาณาจักรมลายูลังกาสุกะฝั่งทะเลตะวันออกและเคดาห์ บริเวณสุไหงเมอร์รือบก เป็นเมืองท่าฝั่งทะเลตะวันตก เป็นเมืองท่าเรือ มีเรือสินค้ามาจอดจำนวนมาก การค้าขายสินค้ามากมาย หากขายสินค้าไม่เพียงพอจะต้องสั่งซื้อเพิ่มเติมจากพม่าและกัมพูชา บรรยากาศในทะเลปัตตานีบริเวณท่าเรือบานาในเวลากลางคืนสวยงามมีแสงระยิบระยับคล้ายกับดวงดาวบนท้องฟ้า

ลักษณะทั่วไป ทิศเหนือ ติดกับ อ่าวไทย ทิศใต้ ติดกับ ตำบลตะลุโบะ และตำบลคลองมานิง ทิศตะวันออก ติดกับ อ่าวบางปู และเทศบาลเมืองปัตตานี และทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลอาเนาะรู และเทศบาลเมืองปัตตานี อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ระยะทางห่างจากที่ว่าการอำเภอ 8 กิโลเมตร มีเนื้อที่โดยประมาณ 24.75 ตารางกิโลเมตร (15,470 ไร่) สภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบชายฝั่งทะเล สภาพดินเป็นหาดโคลนเลน เนื่องจากอยู่ในบริเวณปากแม่น้ำปัตตานี

หมู่บ้านทั้งหมดมี 11 หมู่บ้าน 7,393 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 17,122 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 17,777 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 20 ประกอบด้วยหมู่ที่ 1 บ้านสุไหงปาแน หมู่ที่ 2 บ้านบานา หมู่ที่ 3 บ้านบานา หมู่ที่ 4 บ้านกำปงตารง หมู่ที่ 5 บ้านกูวิง หมู่ที่ 6 บ้านจือโระ หมู่ที่ 7บ้านปากาปาแย หมู่ที่ 8 บ้านยูโย หมู่ที่ 9 บ้านแหลมนก หมู่ที่ 10 บ้านกูแบอีเตะ หมู่ที่ 11.ปากาดารอ รายได้เฉลี่ย 5,800 บาท/เดือน ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลบานา ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 4 เป็นผู้ใหญ่บ้านที่มีความเสียสละให้ความร่วมมือกับกิจกรรมชุมชน นอกจากนี้ทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชนด้วย

2) เลขาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี เป็นบุคคลที่มีความเข้าใจในเรื่องสมัชชาสุขภาพและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ทำหน้าที่ประธานศูนย์ประสานงานองค์กรชุมชนจังหวัดปัตตานี

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

ดิเกฮูลู เป็นการละเล่นของชุมชนให้ความสำคัญ มีการถ่ายทอดให้เยาวชนและผู้สนใจ โดยมีผู้รู้ในศิลปดิเกฮุลูของชุมชน เป็นผู้ถ่ายทอด มีการถ่ายทอดมากกว่า 10 ปี ดิเกฮูลูสามารถ

นำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารเรื่องราวต่าง ๆ ผ่านการแต่งบทเพลงดิเกฮูลูที่ใช้ขับร้องและจัดแสดงในงานต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชน

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) คณะกรรมการหมู่บ้าน เป็นคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ใหญ่บ้านบริหารจัดการหมู่บ้าน

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลตำบลบานา

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา

3) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 4 แห่ง

4) โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 3 แห่ง

ตาราง 30 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบานาต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
โรคเรื้อรัง	4	4	3	2	2	3
การจัดการขยะในชุมชน	4	4	3	2	2	3
ไข้เลือดออก	3	3	3	1	1	2.20
เฉลี่ย	3.67	3.67	3.00	1.67	1.67	2.73

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ พบว่า ชุมชนตำบลบานาร่วมกันรับรู้ สถานการณ์ของปัญหาและร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และร่วมลงทุนและติดตามประเมินผลกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลบานา

1. การจัดทำแผนตำบลบานา การจัดทำแผนในระดับหมู่บ้าน มีดังนี้

1) การจัดทำแผนสุขภาพ เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน ใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพของแต่ละหมู่บ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อมูลจากเทศบาล มีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่บ้านและรวบรวมเป็นภาพรวมของตำบล เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

2) การจัดทำแผนชุมชน เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานราชการและจากชุมชนในการจัดทำประชาคม มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล เพื่อหาปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยมีคณะทำงานการจัดทำแผนชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลบานา เป็นผู้รับผิดชอบ

2. ส่งแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และแผนชุมชนของตำบลให้เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน นำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบานา

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบานา สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลบานา เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2552 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตารางที่ 24 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบานา ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	763,440.00	770,400.00	794,680.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	230,000.00 (30.13)	400,000.00 (51.92)	450,000.00 (56.63)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- ดอกเบี้ย	3,374.34	5,798.53	12,275.96
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	8,800.00	3,250.00	118,458.00
รวม	1,005,614.34	1,179,448.53	1,375,413.96

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบานา ปี พ.ศ. 2553 -2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1,005,614.34 , 1,179,448.53, 1,375,413.96 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลบานาต่องบประมาณร้อยละ 30.13 , 51,.92 , 56.63 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามเกณฑ์กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 31 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบานา ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	225,600.00	334,650.00	323,540.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	201,450.50	196,898.00	249,300.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	91,540.00	314,420.00	1,101,948.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	91,086.40	113,951.00	165,520.00
รวม	609,676.90	959,919.00	1,840,308.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2553 – 2555 รายจ่ายโดยรวม 609,676.90 . 995,819.00 . 1,840,308.00 บาท พบว่ามีการจ่ายงบประมาณครบ 4 ประเภทกิจกรรม

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบานาจำนวน 17 คน ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการพบว่านายกเทศมตรีทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่คณะกรรมการและพี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนทำหน้าที่ในการรวบรวมโครงการเพื่อนำเสนอที่ประชุมโดยมีคณะกรรมการจากกลุ่มอื่น ๆ ร่วมพิจารณาและอนุมัติโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า กองทุนหลักประสุขภาพตำบลไม่ได้ทำกระบวนการสมัชชาสุขภาพในตำบล

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลบานา พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล ตำบลบานาได้ส่งตัวแทนคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลบานาเข้ารับการประชุมตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีกำหนดไว้ 8 คน แต่ไม่ได้จัดกลไกคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลบานาตามโครงสร้างและจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในตำบลบานาอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากไม่เข้าใจและไม่ยอมรับในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เนื่องจากมองว่าเป็นขั้นตอนที่ยุ่งยาก ซับซ้อน คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ 1 ครั้ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองให้คำปรึกษาและติดตามในพื้นที่เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการในตำบล ในระยะหลังถึงปัจจุบันไม่ได้รับการติดตามในพื้นที่จากทีมติดตาม

การพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลบานาพบว่า ตำบลบานาเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก ตัวแทนจากตำบลบานาที่เข้าร่วมการพัฒนา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขประจำองค์การบริหารส่วนตำบลบานา ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลบานา ได้สอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ในเรื่องระเบียบกฎหมายและหลักการปฏิบัติของสมัชชาสุขภาพ และปัญหาของการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ จากผลการทดสอบในระหว่างประชุมพบว่าอธิบายความหมายของระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ สามารถอธิบายแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพไม่ถูกต้อง

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ไม่พร้อมดำเนินการสมัชชา

ปัญหาอุปสรรค

1. ทีมคณะทำงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลบานา เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีความเข้าใจในกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่แตกต่างกันทั้งในเรื่องระเบียบและการปฏิบัติ ทำให้ไม่สามารถนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปใช้ในตำบลได้

2. การติดตามในพื้นที่จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดจะต้องสร้างความเข้าใจระเบียบและการปฏิบัติ รวมทั้ง ทักษะให้ทีมคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลบานาในพื้นที่เป็นกรณีพิเศษ และติดตามความก้าวหน้าในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ดี

8. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะจัน

บริบทชุมชนตำบลเกาะจัน

เกาะจัน มาจากลักษณะพื้นที่ของหมู่บ้านเกาะจันส่วนใหญ่จะเป็นทุ่งนาเหมาะแก่การปลูกข้าว จะมีบางส่วนบริเวณกลางตำบลมีลักษณะเป็นเนิน น้ำท่วมไม่ถึง สมัยโบราณ หมู่บ้านเกาะจัน มีการติดต่อทำการค้ากับพ่อค้าทางยะหริ่ง การเดินทางของพ่อค้าจากยะหริ่งมาค้าขายนั้นอาศัยคลองลาเกาะเป็นเส้นทางคมนาคม สินค้าทางยะหริ่งเป็นสินค้าจำพวกอาหารทะเล ส่วนของเกาะจันจะเป็นอาหารจำพวกข้าว มีการซื้อขายแลกเปลี่ยนกันเสมอ

สภาพทั่วไปของหมู่บ้าน ทิศเหนือติดกับตำบลกระเสาะ ตำบลสาคอบน ทิศใต้ติดกับตำบลตรัง ทิศตะวันออกติดกับตำบลมายอ ทิศตะวันตกติดกับ ตำบลสาคอใต้และตำบลปานัน อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี ห่างจากที่ว่าการอำเภอ 2 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดปัตตานี 29 กิโลเมตร

หมู่บ้านทั้งหมดมี 5 หมู่บ้าน 942 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 4,536 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 4,000 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 100 ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้าน บ้านแขนท้าว หมู่ที่ 2 บ้านบ้านราเกาะ หมู่ที่ 3 บ้านคลองช้าง หมู่ที่ 4 บ้านเกาะจัน และหมู่ที่ 5 บ้านแยระ รายได้เฉลี่ย 7,000 บาท/เดือน ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลเกาะจันร้อยละ 65 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม ทำสวนยาง ทำนา

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 4 และกำนันประจำตำบล เป็นผู้นำชุมชนที่มีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในกิจกรรมสาธารณะของชุมชน

2) ปราชญ์ชาวบ้านด้านการเกษตร เป็นปราชญ์ที่ใช้เกษตรอินทรีย์ในการทำการเกษตร และถ่ายทอดความรู้ด้านการเกษตรให้ผู้สนใจในและนอกชุมชน นอกจากนี้ยังได้รับรางวัลประเภทไร่นาส่วนผสมอันดับที่ 2 จากการประกวดระดับจังหวัด

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

ลิเกฮูลู เป็นการละเล่นของชุมชนให้ความสำคัญ มีผู้รู้ของชุมชน เป็นผู้ถ่ายทอดมีการถ่ายทอดให้เยาวชนในชุมชน มีการถ่ายทอดมากกว่า 10 ปี ลิเกฮูลูสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารเรื่องราวต่าง ๆ ผ่านการแต่งบทเพลงดิเกฮูลูและใช้ขับร้องและจัดแสดงในงานต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชน

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ชมรมตาดีกา เป็นการรวมกลุ่มโรงเรียนตาดีกาหรือศูนย์การศึกษาอิสลามประจำมัสยิดของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาจริยธรรมในเด็กเล็ก ครูผู้สอนมาจากคนในชุมชนเป็นหลัก

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กลุ่มสหกรณ์สตรี จัดตั้งโดยกลุ่มสตรี เป็นกลุ่มที่รวบรวมเงินสมาชิกเพื่อนำไปลงทุนให้กลุ่มสตรีไปสนับสนุนกิจกรรมของกลุ่ม เช่น กลุ่มเย็บผ้าคลุมผมสตรี ไปบริหารจัดการและนำผลกำไรมาปันผลให้สมาชิกกลุ่ม

2) กลุ่มออมทรัพย์ สมาชิกกลุ่มเป็นบุคคลที่สมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม ลักษณะการออมเงินและให้กู้เงินโดยสมาชอกกลุ่ม

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลตำบลเกาะจัน

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะจัน

3) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 3 แห่ง

4) มัสยิดและโรงเรียนตาดีกา จำนวน 5 แห่ง

ตาราง 32 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเกาะจันต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
โรคความดันโลหิตสูง	3	2	4	1	1	2.20
การจัดการขยะในชุมชน	3	3	4	1	1	2.40
เบาหวาน	3	3	3	1	1	2.20
ยาเสพติด	3	3	4	2	2	2.80
เฉลี่ย	3	2.75	3.75	1.25	1.25	2.40

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ พบว่า ชุมชนตำบลเกาะจันร่วมกันรับรู้สถานการณ์ของปัญหาและร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร่วมวางแผนอยู่ในระดับน้อย และร่วมลงทุนและติดตามประเมินผลกิจกรรมอยู่ในระดับน้อยน้อยที่สุด

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลเกาะจัน

1. การจัดทำแผนตำบลบานา การจัดทำแผนในระดับหมู่บ้าน มีดังนี้

1) การจัดทำแผนสุขภาพ เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน ใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพของแต่ละหมู่บ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ข้อมูลจากผู้นำชุมชน มีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่บ้านและรวบรวมเป็นภาพรวมแผนสุขภาพตำบล ไม่ได้ทำทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เนื่องจากมีทักษะกระบวนการทำแผน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

2) การจัดทำแผนชุมชน เป็นการจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานราชการและจากชุมชนในการจัดทำประชาคม

มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่และตำบล เพื่อหาปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยมีคณะทำงานการจัดทำแผนชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะจัน เป็นผู้รับผิดชอบ

บทบาทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะจัน

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะจัน สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะจัน เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2554 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2555 ดังนี้

ตาราง 33 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะจัน ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	-	187,520.00	181,440.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	-	37,600.00 (20.05)	36,3000 (20.01)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- ดอกเบี้ย	-	488.47	1,026.76
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	-	-
รวม	-	225,608.47	218,766.76

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะจัน ปี พ.ศ. 2554 -2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 225,608.47, 218,455.37 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะจันต่องบประมาณ ร้อยละ 20.05 , 20.01 ตามเกณฑ์กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลขนาดเล็กที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 34 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะจัน ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	-	-	104,900.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	-	-	83,425.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	-	99,850.00	121,654.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	-	12,500.00	-
รวม	-	112,350.00	309,979.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2554 – 2555 รายจ่ายโดยรวม 112,350.00 , 309,979.00 บาท พบว่างบประมาณรายจ่ายที่ใช้ 1 ประเภทกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2554 – 2555 50,000.00, 365,900.00 บาท

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะจันจำนวน 14 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ผู้แทนอื่น ๆ 1 คน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการพบว่านายกเทศมตรีทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่คณะกรรมการและพี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนทำหน้าที่ในการรวบรวมโครงการเพื่อนำเสนอที่ประชุมโดยมีคณะกรรมการจากกลุ่มอื่น ๆ ร่วมพิจารณาและอนุมัติโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า กองทุนหลักประสุขภาพตำบลเริ่มจัดตั้งทีมคณะทำงานสมัชชาสุขภาพในตำบล

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลเกาะจันพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีได้เชิญพื้นที่ตำบลเกาะจันเข้าร่วมกระบวนการให้ความรู้กระบวนการสมัชชาที่จังหวัดปัตตานี และสนับสนุนงบประมาณ ปี พ.ศ. 2554 - 2555 แต่ไม่สามารถระบุจำนวนเงินสนับสนุนที่ชัดเจนได้ ซึ่งในระยะแรกที่เริ่มดำเนินการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบล คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่เพียง 1 ครั้ง ปัจจุบันไม่ได้รับการติดตามในพื้นที่จากทีมติดตาม มีการเชิญประชุมจัดเวทีความรู้ในระดับจังหวัดมากกว่าติดตามในพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพให้เกิดในพื้นที่ตำบลเกาะจันให้ต่อเนื่องได้ สิ่งที่ต้องการเพิ่มให้มีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ

จังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้มีการติดตามในพื้นที่และสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลเกาะจัน พบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลเกาะจัน ยังไม่ได้แต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล และพบว่า ตำบลเกาะจันเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก ตัวแทนจากตำบลเกาะจันที่เข้าร่วมการพัฒนา ประกอบด้วย ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะจัน ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า จากผลการทดสอบในระหว่างประชุมคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลเกาะจัน ได้สอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ในเรื่องระเบียบกฎหมายและหลักการปฏิบัติของสมัชชาสุขภาพ และปัญหาของการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ พบว่าอธิบายความหมายของระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ สามารถอธิบายแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพไม่ถูกต้อง

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1. หารือแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล องค์ประกอบคณะทำงานเป็นพหุภาคี ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคการเมือง โดยมีคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงาน

ปัญหาอุปสรรค

1. ทีมคณะทำงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะจัน ไม่พร้อมที่ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลได้ เนื่องจากทีมไม่เข้าใจในขั้นตอนกระบวนการสมัชชาสุขภาพและไม่มีสนับสนุนระดับอำเภอมาให้คำปรึกษาและติตามการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบล

2. การติดตามในพื้นที่จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดจะต้องมาให้ความรู้หรือสนับสนุนผู้ที่มีทักษะในการทำกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบล และต้องติดตามความก้าวหน้าในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. ควรจัดให้มีจับคู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปฏิบัติการระหว่างคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ดีกับพื้นที่ตำบลที่สนใจ

9. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ

บริบทชุมชนตำบลปะเสยะวอ

ตำบลปะเสยะวอ “คำว่า"ปะเสยะวอ" ตำ มาจากคำว่า "ปะเสปลาฆอ" เป็นคำมลายู แปลว่า ทรายชนกัน เป็นจุดที่แม่น้ำสายบุรี และคลองทุ่งเค็จไหลมาชนกัน เกิดเป็นสันทราย ที่หมู่บ้านเรียกว่า "ปะเสปลาฆอ" ซึ่งต่อมาคำดังกล่าวก็เพี้ยนเป็น "ปะเสยะวอ"

ลักษณะทั่วไป ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลบางเก่า ทิศใต้ ติดกับอ่าวไทย ทิศตะวันออก ติดกับตำบลตะบิ้งและตำบลตะลุบัน และทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลบางเก่าและตำบลบือเระ อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ระยะทางห่างจากที่ว่าการอำเภอสายบุรี 1.5 กิโลเมตรและจากจังหวัดปัตตานี 50 กิโลเมตร มีเนื้อที่โดยประมาณ 16.84 ตารางกิโลเมตร (6,827 ไร่)ประกอบด้วย 7 หมู่ สภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบสูงสลับที่ราบลุ่มติดชายฝั่งทะเลอ่าวไทย

หมู่บ้านทั้งหมดมี 7 หมู่บ้าน 1,489 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 8,938 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 8,563 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 92.47 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 7.53 ประกอบด้วยหมู่ที่ 1 บ้านปาตาบาระ หมู่ที่ 2 บ้านบน หมู่ที่ 3 บ้านปะเสยะวอ หมู่ที่ 4 บ้านทุ่งเค็จ หมู่ที่ 5 บ้านบาเลาะ หมู่ที่ 6 บ้านจ่ากอง หมู่ที่ 7บ้านลุ่ม รายได้เฉลี่ย 9,560 บาท/เดือน ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลปะเสยะวอ ร้อยละ 85 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ ประมง และเกษตรกรรม

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ที่พร้อมให้ควาร่วมมือและสนับสนุนกิจกรรมให้เกิดขึ้นในพื้นที่ นอกจากนี้ทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชนด้วย

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

1) กิจกรรมกีฬาชุมชนสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมกีฬาพื้นบ้านที่ชุมชนมุสลิมและชุมชนไทยพุทธมีกิจกรรมร่วมกันได้อย่างเต็มที่ ร่วมกับกิจกรรมการแสดงบนเวทีของเด็กและเยาวชน ทำให้แต่ละชุมชนจะต้องร่วมค้นหาและนำเสนอเกิดความร่วมมือกันภายในชุมชนนั้น ๆ

.3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มสตรี เป็นการรวมกลุ่มของสตรีแต่ละหมู่บ้านในตำบล มีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ในชุมชน เช่นกลุ่มอาชีพปักจักร การแปรรูปอาหารในชุมชน ฯลฯ นอกจากยังมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเริ่มการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน จนได้รับรางวัลกลุ่มสตรีดีเด่นระดับอำเภอสายบุรี เมื่อ ปี พ.ศ. 2552

2) อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) กลุ่มอาชีพในชุมชน กลุ่มอาชีพทำเรือกอและจำลองและกลุ่มอาชีพผลิตน้ำ บูดู สามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนส่งจำหน่ายทั้งในและต่างประเทศ

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กองทุนฌาปนกิจชุมชน

2) กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน

3) สหกรณ์ชุมชน

4) กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

5) กองทุนเด็กกำพร้า

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลตำบลปะเสยะวอ

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลปะเสยะวอ 2 แห่ง

3) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 5 แห่ง

4) วิทยาลัยการอาชีพ 1 แห่ง

ตาราง 35 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนปะเสยะวอต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
ยาเสพติด	5	4	4	2	3	3.60
ขยะในชุมชน	3	4	4	2	3	3.20
การจัดการคลองชุมชน	4	5	5	2	3	4.40
โรคเรื้อรัง	4	3	3	2	3	3
โรคเอดส์	3	3	2	3	3	2.60
เฉลี่ย	3.80	3.80	3.60	2.60	3	3.36

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ พบว่า ชุมชนตำบลปะเสยะวอร่วมกันรับรู้สถานการณ์ของปัญหาอยู่ในระดับมาก ร่วมวางแผนและเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนอยู่ระดับปานกลาง และร่วมลงทุนและติดตามประเมินผลกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลปะเสยะวอ

การจะทำแผนสุขภาพตำบลปะเสยะวอ โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานราชการ เช่น สถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและจากชุมชนในการจัดทำประชาคมมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อหาปัญหาและความต้องการของชุมชน และเชิญตัวแทนชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ร่วมกันจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ตำบล คลอบคลุมปัญหาสุขภาพ แล้วนำไปใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอ เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2554 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตาราง 36 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	-	303,680.00	314,040.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	-	93,216.00 (30.70)	94,300.00 (30.03)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	0.00	0.00
- ดอกเบี้ย	-	1,158.11	3,798.39
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	100.00	0.00
รวม	-	398,154.11	412,138.39

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ ปี พ.ศ. 2554 -2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 398,154.11 , 412,138.39 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอต่องบประมาณ ร้อยละ 30.70 , 30.03 ตามเกณฑ์กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลขนาดกลางสบทบงบประมาณที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 37 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	-	-	132,395.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	-	-	106,680.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	-	54,000.00	243,400.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	-	-	-
รวม	-	54,000.00	512,475.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2554 – 2555 รายจ่ายโดยรวม ปี พ.ศ. 2554 – 2555 50,000.00, 512,475.00 บาท พบว่า งบประมาณรายจ่ายที่ใช้ 1 ประเภทกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอจำนวน 17 คน ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการพบว่า นายกเทศมตรีทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่คณะกรรมการและพี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนทำหน้าที่ในการรวบรวมโครงการเพื่อนำเสนอที่ประชุมโดยมีคณะกรรมการจากกลุ่มอื่น ๆ ร่วมพิจารณาและอนุมัติโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า กองทุนหลักประสุขภาพตำบลแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชา แต่ยังไม่ดำเนินการ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลปะเสยะวอพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักจัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณ ปี พ.ศ. 2554 - 2555 มีการสนับสนุนงบประมาณ จำนวนเงินสนับสนุน 5,000.00 บาทที่ชัดเจนได้ และระยะแรกที่เริ่มดำเนินการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบล คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ 1 ครั้ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองให้คำปรึกษาและติดตามในพื้นที่เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการในตำบล ในระยะหลังถึงปัจจุบันไม่ได้รับการติดตามในพื้นที่จากทีมติดตาม มีการเชิญประชุมจัดเวทีความรู้ในระดับจังหวัดมากกว่าติดตามในพื้นที่ นอกจากนี้พบว่า ผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลตำบลปะเสยะวอมีเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ไม่สามารถพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพให้เกิดในพื้นที่ตำบลปะเสยะวอให้ต่อเนื่องได้ สิ่งที่ต้องการเพิ่มให้มีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการติดตามในพื้นที่และสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลปะเสยะวอพบว่า ตำบลปะเสยะวอเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก ตัวแทนจากตำบลปะเสยะวอที่เข้าร่วมการพัฒนา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขประจำองค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอ ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง

ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลปะเสยะวอ ได้สอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ในเรื่องระเบียบกฎหมายและหลักการปฏิบัติของสมัชชาสุขภาพ และปัญหาของการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ จากผลการทดสอบในระหว่างประชุมพบว่าอธิบายความหมายของระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ สามารถอธิบายแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพไม่ถูกต้อง

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1. หารือแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล องค์ประกอบคณะทำงานเป็นพหุภาคี ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคการเมือง โดยมีคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงาน แต่ใช้ประเด็นจากเวทีอื่นมาใช้

ปัญหาอุปสรรค

1. ทีมคณะทำงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอ เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีไม่เข้าใจในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปใช้ในตำบลได้

2. การติดตามในพื้นที่จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดจะต้องสร้างความเข้าใจระเบียบและการปฏิบัติรวมทั้ง ทักษะให้ทีมคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลปะเสยะวอในพื้นที่เป็นกรณีพิเศษ และติดตามความก้าวหน้าในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ดี

10. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทรายขาว

บริบทชุมชนตำบลทรายขาว

ตำบลทรายขาวคำว่า"ทรายขาว" คำว่า "ทรายขาว" มาจากมีเรื่องเล่าสืบต่อกันมากองทรายขนาดใหญ่อยู่บนยอดเขาสันกาลาคีรี ซึ่งชาวบ้านได้นำทรายจากยอดเขามาใช้ในการก่อสร้าง ซึ่งจะต้องขนจากบนลงล่าง สร้างความยากลำบาก จึงได้คิดให้ทรายไหลลงมาเองตามร่องน้ำจึงทำทางน้ำให้ทรายไหลลงมากองที่พื้นที่ราบ ทำให้ชาวบ้านนำทรายบริเวณนั้นไปใช้ได้สะดวก จนชาวบ้านเรียกที่แห่งนี้ว่า "บ้านทรายขาว ลักษณะดั้งเดิมตำบลทรายขาว เป็นป่าดงดิบมีน้ำตกไหลผ่านลงสู่ที่ราบ ทำให้พื้นที่มีความอุดมสมบูรณ์เหมาะแกการเพาะปลูกและทำนา คาดว่าเมื่อประมาณ 400 ปี

ก่อน หมู่บ้านทรายขาวเป็นเส้นทางโบราณเชื่อมกับรัฐไทรบุรี ทำให้มีการอพยพทั้งไทยพุทธและมุสลิมมาอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลจนถึงปัจจุบัน

ลักษณะทั่วไป ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลป่าบอน ทิศใต้ ติดกับ ภูเขาสันกาลาคีรี ทิศตะวันออก ติดกับตำบลนาประดู่ และทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลช้างให้ตก อำเภออำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ระยะทางห่างจากที่ว่าการอำเภอ 6 กิโลเมตร มีเนื้อที่โดยประมาณ 44. 13 ตารางกิโลเมตร (27,581 ไร่) สภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบที่ราบสูงมีพื้นที่ติดภูเขา

หมู่บ้านทั้งหมดมี 6 หมู่บ้าน 1,274 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 4,124 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 4,108 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 57.63 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 42.37 ประกอบด้วยหมู่ที่ 1 บ้านลำหยัง หมู่ที่ 2 บ้านหลวงจันทร์ หมู่ที่ 3 บ้านทรายขาวออก หมู่ที่ 4 บ้านควนลังงา หมู่ที่ 5 บ้านทรายขาวตก หมู่ที่ 6 บ้านลำอาน รายได้เฉลี่ย 4,500 บาท/เดือน ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลทรายขาว ร้อยละ 95 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน เป็นกำนันได้รับการสนับสนุนจากผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านและเป็นที่ยอมรับทั้งชุมชนไทยพุทธและมุสลิม สามารถสร้างความร่วมมือจากกลุ่มต่าง ๆ ในกิจกรรมสาธารณะของชุมชนเป็นอย่างดี

2) รองเจ้าอาวาสวัดทรายขาว พระนักพัฒนาโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน และเป็นวิทยากรในการสร้างคุณธรรมและจริยธรรมในเยาวชนทั้งในและนอกตำบล

3) ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นปราชญ์ด้านแพทย์แผนไทย เป็นการต่อกระดูกด้วยการใช้มือดัดและใช้สมุนไพรที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ และได้ถ่ายทอดให้กับผู้ที่สนใจเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่น ๆ ได้ โดยใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาพื้นบ้าน และเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

สิละ เป็นการศิลปะที่ถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ มีการรวบรวมและจัดแสดงที่เป็นทางการในครั้งแรก ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ประธานกลุ่ม ซึ่งเป็นไทยพุทธ เห็นว่าสิละเริ่มสูญหายไปท่านจึงได้จัดตั้งกลุ่ม จัดหาเครื่องดนตรี เริ่มสอนทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมในชุมชนเรื่อยมา จนเริ่มแสดงครั้งแรกในประเพณีสรงน้ำพระ ณ อุทยานแห่งชาติน้ำตกทรายขาว เป็นประเพณีที่จัดขึ้นประจำทุกปี

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1 2) กลุ่มแม่บ้าน เป็นการรวมกลุ่มของสตรีเพื่อแปรรูปผลิตภัณฑ์ของชุมชน เช่นส้มแขก มังคุดเพื่อการจัดจำหน่ายทั้งในและนอกชุมชน และสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ถ่ายทอดให้คนในและนอกชุมชน ได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขต กลุ่มแม่บ้านเกษตรกรดีเด่น ประจำปี ๒๕๕๕

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กองทุน วันละบาท

2) กองทุนออมทรัพย์หมู่บ้าน

3) กองทุนส่งเสริมไม้ผลเพื่อกรเกษตร

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลตำบลทรายขาว

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายขาว

3) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 2 แห่ง

4) โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม จำนวน 1 แห่ง

5) ที่ทำการอุทยานแห่งชาติน้ำตกทรายขาว

ตาราง 38 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทรายขาวต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
ปัญหาหนี้สินของประชาชน	3	3	3	1	1	2.25
โรคเรื้อรัง	3	3	3	1	1	2
การคมนาคมไม่สะดวก	3	3	3	1	1	1.80
แหล่งน้ำสกปรก	3	3	3	1	1	2.20
เฉลี่ย	3	3	3	1	1.25	2.25

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ พบว่า ชุมชนได้นำเสนอปัญหาสุขภาวะ 4 อันดับ ได้แก่ปัญหาหนี้สินของประชาชน ปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาการ และปัญหาการคมนาคมไม่สะดวก และกระบวนการมีส่วนร่วมโดยรวมพบว่า ชุมชนร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา และร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ 3 ส่วนร่วมลงทุนและประเมินอยู่ในระดับน้อยที่สุด คะแนน เฉลี่ยอยู่ในระดับ 1

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลทรายขาว

การจะทำแผนสุขภาพตำบลทรายขาว โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานราชการ เช่น สถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและจากชุมชนจากการจัดทำประชาคมรายหมู่บ้าน ปีละ 1 ครั้ง และจัดทำแผนแยกกันระหว่าง แผนชุมชน มีพัฒนากรเป็นผู้รวบรวมแผน แผนงานโครงการ องค์การบริหารส่วนตำบล มีเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลรับผิดชอบ และแผนงานโครงการด้านสาธารณสุข มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้รับผิดชอบ เพื่อรวบรวมและกลับไปใช้ในหน่วยงาน แต่ไม่ได้จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เนื่องจากไม่มีทักษะ ส่วนแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลใช้แผนสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นแผนงานในการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทรายขาว

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทรายขาว สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลทรายขาว เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2551 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตาราง 39 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทรายขาว ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	16,3240.00	166,280.00	165,440.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	150,000.00 (91.989)	90,000.00 (54.13)	90,000.00 (54.40)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- ดอกเบี้ย	2,931.40	4,525.42	3,629.15
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	-	-
รวม	316,171.40	260,805.42	259,069.15

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทรายขาว ปี พ.ศ. 2553 -2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 316,171.40, 260,805.42, 259,069.15 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลทรายขาวต่องบประมาณจำนวนเงิน 150,000.00 , 90,000.00 , 90,000.00 บาท คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 91.98 , 54.13, 54.40 มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่น้อยกว่าเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 40 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทรายขาว ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	80,000.00	0.00	40,000.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	0.00	156,250.00	100,000.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	247,000.00	cc	229,700.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	66,800.00	0.00	0.00
รวม	393,800.00	156,250.00	369,700.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2553 – 2555 พบว่า ปี พ.ศ. 2553 เบิกจ่ายงบประมาณ จำนวน 393,800.00 บาท ใน 3 หมวด การใช้จ่ายยกเว้นการโอนให้หน่วยบริการสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2554 เบิกจ่ายจำนวน 156,250.00 บาท ใช้จ่ายในเฉพาะ – สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข เท่านั้น ส่วนปี พ.ศ. 2555 เบิกจ่ายจำนวนเงินทั้งสิ้น 369,700.00 บาท ใน 3 หมวดการใช้จ่ายยกเว้นการบริหารจัดการกองทุน และพัฒนาระบบบริหารจัดการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทรายขาวจำนวน 14 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ผู้แทนอื่น 2 คน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการพบว่านายกองค์การบริหารส่วนตำบลทรายขาว ทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่คณะกรรมการและ พี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนทำหน้าที่ในการรวบรวมโครงการเพื่อนำเสนอที่ ประชุมโดยมีคณะกรรมการจากกลุ่มอื่น ๆ ร่วมพิจารณาและอนุมัติโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชา สุขภาพพบว่า กองทุนหลักประสุขภาพตำบลไม่ได้ทำกระบวนการสมัชชาสุขภาพในตำบลเนื่องจาก องค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่พร้อมเข้าร่วมดำเนินการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลทรายขาว พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานีทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักจัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และ สนับสนุนงบประมาณ ปี พ.ศ. 2554 - 2555 มีการสนับสนุนงบประมาณ ไม่สามารถระบุจำนวนเงิน สนับสนุนที่ชัดเจนได้ คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ 1 ครั้ง ได้ แจ้งให้คณะทำงานติดตามทราบว่าตำบลททรายงานยังไม่พร้อมดำเนินการ หากมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลทรายขาวพบว่า ตำบล ทรายขาวเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เป็นหลัก ตัวแทนจากตำบลทรายขาวที่เข้าร่วมการพัฒนา ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วน ตำบลทรายขาว ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบาย สาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่าง

การประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า จากผลการทดสอบในระหว่างประชุมพบว่าตำบลไม่สามารถอธิบายความหมายของระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ สามารถอธิบายแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพได้ถูกต้อง

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ
ไม่พร้อมดำเนินการ

ปัญหาอุปสรรค

1. ทีมคณะทำงานตำบลทรายขาว โดยเฉพาะ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและทีมจากองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ระหว่างการศึกษาเพิ่มเติมในระดับปริญญาโท ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงคณะทำงานที่มาจากโรงเรียน หากรับหลักการมาปฏิบัติอาจจะไม่สามารถขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ไม่เต็มที่

ข้อเสนอแนะ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดจะต้องพัฒนาทักษะและติดตามความก้าวหน้าในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ดี

11. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจัน

บริบทชุมชนตำบลประจัน

ตำบลประจัน คำว่า “ประจัน” เป็นคำทับศัพท์แทนภาษามาลายู คือ "ปรือแจ" หรือ "ปรือแจแม" หรือแปลเป็นภาษาไทย คือ สถานที่ที่เราต้องจำไว้ ตามตำนานเล่าว่า เมื่อประมาณ 300 ปีมาแล้ว กองคาราวานติดตามช้างเผือกกลุ่มหนึ่งซึ่งมาจากท้องถิ่นหนึ่งในจังหวัดยะลา ได้เดินเท้าหลงทางมาถึงบ้านประจันเป็นเวลาตอนเย็น และเวลากลางคืนเกิดพายุฝนฟ้าคะนอง ท้องฟ้ามืดมัว ทำให้การเดินทางไม่สะดวกและวนไปวกมาอยู่กับที่ ไม่รู้จะไปทางทิศไหนดี บังเอิญกองคาราวานนั้นได้เห็นแสงไฟตะเกียงจากบ้านหลังหนึ่งของชาวบ้านในละแวกนั้น นึกขึ้นได้ว่าน่าจะเป็นแสงไฟตะเกียงจากบ้านที่เราได้เดินทางผ่านมาเมื่อตอนเย็น จึงเดินทางไปหาแสงไฟของบ้านนั้น จึงรอดจากการหลงทาง กองคาราวานกลุ่มนั้นจึงได้ตั้งชื่อหมู่บ้านนี้ว่า "บ้านปรือแจ หรือ บ้านประจัน” ที่ใช้เรียกชื่อกันมาจนถึงปัจจุบัน จากเล่าสืบต่อกันมา คนกลุ่มแรกที่เริ่มก่อตั้งหมู่บ้านนี้ น่าจะเป็นโตะแย โตะแยเป็นเพศชาย ตัวเล็ก เพดานปากสีดำ และผมหยิก ชาวบ้านในสมัยนั้น เชื่อว่า โตะแย น่าจะเป็นคนที่ศักดิ์สิทธ์ ในหมู่บ้านนี้มีกูโบร์โตะแย (กูโบร์ หมายถึง สุสาน) และโตะแย เป็นคนแรกที่ได้ฝังศพที่กูโบร์ประจัน

ลักษณะทั่วไป ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลปูยุดอำเภอเมือง ทิศใต้ติดกับตำบลยะรัง อำเภอยังรัง ทิศตะวันออก ติดกับตำบลสะดาวา ตำบลยะรัง ตำบลสะนอ อำเภอยะรัง และทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลยะรังอำเภอยะรังและตำบลยาบี อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ระยะทางห่าง

จากที่ว่าการอำเภอ 5 กิโลเมตร มีเนื้อที่โดยประมาณ 10.86 ตารางกิโลเมตร (5,537 ไร่) สภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบที่ราบสูงมีพื้นที่ติดภูเขา ประกอบด้วย 9 หมู่

หมู่บ้านทั้งหมดมี 9 หมู่บ้าน 1,522 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 7,603 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 7,330 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 100 ประกอบด้วยหมู่ที่ 1 บ้านบราโอ หมู่ที่ 2 บ้านประจัน หมู่ที่ 3 บ้านบือแนกือบง หมู่ที่ 4 บ้านกำปงดาแล หมู่ที่ 5 บ้านบูโกะ หมู่ที่ 6 บ้านกูแบปูตะ หมู่ที่ 7 บ้านบือแนปีแน หมู่ที่ 8 บ้านกูนิง และหมู่ที่ 9 บ้านบือแน รายได้เฉลี่ย 6,000 บาท/เดือน ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลประจัน ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ ทำสวน รับจ้าง

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่กำนันและ ใหญ่บ้านหมู่ที่ 9 เป็นผู้นำชุมชนที่เสียสละให้กับงานสาธารณะและให้ความช่วยเหลือทุกคน ไม่ได้ช่วยเหลือเฉพาะหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบเท่านั้น แต่ให้ความช่วยเหลือคนทั่วไป และสามารถเป็นแกนนำหลักในกิจกรรมสาธารณะอื่น ๆ ของตำบลอีกด้วย

2) ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นปราชญ์ด้านแพทย์แผนไทย เป็นการต่อกระดูกด้วยการใช้มือดัดและใช้สมุนไพรที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ และได้ถ่ายทอดให้กับผู้ที่สนใจเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่น ๆ ได้ โดยใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาพื้นบ้าน และเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

1) ประเพณีวัฒนธรรมชุมชนที่นับถือศาสนาอิสลาม ได้แก่ การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอนซึ่ง เป็นเดือนอาหรับ เทียบกับเดือนไทย ประมาณ เดือนกันยายน-ตุลาคมของทุกปี เป็นเวลา 1 เดือน เทศกาลวันตรุษอีดิ้ลฟิตรีและอีดิ้ลอัฎฮาร์ เป็นเทศกาลที่มีการเฉลิมฉลองของชาวมุสลิม ประเพณีการกวนอาซูรอ การยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาอย่างเคร่งครัด จึงนิยมส่งบุตรหลานเข้าเรียนในโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มอาชีพต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่นกลุ่มอาชีพทำละแซ กลุ่มขิงผง โดยเฉพาะกลุ่มขิงผงสามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์และจำหน่ายในชุมชนและร้านค้าต่าง ๆ ในจังหวัดปัตตานี นอกจากนี้รายได้ส่วนหนึ่งของกลุ่มยังมาช่วยสนับสนุนกิจกรรมสาธารณะประโยชน์และช่วยเหลือผู้ด้วยโอกาสในชุมชนอีกด้วย

2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) กลุ่มเยาวชน เป็นกลุ่มที่รวมตัวขึ้นเพื่อทำกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ในชุมชนเพื่อป้องกันไม่ให้เยาวชนใช้เวลาว่างไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดเน้นพิเศษช่วงปิดภาคเรียน

4) กลุ่มแม่บ้าน เป็นการรวมกลุ่มของสตรีเพื่อช่วยเหลือกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ในชุมชน เช่น ช่วยกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เยี่ยมเยียนผู้ด้วยโอกาส หรือการรวมตัวเพื่อประกอบอาชีพเสริมต่าง ๆ จนเกิดเป็นกลุ่มอาชีพต่าง ๆ มากมายในชุมชน

5) กลุ่มเลี้ยงนก (นกเขาและนกกรงหัวจุก) เป็นการรวมกลุ่มจากความสนใจในการเลี้ยงนกรวมไปถึงการประชันเสียงนกของตนเองที่เลี้ยง จนสามารถรวมกันเป็นกำลังในการช่วยเหลือกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ในชุมชน

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กองทุนฌาปนกิจชุมชน เป็นกองทุนที่สมาชิกชุมชนทุกคนเป็นสมาชิกและช่วยเหลือครอบครัวที่สมาชิกครอบครัวเสียชีวิต ซึ่งจะช่วยเหลือในอัตราที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับข้อตกลงของแต่ละหมู่บ้าน

2) กองทุนสัจจะวันละบาท เป็นการออมเงินและในส่วนสวัสดิการต่าง ๆ เช่น การกู้ยืม เงินสวัสดิการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ให้กับคนที่เป็นสมาชิกเท่านั้น

3) กองทุนที่อยู่อาศัย เป็นกองทุนชุมชนร่วมกันจัดตั้งขึ้นเพื่อให้สมาชิกชุมชนกียืมเพื่อการซ่อมแซมที่อยู่อาศัยจากภัยต่าง ๆ เช่น น้ำท่วม ไฟไหม้ ไม่รวมถึงการปรับแต่งบ้านเพื่อความสวยงาน

4) กองทุนเช่าเต็นท์ กองทุนที่ได้รับงบประมาณจาก กองทุน SMLโดยให้บริการเช่าเต็นท์ทั้งในและนอกตำบล จะให้บริการฟรีในกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ของชุมชน

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลตำบลประจัน

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประจัน จำนวน 2 แห่ง

3) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 4 แห่ง

4) โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม จำนวน 2 แห่ง

ตาราง 41 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประจันต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
อุบัติเหตุจราจร	5	3	4	1	4	3.40
การจัดการขยะในชุมชน	5	4	3	2	3	3.40
แหล่งน้ำสกปรก	5	4	5	3	4	4.20
โรคเรื้อรัง	5	3	5	2	5	3
ยาเสพติด	5	4	3	2	3	4
เฉลี่ย	5	3.60	4	2	3.80	3.40

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ พบว่า ชุมชนได้นำเสนอปัญหาสุขภาวะ 5 อันดับ ได้แก่อุบัติเหตุจราจร การจัดการขยะในชุมชน แหล่งน้ำสกปรก ปัญหาโรคเรื้อรัง และปัญหาการยาเสพติด และกระบวนการมีส่วนร่วมโดยรวมพบว่า ชุมชนร่วมรับรู้

ปัญหาหรือในระดับมากที่สุด คะแนน อยู่ในระดับ 5 ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง อยู่ในระดับปานกลาง ร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ร่วมลงทุนอยู่ในระดับน้อยและประเมินอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน เฉลี่ยอยู่ในระดับ 3.8

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลประจัน

การจะทำแผนสุขภาพตำบลประจัน โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน เช่น สถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้อมูลจากโรงเรียนองค์การบริหารส่วนตำบล และจากชุมชนจากการจัดทำประชาคมรายหมู่บ้าน ปีละ 1 ครั้ง ส่วนการจัดทำแผนงาน จะนำผลการวิเคราะห์และนำปัญหาทั้งหมดจากการทำประชาคมมาร่วมกันทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์โดยมีหน่วยงานราชการ ตัวแทนต่าง ๆ ในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีวิทยากรภายนอกมาร่วมกันให้ความรู้ หลังจากที่ได้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ได้มอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ให้หน่วยงานราชการในพื้นที่ นำไปปฏิบัติหรือบรรจุในแผนงานของหน่วยราชการต่าง ๆ ที่อยู่ในตำบล และนำประเด็นร่วมของหน่วยงานและชุมชนมาทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อร่วมหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ และส่งต่อไปชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลรวมไปถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบรรจุในแผนงานและถือปฏิบัติการแก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วม

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจัน

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจัน สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลประจัน เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2554 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตาราง 42 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจัน ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	0	299,240.00	313,800.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	0	89,84800 (30.03)	62,760.00 (20.00)
- เงินสมทบจากชุมชน	0	0.00	0.00
- ดอกเบี้ย	0	992.19	1,444.97
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	0	100.00	0.00
รวม	0	390,180.19	378,004.97

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจัน ปี พ.ศ. 2554 -2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 390,180.19, 378,004.97, บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลประจันต่องบประมาณ จำนวนเงิน 89,848.00, 62,760.00, บาท คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 30.03 , 20.00 มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่น้อยกว่าเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 43 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจัน ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	-	41,100.00	57,530.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	-	32,600.00	0.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	-	-	-
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	-	-	-
รวม	-	73,700.00	57,530.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2554 – 2555 พบว่า ปี พ.ศ. 2554 เบิกจ่ายงบประมาณ จำนวน 73,700.00 บาท ใน 3 การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์และหมวดสนับสนุนงบประมาณหน่วยแก่บริการสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555 เบิกจ่ายจำนวน 57,530.00 บาท ใช้จ่ายในเฉพาะการจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ เท่านั้น

ตาราง 44 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลประจัน ปี พ.ศ. 2553 - 2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- เงินสมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	-	-	-
- เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	-	-
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	-	10,000.00
รวม	-	-	10,000.00

จากตารางการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจัน พบว่า ได้รับการสนับสนุนงบประมาณสมัชชาสุขภาพจากหมวดอื่น ๆ เป็นจำนวนเงิน 10,000.00 บาท

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประจันจำนวน 19 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 6 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน ผู้แทนอื่น 1 คน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการพบว่านายกองค์การบริหารส่วนตำบลประจันทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่คณะกรรมการพิจารณาโครงการคัดกรองโครงการและพี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนทำหน้าที่ในการรวบรวมโครงการเพื่อนำเสนอที่ประชุมโดยมีคณะกรรมการจากกลุ่มอื่น ๆ ร่วมพิจารณาและอนุมัติโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพในตำบล บทบาทของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโดยหลัก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิคณะทำงานภาควิชาการ อาสาสมัครสาธารณสุข ทำหน้าที่ภาคประชาสังคม และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจากองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้นำชุมชนทำหน้าที่ภาคการเมือง

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลประจันพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักจัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณ ปี พ.ศ. 2554 - 2555 มีการสนับสนุนงบประมาณ จำนวนเงิน10,000 บาท สนับสนุนที่ชัดเจนได้ คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ 1 ครั้ง ได้แจ้งให้คณะทำงานติดตามทราบว่าตำบลรายงานยังไม่พร้อมดำเนินการ หากมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

การพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลประจันพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลประจัน ทั้งหมด 24 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ทรงคุณวุฒิ เกษตรตำบล นักวิชาการสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่คณะทำงานภาควิชาการ ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อีหม่าม ทำหน้าที่คณะทำงานภาคประชาชน ครูโรงเรียนประถมศึกษาและเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลประจัน ทำหน้าที่คณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลประจัน ไม่ได้แต่งตั้งคณะทำงาน 5 จี๊ด ตามหลักการสมัชชาสุขภาพ สำหรับการกระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ใช้กระบวนการพัฒนาตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก เชิญตัวแทน

จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน นักวิชาการสาธารณสุขหรือตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลประจันสามารถอธิบายความหมายและการนำไปใช้เรื่องระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพได้ถูกต้องไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ระยะต้นน้ำ

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

2. มีการประสานงานกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ สื่อสารผ่านคณะกรรมการที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนชุมชน ส่วนการหน่วยงานราชการเช่นโรงเรียนระดับต่าง ๆ หน่วยงานทหาร เป็นต้นจะใช้วิธีการหนังสือราชการขององค์การบริหารส่วนตำบลประจัน

3. คณะทำงานใช้ข้อมูลจากสถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลจากโรงเรียน ข้อมูลจากชุมชน ส่วนทุนทางสังคมใช้ทุนบุคคลเป็นหลักเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. ใช้ประเด็นจากเวทีประชาคมของชุมชนโดยไม่จัดประชาคมสมัชชาสุขภาพซ้ำ เลือกประเด็นความฉลาดทางสติปัญหาและอารมณ์ของเด็กในชุมชน จากนั้นไม่ได้ดำเนินการต่อ

ปัญหาอุปสรรค

1. การเปลี่ยนแปลงของคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพ ปัจจุบันสมัชชาสุขภาพในตำบลประจันไม่ได้ดำเนินการต่อ จากการโยกย้ายปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลและการเสียชีวิตของรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลประจัน เนื่องจาก ทั้งสองท่านเป็นแกนนำหลักที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลได้มอบหมายให้ดูแลงานด้านสาธารณสุขและขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

2. การติดตามในพื้นที่จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีไม่ต่อเนื่อง

3. การประสานงานเพื่อเข้าร่วมประชุมหรือเวทีระดับจังหวัดกระชั้นชิดเกินไปและการจัดประชุมในวันหยุดราชการทำให้ไม่สามารถประสานคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลตามที่ได้กำหนดไว้บางท่านให้เข้าร่วมประชุมได้

4 คณะทำงานสมัชชาสุขภาพสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตำบลประจันบางท่านเข้าร่วมกิจกรรมสมัชชาสุขภาพตำบลไม่ต่อเนื่องจากภาระงานประจำที่มากทำให้ต้องปรับแผนการทำงานตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะ

1.คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนสมัชชา

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทบทวนความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ

3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดควรมีการติดตามในพื้นที่เพื่อเป็นการกระตุ้นติดตามการสร้างขวัญกำลังใจให้กับคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

4. ควรจัดให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

12. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน

บริบทชุมชนตำบลพิเทน

ตำบลพิเทน คำว่า “พิเทน” เป็นคำที่เพี้ยนจากคำเดิม “พี่เณร” ตามคำบอกเล่าสืบต่อกันมา พี่เณรและพี่น้องจำนวน 7 คน เป็นทหารอาสาของอยุธยาที่ออกตามหาช้างเผือกงาสีดำที่พระราชนัดดาในสมเด็จพระนายรายณ์มหาราช หายไปจากกรุงศรีอยุธยา เป็นช้างรักษามาก และได้ประกาศไว้ว่า ถ้าใครสามารถจับช้างและสามารถนำกลับมาที่อยุธยาได้ จะยกเมืองครึ่งหนึ่ง พี่เณรและทหารในพระราชวัง 7 คนพี่น้อง ได้อาสาออกติดตามหาช้าง พระราชนัดดารับสั่งว่าถ้าตามไม่พบจะไม่ให้กลับเมือง จะประหารเสีย พี่น้องทั้ง 7 คน พี่น้องทั้ง 7 คนได้ตามหาช้างจากอยุธยาลงมาทางใต้ลงใต้จนถึงเมืองปัตตานี ทั้งหมดได้เดินทางตามช้างต่อไป มาถึง ภูเขาลงมาในหมู่บ้าน พบรอยช้าง แต่ไม่พบตัวช้าง พี่เณรเกิดความท้อแท้ ไม่ตามต่อไป จึงได้ตั้งรกรากอยู่ที่นี่ ส่วนพี่น้องยังตามช้างต่อไปจนถึงน้ำดำ ได้พบช้างกำลังเล่นน้ำอยู่ และได้จับช้างผูกไว้ และได้หาอาหารให้ช้างกิน พอถึงรุ่งเช้าช้างได้หายอีกและได้ตามต่อไปในบริเวณใกล้เคียง ไม่พบช้างและได้ตั้งรกรากอยู่บริเวณที่พบร่องรอยของช้าง ไม่กลับอยุธยาเพราะกลัวอาญาแผ่นดิน พี่เณรได้ปกครองหมู่บ้านต่อมาได้เป็นท่านหมื่น ท่านขุน (ผู้ใหญ่บ้าน กำนันในปัจจุบัน) ปัจจุบันสุสานพี่เณรอยู่ บ้านพิเทน หมู่ที่ 2 ตำบลพิเทน อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี

ลักษณะทั่วไป ทิศเหนือ ติดกับอำเภอมายอ ทิศใต้ติดกับตำบลปากู ตำบลน้ำดำ อำเภอทุ่งยางแดง ทิศตะวันออก ติดกับอำเภอสายบุรีและอำเภอกะพ้อ และทิศตะวันตก ติดกับตำบลลูโบะยือไร อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี ระยะทางห่างจากที่ว่าการอำเภอ 4 กิโลเมตร มีเนื้อที่โดยประมาณ 42.42 ตารางกิโลเมตร สภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบที่ราบสูงมีพื้นที่ติดภูเขา

หมู่บ้านทั้งหมดมี 7 หมู่บ้าน 1,267 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 8,146 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 6,794 คน นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 99.10 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 0.90 ประกอบด้วยหมู่ที่ 1 บ้านข่าลิง หมู่ที่ 2 บ้านพิเทน หมู่ที่ 3 บ้านป่ามะพร้าว หมู่ที่ 4 บ้านบือจะ หมู่ที่ 5 บ้านบาแซะ หมู่ที่ 6 บ้านโต๊ะชูด และหมู่ที่ 7 บ้านตือเบาะ รายได้เฉลี่ย 5,833 บาท/เดือน ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลพิเทน ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ ทำสวนและทำนา

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 2 เป็นผู้นำชุมชนที่เสียสละให้กับงานชุมชน ใช้วิถีเศรษฐกิจพอเพียงในการดำเนินชีวิต และสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับบุคคลอื่นทั้งในและนอกชุมชน และ ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่3 เป็นผู้ใหญ่บ้านและผู้นำศาสนา สามารถเป็นแบบอย่างและเชิญชวนวัยรุ่นที่ว่างงานร่วมกิจกรรมสาธารณะและปฏิบัติศาสนกิจควบคู่ตามไปด้วย

2) ผู้นำศาสนา อิหม่าม หมู่ที่ 2 ประธานอิหม่ามตำบลพิเทนและประธานอิหม่ามอำเภอทุ่งยางแดง เป็นอิหม่ามที่มีความรู้ด้านศาสนาและชุมชนยอมรับและไว้วางใจ สามารถให้คำแนะนำคำปรึกษาด้านศาสนาและปัญหาอื่น ๆ ในชุมชนได้

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

ประเพณีวัฒนธรรมชุมชน การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอนซึ่ง เป็นเดือนอาหรับเทียบกับเดือนไทย ประมาณ เดือนกันยายน-ตุลาคมของทุกปี เป็นเวลา 1 เดือน เทศกาลวันตรุษอีดิ้ลฟิตรีและอีดิ้ลอัฎฮาร์ เป็นเทศกาลที่มีการเฉลิมฉลองของชาวมุสลิม ประเพณีการกวนอาซูรอ การยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาอย่างเคร่งครัด จึงนิยมส่งบุตรหลานเข้าเรียนในโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มสตรี เป็นการรวมกลุ่มของสตรีเพื่อช่วยเหลือกิจกรรมสาธารณะในชุมชนและช่วยเหลือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้ามาทำกิจกรรมในตำบล เช่น ช่วยกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เยี่ยมเยียนผู้ด้วยโอกาส เยี่ยมช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ

2) กลุ่มอาชีพต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่นกลุ่มเลี้ยงปลา การเย็บผ้า กลุ่มเลี้ยงปลาในกระชัง กลุ่มศิลปะชีพต่าง ๆ เป็นการวบกลุ่มของคนในชุมชนเพื่อประกอบอาชีพเสริม เพิ่มรายได้ให้ครอบครัว

3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กลุ่มสวัสดิการชุมชน เป็นการออมเพื่อให้จัดสวัสดิการต่าง ๆ เช่น กรณีเสียชีวิต กรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แก่สมาชิก ซึ่งจะช่วยเหลือในอัตราที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับข้อตกลงของแต่ละหมู่บ้าน

2) กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต เป็นการออมเงินของสมาชิกในชุมชนเพื่อให้สมาชิกกู้เงินปลอดดอกเบี้ยเพื่อใช้ในการประกอบอาชีพที่ตนเองสนใจ และผ่อนจ่ายตามข้อตกลงของกลุ่ม

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลตำบลพิเทน

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิเทน จำนวน 1 แห่ง

3) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 4 แห่ง

4) โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม จำนวน 1 แห่ง

5) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง

ตาราง 45 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนพิเทนต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
ยาเสพติด	5	3	4	1	2	3
การจัดการขยะ	5	3	4	1	3	3.20
โรคเรื้อรัง	5	2	4	1	2	2.80
เด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์	5	2	4	1	3	3
ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ขาดคนดูแล	4	2	3	3	2	2.80
เฉลี่ย	4.80	2.40	3.80	1.40	2.40	2.96

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ พบว่า ชุมชนได้นำเสนอปัญหาสุขภาวะ 5 อันดับ ได้แก่ยาเสพติด การจัดการขยะ โรคเรื้อรัง เด็ก 0 -5 ปีได้รับวัคซีนน้อยกว่าเกณฑ์ การจัดการขยะในชุมชน และปัญหาผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ขาดคนดูแล และกระบวนการมีส่วนร่วมโดยรวมพบว่า ชุมชนร่วมรับรู้ปัญหาหรือในระดับมาก คะแนน อยู่ในระดับ 4.8 ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา อยู่ในระดับน้อย คะแนน 2.4 การเข้าร่วมร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง 3.80 ร่วมลงทุนอยู่ดับน้อยที่สุด คะแนน 1.40 คะแนน การและประเมินผลอยู่ในระดับมีส่วนร่วมน้อยคะแนนเฉลี่ยคะแนน 2.40

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลพิเทน

การจะทำแผนสุขภาพตำบลพิเทน โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านจากหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน เช่น สถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้อมูลจากโรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล และจากชุมชนจากการจัดทำประชาคมรายหมู่บ้าน ปีละ 1 ครั้ง นำผลการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญและนำปัญหา 5 อันดับแรกของพื้นที่ มาจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์โดยมีหน่วยงานราชการ ตัวแทนต่าง ๆ ในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมความรู้และเป็นแกนนำหลักในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และส่งมอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ให้หน่วยงานราชการและชุมชนในพื้นที่ นำไปปฏิบัติหรือบรรจุในแผนงานของหน่วยราชการต่าง ๆ ที่อยู่ในตำบลต่อไป สำหรับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลกำหนดประเด็นปัญหาและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่มีอยู่แล้ว สำหรับประเด็นปัญหาใหม่ที่ยังไม่มีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ทางคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจะจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ขึ้นใหม่เพื่อขับเคลื่อนกองทุนสุขภาพตำบลต่อไป

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2554 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2555 ดังนี้

ตาราง 46 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	-	300,680.00	313,520.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	-	100,000.00 (33.26)	100,000.00 (31.90)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- ดอกเบี้ย	-	144.83	3,340.56
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	-	-
รวม	-	400,824.83	416,860.56

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน ปี พ.ศ. 2554 -2555 พบว่า ค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 400,824.83, 416,860.56, บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลพิเทนต่องบประมาณ จำนวนเงิน 100,000.00 บาท ทั้งสองปี คิดเป็นร้อยละ 33.26 , 31.90 สัดส่วนการสมทบ มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่น้อยกว่าเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 47 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	-	236,300.00	-
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	-	88,600.00	68,620.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	-	35,060.00	254,607.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	-	20,000.00	-
รวม	-	379,960.00	323,290.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2554 – 2555 พบว่า ปี พ.ศ. 2554 เบิกจ่ายงบประมาณ จำนวน 379,960.00 บาท เบิกจ่ายใน 4 ประเภท ประเภทการจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.- ประเภทสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข ประเภทการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น และประเภทการบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ ปี พ.ศ. 2555 เบิกจ่ายจำนวน 323,290.00 บาท ใช้จ่ายในเฉพาะการจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์และการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น เท่านั้น

ตาราง 48 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลพิเทน ปี พ.ศ. 2553 - 2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- เงินสมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	-	-	-
- เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	-	-
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	-	10,000.00
รวม	-	-	10,000.00

จากตารางการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทน พบว่า ได้รับการสนับสนุนงบประมาณสมัชชาสุขภาพจากหมวดอื่น ๆ เป็นจำนวนเงิน 10,000.00 บาท

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิเทนจำนวน 15 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 3 คน ผู้แทนอื่น 2 คน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการพบว่านายกองค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน ทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่คณะกรรมการพิจารณาคัดกรองโครงการและพี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนทำหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนร่วมเสนอส่งโครงการและรวบรวมโครงการให้คณะกรรมการร่วมพิจารณาและอนุมัติโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลโดยที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่ประธานสมัชชาสุขภาพ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าทีในคณะทำงานภาควิชาการ ทำหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลและร่วมกันในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและนำเสนอแก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลผู้แทนชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคณะทำงานภาคประชาชน มีบทบาทหน้าที่ วางแผนและเชื่อมประสานกระบวนการสมัชชาสุขภาพกับเครือข่ายต่าง ๆ ในระดับตำบลเพื่อการจัดสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบลพิเทนพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นประสานงานหลักทำหน้าที่จัดกระบวนการให้ความรู้และให้คำแนะนำปรึกษาในระดับจังหวัด และมีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ ในระยะหลังถึงปัจจุบัน มีการเชิญประชุมให้ความรู้ในระดับจังหวัดเป็นระยะ ๆ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่สนับสนุนอำนวยการและการจัดการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลทุ่งยางแดงให้คำปรึกษา ไม่มีสถาบันการศึกษาและหน่วยงานอื่น ๆ มาให้การสนับสนุน สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ทุกครั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดติดตามในพื้นที่และสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลพิเทน พบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลพิเทน ทั้งหมด 25 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นักวิชาการสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวครูจากโรงเรียนในพื้นที่ ทำหน้าที่คณะทำงานภาควิชาการ ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อีหม่าม ทำหน้าที่คณะทำงานภาคประชาชน ผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษา และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วน ตำบลพิเทน ทำหน้าที่คณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลพิเทน แต่งตั้ง

คณะทำงาน 5 องค์ประกอบตามหลักการสมัชชาสุขภาพ ดังนี้ ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 2 ทำหน้าที่นักประสานงาน นักวิชการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่นักวิชาการ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่นักยุทธศาสตร์ อาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่นักสื่อสาร และ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่นักจัดการสำหรับการกระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ใช้กระบวนการพัฒนาตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก เชิญตัวแทนจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน นักวิชาการสาธารณสุขหรือตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่องระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลพิเทน สามารถอธิบายความหมายและการนำไปใช้เรื่องระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพได้ถูกต้อง

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ระยะต้นน้ำ

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

2. คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพมีการประสานงานกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ สื่อสารผ่านคณะกรรมการที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนชุมชน โรงเรียนระดับต่าง ๆ จะใช้วิธีการประสานสานงานไม่เป็นทางการผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขและการประสานงานหนังสือราชการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิเทน

3. ใช้ข้อมูลจากสถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลจากโรงเรียน ข้อมูลจากชุมชนมาใช้ในการวิเคราะห์ ส่วนทุนทางสังคมใช้ทุนคนเป็นหลักเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจัดกระบวนการกำหนดจุดหมายร่วมของชุมชน

5. การมีการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเลือกคัดเลือกประเด็นผู้สูงอายุและผู้ยากไร้มาเป็นประเด็นในการขับเคลื่อน และกำหนดจุดหมายร่วมของประเด็น

6. แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการประเด็นผู้สูงอายุและผู้ยากไร้เพื่อจัดทำเอกสารข้อมูลวิชาการ แต่ไม่สามารถจัดทำเอกสารร่างข้อมูลวิชาการตามรูปแบบที่เป็นทางการของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ เนื่องจากไม่เข้าใจในกระบวนการทำเอกสารร่างข้อเสนอตามรูปแบบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ไม่ได้ดำเนินการการสมัชชาสุขภาพต่อไป แต่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่มีอยู่พัฒนาต่อ

จุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลพิเทน

1. การจัดทีมงานของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลพิเทน เป็นตามหลักเกณฑ์สมัชชาสุขภาพ 3 ภาคส่วน แต่คณะทำงาน 5 ตัวจี๊ดตามหลักการสมัชชาสุขภาพ ทุนทางสังคมใช้ทุนบุคคล และหน่วยงานต่าง ๆ มาร่วมใช้ในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ

2. สำนักงาสาธารณสุขอำเภอให้คำปรึกษาและเข้าร่วมกิจกรรมสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ตำบลทุกครั้ง

3. มีกระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมทุกปัญหา ก่อนที่ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทำให้สะดวกง่ายต่อการนำมาใช้ในประเด็นที่ต้องการมาเข้าในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

4. แต่งตั้งคณะทำงานทำงานวิชาการและประชุมย่อยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงมากำหนดนโยบายสาธารณะและแผนปฏิบัติการเองเนื่องจากไม่เข้าใจในการจัดเอกสารร่างข้อเสนอตามรูปแบบสมัชชาสุขภาพ

5. มีการติดตามประเมินผลผ่านการประชุมประจำเดือน จากกิจกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ปัญหาอุปสรรค

1. ไม่เข้าใจในกระบวนการจัดทำเอกสารร่างตามรูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้

2. การติดตามในพื้นที่จากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีไม่ต่อเนื่อง

3. ภารกิจงานประจำที่มาก ข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้คณะกรรมการบางท่านสมัชชาสุขภาพตำบล ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมตามกำหนดหรือ มีการมอบหมายประชุมแทน ทำให้การประชุมขาดความต่อเนื่อง

4. การประสานงานเพื่อเข้าร่วมประชุมหรือเวทีระดับจังหวัดกระชั้นชิดเกินไปและการจัดประชุมในวันหยุดราชการทำให้ไม่สามารถประสานคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลตามที่ได้กำหนดไว้บางท่านให้เข้าร่วมประชุมได้

ข้อเสนอแนะ

1.คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทบทวนความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพมีและเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

3. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดควรมีการติดตามในพื้นที่เพื่อเป็นการกระตุ้นติดตามการสร้างขวัญกำลังใจให้กับคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

13. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปูยุด

บริบทชุมชนตำบลปูยุด

ปูยุดเป็นเมืองที่มีภูมิหลังทางประวัติศาสตร์ เมื่อ ปี พ.ศ. 2230 สมัยราชอาณาจักรมลายูปัตตานี ราชวงศ์โกตามหาลิฆัย (Kota Mahaligai) เสื่อมถอยลง การปกครองบ้านเมืองไม่ปกติสุข ถึงสมัยเจ้าเมืองลอง ยูนุส มีพี่น้องต่างมารดา 3 คน คือ ระตูปะกาลันเจ้าเมืองสายบุรี ราตูปูยุด และอาตารับ หลังจากที่ลองยูนุสได้เสียชีวิตจากการไปปราบกบฏลง เจ้าเมืองคนต่อมา คือ ระตูจาระกันและราตูปูยุด ในสมัยที่ราตูปูยุดเป็นเจ้าเมืองปัตตานี ได้ย้ายที่ตั้งเมืองปัตตานีไปอยู่ ณ บ้านปูยุดชั่วระยะหนึ่ง ได้สร้างค่ายคูเมืองด้วยกำแพงดินและไม้ไผ่ ปัจจุบันพบร่องรอยของค่ายคูเมืองบ้าง หลังจากการเสียชีวิตของระตูปูยุด มีชาวบ้านในพื้นที่อื่นได้สร้างเมืองและสถาปนาตนเองเป็นเจ้าเมืองปกครองเมืองปัตตานีต่อไป ทำให้ ปูยุด เป็นอนุสรณ์ในฐานะเมืองหลวงของปัตตานี

ลักษณะทั่วไป ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลบาราเฮาะ ทิศใต้ ติดกับประจัน อำเภอยะรัง ทิศตะวันออก ติดกับ อ่าวบางปู และเทศบาลเมืองปัตตานี และทิศตะวันตก ติดกับ แม่น้ำปัตตานี อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ระยะทางห่างจากที่ว่าการอำเภอ 7 กิโลเมตร มีเนื้อที่ โดยประมาณ 11.2 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 7,000 ไร่ มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบไม่มีป่าไม้ พื้นที่ทางทิศตะวันตก ได้แก่ หมู่ที่ 1, 3, 4 เป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำ เหมาะสำหรับประกอบอาชีพในการทำนาข้าว บริเวณนี้เมื่อถึงฤดูน้ำหลากจะเกิดน้ำท่วมทุกครั้ง เพราะปริมาณน้ำในแม่น้ำปัตตานีไม่สามารถระบายลงสู่อ่าวไทยได้ทัน

หมู่บ้านทั้งหมดมี 7 หมู่บ้าน 1,411 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 6,554 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 6,026 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 100 ประกอบด้วยหมู่ที่ 1 บ้านรามง หมู่ที่ 2 บ้านรามง หมู่ที่ 3 บ้านบาราเฮาะ หมู่ที่ 4 บ้านบาราเฮาะ หมู่ที่ 5 บ้านบาราเฮาะ หมู่ที่ 6 บ้านสุงากาลี หมู่ที่ 7 บ้านปูยุด รายได้เฉลี่ย 4,500 บาท/เดือน ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลปูยุด ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ ทำนา ทำสวน ค้าขาย รับจ้างทั่วไป

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 2 เป็นผู้ใหญ่บ้านที่มีความเสียสละให้ความร่วมมือกับกิจกรรมชุมชน นอกจากนี้ทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชนด้วย

2) อีหม่าม หมู่ที่ 2 เป็นอีหม่ามให้ความสำคัญกับงานด้านสาธารณสุขและเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนทุกครั้งที่ชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

ประเพณีเมาลิด เป็นการรำลึกถึงเดือนประสูติของศาสดามูฮัมหมัด ชุมชนจะร่วมกันจะจัดงานเพื่อสรรเสริญศาสนารูปแบบการจัดงานลักษณะจัดเลี้ยงทำบุญร่วมกันที่มัสยิดหรือลักษณะ

การจัดสรรเสริญโดยเน้นเด็กและเยาวชนร่วมกันขับร้องสรรเสริญประวัติศาสนาลักษณะตามบ้านที่ต้องการจัดเลี้ยง และจะมีการบริจาคเงินเพื่อทำสาธารณะประโยชน์ต่อเด็กและเยาวชนและชุมชน

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) กลุ่มสตรี เป็นกลุ่มรวมตัวเพื่อช่วยเหลือด้านจัดหาอาชีพเพื่อหารายได้เสริมให้ครอบครัวและช่วยเหลือกิจกรรมสาธารณะของชุมชน

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กองทุนการศึกษาเพื่อผู้ด้วยโอกาส เป็นกองทุนชุมชนร่วมกันบริจาคเงินตามความสมัครใจเพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทุนการศึกษาแก่ยากไร้ ยากจน ฯลฯ

2) กองทุนหมู่บ้าน เป็นกองทุนสนับสนุนกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพ

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลตำบลปูยุด

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปูยุด

3) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 4 แห่ง

ตาราง 49 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนปูยุดต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
ไข้เลือดออก	3	2	3	1	1	2
โรคเรื้อรัง	3	2	2	1	1	1.8
ปัญหาพฤติกรรมเยาวชน	3	3	2	1	2	2.20
ยาเสพติด	4	2	2	1	1	2
เฉลี่ย	3.25	2.25	2.25	1	1.25	2

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ สถานการณ์สุขภาวะ ของตำบลปูยุด ประกอบด้วยปัญหา ไข้เลือดออก โรคเรื้อรัง พฤติกรรมเยาชน และปัญหายาเสพติด และพบว่า ตำบลปูยุด ร่วมรับรู้ปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง 3.25 ร่วมวางแผนปัญหาและร่วมกิจกรรมการแก้ปัญหา อยู่ระดับต่ำ เฉลี่ย 2.25 รวมลงทุนและร่วมประเมินผลกิจกรรม อยู่ในระดับน้อยที่สุด 1.25

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลปูยุด

การจะทำแผนสุขภาพตำบลปูยุด โดยใช้สถานการณ์ของปัญหาของแต่ละหมู่บ้านและจากหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน เช่น สถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้อมูล

จากโรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล และจากชุมชนจากการจัดทำประชาคมรายหมู่บ้าน ปีละ 1 ครั้ง นำผลการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหา มาจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์โดยมีหน่วยงานราชการ ตัวแทนต่าง ๆ ในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะรังให้ความรู้และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแกนนำหลักในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ลักษณะของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ครอบคลุมถึงปัญหาสาธารณสุขทั้งหมด และส่งมอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ให้หน่วยงานราชการและชุมชนในพื้นที่ นำไปปฏิบัติหรือบรรจุในแผนงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลรวมถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปูยุด

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปูยุด สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลปูยุด เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2554 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2555 ดังนี้

ตาราง 50 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปูยุด ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	-	266,360.00	270,360.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	-	83,640.00 (31.40)	100,000.00 (36.99)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- ดอกเบี้ย	-	994.41	1,755.00
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	-	-
รวม	-	350,994.41	372,115.00

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปูยุด ปี พ.ศ. 2554 - 2555 พบว่า ได้รับค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนเงิน 350,994.41, 372,115.00 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลปูยุดต่องบประมาณ จำนวนเงิน 83,640.00 100,000.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.40 , 36,99 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของงบประมาณค่าบริการที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 51 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปูยุด ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	-	-	-
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	-	69,500.00	-
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	-	170,650.00	-
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	-	18,630.00	-
รวม	-	258,780.00	-

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2554 – 2555 พบว่าปี พ.ศ. 2554 รายจ่ายรวม 258,780.00 บาท ใน จ่ายใน 3 ประเภทการจ่าย ยกเว้นการจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์. สำหรับ ปี พ.ศ. 2555 ไม่มีรายการการจ่ายงบประมาณในทุกประเภท

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปูยุดจำนวน 17 คน ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการพบว่านายกเทศมตรีทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่คณะกรรมการและพี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนทำหน้าที่ในการรวบรวมโครงการเพื่อนำเสนอที่ประชุมโดยมีคณะกรรมการจากกลุ่มอื่น ๆ ร่วมพิจารณาและอนุมัติโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพในตำบล บทบาทของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโดยหลัก นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าประธานสมัชชาสุขภาพตำบล แต่ในกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ที่ระดับจังหวัดหรือจัดกระบวนการประชุมในพื้นที่ ไม่ได้เข้าร่วมการประชุมทุกครั้งเนื่องจากมีภารกิจ มีความส่งตัวแทนร่วมประชุม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิคณะทำงานภาควิชาการ อาสาสมัครสาธารณสุข ทำหน้าที่ภาคประชาสังคม และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจากองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้นำชุมชนทำหน้าที่ภาคการเมือง

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบล พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักจัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณ ปี พ.ศ. 2554 - 2555 ไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด

คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ 2 ครั้ง และมีเวทีพัฒนาความรู้ที่จังหวัดเป็นระยะ ๆ สำหรับกิจกรรมในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่เจ้าภาพหลัก ไม่ได้รับการติดตามหรือการให้การปรึกษาผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหรือโรงพยาบาลปัตตานี สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลขาดการสนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนเจ้าหน้าที่ การประสานงานและอาคารสถานที่ในการประชุมคณะกรรมการสมัชชา คณะกรรมการสมัชชาตำบลไม่ทราบบทบาทปัจจุบันของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสถานบันการศึกษาต่อพื้นที่อย่างไรบ้าง

คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลปูยุดพบว่า ตำบลปูยุดเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก ตัวแทนจากตำบลปูยุดที่เข้าร่วมการพัฒนา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขประจำองค์การบริหารส่วนตำบลปูยุด ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่าคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลปูยุด ได้สอบถาม ผลการทดสอบในระหว่างประชุมพบว่าอธิบายความหมายของระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ สามารถอธิบายแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพไม่ถูกต้อง ปัจจุบันคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลปูยุด ที่เข้าร่วมพัฒนาองค์ความรู้จากระดับจังหวัด มีการสับเปลี่ยนโยกย้าย เจ้าหน้าที่ที่รับผู้รับชอบงานสมัชชาสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นับเป็นแกนนำหลักการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพตำบล ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพตำบลได้

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ระยะต้นน้ำ

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

2. คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพมีการประสานสานงานไม่เป็นทางการ ผ่านกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ สื่อสารผ่านคณะกรรมการที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนชุมชน โรงเรียนระดับต่าง ๆ

3. ใช้ข้อมูลจากสถานะสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลจากโรงเรียน ข้อมูลจากชุมชนมาใช้ในการวิเคราะห์ ส่วนทุนทางสังคมใช้ทุนบุคคลเป็นหลักเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. คณะกรรมการมีการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเลือกคัดเลือกประเด็นเด็กด้วยโอกาส มาเป็นประเด็นในการขับเคลื่อน และกำหนดจุดหมายร่วมของประเด็น

5. แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการประเด็นเด็กด้วยโอกาสในพื้นที่เพื่อจัดทำเอกสารข้อมูลวิชาการ แต่ไม่สามารถจัดทำเอกสารร่างข้อมูลวิชาการตามรูปแบบสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ เนื่องจากไม่เข้าใจในกระบวนการจัดทำเอกสารร่างประกอบการโยกย้ายของแกนนำคณะกรรมการทำให้ไม่สามาขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพตำบลได้

ระยะกลางน้ำ

ไม่ได้ดำเนินการต่อ

ปลายน้ำ

ไม่ได้ดำเนินการต่อ

ปัญหาอุปสรรค

1. การเปลี่ยนแปลงทีมงานหลักคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลปูยุด เช่น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการโยกย้ายไปปฏิบัติราชการที่อื่น การเสียชีวิตของรองนายองค์การบริหารส่วนตำบลผู้ที่ทำ ทำให้ไม่สามารถนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปใช้ในตำบลได้

2. การติดตามของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีในพื้นที่ตำบลปูยุดไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดจะต้องสร้างความเข้าใจระเบียบและการปฏิบัติรวมทั้ง ทักษะให้ทีมคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลปูยุดในพื้นที่เป็นกรณีพิเศษ และติดตามความก้าวหน้าในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกับพื้นที่สนใจและพร้อมใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

14. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปู

บริบทชุมชนตำบลบางปู

บางปู เป็นหมู่บ้านที่อยู่รอบ ๆ ชายทะเล ไม่สามารถระบุระยะเวลาก่อตั้งหมู่บ้านได้ชัดเจน สันนิฐานจากมัสยิดในชุมชนที่ใช้การก่อสร้างและสถาปัตยกรรมแบบจีนผสมมลายู เป็นอาคารยกพื้นที่ ไม่มีการตอกด้วยตะปู นักโบราณคดีจากรัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย ได้มาสำรวจและสันนิฐานอายุมัสยิด ประมาณมากกว่า 390 ปี ปัจจุบันได้มีการย้ายและปรับปรุงมัสยิดจากเดิม นอกจากนี้ในชุมชนมีการพบวัตถุโบราณ เช่นถ้วยชามสังคโลก นอกจากนี้ในพื้นที่บาง ทีมีปลาชุกชุม ชาวบ้านประกอบอาชีพประมงน้ำตื้น ทุกบ้านจะมีเครื่องมือจับปลาและเรือในลักษณะเดียวกัน จนถึงปัจจุบัน

ลักษณะทั่วไป ทิศเหนือ ติดกับ อ่าวบางปูและป่าสงวนแห่งชาติ ทิศใต้ ติดกับตำบลตาแกะ ทิศตะวันออก ติดกับตำบลยามู และทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลบาราโหมอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ระยะทางห่างจากที่ว่าการอำเภอ 7 กิโลเมตร และจังหวัดปัตตานี 15 กิโลเมตร มีเนื้อที่

โดยประมาณ 4.90 ตารางกิโลเมตร มีลักษณะพื้นที่เป็นดินทราย และที่ราบลุ่มและพื้นที่ติดกับทะเล เหมาะแก่การทำประมงชายฝั่ง ชาวงน้ำทะเลขึ้นน้ำจะทะลักทำให้เกิดน้ำท่วมอยู่ตลอดเวลา

หมู่บ้านทั้งหมดมี 3 หมู่บ้าน 1,953 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 9,844 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 9,855 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 99.99 ประกอบด้วยหมู่ที่ 1 บ้านโต๊ะสม หมู่ที่ 2 บ้านบาลาดูวอ หมู่ที่ 3 บ้านบางปู รายได้เฉลี่ย 6,150 บาท/เดือน ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลบางปู ร้อยละ 88.25 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ ประมง ค้าขาย รับจ้างทั่วไป

1 ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 2 เป็นผู้ใหญ่บ้านที่มีความเสียสละให้ความร่วมมือกับกิจกรรมชุมชน นอกจากนี้ทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชนด้วย

2) อีหม่าม หมู่ที่ 2 เป็นอีหม่ามให้ความสำคัญกับงานด้านสาธารณสุขและเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนทุกครั้งที่ชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

ประเพณีวัฒนธรรมชุมชนที่นับถือศาสนาอิสลามทั่วไป ได้แก่ การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอนซึ่ง เป็นเดือนอาหรับ เทียบกับเดือนไทย ประมาณ เดือนกันยายน-ตุลาคมของทุกปี เป็นเวลา 1 เดือน เทศกาลวันตรุษอีดิ้ลฟิตรีและอีดิ้ลอัฎฮาร์ เป็นเทศกาลที่มีการเฉลิมฉลองของชาวมุสลิม สมาชิกชุมชนที่อยู่นอกพื้นที่จะกลับมาร่วมเฉลิมฉลองวันตรุษที่ชุมชน

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) กลุ่มแม่บ้าน เป็นการรวมกลุ่มแม่บ้านและสตรีในชุมชนเพื่อจัดหาและสอนอาชีพเสริมในกลุ่มที่ว่างงาน เพื่อเป็นรายได้เสริมในครอบครัว

3) กลุ่มเยาวชน เป็นกลุ่มที่รวมตัวกันรณรงค์แก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

4) กลุ่มปูนิ่ม เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมชุมชนร่วมกันทำธนาคารปูเพื่อสร้างรายได้และระบบนิเวศของชุมชน และช่วยจัดหาอาชีพเลี้ยงปูสำหรับคนที่ว่างงานในชุมชน สามารถพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้การเลี้ยงปูในชุมชนและพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงนิเวศ นอกนี้กลุ่มปูนิ่มยังช่วยเหลือดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ยากไร้ในชุมชน

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กลุ่มสหกรณ์ร้านค้าชุมชน เป็นการรวมเงินทุนจากสมาชิก เพื่อสินค้ามาจำหน่ายให้ในชุมชนรวมทั้งสมาชิกสหกรณ์ จากนั้นเฉลี่ยผลกำไรให้สมาชิกในชุมชน

2) กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นการออมเงินเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการกู้ยืมใช้ในการประกอบอาชีพ และจัดสวัสดิการ เช่น สวัสดิการชดเชยค่าพักรักษาในโรงพยาบาล เงินช่วยเหลือกรณีที่เสียชีวิต

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) เทศบาลตำบลบางปู

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปู

3) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 2 แห่ง

4) โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม จำนวน 1 แห่ง

ตาราง 52 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบางปูต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
ความดันโลหิตสูง	4	3	4	3	1	3
เบาหวาน	4	3	4	3	1	3
ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์	3	2	3	2	1	2.20
อุจจาระร่วง	3	2	3	2	1	2.20
ไข้เลือดออก	4	4	4	2	1	3
เฉลี่ย	3.60	2.80	3.60	2.40	1	2.68

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ สถานการณ์สุขภาวะ ของตำบลบางปู ประกอบด้วยปัญหา โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ อุจาระร่วงและไข้เลือดออก และพบว่า กระบวนการมีส่วนในปัญหาของตำบลบางปู ร่วมรับรู้ปัญหาและร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง 3.60 ร่วมวางแผนและร่วมลงทุนในการแก้ปัญหาอยู่ในระดับน้อย 2.80 , 2.40 และร่วมประเมินผลกิจกรรม อยู่ในระดับน้อยที่สุด 1

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลบางปู

กระบวนการทำแผนพบว่า โดยรวมพบว่า การทำแผนจะแยกออกจากกันระหว่างแผนสุขภาพตำบลแผนชุมชน และแผนงานของเทศบาล ในส่วนแผนสุขภาพตำบลพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแกนหลักในการจัดทำแผน ใช้สถานะสุขภาพและสถานการณ์ของปัญหาสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับการจัดทำประชาคม นำผลการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จากปัญหาสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแผนสุขภาพตำบล เพื่อใช้การการปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สำหรับแผนชุมชน พัฒนากรประจำตำบลเป็นผู้รับผิดชอบในการกระบวนการจัดทำแผนใช้จากการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ร่วมกับการทำประชาคมวิเคราะห์และจัดทำแผนชุมน ในส่วนแผนเทศบาลบางปู โดยมีเทศบาลบางปูเป็นผู้รับผิดชอบในการ

จัดทำแผน การจัดทำประชาคมเพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการร่วมการนำข้อมูลการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มาใช้ในเพื่อบรรจุในแผนเทศบาลบางปู

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปู

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปู สังกัดในเทศบาลตำบลบางปู เป็นเทศบาลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2554 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2555 ดังนี้

ตาราง 53 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปู ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	-	390,480.00	389,720.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	-	193,480.00 (49.55)	193,480.00 (49.65)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	0.00	630.00
- ดอกเบี้ย	-	1,543.58	4,546.36
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	100.00	610.00
รวม	-	585,603.58	588,986.00

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปู ปี พ.ศ. 2554 -2555 พบว่า ได้รับค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนเงิน 585,603.58, 586,935.92, บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากเทศบาลตำบลบางปูต่องบประมาณ จำนวนเงิน 193,480.00 , 193,480.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 49.55 , 49.65 น้อยกว่า ที่กำหนดไว้ ร้อยละ50 เนื่องจากจำนวนงบประมาณค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนจริงมากกว่าจำนวนเงินที่ได้แจ้งไว้ ทำให้สัดส่วนการสมทบไม่เป็นไปตามเกณฑ์กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 54 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปู ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	-	-	259,800.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	-	-	120,000.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	-	-	220,000.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	-	40,000.00	40,000.00
รวม	-	40,000.00	639,800.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2554 – 2555 พบว่าปี พ.ศ. 2554 รายจ่าย 40,000 บาท เฉพาะประเภท-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ สำหรับ ปี พ.ศ. 2555 รายจ่าย 639,800.00 บาท ครอบคลุมทุกประเภทกิจกรรม

ตาราง 55 การสมทบกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลบางปู ปี พ.ศ. 2553 - 2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- เงินสมทบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	-	-	-
- เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	-	-
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	-
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	10,000.00	-
รวม	-	10,000.00	-

จากตารางการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปู ได้รับงบประมาณสนับสนุนสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด จำนวน 10,000.00 บาท

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางปูจำนวน 17 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการพบว่า

นายกเทศมตรีทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่คณะกรรมการและพี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนทำหน้าที่ในการรวบรวมโครงการเพื่อนำเสนอที่ประชุมโดยมีคณะกรรมการจากกลุ่มอื่น ๆ ร่วมพิจารณาและอนุมัติโครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพพบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพในตำบล นายกเทศมตรีตำบลทำหน้าประธานสมัชชาสุขภาพตำบล และให้การสนับสนุนการจัดประชุมคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลบางปู โดยมีเทศบาลตำบลบางปูเป็นผู้ประสานงานหลักในการเชิญกลุ่มเครือข่ายต่างในการประชุมสมัชชาสุขภาพ และสนับสนุนห้องประชุมเทศบาลในการจัดประชุม ส่วนคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบล พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักจัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณ ปี พ.ศ. 2554 ได้รับเงินสนับสนุนจากคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด จำนวน 10,000 บาท เพื่อมาจัดกระบวนการในพื้นที่ และคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ 1 ครั้ง เท่านั้น และมีเวทีพัฒนาความรู้ที่จังหวัดเป็นระยะ ๆ สำหรับกิจกรรมในพื้นที่โรงพยาบาลเทศบาลตำบลบางปูร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่เจ้าภาพหลัก ไม่ได้รับการติดตามหรือการให้การปรึกษาผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะหริ่ง ต่อมาผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะหริ่งได้ย้ายไปปฏิบัติราชการที่อื่น ทำให้ขาดการติดตาม สำหรับเทศบาลตำบลบางปู มีการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในเรื่องการจัดประชุมคณะกรรมการตำบลขาดการสนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนเจ้าหน้าที่ การประสานงานและอาคารสถานที่ในการประชุมคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบล คณะกรรมการสมัชชาตำบลไม่ทราบบทบาทของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสถานบันการศึกษาต่อการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพในตำบล

การพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลบางปูพบว่า คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลบางปู ทั้งหมด 22 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางปู ผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่คณะทำงานภาควิชาการ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนกลุ่มปูนิ่ม ผู้ใหญ่บ้าน ทำหน้าที่คณะทำงานภาคประชาชน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบางปู ปลัดเทศบาลตำบลบางปู เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครูโรงเรียนประถมศึกษา ทำหน้าที่คณะทำงานภาคการเมือง/ราชการ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลบางปู และไม่พบการทำงานตามลักษณะ 5 องค์ประกอบตามหลักกรสมัชชาสุขภาพ (นักประสาน นักวิชาการ นักยุทธศาสตร์ นักสื่อสาร และนักจัดการ) สำหรับกระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชา

สุขภาพของตำบลบางปูพบว่า ตำบลบางปูเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นหลัก ตัวแทนจากตำบลบางปูที่เข้าร่วมการพัฒนาประกอบด้วย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขประจำเทศบาลตำบลบางปู ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขแลคณะทำงานอื่น ๆ รวมทั้งหมด 8 คน เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 โดยพบว่าคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลบางปู ผลการทดสอบในระหว่างประชุมพบว่าอธิบายความหมายของระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ สามารถอธิบายแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพไม่ถูกต้อง และไม่เข้าใจกระบวนการสมัชชาสุขภาพตาม

ปัจจุบันคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลบางปู ที่เข้าร่วมพัฒนาองค์ความรู้จากระดับจังหวัด บางท่านมีการสับเปลี่ยนโยกย้ายสถานที่ทำงาน ประกอบกับการย้ายของผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ การขาดการกระตุ้นติดตามในพื้นที่ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพตำบลได้

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ระยะต้นน้ำ

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคนร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

2. คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพมีการประสานสานงานไม่เป็นทางการ ผ่านกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ สื่อสารผ่านคณะกรรมการที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนชุมชน โรงเรียนระดับต่าง ๆ

3. มีการใช้ข้อมูลสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ได้ใช้ข้อมูลอื่น ๆ มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนทุนทางสังคมใช้ทุนบุคคลเป็นหลักเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. คณะกรรมการมีการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเลือกคัดเลือกประเด็นอนามัยและเด็ก มาเป็นประเด็นในการขับเคลื่อน และกำหนดจุดหมายร่วมของประเด็น

ระยะกลางน้ำ

ไม่ได้ดำเนินการต่อ

ปลายน้ำ

ไม่ได้ดำเนินการต่อ

ปัญหาอุปสรรค

1. การเปลี่ยนแปลงทีมงานหลักคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลบางปู เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโยกย้ายไปปฏิบัติราชการที่อื่น ทำให้ไม่สามารถนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปใช้ในตำบลได้

2. การกระตุ้นติดตามในพื้นที่ทั้งจากติดตามของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดและคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลเองขาดความไม่ต่อเนื่อง

3. การประสานงานเข้าร่วมประชุมที่เร็วเกินไป ประกอบกับภาระงานของทีมคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล ทำให้คณะทำงานบางท่านเข้าร่วมการพัฒนากระบวนการจากสมัชชาสุขภาพได้เป็นบางครั้ง ไม่ครบตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ในแต่ครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกับพื้นที่สนใจและพร้อมใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพควรจัดให้มีการติดตามในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

15. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่

บริบทชุมชนตำบลป่าไร่

ตำบลป่าไร่ เดิมเป็นตำบลที่ขึ้นกับอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี มีจำนวน 11 หลังจากแยกอำเภอแม่ลาน ตำบลป่าไร่แบ่งเหลือ 7 หมู่บ้าน ลักษณะทั่วไป ทิศเหนือ ติดกับตำบลดาโต๊ะ อำเภอหนองจิก ทิศใต้ติดกับตำบลแม่ลาน ทิศตะวันออก ตำบลม่วงเตี้ย และทิศตะวันตก ตำบลควนโนรี อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ระยะทางห่างจากที่ว่าการอำเภอ 6 กิโลเมตร มีเนื้อที่โดยประมาณ 30.20 ตารางกิโลเมตร มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม เหมาะแก่การทำนาข้าว และทำสวน

หมู่บ้านทั้งหมดมี 7 หมู่บ้าน 1,264 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 6,150 คน ประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ 5,500 คน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 60 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 40 ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านต้นโตนด หมู่ที่ 2 บ้านแม่ตีนะ/บ้านท่าแรด หมู่ที่ 3 บ้านละโพะ หมู่ที่ 4 บ้านนาหมอเทพ หมู่ที่ 5 บ้านวังกว้าง หมู่ที่ 6 บ้านควนแปลงู หมู่ 7 บ้านกำปงลูวา รายได้เฉลี่ย 5,000 บาท/เดือน ส่วนการประกอบอาชีพของคนในตำบลป่าไร่ ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพในชุมชน มีอาชีพหลักคือ ทำนาและสวนยา

ทุนชุมชน ประกอบด้วย ทุนคน ทุนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชน กองทุนชุมชน และหน่วยงานราชการและทางสังคม ที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1. ทุนคน

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 2 เป็นผู้ใหญ่บ้านที่มีความเสียสละให้ความร่วมมือกับกิจกรรมชุมชน นอกจากนี้ทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชนด้วย

2) อีหม่าม หมู่ที่2 เป็นอีหม่ามให้ความสำคัญกับงานด้านสาธารณสุขและเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนทุกครั้งที่ชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ทุนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญ

ดิเกฮูลู เป็นการละเล่นของชุมชนให้ความสำคัญ มีการถ่ายทอดให้เยาวชนและผู้สนใจ โดยมีผู้รู้ในศิลปดิเกฮุลูของชุมชน เป็นผู้ถ่ายทอด มีการถ่ายทอดมากกว่า 10 ปี ดิเกฮูลูสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารเรื่องราวต่าง ๆ ผ่านการแต่งบทเพลงดิเกฮูลูที่ใช้ขับร้องและจัดแสดงในงานต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชน

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาวะ

1) กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมเพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่นออกกำลังกาย การฟังบรรยายศาสนาในชุมชน

2) กลุ่มแม่บ้าน เป็นการรวมกลุ่มแม่บ้านและสตรีในชุมชนเพื่อจัดหาและสอนอาชีพเสริมในกลุ่มที่ว่างงาน เพื่อเป็นรายได้เสริมในครอบครัว

3) กลุ่มเยาวชน เป็นกลุ่มที่ร่วมตัวทำกิจกรรมกีฬาและรณรงค์แก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

4. กองทุนชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

1) กลุ่มสหกรณ์ร้านค้าชุมชน เป็นการรวมเงินทุนจากสมาชิก เพื่อสินค้ามาจำหน่ายให้ในชุมชนรวมทั้งสมาชิกสหกรณ์ จากนั้นเฉลี่ยผลกำไรให้สมาชิกในชุมชน

2) กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นการออมเงินเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการกู้ยืมใช้ในการประกอบอาชีพ และจัดสวัสดิการ เช่น สวัสดิการชดเชยค่าพักรักษาในโรงพยาบาล เงินช่วยเหลือกรณีที่เสียชีวิต

3) กองทุนหมู่บ้าน

5 หน่วยงานราชการและหน่วยงานทางสังคม

1) องค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง

3) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 3 แห่ง

ตาราง 56 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนป่าไร่ต่อปัญหาสุขภาวะ

สถานการณ์ปัญหา	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล	เฉลี่ย
โรคเรื้อรัง	4	4	4	1	3	3.20
สุขภาพจิต	4	4	4	1	3	3.20
ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์	4	4	4	1	3	3.20
ใช้สารเคมีในการเกษตร	4	4	4	1	3	3.20
เฉลี่ย	4	4	4	1	3	3.20

จากตารางกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาสุขภาวะ สถานการณ์สุขภาวะ ของตำบลป่าไร่ ประกอบด้วยปัญหา โรคเรื้อรัง สุขภาพจิต อุภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ และการใช้สารเคมี พบว่า กระบวนการมีส่วนในรับรู้ วางแผนแก้ปัญหา และร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ส่วนร่มลงทุนอยู่ในระดับน้อยที่สดุ ส่วนร่วมประเมินอยู่ระดับปานกลาง

กระบวนการจัดทำแผนในตำบลป่าไร่

กระบวนการทำแผน โดยรวมพบว่า การทำแผนจะแยกออกจากกันระหว่าง แผนสุขภาพตำบล แผนชุมชน และแผนงานขององค์การบริหารส่วนตำบล ในส่วนแผนสุขภาพตำบลพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่งมาร่วมกันเป็นแกนหลักในการจัดทำแผน ใช้สถานะสุขภาพและสถานการณ์ของปัญหาสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับการจัดทำประชาคม นำผลการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จากปัญหาสาธารณสุข มาเป็นแผนสุขภาพตำบล เพื่อใช้การการปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สำหรับแผนชุมชน พัฒนากรประจำตำบลเป็นผู้รับผิดชอบในการกระบวนการจัดทำแผนใช้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ร่วมกับการทำประชาคม วิเคราะห์และจัดทำแผนชุมน ในส่วนแผนองค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่ โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผน การจัดทำประชาคมในหมู่บ้านเพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการร่วมกับการใช้ข้อมูลการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มาใช้ในเพื่อบรรจุในแผนองค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่ สังกัดในองค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่ เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เริ่มหลักประกันสุขภาพตำบลตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2554 เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2555 ดังนี้

ตาราง 57 รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่ ปี พ.ศ. 2553-2555

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
- ค่าบริการจาก สปสช.	-	233,760.00	242,200.00
- เงินอุดหนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละการสมทบ)	-	72,000.00 (30.80)	72,660.00 (30.00)
- เงินสมทบจากชุมชน	-	-	630.00
- ดอกเบี้ย	-	878.88	2,495.92
- เงินสมทบจากแหล่งอื่น	-	100.00	610.00
รวม	-	306,638.88	314,860.00

หมายเหตุ : รายรับเฉพาะปีไม่รวมเงินคงเหลือจากปีที่ผ่านมา

จากตารางรายรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่ ปี พ.ศ. 2554 -2555 พบว่า ได้รับค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนเงิน 306,638.88, 314,860.00 บาท ได้รับการอุดหนุนเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่ต่องบประมาณ

จำนวนเงิน 72,000.00, 72,660.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.80 , 30.00 เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ ร้อยละ30

ตาราง 58 รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่ ปี พ.ศ. 2553-2555

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์.	-	119,892.00	150,050.00
- สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข	-	-	5,600.00
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	-	-	27,825.00
-การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ	-	-	5,200.00
รวม	-	119,892.00	188,675.00

จากตารางงบประมาณรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการตามประเภทต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2554 – 2555 พบว่าปี พ.ศ. 2554 รายจ่าย 119,892.00 บาท เฉพาะประเภท-การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์. สำหรับ ปี พ.ศ. 2555 รายจ่าย 482,860.00 บาท ครอบคลุมทุกประเภทกิจกรรม

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่จำนวน 15 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ผู้แทนจากหมู่บ้าน 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน บทบาทสำคัญของคณะกรรมการพบว่านายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่ ทำหน้าที่ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทำหน้าทีกำหนดแนวทางการบริหารงานให้ตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่คณะกรรมการและพี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนทำหน้าที่ในการรวบรวมโครงการ ผู้ทรงคุณวุฒิจะให้ความเห็นเพิ่มเติมที่ประชุมก่อนพิจารณาและอนุมัติโครงการ

สำหรับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่ พบว่า ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากทีมการทำงานยังไม่พร้อม

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการรับรู้ของพื้นที่ตำบล พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักการจัดกระบวนการให้ความรู้ในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณ ปี พ.ศ. 2554 คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดลงมาติดตามให้คำแนะนำในพื้นที่ 1 ครั้ง

และมีเวทีพัฒนาความรู้ที่จังหวัดเป็นระยะ ๆ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลมีการความพร้อมการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าไร่ แต่ตำบลองค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่ แกนนำชุมชน และเครือข่ายๆต่างไม่พร้อมร่วมจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และไม่ทราบบทบาทที่ชัดเจนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสถาบันการศึกษาต่อการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพของตำบลป่าไร่พบว่า ยังไม่แต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบล แต่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพตามแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีกำหนดไว้ 8 คน ตัวแทนจากตำบลป่าไร่ที่เข้าร่วมการพัฒนา ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นหลัก ส่วนตัวแทน องค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนจากโรงเรียน และคณะทำงานอื่น ๆ เข้าร่วมการประชุมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เป็นบางครั้ง มีการสับเปลี่ยนและส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม แต่ครั้งไม่ครบตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ ลักษณะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เนื้อหาสำคัญเรื่อง ระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และสมัชชาสุขภาพ จากการประเมินความรู้เบื้องต้นในระหว่างการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2555 ผลการทดสอบของตัวแทนคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลป่าไร่ ในระหว่างประชุมของพบว่าอธิบายความหมายของระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ นโยบายสาธารณะ สามารถอธิบายแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และสมัชชาสุขภาพไม่ถูกต้อง และไม่เข้าใจในการกระบวนการสมัชชาสุขภาพทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพตำบลได้

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ไม่พร้อมดำเนินการ

อุปสรรค

1. ความพร้อมทีมงานหลักคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลป่าไร่ ทั้งจากองค์การบริหารส่วนตำบล เครือข่ายชุมชน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการพัฒนาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตามกำหนดได้

2. การกระตุ้นติดตามในพื้นที่ทั้งจากติดตามของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดและคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลเองขาดความไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลที่สามารถจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกับพื้นที่สนใจและพร้อมใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพควรจัดให้มีการติดตามในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3. ควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

สวัสดีครับ ผมนายอาหามะ เจ๊ะโซะ เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะนังปันยัง อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส ขณะนี้กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผมกำลังศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี หวังว่าเมื่อท่านร่วมงานวิจัยครั้งนี้แล้ว จะนำประสบการณ์ที่ท่านมีและร่วมแลกเปลี่ยนกับผม เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการนโยบายสาธารณะในชุมชนโดยใช้สมัชชาสุขภาพเป็นวิธีการสำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

การวิจัยครั้งนี้ ผมขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามและขอสัมภาษณ์ถึงการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง และขออนุญาตบันทึกจากการบอกเล่าและการสังเกตในกิจกรรม ผมจะเก็บไว้เป็นความลับเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน โดยไม่ต้องบอกเหตุผล หากท่านยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โปรดลงนามบันทึกฉบับนี้ด้วย ขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(นายอาหามะ เจ๊ะโซะ)

คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า.....ขอให้คำรับรองว่าได้อ่านคำชี้แจงของการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ทุกประการ มีความยินดีในการให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(นาย/นาง/นางสาว.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

EC 007/56

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
90110

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

หัวหน้าโครงการ นายอาหามะ เจ๊ะโซะ

หน่วยงาน สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 20 พฤษภาคม 2556

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงค์เทพ สุธีรวุฒิ)
ผู้อำนวยการสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่ ศธ 0521.13/ว.093

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
90110

28 มกราคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการวิจัยของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

เรียน

ด้วย นายอาหามะ เจ๊ะโซะ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบันฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี" โดยมี ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิทยานิพนธ์ดังกล่าว ใช้เครื่องมือแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

ในการนี้ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นายอาหามะ เจ๊ะโซะ ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลชุมชน ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2556 โดย นายอาหามะ เจ๊ะโซะ จะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ)
ผู้อำนวยการสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ประสานงาน : อาหามะ เจ๊ะโซะ 086-2861831
สจรส.ม.อ.ชั้น 10 อาคารศูนย์ทรัพยากรการเรียนรู้ฯ
โทรศัพท์ 074-282900-2, 081-5415227
โทรสาร 074-282901

ภาคผนวก ค
แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปผู้ให้ข้อมูล

คำแนะนำ : ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1.ข้อมูลทั่วไป

1.1 เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

1.2 อายุ .....ปี

1.3 ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ได้รับการศึกษาที่ไม่ใช่จากระบบโรงเรียนเช่นจากโต๊ะครู ปอเนาะ ฯลฯ

( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ม..... ( ) ปวช.

( ) ปวส . ( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี

( ) ปริญญาโทหรือเทียบเท่า ( ) ปริญญาเอกหรือเทียบเท่า

1.4 อาชีพหลัก

( ) ทำสวน ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย

( ) ประมง ( ) รับราชการ ( ) อื่นๆระบุ.....

2.การเป็นกรรมการ

2.1ท่านเป็นกรรมการ/คณะทำงานสมัชชาสุขภาพระดับตำบลหรือไม่

( ) ไม่เป็น

( ) เป็น บทบาทในการทำงานสมัชชาสุขภาพระดับตำบล.....

.....

2.2 ท่านเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลด้วยหรือไม่

( ) ไม่เป็น

( ) เป็น บทบาทในการทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล .....

.....

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

<u>ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลบริบทของชุมชน</u>

คำแนะนำ : ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลบริบทชุมชนของท่าน โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1.ข้อมูลประชากร ณ วันที่ .....

1.1 จำนวนหมู่บ้าน.....หมู่

1.2 มีครัวเรือนทั้งหมด.....หลัง

1.3 ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ จำนวน.....คน

1.4 ประชากรที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จำนวน.....คน

1.5 สัดส่วนการนับถือศาสนา

1.5.1 ศาสนาอิสลาม.....%

1.5.2 ศาสนาพุทธ.....%

1.5.3หมู่บ้านมุสลิม.....หมู่

1.5.4 หมู่บ้านไทยพุทธ.....หมู่

1.5.5 หมู่บ้านผสมไทยพุทธ-มุสลิม.....หมู่

1.6 อาชีพหลักของชุมชน.....

1.6.1 ประกอบอาชีพในชุมชน.....%

1.6.2 ประกอบอาชีพนอกชุมชน.....%

1.7 รายได้ของครัวเรือนโดยเฉลี่ย.....บาท/เดือน

2. ปัญหาสุขภาวะในชุมชน 5 อันดับแรก มีอะไรบ้าง

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

5. .....

3. ชุมชนมีกลุ่ม เครือข่าย องค์กรชุมชนใดบ้างที่มีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาสุขภาวะตามข้อ 2 อะไรบ้าง ทำอย่างไร

1. กลุ่ม.....
มีบทบาท..... .....
2. กลุ่ม.....
มีบทบาท..... .....
3.กลุ่ม.....
มีบทบาท.....
4. กลุ่ม.....
มีบทบาท..... .....
5. กลุ่ม.....
มีบทบาท..... .....

4. ในการแก้ปัญหาสุขภาวะแต่ละด้าน ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีมากน้อยเพียงใด โดยให้พิจารณาจากค่าคะแนนดังนี้

คำแนะนำ : โปรดระบุปัญหาสุขภาวะและค่าคะแนนตามระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในแต่ละประเภท โดยระบุคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชน จาก 1-5 โดย

5 = การมีส่วนร่วมมากที่สุด 4 = การมีส่วนร่วมมาก 3= การมีส่วนร่วมปานกลาง
2= การมีส่วนร่วมน้อย 1= การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

ตัวอย่างการกรอกข้อมูล

ปัญหาสุขภาวะ	ระดับการมีส่วนร่วม				
	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมทำกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล
1. การจัดการขยะในชุมชน	4	4	5	2	1

ตารางคำตอบ

ปัญหาสุขภาวะ	ระดับการมีส่วนร่วม				
	ร่วมรับรู้	ร่วมวางแผน	ร่วมทำกิจกรรม	ร่วมลงทุน	ร่วมประเมินผล
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

5. ในชุมชน มีกองทุนใดบ้าง (กลุ่มออมทรัพย์,สวัสดิการ,สหกรณ์ ฯลฯ) ที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน โดยให้พิจารณาจากค่าคะแนนดังนี้

คำแนะนำ : โปรดระบุชื่อกองทุนและทำเครื่องหมาย / เลือกระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะเพียง 1 ข้อ ตามความเป็นจริง

5 = มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชนมากที่สุด

4= มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน

3= มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชนปานกลาง

2= มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชนน้อย

1= มีบทบาทต่อการสร้างสุขภาวะในชุมชนน้อยที่สุด

ตัวอย่างการกรอกข้อมูล

กองทุน	บทบาทการสร้างสุขภาวะ				
	1	2	3	4	5
1. สหกรณ์ชุมชน			✓		
2. กลุ่มออมทรัพย์ผู้สูงอายุ				✓	

ตารางคำตอบ

กองทุน	บทบาทการสร้างสุขภาวะ				
	1	2	3	4	5
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

<u>ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล</u>

คำแนะนำ : ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลบริบทชุมชนของท่าน โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ชื่อกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....
ชื่อองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น.....

ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ( ) เทศบาลเมือง ( ) เทศบาลนคร
( ) อบต.ขนาดเล็ก ( ) อบต.ขนาดกลาง ( ) อบต.ขนาดใหญ่

ที่อยู่ หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดปัตตานี

ก่อตั้งกองทุนเมื่อปี .....
เริ่มใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุน ปี.....

1.งบประมาณรายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
คำแนะนำ : โปรดระบุจำนวนงบประมาณรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ได้รับตามแหล่งสมทบงบประมาณ

แหล่งงบประมาณ	**2553**	**2554**	**2555**
1.1) เงินจาก สปสช.			
1.2) เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น			
1.3) เงินสมทบจากชุมชน			
1.4) เงินสมทบจากแหล่งอื่น			
รวม			

2.งบประมาณรายจ่ายกองทุนสุขภาพตำบลต่อปี (บาท)

คำแนะนำ : โปรดระบุจำนวนงบประมาณรายจ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ได้ใช้จ่ายตามหมวดรายปี

ประเภทกิจกรรม	2553	2554	2555
2.1 การจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์			
2.2 สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข			
2.3 การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น			
2.4 การบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ			
รวม			

2. งบประมาณที่สนับสนุนในกระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับตำบลต่อปี (บาท)

คำแนะนำ : โปรดระบุจำนวนงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลแหล่งสนับสนุน

แหล่งงบประมาณ	2553	2554	2555
3.1 เงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล			
3.2 เงินสมทบจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น			
3.3 เงินสมทบจากชุมชน			
3.4 เงินสมทบจากแหล่งอื่น			

4.บทบาทคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

จำนวนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล.....คน ประกอบด้วย

4.1 นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรี

บทบาทหน้าที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคือ

.....

.....

.....

บทบาทหน้าที่สำคัญในคณะกรรมการ/คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลคือ
.....
.....
.....
4.2 สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....คน
บทบาทหน้าที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคือ
.....
.....
.....
บทบาทหน้าที่สำคัญในคณะกรรมการ/คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลคือ
.....
.....
.....
4.3 ผู้ทรงคุณวุฒิ ..... คน
บทบาทหน้าที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคือ
.....
.....
.....
บทบาทหน้าที่สำคัญในคณะกรรมการ/คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลคือ
.....
.....
.....
4.4 ตัวแทนจากชุมชนหมู่บ้าน .... คน
บทบาทหน้าที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคือ
.....
.....
.....
บทบาทหน้าที่สำคัญในคณะกรรมการ/คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลคือ
.....
.....
.....
4.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ..... คน
บทบาทหน้าที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคือ
.....
.....
.....

บทบาทหน้าที่สำคัญในคณะกรรมการ/คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลคือ

.....

.....

.....

4.6 อาสาสมัครสาธารณสุข..... คน

บทบาทหน้าที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคือ

.....

.....

.....

บทบาทหน้าที่สำคัญในคณะกรรมการ/คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลคือ

.....

.....

.....

4.7 ผู้แทนอื่นๆ ..... คน

บทบาทหน้าที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคือ

.....

.....

.....

บทบาทหน้าที่สำคัญในคณะกรรมการ/คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลคือ

.....

.....

.....

5. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือไม่ กระบวนการทำทางเดินยุทธศาสตร์ทำอะไรบ้าง ทำอย่างไร

5.1 ( ) ไม่ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ( ) ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

5.2 กระบวนการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (เลือกตอบมากกว่า 1 ข้อ)

( ) ทำโดยกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางคน

( ) ทำโดยกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคน

( ) ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำแผน

( ) มีเวทีประชาคมมาสนับสนุนในการทำแผน

( ) อื่นๆระบุ.....

5.3 การนำไปใช้

การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเป็นไปตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ.....

5.4 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะของชุมชนประเด็นใดบ้าง อย่างไร

1 .....
2 .....
3 .....
4.....
5.....

6. กลไกการสนับสนุนกกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนสุขภาพตำบล

คำแนะนำ:ให้รายละเอียดการสนับสนุนของหน่วยงานต่อไปนี้

6.1 สำนักงานสาธารณสุขสาธารณสุขจังหวัด

บทบาทปัจจุบัน.....
.....
.....

บทบาทที่ต้องการ.....
.....
.....

6.2 สำนักงานสาธารณสุขสาธารณสุขอำเภอ

บทบาทปัจจุบัน.....
.....
.....

บทบาทที่ต้องการ.....
.....
.....

6.3 คณะทำงานเครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด

บทบาทปัจจุบัน.....
.....
.....

บทบาทที่ต้องการ.....
.....
.....

6.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

บทบาทปัจจุบัน.....
.....
.....

บทบาทที่ต้องการ.....
.....
.....

6.5 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

บทบาทปัจจุบัน.....
.....
.....

บทบาทที่ต้องการ.....
.....
.....

6.1.6 สถาบันการศึกษา

บทบาทปัจจุบัน.....
.....
.....

บทบาทที่ต้องการ.....
.....
.....

ส่วนที่ 4 การพัฒนาศักยภาพและการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

1.การพัฒนาศักยภาพในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1.1 ท่านได้รับการอบรมเรื่องต่อไปนี้“ ระบบสุขภาพ” “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” “นโยบายสาธารณะ” “แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์” และ “สมัชชาสุขภาพ” อย่างไร จากหน่วยงานใด

ประเด็น	วิธีการอบรม	หน่วยงาน	การนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
ระบบสุขภาพ			
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ			
นโยบายสาธารณะ			
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์			
สมัชชาสุขภาพ			

1.2 หน่วยงานยกเว้นท่านได้รับการอบรมเรื่องต่อไปนี้“ ระบบสุขภาพ” “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” “นโยบายสาธารณะ” “แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์” และ “สมัชชาสุขภาพ” อย่างไร จากหน่วยงานใด

ประเด็น	วิธีการอบรม	หน่วยงาน	การนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
ระบบสุขภาพ			
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ			
นโยบายสาธารณะ			
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์			
สมัชชาสุขภาพ			

2. สถานการณ์และแนวทางการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

ขั้นตอนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	สถานการณ์ปัจจุบันเป็นอย่างไร	ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
1. หารือทำความเข้าใจกันในแกนนำของกลุ่ม เครือข่าย หน่วยงานในตำบล เมื่อเห็นถึงความสำคัญแล้ว จึงจัดตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล โดยควรให้มีองค์ประกอบเป็นพหุภาคี และมีคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลร่วมเป็นคณะทำงาน			
2. คณะทำงานสมัชชาสุขภาพในระดับตำบล ทำหน้าที่เป็นตัวประสานกลุ่มคน เครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ในตำบล เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ			
3. คณะทำงานฯควรมีทีมวิชาการที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ บทบาทและงานของกลุ่ม เครือข่าย หน่วยงาน ทุนทางสังคมของพื้นที่			
4. คณะทำงานฯจัดกระบวนการในการกำหนดจุดหมายร่วม ที่เป็นภาพสุขภาวะของพื้นที่ที่พึงประสงค์ของคนในชุมชน			
5. คณะทำงานฯจัดทำกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ และเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญ ที่จะทำให้พื้นที่บรรลุสุขภาวะที่พึงประสงค์			
6. หลังจากเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญได้แล้ว ให้จัดหาคณะทำงานแต่ละประเด็นเพื่อทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการและจัดทำร่างแผนสุขภาวะชุมชน โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งระบุชัดเจนถึง จุดหมายเป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม รวมถึงข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการที่จะทำให้แผนสุขภาวะชุมชนถูกนำไปปฏิบัติได้			
7.จัดกระบวนการ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละประเด็น พิจารณาร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ อาจเป็นการจัดเวทีย่อย ทำกลุ่มสนทนา หรือส่งเป็นเอกสาร 8. คณะทำงานแต่ละประเด็น ทบทวนร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และส่งกลับไปยังกลุ่ม ภาคี เครือข่ายสุขภาพ ทุกกลุ่ม เพื่อเป็นเอกสารนำเข้าพิจารณาในสมัชชาพื้นที่			

ขั้นตอนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	สถานการณ์ปัจจุบันเป็นอย่างไร	ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
8. คณะทำงานแต่ละประเด็น ทบทวนร่างแผนสุขภาวะชุมชน และร่างข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และส่งกลับไปยังกลุ่ม ภาคี เครือข่ายสุขภาพ ทุกกลุ่ม เพื่อเป็นเอกสารนำเข้าพิจารณาในสมัชชาพื้นที่			
9.จัดสมัชชาสุขภาพในตำบลให้ตัวแทนภาคีทุกภาคส่วน ร่วมกันหาฉันทามติ สรุปเป็นแผนสุขภาวะชุมชน และเป็นข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการ ในแต่ละประเด็น และร่วมผลักดันไปสู่การปฏิบัติ			
10.จัดตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผล ทำหน้าที่ผลักดันติดตามให้ แผน ข้อเสนอในเชิงนโยบาย และ การบริหารจัดการถูกนำไปปฏิบัติ			
11.ในการขับเคลื่อนมติหรือข้อตกลงจากสมัชชา อาจจะนำไปสู่การปฏิบัติดังนี้ •ให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงาน นำไปปฏิบัติ •ให้กองทุนสุขภาพตำบลดำเนินงานตามแผนสุขภาวะชุมชน •ส่งข้อเสนอไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปพิจารณาปฏิบัติ •ส่งให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการต่อในบางข้อเสนอที่ต้องการการผลักดันจากภายนอก •นำเข้าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในบางข้อเสนอที่ต้องการการผลักดันระดับชาติ			

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม เรื่องการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบง ชัยเจริญวัฒนะ
   สังกัดคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ดร.กุลทัต หงส์ชยางกูร
   สังกัดสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อสกุล นายอาหามะ เจ๊ะโซะ
รหัสประจำตัวนักศึกษา 5310042027
วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2543

ทุนการศึกษา
ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัยประจำปีงบประมาณ 2555
ได้รับทุนการนำเสนอวิทยานิพนธ์จากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ ปีงบประมาณ 2558

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกาเยาะมาตี บาเจาะ นราธิวาส

การตีพิมพ์และการเผยแพร่ผลงาน
อาหามะ เจ๊ะโซะ และพงค์เทพ สุธีรวุฒิ. 2558. การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี, ใน การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6. มหาวิทยาลัยหาดใหญ่: สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. 26 มิถุนายน 2558. หน้า 649-660.